

LOUANGE

Quand

On tourne Le Regard vers lui,

On est rayonnante de joie,

Et

Le visage ne rougit pas de honte.

Psaume

DEDICACE

A JEHOVAH DIEU le tout puissant créateur, de l'univers pour son amour et sa protection envers moi durant ce premier cycle de mes études supérieur.

A vous mes parents : **JUDOS MBOYO** et **ANTHO IFONDA** pour votre soutien tant moral, matériel et financier. C'est grâce à vous que j'ai fait mon entrée sur cette terre des hommes, votre rigueur ma appris à croire en moi-même et à compter avant tout sur mes efforts.

A toi ma très cher époux : **MATHIEU LIGBAGBA** pour votre amour et soutien moral, matériel et financier durant cette période de souffrance vécu ensemble.

A toi mon oncle BOSILO pour votre amour et soutien moral, matériel et financier durant ce premier cycle de mes études du début à la fin.

A mes frères et sœurs en christ : pasteur BWANGO MIRACLE, CHRISTELLE KAWELA, LANDU JUNIOR.

Je dédie ce travail

AVANT PROPOS

Le travail présenté aujourd'hui est le fruit de trois ans d'études à l'institut supérieur de techniques médicales, ISTM/Kinshasa en sigle. Sa rédaction est une œuvre dont le mérite ne nous revient pas uniquement, car à vrai, dire plusieurs personnes ont contribué à l'élaboration.

Ainsi voulons-nous, par ce faire, nous acquitter d'un impérieux devoir d'exprimer notre gratitude à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail.

Nous tenons à remercier particulièrement l'assistante CLAUDINE ENGBONGBO qui malgré ses multiples occupations à bien voulu diriger ce travail. Ses conseils et reproches nous ont aidés et soutenus pour donner une forme et consistance à la présente. Et à toi monsieur MWANZA dont les conseils et remarques nous ont aidés et soutenus pour donner la forme et constante à la présente.

Nous pensons également aux autorités académiques, les chefs de travaux et assistants ; les chefs de sections des sciences infirmières pour leur encadrement et dévouement tout au long de nos études. Et aux personnels aux quels nous avons mené nos enquêtes au centre mère et enfant de NGABA.

A vous mon pasteur BWANGO et sa femme VALERIE pour vos conseils durant ce moment inoubliable.

Nos sincères remerciements s'adressent particulièrement à vous **DJO.FILS**, pour m'avoir aidé à saisir ce travail.

A vous tous mes amis(e) et compagnons de lutte : CHRISTELLE LEKO, RUTH, ENICE, BEN, CYNTHIA, pour les moments difficiles et inoubliable que nous avons passé ensemble durant cette formation.

A tous ceux là ne sont pas cités ici, nous disons aussi merci.

Que tous trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

BOMBETO MBOYO ELIDE

LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1 : répartition des enquêtés selon leur âge.....	41
Tableau n°2 : répartition des enquêtés selon l'état-civil.....	41
Tableau n° 3 : répartition des enquêtés selon leur niveau d'étude.....	42
Tableau n°4 : répartition des enquêtés selon leur parité.....	42
Tableau n°5 : répartition des enquêtés selon leur profession.....	43
Tableau n°6 : répartition des enquêtées selon les méthodes de planning Familiale.....	43
Tableau n° : répartition des enquêtés selon le motif de leur choix.....	44

LISTE DES ABREVIATIONS SYMBOLES ET SIGLES

O.M.S	: Organisation mondiale de la santé
ISTM	: Institut supérieur de techniques médicales
N.D	: Naissance désirable
UNICEF	: Fond des nations unies pour l'enfance
O.N.U	: Organisation de nations unies
UNESCO	: Organisation de nations unies pour l'éducation de la science et de la culture
O.N.G	: Organisation non gouvernementale
SIDA	: Syndrome d'immunodéficience acquise
I.S.T	: Infection sexuellement transmissible
V.I.H	: Virus immunodéficience humaine
ABEF/ND	: Association pour le bien être familial/naissance désirable
P.N.S.R	: programme national de la santé de la reproduction
M.S.T	: maladie sexuellement transmissible
D.I.U	: disposition intra-utérine
C.P.S	: consultation préscolaire
OP.CIT	: opus citatum (déjà cité)
F.A	: fréquence attendue
F.O	: fréquence observée
F.I	: fréquence relative
N	: taille de l'échantillon
%	: pourcentage
100	: constante statistique

CHAPITRE I. PROBLEMATIQUE

I.1. ENONCE DU PROBLEME

Dans l'imaginaire bantou, avoir un nombre élevé des enfants est un signe de richesse, de virilité du géniteur et de bonne fécondité de la génitrice.

Considéré jadis comme un droit et un devoir respectivement pour le père et la mère. Beaucoup de ces enfants mouraient de maladies infectieuses, de malnutrition ou d'autres affections et, fallait en avoir beaucoup d'entre pour être sûr que malgré les épidémies, certains d'entre eux survécurent et atteindront l'âge adulte pour la continuité (perpétuité) de la race.

ROTSART H et COURTEJOIE J (1977) stipule que depuis quelques dizaines d'années, le progrès de la médecine (vaccins, antibiotiques, réhydratation) et, l'amélioration du niveau de vie et de l'hygiène ont réduit la mortalité infantile et amélioré la santé générale. Comme les femmes sont en meilleur santé et que les coutumes n'ont pas encore eu le temps de s'adapter, la natalité (nombre de naissance par an pour 1000 femmes) reste font élevée. Le plus grand nombre de ces enfants atteindront l'âge adulte : la population augmente donc en nombre, il ya une « poussée démographique », la population peut doubler en vingt cinq ans.

Aussi, tous ceux qui travaillent au progrès des gens sont concernés par la vitesse d'accroissement de la population, car l'économie, la nutrition et le développement sont reliés à ce facteur. Ainsi, la santé est en rapport avec les variations démographiques.

Le développement démographique régulier des populations est dû d'avantage à une croissance naturelle dans laquelle les taux de natalité l'emportent nettement sur ceux de la mortalité.

Dans certaines villes et notamment à Kinshasa, on trouve aussi une moitié de la population n'ayant pas atteint l'âge de quinze ans et près du quart de la celle-ci n'en comptant pas dix ans dans la rue.

Les implications de cette situation sont considérables pour l'avenir des villes puisqu'aussi bien que cette fraction importante de la population ; si elle ne peut-être occupé, aujourd'hui dans un réseau scolaire, risque de devenir au fil des ans l'origine principale d'une masse de chômeurs susceptible de poser aux pouvoirs publics de sérieux problèmes (Afrique Renouveau, 2008).

KALOMBO M. (2006), signale qu'outre les charges qui pèsent sur le père de famille qui peuvent facilement dépasser ses possibilités financières si l'intervalle entre les naissances est court. Les enfants constituent des investissements, à tous points de vue, il faut les nourrir, les habiller, les scolariser, leur donner l'affection et la sécurité car même s'ils échappent aux maladies mortelles, les conditions de l'environnement physique, mentale et social qu'ils rencontrent sont déterminantes pour leur croissance.

Quant à nous, le souhait des parents d'être aidé par de nombreux enfants durant leur vieillesse est souvent une erreur d'application dans la mesure où plus nombreux, mais moins productifs car ayant grandi dans des conditions moins favorables. Ne dit-on pas que : « vaut mieux un enfant bien éduqué que dix traînant dans les rues.

On observe que les naissances rapprochées aboutissent à une plus grande fatigue de la mère, avec moindre résistance aux complications et aux maladies. Chaque grossesse exigeant d'elle un effort physique important. Nutritionnellement, elle fournit des éléments de base aux fœtus parmi les quels : les protéines, vitamines et minéraux dont elle peut manquer elle-même. Mentalement, la grossesse, l'accouchement et les soins au nouveau né peuvent occuper complètement une femme au détriment du reste des membres de la famille.

Toutes ces considérations amènent à conclure que chaque naissance soit désirable. C'est-à-dire, survenir au moment et en nombre choisi par les parents en fonctions de leur appréciation de la situation sans tous ses aspects.

Une population est une lourde charge pour un pays. Un peuple sain et vigoureux est un grand facteur d'évolution et de progrès pour un pays.

Plus que l'homme, la femme congolaise a continué de vivre sous l'emprise de la coutume. C'est avant tout la mère que l'on voit en elle, ce qui entraîne pour elle des avantages et des inconvénients au point que, à force de vouloir sauver la mère, la coutume en était arrivée à étouffer la femme.

Au delà des scènes sur lesquelles nous portons nos combats pour le développement économique et social de notre pays, le planning familial demeure un tout majeur pour la réussite.

Nous avons observé dans la commune de NGABA plus de 16% des enfants de moins de 5 ans avec un poids inférieur aux 80% du poids normal de leur âge et que les 20 autres soient mal nourris. Ceci sans parler des arrêts de croissance et d'éventuels troubles mentaux résultant de la maladie.

Face à cette situation, la planification familiale est appréhendée par des nombreuses personnes comme un élément important de l'épanouissement et du bien être familial en sachant que dans le foyer, il est impérieux que la raison domine l'instinct et, que la famille ne donne pas naissance à plus d'enfants qu'on ne saurait élever car la difficulté n'est pas de mettre au monde, mais de les nourrir, les élever.

Ainsi donc, cette situation retient notre attention et nous pousse à nous poser des questions constituant nos thèmes de recherche dont le plus important est le suivant.

1.2. QUESTION DE RECHERCHE

Est-ce que les gestantes fréquentant le centre hospitalier Mère et enfant de NGABA pratiquent elles les méthodes de planning familial?

1.3. BUT ET OBJECTIF

a). but :

Déterminer l'application du planning familial par les mères fréquentant le centre hospitalier mère et enfant de NGABA

b). objectif :

- identifier les mères fréquentant le centre hospitalier mère et enfant de NGABA ;
- après les réponses de mères ciblées, sur l'application des méthodes de planning familial ;
- établir le degré de l'application des méthodes de planning familial

1.4. INTERET DU TRAVAIL

L'intérêt de notre étude est :

- De promouvoir la santé au moyen de la protection mère et enfant ;
- D'aider les mères à acquérir les connaissances en matière de planning familiale enfin d'améliorer la santé de leurs enfants.

1.5. DELIMITATION DU SUJET

Notre étude se limite aux gestantes ayant fréquentées le centre hospitalier mère et enfant de NGABA, plus précisément au service de CPN pendant la période de 10 Juin au 10 Juillet 2013.

1.6. TYPE EXPLORATION DE L'ETUDE

Il s'agit du domaine de la santé de la reproduction.

1.7. SUBDIVISION DU TRAVAIL

Notre étude se subdivise en 5 chapitres, à savoir :

Le chapitre I : la problématique ;

Le chapitre II : la revue de la littérature ;

Le chapitre III : la méthodologie ;

Le chapitre IV : la présentation des résultats ;

Le chapitre V : l'interprétation des résultats, suivis d'une brève conclusion avec suggestions.

CHAP. II. REVUE DE LA LITTÉRATURE

2.1. DEFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX

A travers cette section, nous essayons de définir les concepts fondamentaux utilisés dans cette étude.

1. PLANNING ou planification

Selon le *dictionnaire universel* (2011), le planning est un programme qui décompose le travail à accomplir une tâche élémentaire et qui définit l'échelonnement de celles-ci dans le temps.

2. PLANNINGFAMMILIAL (synonyme de planisme familial)

Selon le *Dictionnaire* (op.cit) ; le planning familial, autrement appelé : « planisme familial » est une organisation du contrôle volontaire des naissances.

Selon **MASSINGAGUY** (2003), la planification familiale est un terme générique qui concerne l'ensemble des moyens et méthodes contraceptifs qui permettent de conformer à la volonté des parents et de la société le nombre et l'espacement des naissances dans une famille.

Il s'agit en fait, d'un ensemble des mesures et moyens mis à disposition des individus, des couples et de la communauté afin de :

- Permettre une prise en charge responsable de la sexualité ;
- Promouvoir la contraception, prévenir et traiter la stabilité et l'infertilité ;
- Prévenir et traiter des pathologies sexuelles y compris la prévention des MST et du VIH/sida.

Ainsi dit, la planification familiale est un effort conscient que les couples font pour maîtriser le nombre et l'espacement des enfants

désirés pour les élever dans des conditions normales du point de vue sanitaire.

3. MERE :

Selon le dictionnaire (op.cit) ; une mère est une femme qui a donné naissance à un ou plusieurs enfants.

Quant au site web Google, FR, la mère est le parent biologique ou social de sexe féminin d'un enfant.

Concernant notre étude, la mère est considérée comme un être de sexe féminin ayant engendré un ou plusieurs enfants.

4. CONTRACEPTIF :

Selon le dictionnaire (op.cit) ; contraceptif est ce qui est propre à la contraception, qui a des propriétés anticonceptionnelles.

5. CONTRACEPTION :

Le même dictionnaire (op.cit), définit ce concept comme étant une action, un fait d'empêcher la conception, la grossesse, d'y mettre volontairement obstacles par les méthodes anticonceptionnelles.

2.2. HISTORIQUE DU PLANNING FAMILIAL.

Le recoure à des procédés contraceptifs semble être aussi mieux que l'humanité. Mais il est également faux d'affirmer que la vocation unique de la femme demeure la maternité, comme des générations le firent depuis des siècles, et de réduire la maternité à un incident mineur dans la vie d'une femme.

La politique de la planification familiale a été évoquée pour la première fois par l'économiste THOMAS ROBERT MATHUS. Pour lui, l'augmentation de la population est un danger pour la substance du monde dans la mesure où les ressources ne suivent pas le même rythme (MBEREBOY, 1983).

La maternité n'est pas toute la vie, ni la fonction unique de la femme, mais lorsque celle-ci vit la maternité, toute sa personnalité s'exprime, (**CHOMBARTDELAUWE**, 1971).

En France, pour compenser les pertes de la guerre de 1914, les dirigeants tentèrent d'augmenter la natalité par la loi du 31 Juillet 1920 qui réprimait l'incitation à l'ouverture et à la propagande anticonceptionnelle. Cette loi laissant les femmes sans aucuns moyens légaux, sans aucune information susceptible de les aider à planifier ou à éviter les naissances. Si ce n'est le bon vouloir de l'homme, qui lui avait le droit d'acheter les préservatifs masculin, laissé en vente libre à titre prophylactique. Cette mesure n'eut aucune efficacité, car la natalité qui avait atteint son maximum en 1920 (833.500 naissances), retombait des 1922 à un chiffre plus bas qu'avant 1913 (759.700 naissances) (**CHOMBARTDELAUWE**, op.cit.).

Selon **CHOMBART DE LAUWE**, (op.cit.), sous la Régille de Pétain, la législation contre l'avortement devint féroce, il y eut même une femme exécutée. Diverses études effectuées depuis la guerre de 1914 révélaient qu'il y avait annuellement à peu près autant d'avortement que de naissance. Beaucoup des femmes mourraient en restaient marquées physiquement en psychiquement par des interventions faites dans les conditions dramatiques. Une exploitation financières éhontée s'effectuait aux dendent de femmes traquées, prêtes à n'importe quel sacrifice pour éviter la venue d'un enfant que, pour des raisons diverses, elles se sentaient incapable d'élever.

C'est alors qu'une femme médecin, le docteur LANGUAWELL Halé, créa en 1956 le mouvement « maternité heureuse ». Elle fonda ensuite avec divers appuis des consultations de planning familial, en contravention avec la loi, mais qui correspondait à un besoin impérieux (CHOMBART de LAUWE, op.cit.).

En 1967, après des années de discussion, la loi de 1920 fut abrogée et remplacée par la loi Neuwirth, qui autorisait la mise en

vente des moyens contraceptifs, avec certaines restrictions d'ordre médical ou en fonction de l'âge (**CHOMBARTDELAUWE**, op.cit).

En république démocratique du Congo, faisant face aux problèmes posés par les naissances incontrôlé, le président MOBUTU, dans son discours à la nation du 05 mai 1972 déclara : « nous devons également avoir à l'esprit que notre devoir est de bien élever les enfants... » (**Rotsart de H. et CourtejoieJ, 1977**).

Ainsi donc, le président **MOBUTU** se referait à la déclaration des droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies qui stipulent :

- Principe 4 : « l'enfant doit pouvoir grandir et se développer d'une façon saine, à cette fin, une aide et une protection spéciales doivent lui être assurées ainsi qu'à sa mère, notamment des soins prénatales et postnatales adéquates. L'enfant a droit à une alimentation, à un logement, à des loisirs et à des soins médicaux adéquats... »
- Principe 6 : « l'enfant, pour l'épanouissement harmonieux de sa personnalité, a besoin d'amour et de compréhension. Il doit grandir sous la sauvegarde et sous la responsabilité de ses parents et, dans une atmosphère d'affection et de sécurité morale et matérielle. L'enfant en bas-âge ne doit pas être séparé de sa mère... ».

Par ailleurs, les mouvements féministes ont souvent inscrit parmi leurs revendications, la liberté sexuelle de la femme égale à celle de l'homme et l'abolition de la morale différente pour les deux sexes.

Ce problème est connu sous l'expression de « planning familial » et signifie par extension : « Naissance désirable ». en effet, on relève même dans la société actuelle que beaucoup d'avortements provoqués sont dus à un grand des femmes qui préfèrent au risque de leur vie interrompre leur grossesse plutôt que d'avoir une naissance qu'elles ne désirent pas. C'est ainsi que

le 14 février 1973, sur l'initiative du Maréchal MOBUTU, à travers l'ordonnance n° 73/089, il fut créé, le conseil national pour la promotion du principe des naissances désirables (**Rosart et Courtejoie**, 1977).

Après plusieurs réformes, ce conseil deviendra finalement l'actuelle *ASSOCIATION POUR LE BIEN- ETRE FAMILIAL/NAISSANCE DESIRABLE* (ABEF/ND, en sigle), sous forme d'une organisation non gouvernementale (ONG).

A côté de cette ONG, la planification familiale en RDC est aussi menée par le programme national de la santé de la reproduction (PNSR), qui est une structure officielle du ministère ayant la santé publique dans ses attributions.

N'étant la première à traiter ce terme, nous signalons que le planning familial a laissé couler l'encre et la salive. Ainsi dit, nous évoquons certaines idées de nos prédécesseurs.

Les aventures sexuelles d'une femme peuvent le conduire à une maternité no voulu. La femme ne peut se sentir libre que si la décision d'avoir ou non un enfant dépend d'elle (**CHOMBART DE LAUWE**, op.cit.).

La conférence internationale sur la population tenue à Bucarest en 1974 déclare que : «tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre de ses enfants et de l'espacement de leur naissance et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière » (**KALOMBO MPOLESHA**, 2004).

WOLLAST E. et AL (1998, p. 2), affirment que la conférence mondiale de la décennie des Nations unies pour la femme souligne que le planning familial donne la possibilité d'élargir leur horizon pour améliorer leurs propres conditions.

L'Unicef, l'OMS et l'Unesco (1993 : 01), ont établi que tout le monde ne sait pas encore que la planification familiale est l'un

des moyens le plus efficace pour améliorer la santé des femmes et des enfants.

La conférence sur le planning familial tenue en 1981 à Djakarta réaffirme le droit qu'ont les gens de décider du nombre ainsi que de l'espacement de leurs enfants, tel qu'établi par les résolutions et les déclarations de l'ONU de 1960.

2.3. DES ORGANES DE REPRODUCTION

2.3.1. ORGANES MASCULINS DE REPRODUCTION

A. les organes externes

1. le Pénis en verge :

C'est un organe cylindrique allongé qui dépend du scrotum, recouvert d'une peau laissant apercevoir des veines. C'est l'organe de la copulation chez l'homme et, est parcouru à l'intérieur par l'urètre permettant le passage du sperme et l'évacuation des urines.

2. le scrotum ou bourse :

C'est un sac de peau qui pend sur les cuisses. Divisé en deux loges et constitue l'enveloppe des testicules.

B. les organes internes

1. les testicules

Ce sur les glandes reproductrices des cellules composés des cellules de Leydig. Elles secrètent la testostérone, principal androgène testiculaires. Il est spermatogène et possède deux types de cellules : les cellules germinales et les cellules de Sertoli.

2. la prostate :

C'est une glande de l'appareil génital masculin situé sous la vessie et, traversée par le canal urinaire et secrète en partie le sperme.

3. le canal déférant :

C'est un canal cylindrique très ferme qui s'étant de la queue d'épididyme au canal éjaculateur. Il achemine le sperme des testicules aux vésicules séminales.

4. les vésicules séminales :

Ce sont deux réservoirs musculo-membraneux situés en arrière de la prostate. Elles bouchent sur la terminaison de canal déférent, elles constituent les réservoirs de spermatozoïdes et contiennent un liquide qui donne au sperme son caractère visqueux.

2.3.2. ORGANES FEMININS DE REPRODUCTION

A. les organes externes

1. la vulve

La vulve est formée par des replis cutanés qu'on appelle grandes et petites lèvres. A leur commissure se trouve le clitoris, en dessous duquel on retrouve l'orifice urétral. En avant, se trouve un triangle couvert de poils, le Mont de venus. Avec deux grandes de Bartholin situées de chaque côté dans l'épaisseur des grandes lèvres, dont leur sécrétion lubrifie le canal vaginal pendant les rapports sexuels.

2. le clitoris

C'est un petit organe érectile, innervé et joue le rôle important chez la femme.

3. l'orifice vaginal

Il est partiellement fermé chez la fille vierge par l'hymen sur lequel on trouve des fines pour faire couler les sécrétions menstruelles.

4. le périnée

Constitué des muscles et de fibres conjonctifs qui soutiennent les organes génitaux. Il joue un rôle important lors de l'accouchement car, il est exposé à des déchirures par la dilatation.

B. les organes internes

1. le Vagin :

C'est un canal musculaire de 8 à 10 cm de long. Il commence à la vulve et se termine en cul de sac autour du col utérin. C'est le lieu de stockages des spermatozoïdes lors de rapport sexuels. Il permet aussi le passage du fœtus lors de l'accouchement. C'est l'organe de copulation chez la femme.

2. l'utérus :

C'est un muscle creux en forme de cône renversé, ayant une longueur de 6 à 8 cm et, composé de trois parties : le col utérin qui s'avance dans le vagin et présente une ouverture il assure le rôle de protection des spermatozoïdes contre les conditions hostiles rencontrées dans la cavité vaginale. Il joue aussi le rôle de l'effacement et dilatation du col lors de l'accouchement. Le corps utérin où se nid l'œuf fécondé donne naissance sur ses parties supérieurs latérales, droite et gauche, à deux conduites : les trompes

3. les trompes :

Ces sont de voies de conduction, fine et souples, leur paroi externe est tapissée d'une muqueuse tapissée des cils dont les mouvements permettent la progression de l'ovule fécondé.

4. les Ovaires :

Il s'agit des petits organes ayant la grosseur d'une noix de palment situé au dessous et en arrière des trompes. Ce sont des

glandes génitales de la femme, c'est dans les ovaires qui se forment et mûrissent les ovaires.

2.4. LE CYCLE MENSTRUEL

1. Définition :

C'est l'ensemble des phénomènes physiologiques se déroulant entre le premier jour des règles et la veille des règles suivantes. Sa durée est en général de 28 jours. Mais peu varier d'une femme à une autre entre 23 et 35 jours. Le fonctionnement du cycle menstruel est sous un triple dépendance, à savoir :

❖ Au niveau du cerveau :

Dans la région d l'hypothalamus, sont groupés les centres nerveux qui orchestrent l'ensemble des phénomènes du cycle. La sécrétion des hormones ovariennes, estrogènes et progestérone, est sous la dépendance d'hormone hypothalamique, les gonadotrophines FSH et LH. Ces gonadotrophines sont elles mêmes secrétées sous l'influence d'un facteur hypothalamique le LH ; RH.

❖ Au niveau des ovaires :

L'ovaire est composé d'un tissu exocrine élaborant les gamètes (ou ovule) et d'un tissu endocrine produisant des hormones stéroïdes, l'estrogènes, progestérone et androgènes. La phase folliculaire est caractérisée par une cette protection d'estrogènes par es cellules de la thèque interne. Durant cette phase qui dure deux semaines, la production d'œstrogène augmente progressivement.

C'est aussi pendant cette phase qu'un follicule privilégié évolue vers la maturation sous l'action de la FCH hypophysaire. La phase lutéale est sous la dépendance de la FSH dont l'augmentation est due en partie à la diminution des œstrogènes circulant à la fin du cycle précédent.

❖ **Au niveau de l'utérus :**

Les œstrogènes provoquent un épaissement de la muqueuse endométrique qui se desquame par l'augmentation des ostéogènes qui abaisse à nouveau la FSH avant la phase suivante. Cela correspond à l'écoulement menstruel (ou règle).

2. l'ovulation :

En milieu du cycle, la LH plasmatique et un peu moins quand le FSH augmente brusquement, précédé de quelques jours par une élévation importante des œstrogènes. L'ovulation est due à la brusque rupture de la paroi folliculaire. L'ovule expulsé progresse dans la trompe vers l'utérus.

3. la fécondation et la Nidation :

La fécondation est la fusion de la cellule reproductrice mâle (spermatozoïdes) avec la cellule reproductrice femelle (ovule) au niveau de la trompe.

Lorsque l'ovule se détache du follicule de Graaf, il a la grosseur d'une tête d'épingle (2/10 de mm). Le spermatozoïde est plus petit (1/10 de mm) et très mince. Il est formé d'une tête pointue et d'une queue ondulante servant à sa propulsion.

Lors de rapport sexuel, des millions (60 à 120) de spermatozoïdes sont déposés dans le vagin. La majorité meurt sur place, mais un certain nombre pénètre dans le canal du col utérin, remonte vers la trompe. Si à la même époque un ovule se trouve dans le canal de la trompe y rencontre les spermatozoïdes, un seul pénètre dans l'ovule ; l'ovule est fécondé.

Pour qu'il y ait fécondation, certaines conditions sont requises ; notamment :

- Le liquide séminale de l'homme doit contenir des spermatozoïdes en grand nombre (10^6) et ces spermatozoïdes doivent être robustes pour pouvoir atteindre les trompes sans présenter trop d'anomalie ;

- Les voies d'accès doivent être libres, spécialement les trompes pour laisser passer les spermatozoïdes ;
- Les spermatozoïdes soient présenter dans le canal des trompes au moment où l'ovule s'y trouve car ils n'ont qu'une durée de vie de 2 à 5 jours dans les organes de la femme ;
- Il faut que le rapport sexuel ait lieu un peu avant ou pendant la période de l'ovulation. Généralement, on admet que la période de fertilité se situe entre le 10^{ème} et le 16^{ème} jour après les règles (on compte à partir du 1^{er} jour après les règles) si le cycle dure 28 jours en moyenne.

En pratique, la durée des cycles menstruels présente des variations normales (qui n'excèdent pas 6 jours au total). Ainsi, le moment de l'ovulation varie à chaque cycle de 5 à 6 jours après l'ovulation.

L'œuf fécondé dont les cellules se sont déjà développées durant le trajet parcouru s'implanta dans la muqueuse utérine où il va se développer jusqu'à son expulsion. L'œuf se crée donc un nid dans l'endomètre. On parle ainsi de la Nidation.

2.5. LES METHODES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Cette section est consacrée à la revue de certaines méthodes de planification familiale généralement utilisées, qui se classent en deux catégories, à savoir :

- ❖ Les méthodes traditionnelles,
- ❖ Les méthodes modernes ou scientifiques.

2.5.1 LES METHODES TRADITIONNELLES

MASSINIAG. (op.cit), signale que l'Afrique noire, malgré son caractère pronataliste, a connu un certain nombre de pratiques traditionnelles dans un but anticonceptionnel, notamment :

- ❖ Le congé de maternité avec séparation de corps entre conjoints ;

- ❖ La polygamie ;
- ❖ Le pot de cordelettes magiques anticonceptionnelles ;
- ❖ L'usage de certaines plantes servant de spermicide ;
- ❖ L'abstinence sexuelle pendant certains périodes (allaitement et menstruation) ;
- ❖ Le coït interrompu ;
- ❖ L'excision ou réduction qui peu avoir un effet sur la fécondité puisqu'elle limite le désir de se donner aux rapports sexuels.

2 .5.2 LES METHODES MODERNES OU SCIENTIFIQUES

Les méthodes modernes ou scientifiques sont de deux ordres à savoir :

- La méthode réversible ou stérilisations temporaire et,
- La méthode irréversible ou stérilisation définitive.

A. LES METHODES REVERSIBLES

Ces méthodes facilitent l'espacement des naissances et constituent la contraception ; donc pas de conception, mais cette dernière est encore possible dès que la méthode est abandonnée. C'est pourquoi aucune d'elle n'est sûre à 100%. Elles exigent une certaine compréhension et une stricte régularité. La moindre négligence conduire à la conception. Certaines sont pour les femmes et d'autre homme. Elles sont jugées sur quatre critères : efficacité, innocuité, acceptabilité et risibilité.

Les méthodes réversibles sont de deux ordres, à savoir :

- Les méthodes réversibles naturelles et,
 - Les méthodes réversibles artificielles
- ❖ **Les méthodes réversibles naturelles comprennent :**
- Le coït interrompu ;
 - L'abstinence périodique ;
 - La méthode du collier.

❖ **Les méthodes réversibles artificielles comprennent :**

- Les spermicides ;
- Les préservatifs masculins et féminins ;
- L'obturateur féminin ; (diaphragmes) ;
- La contraception hormonale (pilules et injectables) ;
- La contraception par D.I.U
- Les implants.

LES METHODES REVERSIBLE NATURELLES

1. LE Coït interrompu

Par cette méthode, l'homme retire le pénis avant la sortie de sperme pour le faire couler à l'extérieur.

AVANTAGE : cette méthode présente les avantages ci-contre :

- ❖ Très simple ;
- ❖ Ne coûte de rien ;
- ❖ Sans effets secondaires ni complication ;
- ❖ Ne nécessite aucun appareillage.

INCOVENIENTS : comme inconvénients de son usage, notons :

- ❖ L'inefficacité à 75% de protection, étant donné que l'éjaculation des sécrétions qui précède peut contenir des spermatozoïdes ;
- ❖ L'insatisfaction sexuelle des partenaires.

1. **L'Abstinence périodique :** température vaginale, calendrier, glaire cervicale. Basée sur l'absence de tout rapport sexuel pendant la période de fertilité physiologique, elles sont issues de travaux deux savants : OGINO et KNAUS (1929) qui montre ce qui suit :

- ❖ Selon **OGINO**, les jours fertiles se calculent en respectant le principe ci-dessous :

Le premier jour de fertilité = $10 + \text{cycle court} - 28$ ou, cycle le plus long - 11 jours.

Exemple : si pour un an un cycle varie de 25 à 32 jours : le 1^{er} jour de fertilité égale : $10+25-28=7$ et, le dernier jour de fertilité = $17+32-28=21$

- ❖ Quant à **KNAUS**, les jours de fertilité se calculent en retranchant 3 jours sur la date de l'ovulation et en y ajoutant 1 jour après l'ovulation.

Exemple : pour un cycle de 28 jours, la période de fertilité varie du 11^{em} au 15^{em} jour soit $(28-14=14)$; $14-3=11$; $14+1=15$

AVANTAGE :

- ❖ Ne coûte rien ;
- ❖ Sans effets secondaires ni complication ;
- ❖ Acceptée par l'église catholique

INCOVENIENTS :

- ❖ La date de l'ovulation peut varier dans le cycle et perturber les calculs ;
- ❖ L'ovulation et la menstruation n'étant pas toujours liées de façon certaines ;
- ❖ La méthode enregistre beaucoup d'échecs, environ 14 à 15 grossesses par 100 femmes au d'une année (études effectuées entre 1937 et 1968) ;
- ❖ Inapplication chez les femmes présentant les irrégularités des cycles menstruels.

1. La méthode du collier cyclique

Le collier du cycle est un collier avec des perles en couleur. Les couleurs des perles aident à connaître les jours fertiles, et d'éviter des rapports sexuels pendant les dits jours. Le collier aide aussi à connaître la probabilité de jours fertiles.

a). Signification des couleurs

- ❖ La fièvre indique la direction dans laquelle il faut déplacer les perles,
- ❖ La perle marronne foncée aide à connaître si le cycle dure moins de 26 jours.
- ❖ Toutes les perles marronne indiquent le jour probable de grossesse,
- ❖ La perle rouge marque le 1^{er} jour du règle ;
- ❖ Toutes les perles banchent indiquent les jours fertiles.

b). Mode d'emploi

- mettre l'anneau sur la perle rouge dès le 1^{er} jour de règles ;
- marquer ce jour sur le calendrier ;
- déplacer l'anneau chaque jour d'une perle à l'autre jusqu'au jour ou les règles suivantes apparaissent ;
- ne pas avoir les rapports sexuels non protégés le jour où l'anneau se trouve sur une perle blanche car c'est le jour fertile ;
- avoir les rapports sexuels non protégés lorsque l'anneau se trouve sur une perle manonne ;
- mettez à nouveau l'anneau sur la perle rouge le jour de prochaines règles et sauter les perles restantes.

AVANTAGE :

- Aide à procéder à la contraception ;
- Sans effets secondaires ni complication ;
- Acceptée par tous

INCONVENIENTS :

- Nécessite une certaine instruction ;
- Enregistre beaucoup d'échec suite à la négligence.

LES METHODES REVERSIBLES ARTIFICIELLES (MODERNES)

Le professeur **YAGI SITOLO** (2006), définit les méthodes artificielles comme étant des moyens misent en œuvre pour éviter une conception en ajoutant un apport extérieur à l'organisme humaine. Il s'agit ainsi :

- Les spermicides ;
- Les préservatifs masculins ;
- L'obturateur féminin (diaphragma) ;
- La contraception hormonale ;
- La contraception par D.I.U ;
- L'implant ;
- Le diaphragme et cape cervicale.

1. LE PRESERVATIF MASCULIN

ROBERT (2005), définit le concept comme étant une enveloppe protectrice souple dont on recouvre la verge.

Communément appelé : « capote » ou « condom », cette enveloppe qui se vend sous une multitude de nom de marque (prudence, OK etc....) recouvre le pénis en érection juste avant la pénétration de façon à y recueillir le sperme au moment de l'éjaculation.

Avantage :

- Protection contre les grossesses, les MST et le VIH/SIDA ;
- Utilisable même après accouchement ;
- Empêche l'éjaculation prématurée.

Inconvénients :

- Diminue les sensations en rendant les rapports sexuels agréable pour l'un ou l'autre partenaire ;
- Il peut se rompre ou glisser durant les rapports sexuels rendant ainsi les rapports non protégés ;
- S'abîme si mal conservé.

2. LE PRESERVATIF FEMININ

C'est un dispositif qui ressemble à un sac ayant la forme d'un tube en polyuréthane résistant à l'élastique, fermé à un bout dont le but est de recouvrir le vagin pendant le rapport sexuel (MULENGO M. 2009).

Avantage :

- Protection contre la grossesse, les IST-VIH/SIDA ;
- Réversible immédiatement ;
- Efficacité et simplicité ;
- Affecte moins le plaisir sexuel.

INCONVENIENTS :

- Couteuse actuellement ;
- exige l'assentiment du partenaire ;
- La femme doit toucher ses parties génitales

3. LES DIAPHRAGMES

Ce sont des obturations féminines les plus utilisées en forme de calotte hémisphérique. Ils comportent un cercle en caoutchouc mou et un bord circulaire constitué de ressort ou de lames métalliques souples permettant à l'appareil de se déformer temporairement lors de sa mise en place.

Par un examen gynécologique, le médecin détermine la dimension et l'étendue du diaphragme à utiliser et devra apprendre à la femme d'utilisation de l'appareil.

C'est souvent au niveau de cet apprentissage, un peu complexe soit-il, qu'apparaît un refus inconscient de la méthode. Beaucoup de femmes étant elles-mêmes incapables de placer l'appareil (Prof. YAGI, op.cit).

4. LES CAPES CERVICALES

Les capes cervicales doivent être adaptées directement sur le col et y adhèrent par l'effet de ventouses. Elles sont moins utilisées et ne sont pas utilisées au Congo démocratique (Prof. YAGI, op.cit).

5. CONTRACEPTION (pilule orale et injectable)

Ce sont des produits per os ou injectable contenant des hormones

MODE D'ACTION

La pilule contraceptive contient des quantités de deux substances (ostrogénique et progestative), elles contiennent assez d'hormones qui empêche l'ovulation, mais pour arrêter des règles. Prise chaque jour par une femme, elle ne produire pas d'autres ovales et ne tombera pas grosse.

MODE D'APPLICATION

LA femme doit commencer se 1^{er} plaquette ver le 5^{ème} jour et le 1^{er} jour des règles, selon la marque de la pilule (5^{ème} jour pour les pilules combinées).

Elle avale une pilule chaque jour jusqu'à l'équipement de la plaquette. En cas d'une plaquette de 21 ou 22 comprimées, elle va se reposer pendant une semaine sans pilule et, commencer une nouvelle plaquette. En cas d'oublie de prise deux jours de suite, elle pendra deux pilules dès qu'elle se rappelle et deux autres le lendemain avant de revenir à une pilule par jour.

Avantage :

- Efficacité si correctement employé ;
- Utilisable dès l'adolescence jusqu'à la ménopause ;
- Sert de contraceptif pour les rapports sexuels non protégés ;
- Régularité des règles et saignement mensuel moins abondant ;
- Légères crampes mensuelles.

Inconvénients :

- Peu efficace en cas de prises irrégulières ;
- Entraîner un léger gain de poids ;
- Diminue la quantité du lait maternel chez les femmes allaitantes ;
- Ne protège pas contre les IST-VIH/SIDA.

6. CONTRACEPTION PAR INJECTION

Il s'agit des produits à base de progestatif injectés par voie IM afin d'assurer une contraception de longue durée par l'inhibition de l'ovulation.

MODE D'ACTION

- Inhibe l'ovulation ;
- Epaissement de la glaire cervicale rendant ainsi difficile le passage de spermatozoïdes ;
- Modification de l'endomètre et impossibilité de la nidation.

Avantage :

- Contact périodique avec le personnel soignant ;
- Par d'effets sur la lactation ;
- Contraceptif réversible ;
- Efficacité ;
- Administration simple.

Inconvénients :

- Perturbation du cycle menstruel chez certains sujets ;
- Des maux de tête de sauter d'humeur et perte de libido signalés ;
- Risque d'une hémorragie en cas d'utilisation prolongée ;
- Retard de rétablissement de la fécondité.

7. LES IMPLANTS, SOUS DERMIIQUES

C'est une contraception à longue durée (jusqu'à 5 ans), utilisant le levonogestol qui diffuse lentement à travers les capsules de gélatine placées sous la peau du bras de l'utilisatrice (YAGI, op.cit)

MODE D'ACTION

- Épaississement de la glaire cervicale, rendant impossible le passage de spermatozoïdes ;
- Arrête l'ovulation ;
- Entraîne une légère atrophie de l'endomètre.

Avantage :

- Efficacité pour les sujets obèses ;
- Contraception à long terme, mais réversible ;
- Intensification du plaisir sexuel sans inquiétude ;
- Efficacité dans les 48 heures suivantes la pose.

Inconvénients :

- Aménorrhée seins sensibles ;
- Légères saignements dans les intervalles des règles ;
- Utilisation et cessation sur ordonnance ;
- Ne protège pas contre les IST et le VIH/SIDA.

8. LA CONTRACEPTION PAR D.I.U

C'est un dispositif en métal ou en plastique que l'on place dans l'utérus afin d'obtenir un effet contraceptif (YAGI, op.cit)

MODE D'ACTION

- Empêche les spermatozoïdes et l'ovocyte de se rejoindre ;
- Modifie l'endomètre en provoquant un environnement défavorable à la nidation et à la migration de spermatozoïdes.

Avantage :

- Une seule décision conduit à une contraception efficace à long terme ;
- Effet durable (± 10 ans) ;
- Ne gêne pas des rapports sexuelles ;
- Convient aux femmes allaitantes ;

Inconvénients :

- Ne protège pas contre les IST- VIH/SIDA ;
- Peu sortir de l'utérus sans que la femme s'en rendre compte, si il est posé peu après l'accouchement ;
- Pas une bonne méthode pour les femmes ayant eu les MST en qui ont de multiples partenaires sexuels.

B. LES METHODES IRREVERSIBLES

Le Professeur **YAGI** (op.cit), parle de la contraception chirurgicale volontaire qui demeure permanente et irréversible.

Utilisant une technique chirurgicale, elle peut-être appliquée chez l'homme comme chez la femme. Il s'agit de :

- La VESECTOMIE chez l'homme,
- La LIGATURE des trompes chez la femme.

1. LA VASECTOMIE

Elle consiste à pratiquer l'occlusion des conduites par lesquels passent les spermatozoïdes après leur sécrétion par les testicules : les canaux déférents.

Avantage :

- Efficacité ;
- Ne gêne pas la vie sexuelle ;
- Pas de risque ultérieur pour la santé ;
- Légèrement moins dangereux ;
- Facile à exécuter ;
- Moins coûteuse si pas gratuite ;
- Stérilisation permanente.

Inconvénients :

- Pas de protection contre les IST et le VIH/SIDA ;
- Difficulté de rétablissement de la fécondité, coûteuse et pas réalisable n'importe où ;
- Pas d'efficacité immédiate, possible d'éjaculations après les 20 premières rapports.

2. LA LIGATURE DES TROMPES

C'est une méthode de contraception permanente pour bloquer ou couper les deux trompes de Fallope, pour empêcher le passage des ovocytes entre les ovaires et l'utérus. Elle se fait par deux méthodes : la mini laparotomie et la coelioscopie.

Pour clore ce chapitre, relevons que l'église catholique autorise les moyens dites « naturels » de limitation des naissances : méthode Ogino-Knaus assez inefficace, ou méthode de températures, mais il existe bien des oppositions au sein de cette église à ce propos. Les protestants acceptent tous les moyens. Le parti communiste insiste sur la nécessité de ne pas se contenter de donner les moyens de ne pas avoir les enfants, mais aussi de créer des conditions favorables pour celles qui souhaitent avoir des enfants.

CHAPITRE III : METHODOLOGIE

3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN

Ce chapitre est consacré à la présentation du centre Mère et enfant de NGABA, en tant que lieu choisi pour notre étude. Nous y parlerons de l'historique de cet établissement sanitaire, de sa situation géographique d'une part et, d'autre part, nous présentons son organisation administrative.

3.2. HISTORIQUE DU CENTRE MERE ET ENFANT DE NGABA

Communément appelé : « BOBILA DAWA », son historique remonte à l'année 1974, où il a été installé dans l'ancien bâtiment abutant l'ancien Dispensaire de l'état. Jusqu'en 1977, le centre était fonctionnel et bénéficiait des subsides du conseil exécutif.

En 1978, le centre fut abandonné entre les mains d'un particulier et, avait fini par fermer ses portes de suite d'une mauvaise gestion.

En 1980, avec l'accord du département de la santé Publique, le comité exécutif de la condition Féminine, la Banque du Peuple et les organisations internationales (UNICEF), aussi le soutien matériel de Maman BOBILA DAWA (épouse du président MOBUTU), débutent les travaux de réhabilitation de 1980 à 1984. C'est à partir du 5 Juin 1985 que le centre deviendra opérationnel jusqu'à ce Jour.

3.3. SITUATION GEOGRAPGIQUE

Le centre Mère et enfant de NGABA est situé en n°58 de l'avenue KIANZA, précisément à \pm 300 mètres de la maison communale de NGABA.

- A l'est il est limité par l'avenue LANGA-LANGA ;
- A l'ouest, par la grande direction Frigo ;
- Au nord par l'avenue KIANZA et ;
- Au sud, par l'avenue BUKANGA.

Avec une grande capacité d'accueil évaluée à \pm 300 personnes par jour, il organise les services suivants :

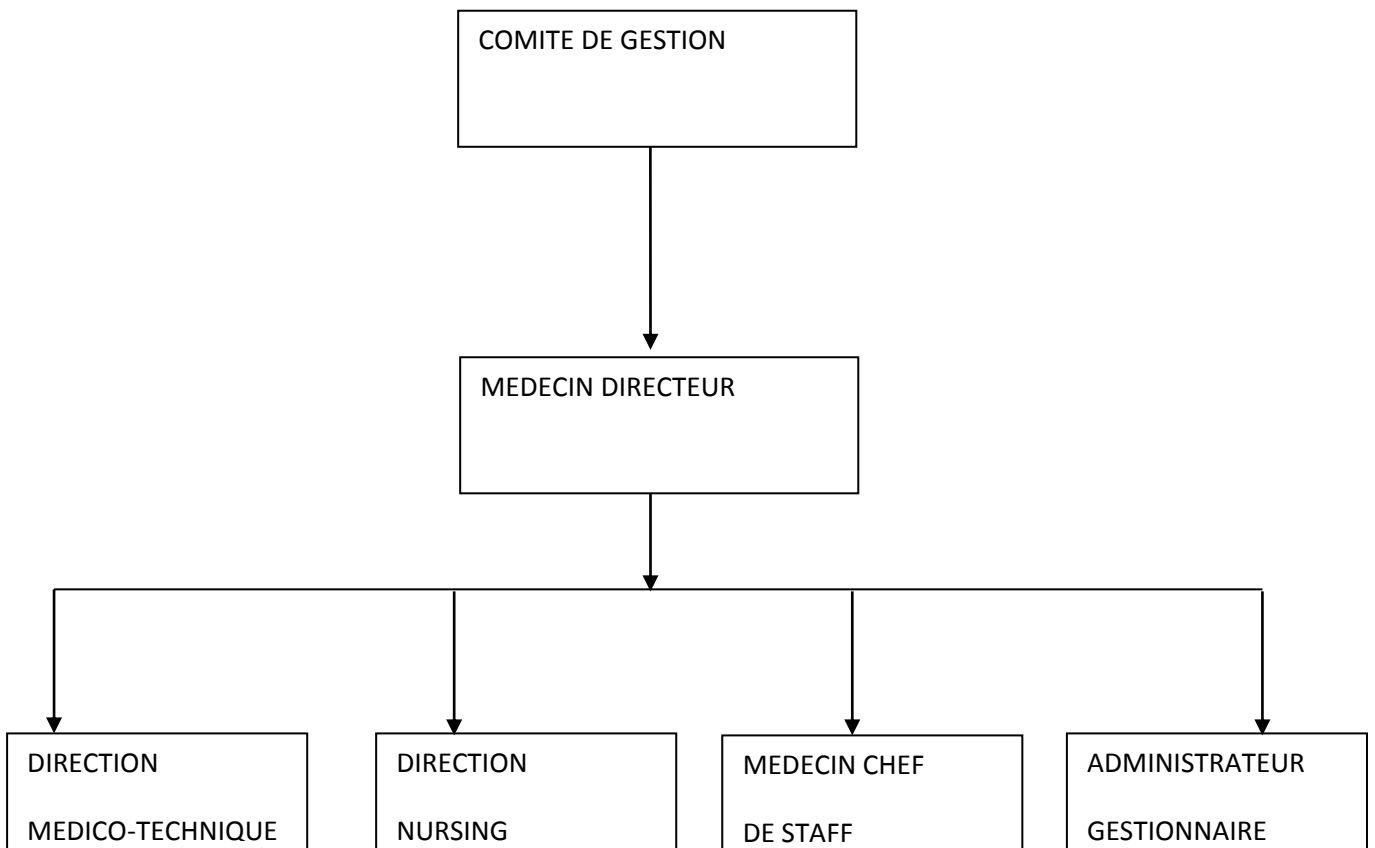
- Médecine interne ;
- Chirurgie ;
- Pédiatrie ;
- Maternité (salle d'accouchement) ;
- CPN ;
- Naissance désirable ;
- Salle d'urgence ;
- Gynéco- obstétrique ;
- Laboratoire ;
- Kinésithérapie ;
- Radiologie et échographie ;
- Pharmacie ;
- Nutrition et diététique.

3.4. STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET ORGANIQUE

A. Définition :

Selon TEZENAS DU MONT CEL, H (1972), l'organigramme est la représentation de la structure hiérarchique et fonctionnelle d'une entreprise. Il visualise la répartition du travail et des responsabilités. Il révèle la nature de la structure adoptée et donc, dans une certaine mesure l'esprit et le stade développement de l'entreprise.

B. PRESENTATION DE LA STRUCTURE



NB : graphique élaboré par nous sur base des données recueillies au centre.

C. ATTRIBUTIONS DES SERVICES DU CENTRE

1. Attribution du comité de Gestion

Le comité de Gestion est composé de médecin Directeur, chef de Zone de santé, assisté par 4 directeurs dont les attributions sont ci-dessous.

Il reçoit et oriente la politique sanitaire de la Zone de santé telle qu'arrêté par le Gouvernement de la République à travers le chantier santé Publique.

2. Attribution du Médecin Directeur

Le médecin directeur supervise et coordonne l'ensemble des activités du centre. A ce titre, il dispose de pouvoirs nécessaires et reconnus pour l'accomplissement des tâches définies. Il engage le centre devant les tiers.

Il délègue une partie des compétences aux autres membres du comité de gestion qui lui rendent compte et, les remplace en cas d'absence ou d'empêchement.

3. Attribution de l'administrateur Gestionnaire

Il a comme attributions :

- La Gestion des biens meubles et immeubles mis à la disposition du centre ;
- La gestion du personnel affecté au centre ;
- La gestion des crédits alloués au centre ;
- La coordination, l'harmonisation et le suivi de la gestion financière ;
- Le suivi des performances ;
- La tenue des statistiques des recettes et dépenses.

4. Attributions du Médecin chef de staff

- Encadrement du personnel médical ;
- Suivi et encadrement de stagiaires ;
- Elaboration des stratégies médicales.

5. Attribution de la Direction de Nursing

6. Attributions de la Direction Médico-Technique

3.2. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLON

a). population cible

LUBOMA L. (2010), définit la population cible comme étant un ensemble des sujets définis par les critères établis pour l'étude. Ils ont en commun une ou plusieurs caractéristiques. C'est également en d'autres termes la population visée ou concernée par l'étude.

Pour notre étude, la population cible est constitué de toutes les gestantes venant à la C.P.N au centre Mère et enfant de NGABA au cours de la période de 10 Juin 2012 au 10 Juillet 2013, soit un total de 58 mères.

b). échantillon

Selon **TWENDJIMBANJI** (2008), pour étudier statistiquement une grande population, on choisit un échantillon représentatif, c'est-à-dire, un sous-ensemble de la population (donc échantillon), à partir de l'échantillon choisi, on tire les conclusions valables pour toute la population.

Quand à OKENGE, cité par LUBOMA (2010), l'échantillon est un sous ensemble d'une population formée des unités statistiques interrogées ou observée.

B.1. type d'échantillonnage

Le type d'échantillonnage utilisé dans cette étude est non probaliste, occasionnel ou accidentel.

B.2. critères d'inclusion

Dans cette étude, l'échantillon est déterminé sur base de certains critères à savoir :

- Etre mère d'au moins un enfant ;
- Avoir fréquenté la CPS au centre Mère et enfant de NGABA ;
- Etre présente au moment de notre passage ;
- Accepter de répondre à nos questions.

B.3. taille de l'échantillon

Notre étude a porté sur 50 mères ayant fréquenté le centre mère et enfant de NGABA pendant la période de notre enquête.

3.3. METHODE, TECHNIQUE ET INSTRUMENT DES COLLECTES DES DONNEES

3.3.1. Méthode

Dans notre étude, nous avons utilisé la méthode d'enquête qui se définit comme une opération de recherche réalisée avec rigueur et méthode en vue d'obtenir les données statistiques sur les sujets bien précis et dont les résultats obtenus s'appliquent à l'ensemble de la population (TWENDIMBANDI op.cit).

3.3.2. Technique

Nous avons utilisé la technique d'interview qui se justifie par le fait qu'elle permet à ces mères de s'exprimer librement.

3.3.3. Instrument

Selon **LAROUSSE** (2010), l'instrument est un outil, qui permet d'atteindre un résultat, ou un moyen qui sert à saisir à renseigner les données numériques relatives à un sujet de recherche (TWENDIMBANDI op.cit).

Ainsi, pour notre étude, l'instrument utilisé était un questionnaire guide d'interview, autrement dit, les questions étaient structurées d'avance, mais les réponses étaient notées à l'issu des sujets enquêtés.

3.4. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES

3.4.1. Démarche préliminaires

Pour réaliser cette étude, nous nous sommes servie d'une lettre de recherche délivrée par la Direction de l'institut supérieur des techniques Médicales (ISTM).

Cette lettre nous a permis d'entrer en contact avec le chef de Nursing à qui nous avons présenté l'objet de notre étude. Ce dernier nous a autorisés de mener nos enquêtes et nous lui avons présenté notre emploi du temps.

3.4.2. Déroulement de l'enquête proprement dite

Notre enquête est étendue sur une période d'un mois, soit du 10 Juin au 10 Juillet 2013. Nous nous rendions dans le centre hospitalier tous les jours de la semaine pour le stage et pour la réalisation de notre étude.

Pendant ce temps, nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec les enquêtées. Donc, les mères qui venaient à la C.P.N.

3.5. TRAITEMENT DES DONNEES

Pour réaliser ce processus de la récolte de données, nous avons procédé au calcul de pourcentage.

$$\% = \frac{fi}{n} \times 100 \quad \text{ou}$$

$$\% = \frac{FO}{Fa} \times 100$$

LEGENDE :

% = pourcentage ;

Fi = nombre effectifs ou fréquence relative ;

Fa = fréquence attendue ;

FO = fréquence obtenue ;

n = taille de l'échantillon ;

\bar{X} = moyenne

100 constante

3.6. DIFFICULTES RENCONTREES

Comme pour tout travail scientifique, nous avons éprouvé d'énormes difficultés au niveau d'accès à la documentation et, la précarité de nos moyens financiers.

CHAPITRE IV. PRESENTATION DES RESULTATS

Dans ce chapitre, nous allons présenter les résultats collectés sur le terrain d'enquête, sur les tableaux à 4 colonnes.

4.1. Variation socio-démographiques

Tableau n°1: Répartition des enquêtés selon leur âge

N°	TRANCHES D'AGE	ni	%
01	17 à 24 ans	10	20
02	25 à 33 ans	16	32
03	34 à 42 ans	24	48
	TOTAL	50	100

Ce tableau ci-haut indique que l'âge des enquêtés varie entre 17 et 42 ans avec une fréquence élevées (48%) dans la tranche de 34 à 42 ans.

Tableau n°2 : Répartitions des enquêtées selon l'état-civil

N°	ETAT-CIVIL	ni	%
01	MARIE	36	72
02	CELIBATAIRE	14	28
	TOTAL	50	100

Le tableau n°2 montre que 72% des mères enquêtées, sont mariées contre 28% des célibataires.

Tableau n°3 : Répartition des enquêtées selon leur niveau d'études

N°	NIVEAUX D'ETUDE	ni	%
01	PRIMAIRE	18	36
02	SECONDAIRE	26	52
03	SUPERIEUR OU UNIVERSITAIRE	06	12
	TOTAL	50	100

Il ressort de ce Tableau que la majorité des enquêtées (52%) ont un niveau d'études secondaire.

Tableau n°4 : Répartition des enquêtées selon leur parité

N°	PARITE	ni	%
01	1 à 2 enfants	14	28
02	3 à 4 enfants	26	52
03	5 et plus	10	20
	TOTAL	50	100

Le Tableau ci-contre indique que la majorité des enquêtées (52%) ont 3 à 4 enfants.

Tableau n°5 : Répartition des enquêtées selon leur profession

N°	OCCUPATION	ni	(%)
01	MENAGERE	12	24
02	FONCTIONNAIRE	23	46
03	VENDEUSE	10	20
04	SALARIEE (PRIVE)	03	06
05	ETUDIANTE OU ELEVE	02	04
	TOTAL	50	100

Le Tableau n°5 indique que la plupart (46%) de nos enquêtées sont fonctionnaires.

4.2. PRESENTATION DES VARIABLES DE L'ENQUETE PROPREMENT DITE

Tableau n°6 : Répartition des enquêtées selon leur connaissance sur les méthodes de Planning Familiale

N°	METHODE DE PLANNING	Fa	Fo	%
01	Abstinence, Température, Calendrier	50	36	72
02	Coït interrompu	50	10	20
03	Méthode de collier du Cycle	50	03	06
04	Spermicide	50	16	32
05	Préservatif Masculin	50	38	76
06	Préservatif Féminin	50	04	08
07	Contraception Hormonale (pilule et Inj)	50	28	56
08	Implant	50	04	08
11	D.I.U	50	03	06
	TOTAL	500	142	28

CONSTAT : Ce tableau nous révèle que la méthode la plus connue par nos enquêtées (76%) est : « le préservatif masculin », le score global nous donne 28%

Tableau n°7 : Répartition des enquêtées selon leur source d'information

N°	Source d'information	Fa	Fo	%
01	Mari ou amies	50	05	10
02	Eglise	50	07	14
03	Conférence	50	04	08
04	Ecole	50	09	18
05	Hôpital	50	14	28
06	Médias	50	11	22

Le tableau n°7 montre que la source d'information la plus mentionnée par nos enquêtées (28%) est l'hôpital.

Tableau n°8 : Répartition des enquêtées selon leur méthode d'application

N°	METHODE DE PLANNING	Fa	Fo	%
01	Abstinence, Température, Calendrier	50	36	72
02	Coït interrompu	50	10	20
03	Méthode de collier du Cycle	50	03	06
04	Spermicide	50	16	32
05	Préservatif Masculin	50	38	76
06	Préservatif Féminin	50	04	08
07	Contraception Hormonale (pilule et Inj)	50	28	56
08	Implant	50	04	08
11	D.I.U	50	03	06
	TOTAL	500	142	28

CONSTAT : Ce tableau nous révèle que la méthode la plus connue par nos enquêtées (76%) est : « le préservatif masculin », le score global nous donne 28%.

Tableau n°9 : Répartition des enquêtées selon le motif de leur choix.

N°	MOTIF DE CHOIX	Fa	Fo	%
01	Ne coûte pas cher	50	08	16
02	Naturel	50	05	10
03	Facile à utiliser	50	10	20
04	Protection contre les IST/VIH sida et grossesses	50	18	36
05	Sans motif valable	50	09	18

Le tableau n°9 montre que le motif le plus avancé pour justifier leur choix est la protection contre le IST/VIH sida et grossesses (36%).

CHAPITRE V : INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

A travers ce chapitre, nous allons essayer de donner le sens à chaque variable un rapport avec les résultats obtenus de notre enquête.

5.1. CARACTÉRISTIQUE DES ENQUÊTÉES

Tableau n°1 : En ce qui concerne l'âge comprise entre 17 et 42 ans, soit une moyenne d'âge de 30 ans.

Il convient de signaler qu'à cet âge, la personne est en pleine activité sexuelle et la majorité commencent à procréer. Dans sa définition de la planification familiale, DELVOYE PIERRE souligne que l'âge de la procréation se situe au-dessus de 22 ans, mais au Congo Démocratique, le législateur autorise le mariage de jeunes filles d'au moins 14 ans.

Des Tableaux ayant trait aux caractéristiques des enquêtées il ressort ce qui suit :

La population sur laquelle porte notre enquête avait la tranche d'âge variant entre 17 à 42 ans. Etant l'âge de maturité et d'intense activité sexuelle pouvant conduire à la procréation, en appelle à la planification familiale.

Tableau n°2 : Nos enquêtées étaient pour la plupart des mariées, soit 72% sont des responsables ;

Tableau n°3 : Les enquêtées étaient pour la plupart de niveau d'études secondaires, soit 52% (26 sur 50 enquêtées), suivi de 36% (18 sur 50 enquêtées) de niveau primaire et, enfin 12% (soit 6 sur 50 enquêtées) ayant un niveau supérieur ou universitaire.

Tableau n°4 : Quant à la parité, les enquêtées avaient pour la plupart un nombre d'enfants allant de 3 à 4 soit 52% d'enquêtées, suivi de celles ayant un nombre

d'enfants allant de 1 à 2, soit 28% et enfin celles ayant 5 et plus d'enfants, soit 20%.

Tableau n°5 : De nos enquêtées, il ressort que la plupart d'elles, étaient de fonctionnaires soit 46%, suivi de ménagère 24%, des vendeuses 20%, des travailleurs 6% et enfin 4% des étudiants ou élèves. Notons toutes fois que la prédominance de ce fonctionnaire parmi nos enquêtées seraient un fait du hasard dû au taux élevé de leur fréquentation au cours de la période de collecte de données.

Tableau n°6 : Quant la question de savoir leur connaissance de méthode les réponses des enquêtées suivent l'ordre ci après : 76% de nos enquêtées appliquent la méthode de préservatif masculin suivi de l'abstinence 72%, et la contraception hormonale avec 56%. Ce qui se justifie par la communication médiatisée (publicité à la TV, à la Radio et, certaines affiches).

Tableau n°7 : Quant à la source d'information, elle se répartit de la manière ci-après :

- 28% de nos enquêtées ayant reçues l'information du planning familial à l'hôpital ;
- 22% ayant reçues l'information à travers les médias ;
- 18% ayant reçues l'information du planning familial à l'école ;
- 14% ont eu l'information du planning familial au sein des Eglises ;
- 10% ayant reçu l'information du planning familial à travers leurs maries ou leurs amies ;
- 8% de nos enquêtées ayant reçues l'information de la planification familiale à travers les conférences.

Tableau n°8 : selon les résultats de l'enquête : 76% de nos enquêtées appliquent la méthode de préservatif masculin suivi de l'abstinence 72%, et la contraception hormonale avec 56%. Ce qui se justifie par la communication médiatisée (publicité à la TV, à la Radio et, certaines affiches). Il faut noter aussi que ce sont des méthodes qui ne coûtent rien et ne demandent qu'une simple discipline dans son application. Néanmoins, il est observé qu'une même personne peut se servir de deux ou trois méthodes y égard aux fréquences obtenues soit 76% préservatif masculin, 72% abstinence et 56% de la contraception hormonale.

Tableau n°9 : Quant la question de savoir le motif de choix des méthodes, les réponses des enquêtées suivent l'ordre ci-après :

- 36% des nos enquêtées choisissent la méthode pour se protéger contre les IST/VIH-SIDA et les grossesses ;
- 20% utilisent la méthode de contraception parce qu'elle est facile à utiliser ;
- 18% des enquêtées n'ayant aucun motif valable ;
- 16% utilisent la méthode parce qu'elle ne coûte pas ;
- 10% de nos enquêtées préfèrent ce qui est naturel.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

Nous voici au terme de notre étude intitulée : **« application de méthode de la planification familiale par les mères fréquentant le centre mère et enfant de NGABA »** durant la période du 10 Juin au 10 Juillet 2013.

Cette étude est partie d'une question de recherche, à savoir : « les fréquentant le centre Mère et enfant NGABA appliquent-elles le planning familial ? » le but étant d'évaluer le niveau de connaissance des mères sur la planification familiale.

Pour atteindre ce but, nous nous sommes assignés les objectifs ci-après :

- Identifier les mères qui feront l'objet de notre étude ;
- Sur base de la revue de littérature, élaborer un schéma conceptuel ;
- Soumettre ces mères à un interrogatoire ;
- Déterminer leurs connaissances ;
- Ressortir les écarts ;
- Faire quelques recommandations.

Notre taille d'échantillon était constituée de 50 mères ayant fréquentées la C.P.N. au Centre Mère et Enfant de NGABA. Nous avons utilisé la technique d'interview comme méthode d'enquête.

Durant notre analyse, un critère d'acceptabilité dans l'échantillon était fixé. Le niveau de connaissance des mères sur l'application de la planification familiale sera satisfaisant lorsqu'elle sera appliquée à 70 %.

Après analyse des données, nous sommes arrivés à une moyenne de 76%, ce qui reflète l'exigence de notre critère d'acceptabilité qui est de plus de 70%. Par conséquent, notre

analyse indique que les mères qui viennent à la C.P.N ont certaines connaissances sur la planification familiale.

2. RECOMMANDATIONS :

Nos recommandations demeurent :

- Que le ministère de Santé et les Partenaires divers organisent les campagnes sur la nécessité de la planification familiale, en fin d'éviter les grossesses non désirables, de prendre conscience sur ce fléau qui semble passer à l'avant plan suite à l'insuffisance des moyens ;
- Aux adolescentes, d'avoir une sexualité responsable afin d'éviter des grosses non désirables qui ne contribue pas à la promotion de la Santé infantile ;
- Prendre l'engagement formel de réduire de 2/3 la mortalité des enfants de moins de cinq ans et, de 1/3 celles de mères à l'horizon 2015, étant donné que l'enquête MLCS 2012 a montré que 158/1000 enfants meurent avant leur cinquième anniversaire et 15.000 femmes meurent chaque année en donnant la vie ;
- Que le Gouvernement de la R.D.C améliorer les conditions socio-économiques et sanitaires de la population pour mettre fin à ce fléau ;
- Vulgariser d'avantage l'utilisation du préservatif féminin qui semble être encore ignoré.

BIBLIOGRAPHIE

I. OUVRAGES

1. CHOMBART DE LAUME M.J, 1971, la femme, Paris, Ed. burin
2. FONTAIN D. et COURTE JOIE J, infirmier, comment bâtir la santé, Kangu Mayumbe, BERPS
3. Dictionnaire Universel, 2011, Paris
4. FABRI D. 1968, médecine pour vous, Paris, volume 8
5. MOLS R., 1956, introduction à la démographie historique, Tome II, Louvain
6. ROUDI, FARZANEH, 1996, le planning familial, en Afrique
7. ROTSART H et COURTEJOIN J, 1977, l'enfant et la santé, Kangu Mayumbe, BERPS
8. TEZENAS DU MONT CEL H, 1972, Dictionnaire des sciences de Gestion, Paris, maison Name

II. NOTES DE COURS

1. KALOMBO MPOLESHA J, 2006, Démographie, notes de cours Inédites, UNIKIS
2. MPEREBOY, 1983, Economie politique, notes de cours Inédites, ISC/Kisangani
3. TWENDJIMBANDI, 2008, statistique notes de cours Inédites, ENF/Kinshasa
4. YAGI SITOLO J, 2006, Gynécologie, notes de cours Inédites, UNIKIS

III. AUTRES DOCUMENTS

1. Afrique Renouveau, 2008, vol. 22 n°1
2. LUBOMA LUNGOY B, 2010, Evolution des connaissances des mères sur la protection des nourrissons, TFC, ISMT/Kinshasa
3. MASSINGA GUY, 2003, la Planification familiale et la diminution de la mortalité infantile, TFC, sociologie, UNIKIN
4. TULULA, 1995, opinion de couples chrétiens sur la planification familiale, TFC, ISETM/Kinshasa
5. Site web Google.fr

LOUANGE.....	I
DEDICACE.....	II
LISTE DES TABLEAUX	IV
AVANT PROPOS.....	III
LISTE DES ABREVIATIONS SYMBOLES ET SIGLES.....	IV
CHAPITRE I. PROBLEMATIQUE.....	1
I.1. ENONCE DU PROBLEME.....	1
1.2. QUESTION DE RECHERCHE	4
1.3. BUT ET OBJECTIF.....	4
1.4. INTERET DU TRAVAIL	4
1.5. DELIMITATION DU SUJET	4
1.6. TYPE EXPLORATION DE L'ETUDE	4
1.7. SUBDIVISION DU TRAVAIL	5
CHAP. II. REVUE DE LA LITTERATURE	6
2.1. DEFINITION DES CONCEPTS FONDAMENTAUX.....	6
2.2. HISTORIQUE DU PLANNING FAMILIAL.....	7
2.3. DES ORGANES DE REPRODUCTION	11
2.3.1. <i>ORGANES MASCULINS DE REPRODUCTION</i>	11
2.3.2. <i>ORGANES FEMININS DE REPRODUCTION</i>	12
2.4. LE CYCLE MENSTRUEL.....	14
2.5. LES METHODES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE	16
2.5.1 <i>LES METHODES TRADITIONNELLES</i>	16
2.5.2 <i>LES METHODES MODERNES OU SCIENTIFIQUES</i>	17
CHAPITRE III : METHODOLOGIE	28
3.1. DESCRIPTION DU TERRAIN.....	28
3.2. HISTORIQUE DU CENTRE MERE ET ENFANT DE NGABA	28
3.3. <i>SITUATION GEOGRAPGIQUE</i>	28
3.4. STRUCTURE ADMINISTRATIVE ET ORGANIQUE	29
3.2. POPULATION CIBLE ET ECHANTILLON.....	33
3.3. METHODE, TECHNIQUE ET INSTRUMENT DES COLLECTES DES DONNEES	34
3.3.1. <i>Méthode</i>	34
3.3.2. <i>Technique</i>	34
3.3.3. <i>Instrument</i>	34
3.4. PROCESSUS DE COLLECTE DES DONNEES.....	35
3.4.1. <i>Démarche préliminaires</i>	35

3.4.2. Déroulement de l'enquête proprement dite	35
3.5. TRAITEMENT DES DONNEES	35
3.6. DIFFICULTES RENCONTREES	36
CHAPITRE IV. PRESENTATION DES RESULTATS	37
4.1. VARIATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	37
4.2. PRESENTATION DES VARIABLES DE L'ENQUETE PROPREMENT DITE	39
CHAPITRE V : INTERPRETATION DES RESULTATS	42
5.1. CARACTERISTIQUE DES ENQUETEES	42
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	44
TABLE DES MATIERES	45