

BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (F.S.S.)

SECTION MEDECINE

Année universitaire 1997 - 1998

N° 37

PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE, TOLERANCE ET
ACCEPTABILITE EN PLANIFICATION FAMILIALE
A OUAGADOUGOU (A PROPOS DE 4 METHODES
CONTRACEPTIVES)

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 9 Juillet 1998 pour l'obtention du :

Grade de DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

Par IVO Salimata épouse KEITA

Née en 1969 à Pâ (Ballés)

Président du jury :

- Professeur Ag. Blaise SONDO

Directeur de thèse :

- Professeur Ag. Bibiane KONE

Membres du jury :

- Professeur Ag. François R. TALL

- Docteur Michel AKOTIONGA

- Docteur Blami DAO

Co - directeur

- Docteur Jean LANKOANDE

- Docteur Blami DAO

« L'être humain et l'animal sont égaux en ceci : tous deux peuvent engendrer la vie. Mais qui des deux sinon l'homme a reçu ce don et cette responsabilité uniques d'élever la jeunesse et de l'éduquer au fil des ans ? Il est donc primordial, quand on parle d'enfants, de mettre l'accent plutôt sur l'affection qu'on pourra leur porter et la manière dont on pourra s'occuper d'eux que sur leur nombre et la manière dont on les met au monde. Souvent, en effet, il est beaucoup plus facile d'enfanter que de bien élever sa progéniture »

Président Julius NIERERE,
Tanzanie 1969

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

Faculté des Sciences de la Santé
(F.S.S.)

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

Doyen	Pr. Robert B. SOUDRE
Vice-Doyen Chargé des Affaires Académiques et Directeur de la Section Pharmacie (VDA)	Pr. I. Pierre GUISSOU
Vice-Doyen à la Recherche et à la vulgarisation (VDR)	Pr. Ag. Jean KABORE
Directeur des Stages de la Section Médecine	Pr. Ag. Y. Joseph DRABO
Directeur des Stages de la Section de Pharmacie	Dr OUEDRAOGO / Rasmata TRAORE
Coordonnateur C.E.S. de Chirurgie	Pr. Amadou SANOU
Secrétaire Principal	Mr Gérard ILBOUDO
Chef de Service Administratif et Financier (CSAF)	Mr Mohamed Ousmane ZONGO
Conservateur de la Bibliothèque	Mr Salif YADA
Chef de la Scolarité	Mme Kadi ZERBO
Secrétaire du Doyen	Mme Mariam DICKO
Secrétaire du VDA	Mme KABRE Hakiéta
Secrétaire du VDR	Mme BONKIAN Edwige
Audiovisuel	Mr Alain Pascal PITROIPA
Reprographie	Mr Philipe BOUDA
Service Courrier	Mr Ousmane SAWADOGO

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUMINGA	Anatomie organogénèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-Pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie Générale et Digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie & Toxicologie

Professeurs associés

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie
Blaise KOUDOGBO	Toxicologie

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie -Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie - Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie -Traumatologie
François René TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie
Joseph Y. DRABO	Médecine Interne/Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses
----------------	-----------------------

Assistants associés

Caroline BRIQUET

Chimie -Analytique, Pharmacologie
et Toxicologie

Valérie MURAILLE

Galénique et Chimie-Analytique

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE

Parasitologie

Mamadou SAWADOGO

Biochimie

Jean LANKOANDE

Gynécologie-Obstétrique

Issa SANOU

Pédiatrie

Ludovic KAM

Pédiatrie

Adama LENGANI

Néphrologie

Omar TRAORE N°1

Chirurgie

Si Simon TRAORE

Chirurgie

Adama TRAORE

Dermatologie Vénérologie

Abdoulaye TRAORE

Santé Publique

Kampadilemba OUOBA

Oto Rhino Laryngologie

Piga Daniel ILBOUDO

Gastro-entérologie

Albert WANDAOGO

Chirurgie Générale

Daman SANO

Chirurgie Générale

Arouna OUEDRAOGO

Psychiatrie

Joachim SANOU

Anesthésie-Réanimation

Patrice ZABSONRE

Cardiologie

Jean Gabriel OUANGO

Psychiatrie

Georges KI-ZERBO

Maladies Infectieuses

Théophile TAPSOBA

Biophysique

Assistants Chefs de cliniques

Tanguet OUATTARA

Chirurgie

Sophar HIEN	Chirurgie - Urologie
Timothée KAMBOU	Chirurgie
Philippe ZOURE	Gynécologie-Obstétrique
T.Christian SANOU (in memoriam)	Oto Rhino Laryngologie
Madi KABRE	Oto Rhino Laryngologie
Doro SERME (in memoriam)	Cardiologie
Hamadé OUEDRAOGO	Anesthésie-Réanimation physiologie
Alexis ROUAMBA	Anesthésie-Réanimation physiologie
M. Théophile COMPAORE	Chirurgie
Rabiou CISSE	Radiologie
Y. Abel BAMOUNI	Radiologie
Blami DAO	Gynécologie Obstétrique
DAO / Maïmouna OUATTARA	ORL
Alain BOUGOUMA	Gastro-Entérologie
Alain ZOUBGA	Pneumologie
André K. SAMANDOULOUGOU	Cardiologie
KYELEM / Nicole Marie ZABRE	Maladies Infectieuses
Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Assistants

Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Boubacar TOURE	Gynéco-Obstétrique

Bobliwendé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M. D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun Dieudonné MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail
TRAORE / BELEM Antoinette	Pédiatrie
DA S. Christophe	Chirurgie
KARFO Kapouné	Psychiatrie
NIANKARA Ali	Cardiologie
OUEDRAOGO Nazinigouba	Réanimation
SANON Aurélien Jean	Chirurgie
SORGHO / LOUGUE Claudine	Radiologie
YE / OUATTARA Diarra	Pédiatrie
ZANGO Bernabé	Chirurgie

Assistants Biologistes des Hôpitaux

Lassina SANGARE	Bactério-Virologie
Idrissa SANOU	Bactério-Virologie
Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE	Bactério-Virologie
Harouna SANON	Hématologie/Immunologie

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)

Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale
Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie

Maîtres de Conférences

Boukary LEGMA	Chimie-Physique Générale
François ZOUGMORE	Physique
Patoin Albert OUEDRAOGO	Zoologie
Adama SABA	Chimie Organique
Philippe SANKARA	Cryptogamie

Maîtres-Assistants

W. GUENDA	Zoologie
Léonide TRAORE	Biologie Cellulaire
Marcel BONKIAN	Mathématiques et Statistiques
Longin SOME	Mathématiques et Statistiques
Aboubakary SEYNOU	Statistiques
Makido B. OUEDRAOGO	Génétique
Jean KOULIDIATY	Physique

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
---------------------------------	-------------

Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres de Conférences

Didier ZONGO	Génétique
Georges Annicet OUEDRAOGO	Biochimie

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion
-------------------	------------------

Assistants

Mamadou BOLY	Gestion
--------------	---------

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA	Droit
-------------------	-------

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY	Psychologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Aimé OUEDRAOGO	Ophtalmologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification

Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU (in mémoriam)	Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais
Mr KPODA	Anglais
Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail
Dr Alassane SICKO	Anatomie
Dr Aline TIENDREBEOGO	Chimie Analytique et contrôle médic.
Dr Séni KOUANDA	Santé Publique
Dr Noël ZAGRE	Nutrition
Dr TRAORE / COULIBALY Maminata	Biochimie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

A.U.P.E.L.F.

Pr. Lamine DIAKHATE	Hématologie (Dakar)
Pr. Abibou SAMB	Bactério-Virologie (Dakar)
Pr. José Marie AFOUTOU	Histologie-Embryologie (Dakar)
Pr. Makhtar WADE	Bibliographie (Dakar)
Pr. M. K. A. EDEE	Biophysique (Lomé)
Pr. Ag. Mbayang NDIAYE-NIANG	Physiologie (Dakar)
Pr. Ag. R DARBOUX	Histologie-Embryologie (Bénin)
Pr. Ag. E. BASSENE	Pharmacognosie (Dakar)

O.M.S.

Dr Jean-Jacques BERJON	Histologie-Embryologie (Creteil)
Dr Frédéric GALLEY	Anatomie Pathologique (Lille)
Dr Moussa TRAORE	Neurologie (Bamako)
Pr. Auguste KADIO	Pathologies infectieuses et parasitaires (Abidjan)
Pr Jean Marie KANGA	Dermatologie (Abidjan)
Pr. Arthur N'GOLET	Anatomie Pathologique (Brazzaville)

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embryologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)
Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr. M. BOIRON	Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

Pr. Marc VAN DAMME	Chimie Analytique-Biophysique
Pr. Viviane MOES	Galénique

DÉDICACES

JE DEDIE CE TRAVAIL ...

A Dieu notre créateur

Gloire à toi

A ma tante Ya IVO et son époux Sibié GANO

(in mémoriam)

C'est avec un amour de mère et de père que vous vous êtes occupés de mon éducation. De vos innombrables qualités, le respect et l'humilité vous ont caractérisés. Mon souhait était de vous avoir présents en ce jour.

Mais hélas. ! C'est la volonté de Dieu. Reposez en paix.

A mon père et à ma mère

Votre soutien permanent est d'un apport inestimable dans ma vie. Merci pour m'avoir donné la vie. Je vous aime à jamais.

A Kobéna et Adama

Chers grands frères, vous avez été les seconds parents pour moi. Merci pour tous les efforts consentis. Ce travail est aussi le vôtre.

A Mamadou mon époux

et **chérifatou** ma poupée bien aimée

Vous avez su partager mes moments difficiles, Merci. Que la flamme de notre amour s'illumine à jamais.

A mes frères cadets Moussa et Issa

Le bonheur se trouve au bout des peines.

Encore du courage.

A toutes mes soeurs

Domage que vous n'avez pas eu droit à ce privilège qu'est la scolarisation.
Soyez rassurées car je défendrai autant que faire ce peut vos voix et à travers vous celles de toutes les femmes victimes de la non scolarisation.

A tous mes oncles - tantes - cousins - cousines

Merci pour votre soutien.

A Djénéba

Merci pour ton soutien constant

A mes consoeurs SITA et YVETTE

Restons toujours unies comme à nos premiers jours d'amitié.

A ma belle famille

Merci pour m'avoir adoptée.

A tous mes promotionnaires de la Faculté des Sciences de la Santé

Pour les moments passés ensemble,

Sachez être à l'écoute des femmes et aidez-les à vaincre les handicaps liés à leur féminité dont les grossesses à risque.

A NOS MAÎTRES

A notre maître et Président du Jury
le Professeur agrégé **Blaise SONDO**,
Maître de conférence agrégé en Santé Publique ;
Directeur adjoint de l'IRSS (Institut de Recherche des sciences de la
Santé)

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse et ce malgré vos multiples responsabilités. Votre rigueur dans le travail et vos qualités de pédagogues nous ont marquées.

Sincères remerciements pour l'enseignement dont nous avons bénéficié en Santé Publique.

A notre maître et Juge
Le Professeur **François René TALL**
Maître de conférence agrégé en Pédiatrie ;
Directeur de la Santé de la Famille (DSF).

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de juger ce travail, votre simplicité nous est restée en souvenir.

Sincères reconnaissances pour les savoirs que vous nous avez transmis au cours de vos enseignements.

A notre Maître et Directeur de thèse,
le Professeur agrégé **Bibiane KONE**
Maître de conférence agrégé en gynécologie obstétrique ;
Présidente de la CRESAR (Cellule de Recherche en Santé de la
Reproduction).

Dès nos premiers pas dans le service de gynécologie-obstétrique, nous avons été impressionnées par votre rigueur au travail, votre attention pour tout le personnel en particulier les étudiants et votre amour pour la perfection que vous tentez de nous inculquer.

Puisse ce modeste travail répondre à vos attentes. Merci.

A notre Maître et Juge

le Docteur **Michel AKOTIONGA**

Assistant chef de clinique en gynécologie obstétrique .

Vos immenses qualités humaines, votre disponibilité permanente nous ont toujours facilitées l'apprentissage à vos côtés.

Merci pour les connaissances dont nous avons bénéficié en gynécologie-obstétrique .

A notre Maître et co-directeur

le Docteur **Jean LANKOANDE**

Maître assistant en gynécologie obstétrique

Vos grandes qualités humaines, vos compétences pédagogiques et votre grande disponibilité avec lesquelles vous nous avez guidées tout au long de ce travail malgré vos multiples occupations ne nous ont pas laissées indifférentes.

Que ce travail puisse être à la hauteur de vos attentes. Merci.

A notre Maître et codirecteur

le Docteur **Blami DAO**

Assistant chef de clinique en gynécologie-obstétrique ;

Secrétaire Général du réseau de recherche en santé de la reproduction de l'Afrique.

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de guider ce travail.

Votre disponibilité et vos qualités humaines avec lesquelles vous nous avez rendus ce service nous ont marquées. Puisse ce travail être à la hauteur de vos attentes.

Soyez rassuré de nos sincères reconnaissances.

REMERCIEMENTS

A tous ceux qui ont contribué de quelque manière que ce soit à la réalisation de ce travail

A **Ali et Charlemagne (OUEDRAOGO)**

pour leurs avis et conseils.

A **ZONGO Jean Louis**

pour son aide en informatique.

A **BIRBA Léocadie Bertille**

pour l'apport dans la mise en forme de ce travail.

A **Madame DABIRE Augustine**

pour son soutien.

A **DIALLO Samba** et ses ami(es) pour leur aide dans la collecte des données.

A la famille **KONATE**

A **Fatou et Richard ANAGO**

pour tout.

Aux personnels de la maternité du CHNYO, de l'ABBEF, des centres SMI Wemtinga, Urbain central et Samandin pour votre bonne collaboration au cours de notre passage dans vos services.

A tous les enseignants de la Faculté des Sciences de la Santé et à tous les Médecins du CHNYO pour les enseignements et formations qu'ils ont su tant nous transmettre.

« Par délibération, la Faculté des Sciences de la Santé (F.S.S.) a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation ».

Liste des sigles et abréviations

ABBEF : Association Burkinabé pour le Bien Etre Familial
AMPR : Acetate de Médroxy Progestérone Retard
CIC : Contraceptifs Injectables Combinés
CIP : Contraceptifs Injectables Progestatifs
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHNYO : Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO
CM : Centre Médical
CMA : Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CO : Contraceptifs Oraux
CPN : Consultation Périnatale
CPSF : Clinique pour la Promotion de la Santé de la Famille
CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale
DIU : Dispositifs Intra-Utérins
DSF : Direction de la Santé de la Famille
EDS : Enquête Démographique et de Santé
EN-NET : Enantate de Noréthisterone
FSH : Foliculo-Stimulin Hormon
FSS : Faculté des Sciences de la Santé
GEU : Grossesse Extra - Utérine
HTA : Hypertension Artérielle
IEC : Information Education Communication
IMAP : International Medical Advisory Panel
IPPF : International Planing Parenthood Federation
LH : Luteining Hormon
MIP : Maladie Inflammatoire du Pelvis
MST : Maladie Sexuellement Transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PF : Planification Familiale

SIDA : Syndrome d'Immuno - Déficience Acquisse

SMI : Santé Maternelle et Infantile

SOMMAIRE

I - INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME	1
II - GENERALITES	5
1 - POLITIQUE DE POPULATION DU BURKINA FASO [36].....	6
2 - RAPPELS SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES ETUDIÉES	7
A - <i>Les contraceptifs oraux ou Pilules</i>	7
B - <i>Les dispositifs intra-utérins (DIU)</i>	13
C - <i>Les contraceptifs injectables</i>	18
D - <i>L'implant sous cutané Norplant^R</i>	24
III - OBJECTIFS	30
OBJECTIF GÉNÉRAL	31
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES	31
IV - METHODOLOGIE	32
1 - CADRE DE L'ÉTUDE	33
1.1. - <i>La ville de Ouagadougou</i>	33
1.2. - <i>Les sites d'étude</i>	34
2 - TYPE D'ÉTUDE	36
3 - POPULATION CIBLE	36
4 - ECHANTILLONNAGE.....	37
5 - CRITÈRES D'INCLUSION	37
6 - DÉFINITIONS DE CAS	38
7 - COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES	39
V - RESULTATS	40
I - PROFIL ÉPIDÉMILOGIQUE DES UTILISATRICES	41
1 - LA POPULATION D'ÉTUDE	41
2 - LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	41
2.1 - <i>L'âge</i>	41
2.2 - <i>les antécédents obstétricaux</i>	43
2.3 - <i>Niveau d'instruction</i>	47
2.4 - <i>La religion</i>	48
2.5 - <i>La Profession</i>	48
2.6 - <i>Situation matrimoniale</i>	49
2.7 - <i>Caractéristiques du cycle menstruel avant la contraception</i>	49
2.8 - <i>Antécédents contraceptifs</i>	50
2.8.1. <i>Méthodes contraceptives déjà utilisées</i>	50
2.8.2 - <i>Antécédents contraceptifs chez les utilisatrices de chacune des méthodes</i>	51
2.8.3 - <i>Raisons d'abandon ou de changement des méthodes contraceptives</i>	52
II. - SOURCE D'INFORMATION SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET CONNAISSANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVE S	53
1 - <i>Source d'information</i>	53
1.1 - <i>les médias</i>	53

1.2 - Les sources d'information humaines	54
2 - Connaissances.....	55
III - TOLÉRANCE DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	55
1 - Raisons du choix	55
2 - Effets secondaires et complications	56
3 - Tolérance	63
IV - ETUDE DE L'ACCEPTABILITÉ : APPRÉCIATIONS DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	64
1 - L'appréciation des méthodes contraceptives	64
2 - L'acceptabilité	68
VI - COMMENTAIRES -DISCUSSIONS	70
1 - LIMITES ET BIAIS	71
2 - LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	72
2.1 - L'âge	72
2.2 - Les antécédents obstétricaux	73
2.3 - La religion.....	76
2.4 - La profession.....	76
2.5 - La situation matrimoniale.....	77
3 - LES BUTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE.....	77
4 - L'INFLUENCE DU NIVEAU D'INSTRUCTION SUR LA PROCRÉATION.....	77
5 - LES SOURCES D'INFORMATION SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	78
5.1 - Les médias.....	78
5.2 - Les sources d'informations humaines.....	78
6 - LES ANTÉCÉDENTS CONTRACEPTIFS ET LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES UTILISÉES.....	79
6.1 - Les antécédents contraceptifs	79
6.2 - Raisons de changement ou d'abandon des expériences contraceptives attribuées aux 4 méthodes.....	81
6.3 - Raisons de choix des méthodes contraceptives.....	83
7 - TOLÉRANCE ET ACCEPTABILITÉ DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	84
VII - CONCLUSION.....	88
VIII - SUGGESTIONS	90
IX - REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	93
X - ANNEXES	102
Annexe 1	103
Annexe 2	114
RÉSUMÉ	118

I - INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME

"La science ne fait souvent que confirmer ce que les peuples savaient déjà par expérience et c'est bien le cas pour l'espacement des naissances" [31]. En effet, pendant des milliers d'années, les hommes ont espacé les naissances de leur progéniture en utilisant diverses méthodes comme l'abstinence, le retrait, l'allaitement prolongé au sein, etc.

La contraception consiste en la prévention volontaire de la grossesse : ce qui inclut aussi bien l'espacement des naissances que leur limitation [10]. Le rôle de l'espacement des naissances dans l'amélioration de la santé des mères et des enfants est incontestable : selon l'OMS, 9 femmes sur 10 en Asie, en Afrique du Nord et en Amérique Latine reconnaissent l'effet néfaste des grossesses rapprochées sur la santé des enfants [31]. La bonne santé de la mère et de l'enfant constitue des préalables au bon développement d'un pays [24]. Les problèmes multiples liés à la grossesse, sont d'ordre socioculturels, économiques mais surtout sanitaires. En effet, à l'échelle mondiale, de fortes proportions de grossesses des femmes en âge de procréer ne sont ni désirées ni volontaires et se terminent souvent par un avortement. Les avortements pratiqués sur les jeunes filles de 15 à 19 ans représentent au moins 5 millions sur 50 millions d'avortements provoqués chaque année [15]. De même, 20 millions d'avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses chaque année et 70000 femmes en meurent [38]. Selon l'OMS, chaque année 585 000 décès de mères dans le monde sont en rapport avec la grossesse : de ces décès, 40% sont enregistrés en Afrique contre moins de 1% dans les pays développés et environ 55% en Asie qui occupe 60% du total des naissances par an et dans le monde [39]. Sur 144 millions de naissances par an et dans le monde, 4 millions de nouveaux nés meurent dans le premier mois [40].

En Afrique, durant l'année 1994, 10 000 femmes subissaient chaque jour un avortement à risque et 411 à 548 en mouraient par jour [15].

Au Burkina Faso, en 1995 le taux d'avortements provoqués de 2,4% [34] était certainement sous estimé lorsque nous savons que ne sont adressés aux structures sanitaires publiques que les avortements accompagnés de complications graves. Les

taux de mortalité maternelle et infantile respectivement de 930 pour 100000 naissances vivantes et 103 pour 1000 naissances ne sont pas négligeables [14].

Aussi, une bonne pratique en matière de planification familiale (PF) permettrait de réduire quelque peu soit-il ces chiffres qui se passent de commentaires. La planification familiale joue un rôle primordial dans la réduction des grossesses à haut risque :

- elle permet l'élimination des grossesses non désirées et donc celle des avortements clandestins ;
- elle assure l'espacement des naissances permettant ainsi à la mère de mieux se porter, donc d'être productrice pour mieux s'occuper de sa famille ;
- enfin, elle épargne l'adolescente et la femme de plus de 35 ans de grossesses à haut risque à cette période de leur vie.

La contraception est pratiquée dans le monde par plus de 150 millions de femmes mais sa prévalence varie d'une région à l'autre [6, 16, 17]. En 1992, 72 % des couples dans les pays développés utilisaient une méthode contraceptive contre 53 % dans les pays en voie de développement les plus avancés. L'Afrique quant à elle se réservait un taux de 18 % : 31 % de ce taux se trouvait en Afrique du Nord et 13 % en Afrique au Sud du Sahara [39].

Au Burkina Faso, la prévalence contraceptive globale était de 3% en 1985 [33] et 8,32% en 1995 [35]. Pourtant, des stratégies ont été élaborées pour améliorer cette prévalence contraceptive: le programme national de SMI/PF établi depuis 1985 ainsi que le volet PF de la politique de population du Burkina Faso entrent dans ce cadre.

Il existe certes des facteurs socioculturels et économiques qui entravent la pratique de la contraception. Les facteurs liés aux produits contraceptifs c'est à dire les effets secondaires et complications ne sont pas négligeables. Ils entraînent des taux d'abandon variables des méthodes contraceptives. Les taux d'abandon, au bout d'une année d'utilisation vont de 10 à 30 % [45] et 10 à 24 % [42] respectivement pour les DIU et le Norplant ^R.

Dans le monde, des études ont été menées sur des effets secondaires spécifiques à savoir les troubles du cycle ; les manifestations cardio-vasculaires etc...

En Afrique, il existe des études sur la tolérance des méthodes contraceptives chez les utilisatrices. Au Burkina Faso, en dehors du bilan de la préintroduction du Norplant^R où l'acceptabilité était bonne, aucune autre étude n'a été menée dans ce sens à notre connaissance [27].

Il nous a donc paru nécessaire de mener cette étude sur l'acceptabilité et la tolérance des méthodes contraceptives dans le but de contribuer à l'augmentation de la couverture contraceptive par une meilleure sensibilisation des femmes en âge de procréer.

II - GENERALITES

1 - Politique de population du Burkina Faso [36]

La politique de population du Burkina Faso a été adoptée le 10 Juin 1991. Son élaboration répond à des considérations démographiques, économiques socioculturelles mais aussi sanitaires.

Elle repose sur un certain nombre de principes qui guident son action. Le droit fondamental des individus et des couples à décider de façon responsable de la taille de leur famille en est un.

D'une manière générale, elle vise à long terme l'amélioration du niveau de la qualité de vie des populations et la promotion des femmes. Elle se fixe les objectifs suivants en matière de santé :

- Réduire de 134 à 70 ‰ le taux de mortalité infantile et le taux brut de mortalité de 17,5 % d'ici l'an 2005 ;
- Accroître d'ici l'an 2000 la prévalence contraceptive de 4,4 à 60 % ;
- Prévoir la baisse de la fécondité de 10 % tous les cinq ans à partir de l'an 2005 et procéder périodiquement à son évaluation en vue de l'adapter aux besoins du pays dans le respect du droit fondamental des couples de décider de façon responsable de la taille de leur famille.

Des stratégies d'exécution de cette politique, celles relatives à la santé portent sur les principaux axes suivants :

- Santé maternelle et infantile ;
- Morbidité et mortalité des adultes ;
- Fécondité et planification familiale ;
- Information Education et Communication en matière de population.

Il ressort de cette politique le soucis de renforcer ce qui existait déjà en matière de santé de la mère et de l'enfant.

2 - Rappels sur les méthodes contraceptives étudiées

A - Les contraceptifs oraux ou Pilules

1 - Définition [11]

Les contraceptifs oraux sont des pilules à base d'hormones stéroïdes synthétiques faites soit d'oestrogène et de progestatif, soit uniquement de progestatifs à des doses variées, utilisées dans un but contraceptif.

2 - Historique [26]

La pilule est l'illustration de ce que peut produire la conjonction d'une pensée originale, d'un travail enchaîné et de la chance.

Elle remonte à plus de 40 ans. Elle est née de la rencontre entre le Dr PINCUS GREGORY et madame MARGARET SANGER qui était la pionnière américaine la plus ardente de la régulation des naissances. Cette dernière émit l'idée d'associer les biologistes pour concevoir une méthode beaucoup plus efficace et acceptable en se livrant à une étude vraiment scientifique de la fécondité féminine. Les remarquables travaux de RUSSEL MARKER et collaborateurs qui depuis 1940 s'efforcèrent de découvrir les substitus hormonaux ont permis à la pilule de voir le jour dans les années 1959 - 1962 après des études concluantes menées par le Dr PINCUS.

3 - Type de contraceptifs oraux [28]

Il existe différents types de contraceptifs oraux (C.O.). Cependant 3 principaux types sont distingués :

3.1 - Les oestroprogestatifs classiques à 50 µg d'oestrogène : pilules normodosées

Ils comportent deux sous groupes :

- les pilules combinées

Elles associent durant tous les 21 jours de prise, un oestrogène (l'éthynil oestradiol) à un progestatif qui varie selon les spécialités.

- les pilules séquentielles

Elles sont composées d'oestrogènes seuls jusqu'au septième ou quinzième jour du cycle puis d'une association oestroprogestative pour le reste du cycle.

3.2 - Les oestroprogestatifs minidosés : les minipilules à 30 ou 37,5 µg d'oestrogène

Les minipilules sont soit :

- monophasiques,
- biphasiques,
- triphasiques.

3.3 - Les progestatifs purs ou pilules microdosées

Ils comportent des progestatifs uniquement à faible dose et en continu tout au long du cycle.

3.4 - Les progestatifs macrodosés

Ils se composent de progestatifs purs à forte dose.

Ils ont surtout un intérêt thérapeutique dans les pathologies utérines ou mammaires non chirurgicales avec insuffisance lutéale.

4 - Mode d'action

- Les contraceptifs oraux ont trois niveaux d'action en général.

- une action centrale sur l'axe hypothalamo-hypophysaire. Ils bloquent la libération des gonadotrophines (FSH, LH) hypophysaires en supprimant le pic de LH d'où l'absence d'ovulation ;

- une action locale à deux niveaux : l'endomètre et la glaire cervicale.

Les oestrogènes associés aux progestatifs entraînent une atrophie de la muqueuse utérine la rendant impropre à la nidation et modifient la glaire cervicale qui devient épaisse empêchant l'ascension des spermatozoïdes [3, 17, 28].

5 - Efficacité [28]

Elle se mesure par l'indice de Pearl qui se définit comme suit :

$$\text{Indice de Pearl} = \frac{\text{Nombre de grossesse} \times 12 \times 100}{\text{Nombre de mois d'exposition}}$$

Elle varie selon le type de pilule.

- les pilules classiques

leur efficacité est excellente. L'indice de Pearl se situe entre 0,15 et 0,45 % années femmes.

- les oestroprogestatifs minidosés

leur efficacité est identique à celle des pilules classiques avec cependant une marge de sécurité plus réduite en début de prise en cas d'oubli.

- les oestroprogestatifs séquentiels :

leur efficacité est moins bonne. L'indice de Pearl est de 0,4 à 0,7 % années femmes.

- les progestatifs purs :

- microdosés : ils ont une efficacité identique à celle du stérilet avec un indice de Pearl entre 1 et 1,6 % années femmes ;

- macrodosés : d'une efficacité meilleure à celle des microdosés, leur indice de Pearl est de 0,5 % années femmes.

6 - Avantages et inconvénients des contraceptifs oraux

6.1. Les avantages [4, 17, 28]

En plus de l'effet contraceptif, les pilules présentent certains avantages bien connus :

- effet curatif dans les anomalies menstruelles ;
- diminution de l'incidence des infections utéroannexielles (aspect préventif) ;

- prévention et protection contre le risque de cancer de l'ovaire ou de l'endomètre ainsi que les pathologies bénignes (génitales et mammaires) ;
- aspect préventif des pathologies graves qui sont précocement détectées par les examens gynécologiques périodiques ;
- coût modique.

Ces effets positifs sont observés à un degré moindre avec les minipilules.

Quant aux pilules séquentielles, leur avantage est qu'elles minimisent le plus possible les effets secondaires des pilules.

6.2 - Inconvénients [4]

- les oestroprogestatifs du fait de la composante oestrogénique ne peuvent pas être pris par la femme allaitante ;
- l'observance de la pilule est contraignante ;
- les effets secondaires liés surtout à la composante oestrogénique limitant sa prescription à une catégorie donnée de femmes (âge \leq 35 - 40 ans).

7 - Effets secondaires et complications [17, 28]

7.1 - Les oestroprogestatifs (normodosés - minidosés - séquentiels)

Les effets secondaires sont communs à ces trois types de pilules. Néanmoins la minipilule présente ces effets secondaires à un degré moindre. De même, les pilules séquentielles présenteraient un risque d'apparition ultérieure de cancer de l'endomètre chez les utilisatrices de longue durée.

- Les incidents mineurs en fonction de l'hormone

- la surcharge en oestrogène est responsable des manifestations suivantes : les nausées, les vomissements, l'instabilité, les céphalées, la tension mammaire, une sécrétion cervicale abondante et une candidose ;
- la surcharge en progestatif donne :
 - un état dépressif, des céphalées à l'arrêt du traitement, un chloasma, une sécheresse vaginale, la lourdeur des jambes, des métrorragies.

- manifestations de types androgéniques : l'acné, la séborrhée, l'hypertrichose.
- Les accidents graves (complications)
 - ils sont rares et méritent d'être connus ;
 - l'aggravation de cancers hormono-dépendants ;
 - l'apparition de tumeurs hépatiques telles que : hépatomes, hémarthomes, hémangiomes surtout observés chez les femmes sous pilule séquentielle.

7.2 - Les pilules progestatives

• Micropilules

Elles ne présentent pas d'effets secondaires cardio-vasculaire, hypertensif ou hémostatique rendant possible leur utilisation par la catégorie féminine prédisposée à ces pathologies.

Cependant on peut avoir :

- un hyperinsulinisme discret à l'origine d'une petite prise de poids;
- une mastopathie et une mastodynie par un freinage insuffisant de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Ceci laisse persister une sécrétion oestrogénique endogène responsable des perturbations mammaires ;
- une irrégularité menstruelle avec oedème cyclique.
- macroprogestatifs (à forte dose de progestatif) peuvent occasionner ;
 - une prise de poids (hyperinsulinisme) ;
 - une aggravation d'insuffisance veineuse des membres inférieurs ;
 - une oligo-ménorrhée ou une aménorrhée ;
 - des saignements intermenstruels ;
 - une hypertension artérielle ;
 - un ictère cholestatique avec prurit ;
 - des incidents mineurs de types progestatifs ou androgéniques.

8 - Indications-contre-indications [17, 28]

8.1 - Indications

La pilule oestroprogestative est indiquée chez les femmes d'âge ≤ 40 ans sans contre indication particulière pour le produit et désirant espacer ou limiter les naissances.

La pilule progestative est la mieux indiquée chez la femme allaitante.

8.2 - Contre - indications

• les oestrogestatifs présentent :

* des contre-indications absolues :

- la grossesse ;
- l'antécédent d'accident thromboembolique ;
- les accidents vasculaire et cérébral ;
- la drépanocytose majeure ;
- les cancers génitaux hormonodépendants ;
- les cardiopathies sévères ;
- le diabète insulino-dépendant non équilibré ;
- les hépatopathies graves ;
- l'hypercholestérolémie - l'hypertension artérielle ;
- les hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- les tumeurs hypophysaires.

* des contre-indications relatives :

- le diabète non insulino dépendant et insulino dépendant bien équilibré ;
- le fibrome,
- le tabagisme, l'obésité, les varices.

- Les micro progestatifs. Ils sont contre-indiqués en cas de :

- la suspicion de grossesse ;
- l'hépatite actuelle ou récente ;
- la pathologie mammaire ;
- la dysovulation ;
- le cancer du sein et de l'endomètre ;
- le fibrome.

- Les macroprogestatifs sont contre-indiqués en cas de suspicion de grossesse, d'allaitement, d'antécédents de thrombophlébites, d'atteinte hépatique sévère, de diabète.

B - Les dispositifs intra-utérins (DIU)

1 - Définition [29]

Les DIU ou stérilets sont de petits appareils de formes et de dimensions variées généralement fabriqués en matière plastique de base. Ils sont destinés à être placés dans l'utérus dans un but anticonceptionnel. Pour augmenter leur pouvoir d'action, du cuivre, de l'argent ou des hormones y ont été ajoutés.

2 - Historique [5, 45]

Les sources initiales du DIU sont difficiles à préciser.

En effet, on pense que certaines tribus nomades d'Afrique avaient l'habitude de mettre de petites pierres dans la matrice de leurs chamelles pour les empêcher de devenir gravides au cours de leur long déplacement.

De même les médecins de la Grèce antique connaissaient également le procédé. Mais en 1909 le Dr RICHTER en SILESIE qui n'a peut être pas connu ces deux histoires, eut l'idée d'introduire du fil de soie dans l'utérus de quelques unes de ses clientes pour les empêcher d'avoir des grossesses non désirées.

Cependant, les DIU fabriqués en soie naturelle puis en fils d'argent resteront associés au nom du Dr ERNEST GRAEFENBERG. Vers la fin des années 1920, il

signalera de très bons résultats qu'il avait obtenus aux moyens de stérilets de divers modèles. Mais certains médecins à cette époque firent cas de nombreux résultats désastreux, discréditant ainsi les DIU qui furent abandonnés.

En 1960, face à la croissance démographique galopante de la population mondiale, le besoin se fait ressentir en matière de limitation et d'espacement des naissances. Alors à travers des conférences à New York et après de nombreuses études, le DIU reprit force avec la première génération puis rapidement intervinrent sous le Dr Jaime ZIPPER des innovations donnant lieu à la deuxième génération de DIU. La troisième génération naquit dans les années 1975.

3 - Types de DIU [5, 29, 45]

Les DIU sont classés en 2 groupes :

- les DIU inertes ou non médicamenteux (boucle de lippes, l'anneau d'acier chinois ...);
- les DIU médicamenteux ou DIU bio-actifs qui diffusent une hormone (Progestassert) ou du cuivre dans la cavité utérine (Nova T. Tcu 380 A MLCU 375...).

4 - Mode d'action [5, 29, 45]

Le mécanisme par lequel le DIU empêche la conception est mal élucidé. Cependant les mécanismes suivants sont retenus :

- au niveau de l'endomètre :le DIU est responsable d'une réaction inflammatoire locale à l'origine de la libération de polynucléaires lymphocytes, de plasmocytes, de prostaglandines, de kinine et d'activateurs du plasminogène. Cela induit une perturbation du fonctionnement de la cellule endométriale, gêne la migration des spermatozoïdes et endommage les spermatozoïdes et les ovocytes au point de rendre la fécondation impossible ;
- l'action gamétotoxique des ions cuivre au niveau de la cavité utérine ;
- l'hostilité de la glaire cervicale à l'ascension des spermatozoïdes.

5 - Efficacité - taux de continuité [29]

L'efficacité varie selon le type de stérilet. L'indice de Pearl est entre 1 et 1,6 pour 100 année femmes.

Le taux de continuité varie entre 35 et 95 % au bout d'une année d'utilisation.

6 - Pose et retrait du DIU [29]

6.1 - Pose du DIU

Elle a lieu dans un milieu médical et est assurée par un agent de santé formé pour la pose. Un examen gynécologique bien mené permet d'écartier une grossesse ou une infection pelvienne et de diagnostiquer la position de l'utérus.

La pose proprement dite du DIU se fait soit par la technique de retrait de l'inserteur soit par celle de la poussée de l'inserteur.

6.2. - Retrait

Le retrait a lieu à la fin de la durée d'efficacité du DIU (elle varie selon le type de DIU) ou lorsque la femme désire une grossesse de nouveau. Il a lieu en fin de règles. On procède par la traction sur le fil par une pince languette. La canule de NOVAK permet l'extraction du DIU en cas de fils non visibles.

7 - Indications - Contre-indications [5, 29]

7.1.- Indications

Le DIU ou stérilet est indiqué chez toute femme ayant déjà eu un ou plusieurs enfants et qui tolère très mal les oestroprogestatifs ou qui présente une contre - indication à ces produits.

7.2 - Les contre - indications

Elles sont absolues, relatives et temporaires.

* Contre -indications absolues

- La grossesse ;
- L'infection pelvienne en évolution, récente ou récurrente ;
- Les utérus hypotrophiques ou malformatifs ;
- Les fibromes sous muqueux et polypes endo-cavitaires ;
- Les hémorragies génitales non diagnostiquées ;
- La maladie de Wilson ;
- L'hypersensibilité au cuivre.

* Contre -indications relatives

- L'antécédent de grossesse extra - utérine (GEU) ;
- La nulliparité ;
- L'utérus cicatriciel ;
- L'infection dans les 3 premiers mois après une fausse couche ;
- Le post partum et l'interruption volontaire de grossesse de moins de 2 mois ;
- La sensibilité pathologique à l'infection
- L'anémie grave ;
- Les valvulopathies ;
- La malposition marquée et fixée de l'utérus ;
- La béance cervico - isthmique et la sténose cervicale.

* Contre - indications temporaires

- L'ectopie cervicale importante ;
- L'infection cervico - vaginale ;
- Le diabète non équilibré.

8 - Les effets secondaires et complications [5, 29]

8.1 les perturbations menstruelles

Elles sont fréquentes et elles regroupent :

- les spotting anarhiques ;
- les ménorragies ;
- les ménométrorragies pouvant conduire au retrait du DIU.

Ces perturbations, d'étiologies diverses, peuvent être d'origine fonctionnelle, liées à une endométrite, à une grossesse normale ou à une GEU.

8.2 Les incidents

Les plus importants sont :

- la perforation de l'utérus : son traitement repose sur l'hospitalisation avec une vessie de glace, un anti - spasmodique et une antibiothérapie ;
- le choc vagal lors du passage de l'inserteur à l'orifice interne du col ;
- la douleur lors de la pose du DIU ou des saignements au point de préhension de la pince sur le col ;
- les syncopes avec choc sont exceptionnelles.

8.3 Les complications

Bien connues, elles permettent de décider oui ou non du retrait du DIU.

- les douleurs ressenties surtout après l'insertion et au moment des règles. Elles sont calmées par les antispasmodiques. Elles ne doivent pas brouiller le diagnostic d'une maladie inflammatoire du pelvis (MIP) ;

- la perforation du myomètre avec migration du stérilet dans la cavité abdominale. Elle est exceptionnelle (0,01 % des cas).

- l'ascension du fil du DIU.

Elle fera évoquer une grossesse ou une perforation de l'utérus.

- l'expulsion du stérilet (1 à 10% des cas, selon le modèle de DIU) ;
- la grossesse intra utérine : elle est possible quelque soit le type de DIU ;
- la grossesse extra utérine : elle constitue 20 % des grossesses survenant sur DIU ;

- les infections dénommées maladies inflammatoires du pelvis (MIP).

Elles sont les plus graves des complications et peuvent retentir sur la fécondité ultérieure. Le tableau clinique, typique est représenté soit par une endométrite, soit par une salpingite aiguë.

9 - Avantages et Inconvénients [5, 29]

9.1 Avantages

Les avantages non contraceptifs sont très peu nombreux. On cite :

- l'efficacité clinique du DIU est assez comparable aux taux d'efficacité physiologique puisque les erreurs sont minimisées ;
- les perturbations du cycle sont moindre en dehors de l'augmentation du volume menstruel ;
- la durée d'action du DIU est longue allant de 1 an à 5 ans au moins ;
- le coût moindre.

9.2 Inconvénients

- la contre indication chez la femme nullipare ;
- les risques infectieux avec probable exposition ultérieure à l'obstruction tubaire.

C - Les contraceptifs injectables

1 - Définition [41]

Les contraceptifs injectables sont des hormones synthétiques estérifiées dans le but de prolonger leur action dans l'organisme.

2 - Historique [26, 41]

La mise au point des contraceptifs injectables est partie d'un constat peu après l'introduction des contraceptifs oraux hormonaux vers 1956. Il a été constaté que la

présence d'hormone dans l'organisme pouvait être prolongée si on leur ajoutait un groupe chimique pour former un ester.

Ainsi entre 1953 et 1957 un nombre considérable d'esters de différents oestrogènes et progestatifs ont été synthétisés. Parmi ceux-ci l'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR ou dépo-provéra ®) et l'enantate de noréthistérone (EN-NET ou Noristerat®) sont les plus utilisés.

Dès 1960 A.I. CSAPO utilisait à des doses fortes l'AMPR dans la prévention des accouchements prématurés et dans le traitement des menaces d'avortement, du cancer de l'endomètre et de l'endométriose.

Ce produit retardait de plusieurs mois le rétablissement de la fécondité chez les femmes traitées mettant en évidence la propriété contraceptive de l'AMPR. En 1963 les essais cliniques nécessaires ont débuté. En 1966 des études indépendantes bien menées concluaient à une très grande efficacité contraceptive du produit.

Actuellement plus de 130 pays développés et en voie de développement l'utilisent comme méthode contraceptive. Environ neuf millions de femmes en bénéficient dans le monde.

3 - Types de contraceptifs injectables [18]

Il existe deux types de contraceptifs injectables.

3.1 - Les contraceptifs injectables progestatifs

Ils regroupent :

- le dépo-provéra® : il est fait d'une suspension microcristalline présentée sous forme d'ampoule de 1 ml contenant 150 mg d'AMPR administré tous les trois mois ;
- le Noristérat® : il s'agit d'ampoule de 1 ml également contenant 200 mg d'EN-NET. Son administration se fait tous les deux mois. C'est une solution huileuse.

3.2 - Les contraceptifs injectables combinés

Ce sont des contraceptifs qui contiennent un progestatif et de l'oestrogène. On cite :

- le cyclofem ou cycloprovéra® (AMPR + cypronate d'oestradiol) ;
- le mesigyna® (EN - NET + Valérate d'oestradiol)

4 - Mécanisme d'action [6, 18, 41]

L'action contraceptive des progestatifs injectables est liée à plusieurs mécanismes. Les plus importants sont :

- la suppression de l'ovulation ;
- les modifications de la glaire cervicale qui devient épaisse et visqueuse formant ainsi un obstacle au passage des spermatozoïdes ;
- la modification de l'endomètre qui s'atrophie et donc devient impropre pour une nidation.

L'action contraceptive des CIC se fait principalement par la suppression de l'ovulation. Secondairement on note une modification de la glaire surtout par le progestatif et des modifications au niveau de l'endomètre le rendant impropre pour l'implantation.

5 - Efficacité et taux de continuité

Les progestatifs injectables constituent l'une des méthodes contraceptives réversibles les plus efficaces. D'un taux d'échec faible, il est de 0,1 à 0,6 % les douze premiers mois d'utilisation [18]. L'indice de Pearl est de 0,5 à 1 % année femmes [28]. Le taux de continuité est de 73 à 79 % pour la première année d'utilisation [41].

Quant aux contraceptifs injectables combinés, ils se sont révélés très efficaces : leurs taux d'échec sont de 0,2 % pour le cycloprovéra et 0,4 % pour le mesigyna.

6 - Administration des contraceptifs injectables [18, 19]

6.1 - Voie d'administration [18]

Elle est intramusculaire profonde.

6.2 - Moment de l'administration [18, 19]

Les sept premiers jours du cycle sont indiqués pour cela. Au delà de ce délai une seconde méthode contraceptive doit être associée jusqu'au cycle prochain.

L'utilisation des progestatifs injectables après un avortement est possible et se fait immédiatement après l'avortement. Après l'accouchement, elle est conseillée au delà de six semaines du post-partum.

6.3 - Période d'administration [18, 19]

L'administration sera renouvelée tous les mois pour les contraceptifs injectables combinés avec une marge de trois jours avant ou après la date prévue possible.

L'administration du dépo-provera® se fera tous les trois mois avec une marge de deux semaines avant ou après la date prévue acceptable.

Quant au Noristérat® le renouvellement se fera tous les deux mois. Une marge de deux semaines avant et après la date prévue pour l'injection est acceptée également.

7 - Les avantages et inconvénients

7.1 - Avantages [41]

Les contraceptifs injectables présentent de nombreux avantages :

- ils sont d'administration simple ;
- ils ont une action prolongée : sur un, deux ou trois mois ;
- ils sont réversibles ;
- leur utilisation n'a pas de lien direct avec les rapports sexuels ;
- ils n'exigent pas d'installation ou de matériel spécialisés ;
- les drépanocytaires utilisatrices de l'AMPR ont moins de crises ;
- ils favorisent une augmentation du taux d'hémoglobine par réduction des pertes sanguines menstruelles ;

- ces produits à l'exception des contraceptifs injectables combinés n'interfèrent pas sur l'allaitement ni sur le développement du nourrisson dont la mère utilise les contraceptifs injectables progestatifs.

7.2 - Les inconvénients [41]

Ces produits peuvent entraîner des troubles du cycle menstruel.

Ils peuvent retarder de dix mois en moyenne le retour de la fécondité

Le mode d'administration constitue souvent un désagrément pour certaines femmes.

8 - Les indications et contre indications

8.1 - Indications [6]

Les CIP sont indiqués pour toutes les femmes en âge de procréer ne présentant pas de contre-indication, ayant au moins un enfant ou plus et qui ne souhaitent plus avoir d'enfant mais non décidées pour la stérilisation définitive.

8.2. - Les contre-indications

Elles sont absolues et relatives.

* Contre-indications absolues [18]

- La grossesse confirmée ;
- Les tumeurs malignes du sein ;
- Les saignements utéro-vaginaux anormaux non investigués ;
- Une atteinte cérébro-vasculaire ou coronarienne ;
- Une hypertension artérielle (HTA) de plus de 18/11 ;
- La vasculopathie hypertensive ;
- Une affection hépatique aiguë ou une tumeur hépatique bénigne ou maligne ;
- Une cirrhose sévère ;
- Le diabète associé à une pathologie vasculaire.

contre-indiquent les contraceptifs progestatifs. Les CIC répondent aux contre indications des contraceptifs oraux combinés.

** Contre-indications relatives [18]*

Les éléments pathologiques suivants sont considérés comme étant des contre-indications relatives nécessitant une sélection rigoureuse et un suivi adéquat :

- L'HTA légère à modérée ;
- Le diabète sans complication vasculaire ;
- La cirrhose modérée compensée du foie.

9 - Effets secondaires et complications

9.1 - Les troubles du cycle [18]

Les C I P sont associés à des irrégularités du cycle menstruel. Moins du tiers des femmes utilisant ces C I P ont un cycle menstruel normal. On cite :

- les métrorragies ou saignement intermenstruels ;
- l'aménorrhée ou absence de règles de plus de trois (3) mois
- les ménorragies (règles prolongées ou augmentées en volume) ;
- les irrégularités du cycle.

9.2 - Autres effets secondaires

Ils viennent après les perturbations du cycle menstruel ce sont :

- le gain pondéral ;
- les céphalées ;
- les sensations vertigineuses ;
- la baisse de la libido, les réactions allergiques et les dépressions ont été quelques fois signalées.

NB : Pour les C.I.C les études ne permettent pas encore d'être très affirmatif.

D - L'implant sous cutané Norplant^R

1 - Définition [43]

Le Norplant est une méthode de contraception chirurgicale de longue durée et réversible. Il est fait de six capsules fines et flexibles en matière silastic, à l'intérieur desquelles se trouve une hormone Progestative synthétique le lévonorgestrel.

2 - Historique [42, 43, 44]

Le programme de recherche et de développement qui a mené à la production du Norplant[®] a vu le jour en 1966 au centre de recherche bio-médical du population council sous la direction de SHELDON J. SEGAL avec la collaboration de HORACIO B. CROXATTO. De nombreuses recherches ont montré que la libération continue d'une hormone pouvait être soutenue pour de longue période. Ce fut la base du concept Norplant^R à savoir que : un stéroïde contraceptif approprié inséré sous la peau dans des capsules de silicone en caoutchouc pouvait procurer une contraception efficace pour plusieurs années et qu'une seule intervention contraceptive pouvait remplacer plus de 1000 journées d'ingestion de pilules contraceptives par exemple.

En 1968 les premières expériences cliniques à partir de progestatifs et de capsules de silicone ont été effectuées par CROXATTO au Chili.

En 1974, le système de libération du médicament composé de six capsules avait été élaboré.

A partir de 1975, les essais à long terme à l'échelle internationale ont commencé. Ainsi en 1980 la recherche et le développement de la méthode Norplant^R étaient complets.

En 1992, plus de 1,5 millions de femmes avaient utilisé la méthode Norplant^R dans les 24 pays où elle a été approuvée.

En cette année également eut lieu la préintroduction du Norplant^R au Burkina Faso.

3 - Composition [44]

Les implants Norplant^R consistent en six capsules fermées flexibles faite chacune de :

- Un tube en silastic de qualité médicale ;
- Une hormone Progestative le levonorgestrel ;
- Une colle silicone utilisée pour sceller les deux extrémités des capsules.

Chacune des six capsules mesure : 34 mm de long 2,4 mm de diamètre et renferme 36 mg de levonorgestrel cristallisé.

4 - Mode d'action [43, 44]

Les mécanismes exacts par lesquels le Norplant^R prévient la conception selon de faibles doses libérées ne sont pas complètement déterminés .

Il est connu cependant que plusieurs mécanismes sont mis en jeu ; les deux plus importants sont :

- la mise au repos de l'ovaire qui bloque la maturation régulière d'ovule par action sur l'hypothalamus et l'hypophyse ;
- l'épaississement de la glaire cervicale rendant plus difficile l'atteinte de l'ovule par le spermatozoïde.

5 - Mode d'administration [40]

5.1 - Site [42]

Le bras le moins utilisé par la cliente est conseillé pour l'insertion des implants. les implants seront insérés à 6 - 8 cm du pli du coude sur la face interne du bras.

5.2 - Insertion [42]

D'une durée moyenne de 10 à 15 minutes elle peut être faite par un agent de santé ayant reçu une formation spéciale.

Un examen médical gynécologique est nécessaire. Toutes les étapes de la procédure d'insertion seront expliquées à la cliente.

Les implants Norplant^R sont insérés sous la peau du bras dans le cadre d'une intervention chirurgicale légère, avec aseptie et sous anesthésie locale à l'aide d'une aiguille spéciale (trocart).

5.3 - Retrait [42]

Comme pour l'insertion, le retrait est réalisé dans le cadre d'une intervention chirurgicale légère avec aseptie et sous anesthésie locale.

Parfois plus difficile que l'insertion, le retrait peut durer 15 à 20 minutes.

5.4 - Période et moment d'insertion [42]

Le Norplant^R doit être mis en place les sept premiers jours du cycle menstruel ou après un avortement dans l'immédiat ou encore six semaines après un accouchement chez la femme qui allaite.

6 - Indications contre-indications

6.1 - Indications [42, 43]

Le Norplant^R peut être utilisé par toute femme à tout moment en période d'activité génitale et qui désire :

- éviter une grossesse ;
- une contraception continue ;
- accroître l'intervalle intergénésiq

- une méthode pratique non liée aux rapports sexuels ;
- une méthode efficace.

6.2 - Contre-indications [42, 43]

Absolues et relatives, les contre - indications du Norplant^R sont les mêmes que celles des contraceptifs injectables progestatifs.

7 - Efficacité - Continuité [43, 44]

Le Norplant, méthode contraceptive réversible est l'une des plus efficaces. L'effet contraceptif est sûr dans les 24 heures qui suivent l'insertion des implants et la protection reste continue pendant 5 ans.

L'indice de Pearl est inférieur à 1 pour 100 année femmes.

Le poids des utilisatrices a cependant un impact sur l'efficacité du produit : au delà de 70 kg de poids, les chances de grossesse (échec) sont plus élevées par rapport aux femmes utilisatrices pesant moins de 70 kg.

Les taux de continuité varient d'une région à l'autre allant de 76 à 90 pour 100 femmes la première année.

8 - Effets secondaires et complications [43, 44]

8.1 - Les plus couramment rencontrés se rapportent aux troubles du cycle menstruel.

- ménorragie : rencontrée surtout au cours des premiers mois d'utilisation ;
- métrorragie ;
- spotting ;
- aménorrhée pendant plusieurs mois voire une année ou plus ;
- une association successive de ces différentes situations.

8.2 - Les effets secondaires moins courants

Les céphalées viennent après les troubles du cycle, la nervosité, les nausées, l'étourdissement, le grossissement des annexes, l'eczéma, l'acné, la modification de l'appétit, l'augmentation du poids, l'hirsutisme, le kyste ovarien fonctionnel.

9 - Avantages et Inconvénients

9.1 - Avantages [42, 43]

Méthode réversible et efficace, le Norplant^R est une méthode non associée aux rapports sexuels. Il présente peu d'effets secondaires et ceux inhérents aux oestrogènes sont absents. Il n'expose pas à la surtension hormonale du fait de la libération lente et régulière du progestatif. Une fois les implants en place, la méthode est d'utilisation facile et discrète. Elle procure une protection continue.

9.2 - Inconvénients [42]

Le Norplant^R nécessite des cliniciens ayant une formation spéciale. Ceci augmente le niveau de responsabilité de l'agent tout en diminuant le pouvoir de contrôle de l'utilisatrice. La dépense initiale est plus élevée que celle des méthodes contraceptives à court terme. Les modifications du cycle menstruel constituent parfois des inquiétudes.

10 - Retour de fertilité [42, 43, 44]

Il est immédiat une fois que les implants sont retirés car l'action contraceptive disparaît dans les 24 heures qui suivent le retrait. Les taux de grossesse des femmes abandonnant le Norplant^R pour une conception sont comparables à ceux des femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive.

11 - Suivi des clientes

11.1 - Les contrôles

En général, la cliente est revue une semaine pour le contrôle du pansement du point d'insertion. Les autres visites sont fonction des problèmes rencontrés : un mois

puis trois mois ensuite six mois. Si à l'issue d'une année d'utilisation la méthode ne pose aucun problème, la cliente est revue une fois par an [42].

Au Burkina Faso le programme national de Planning Familial préconise un contrôle au 7^e jour.

11.2 - Les signes d'alerte [43]

Ces signes annoncés aux clientes permettent de minimiser les complications des différents effets secondaires. Ils regroupent :

- Des douleurs vives au bras ;
- Une suppuration ou une hémorragie du site d'insertion ;
- Une expulsion des implants ;
- Des migraines, céphalées fréquentes ou une vision trouble ;
- Une aménorrhée après un temps de régularité du cycle menstruel car peut faire évoquer une GEU (grossesse extra utérine) ;
- Une hémorragie de l'appareil génital.

III - OBJECTIFS

Objectif général

Etudier l'acceptabilité et la tolérance de méthodes contraceptives chez les utilisatrices de CO - DIU - CIP et Norplant de la ville de Ouagadougou.

Objectifs spécifiques

- 1 - Décrire le profil épidémiologique des utilisatrices des méthodes contraceptives.
- 2 - Evaluer le niveau de connaissance des utilisatrices sur les méthodes contraceptives.
- 3 - Déterminer le degré de tolérance de ces méthodes.
- 4 - Déterminer l'acceptabilité des différentes méthodes contraceptives.

IV - METHODOLOGIE

1 - Cadre de l'étude

1.1. - La ville de Ouagadougou

Ouagadougou, la capitale politique et administrative du Burkina Faso a constitué notre cadre d'étude. D'une superficie de 497 km², la ville est située au centre du plateau mossi. Elle est le chef lieu de la province du kadiogo.

Sa population connaît un accroissement rapide : elle est passée de 634 479 habitants en 1991 [21] à 752 236 habitants en 1996 [23]. Les femmes en âge de procréer constituent 22,8 % de la population [21].

La ville est subdivisée en 30 entités administratives dites secteurs, regroupés autour de 5 arrondissements. Respectant la tradition pronataliste du pays, elle comptait pour la période des 5 années précédant l'enquête démographique 1993 (EDS 1993) :

- un taux global de fécondité générale à 156 pour 1000. ;
- un taux brut de natalité à 37 pour 1000 ;
- l'indice synthétique de fécondité des femmes de 15 à 49 ans à 6,9 pour une femme ;
- une fécondité relativement précoce et élevée : en effet, entre 15 et 19 ans le taux de fécondité est de 94 pour 1000 ; entre 20 et 24 ans il est de 202 pour 1000 et atteint son maximum entre 25 et 29 ans avec 205 pour 1000 pour persister entre 30 - 39 ans à 145 pour 1000.

Le bas niveau socio-économique de la population est à l'image de celui du pays qui est de ceux en développement.

Le niveau de scolarisation de la population est celui du pays avec un taux net de scolarisation à 29 % (EDS 1993).

Sur le plan sanitaire, les structures dont dispose la ville sont multiples, variées et bien réparties par rapport à la population : 13 Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ; 12 dispensaires ; 3 maternités isolées ; 6 Centres Médicaux (CM) regroupés autour de 4 districts sanitaires centrés sur le Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) qui est le centre de référence.

Le Centre Hospitalier National Yalgado OUEDRAOGO (CHNYO) est en même temps le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de la ville. Il est la vraie structure de référence des urgences médico-chirurgicales car les CMA connaissent souvent des discontinuités fonctionnelles.

Les ressources humaines travaillant dans ces structures sanitaires se composent de :

- 140 médecins (tous confondus) soit un médecin pour 6010,5 habitants
- 82 sages-femmes soit une pour 10262 habitants ;
- 194 infirmier (es) soit un pour 14337,4 habitants (ministère de la santé).

En dehors des structures sanitaires publiques, il existe un nombre perpétuellement croissant de formations sanitaires privées. En 1996 on comptait 10 cliniques d'accouchement, 2 polycliniques et de nombreux cabinets de soins.

Pour ce qui est de la contraception, sa prévalence globale était de 31 % en 1993. Les prévalences par méthode contraceptive étaient de 8,3 % pour les C.O, 4,9 % pour les DIU et 0,9 % pour les CIP (EDS 1993) .

1.2. - Les sites d'étude

Cinq centres constituaient au départ les sites de notre étude. Nous avons éliminé la CPSF (Clinique pour la Promotion de la Santé de la Famille) du fait de sa très faible EDS 1993)fréquentation. Les centres ont été choisis selon les critères suivants :

- leur forte fréquentation ;
- la situation géographique au centre ville qui permet un brassage assez varié de la population féminine concernée.

- Le centre SMI/PF du CM de Samandin

Il relevait du district sanitaire de Pissy. Les approvisionnements en matériels et méthodes contraceptifs se faisaient à la direction de la santé de la famille (DSF). Cette unité de SMI/PF disposait de :

- 6 sages-femmes ;
- 2 infirmières ;

- 2 filles de salles.

De façon pratique, les activités étaient menées par trois groupes préconstitués. Ils observaient une rotation dans les 3 principaux postes : consultation prénatale(CPN), consultation du nourrisson et la consultation de PF, tous les 3 mois.

- Le centre SMI/PF du CM urbain

Ce centre relevait également du district sanitaire de Pissy. Formation sanitaire publique de l'état comme la précédente, elle s'approvisionnait aussi à la direction de la santé de la famille. Les ressources humaines qui y exerçaient étaient au nombre de 19 dont :

- 10 sages femmes d'état ;
- 3 infirmières d'état ;
- 1 infirmière brevetée ;
- 3 filles de salle.

Les activités de CPN, de consultation de PF et de consultation du nourrisson y sont menées par 4 groupes :

- 1 pour la consultation du nourrisson assurée par les infirmières ;
- les 3 autres groupes sont mobiles tous les 2 mois pour la CPN, la consultation de PF et celles des femmes malades.

- le centre SMI/PF de Wemtinga

Formation sanitaire publique, elle relevait du district sanitaire du secteur 30. Elle s'approvisionnait comme les deux autres à la DSF.

- 8 sages-femmes d'état ;
- 2 filles de salle ;
- 4 accoucheuses auxiliaires y exerçaient. Une rotation se faisait tous les 3 mois dans l'un des 3 postes : CPN, PF et consultations du nourrisson.

- La clinique de l'ABBEF(Association Burkinabé pour le Bien-être Familiale)

L'ABBEF est un projet de santé surtout de la reproduction qui a vu le jour en 1985. Elle mène plusieurs activités dans le sens de la santé de la reproduction dont la clinique est un élément. Son objectif est de promouvoir et développer les prestations de service en PF orienter sur la santé reproductive et la santé sexuelle dans les centres cliniques.

Elle mène les activités suivantes pour parvenir à cet objectif :

- la consultation de PF ;
- la consultation de gynécologie ;
- le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles ;
- les visites à domicile ;
- les animations, conseils et causeries (deux fois par semaine).

Le principal fournisseur de l'ABBEF en matériel et méthodes contraceptifs est l'IPPF (Fédération Internationale de Planing Familial).

Le personnel de la clinique se compose de :

- 3 sages femmes ;
- 1 assistante sociale ;
- 1 fille de salle ;
- 1 hôtesse d'accueil.

Les activités y sont menées 5 jours par semaine et couvrent aussi bien les matinées que les après midi.

2 - Type d'étude

Nous avons réalisé une enquête transversale à passage unique dans les 4 centres SMI/PF choisis.

3 - Population cible

Elle était constituée des utilisatrices des 4 méthodes contraceptives suivantes :

- 3 hormonales : * les contraceptifs oraux (C.O)
 - * les contraceptifs injectables progestatifs (C.I.P.)
 - * le Norplant R

- le dispositif intra utérin (ou stérilet).

4 - Echantillonnage

- Type de sondage

Il a été accidentel : nous avons interrogé toutes les femmes utilisant l'une des 4 méthodes contraceptives et répondant à nos critères d'inclusion et présentes dans les centres SMI/PF lors de notre enquête jusqu'à l'obtention de l'effectif voulu.

- Taille de l'échantillon

Nous avons utilisé la formule sur la base de la proportion estimée. Cette formule stipule que pour une population cible d'effectif supérieur à 10 000, la taille de l'échantillon répond à la formule

$$N = \frac{z^2 pq}{d^2} \quad z = \text{Ecart type} = 1,96$$

p = proportion des femmes utilisant une des quatre méthodes dans la ville de Ouagadougou. En 1993 cette proportion était de 31 % soit 0,31.

$$q = 1 - P = 0,69$$

d = degré de précision que nous avons fixé à 0,05

N = 329. Pour plus de commodité nous avons arrondi ce chiffre à 350 pour ensuite prendre le double, car il s'agissait de 4 méthodes contraceptives étudiées.

n = 700 dont

- 200 pour les contraceptifs oraux ;
- 200 pour les dispositifs intra- utérins;
- 200 pour les contraceptifs injectables ;
- 100 pour le Norplant ®

5 - Critères d'inclusion

Dans notre étude, les critères d'inclusion étaient basés sur :

- l'âge : il était celui des femmes en âge de procréer allant de 15 à 49 ans ;
- la méthode contraceptive utilisée : il fallait être utilisatrice de l'une des méthodes contraceptives précitées ;

- la durée d'utilisation : une durée d'utilisation de 3 mois au moins était requise ; cela par le souci de permettre à la femme utilisatrice d'apprécier effectivement les effets indésirables du contraceptif ;

- le consentement verbal de la femme utilisatrice et sa disponibilité à répondre à nos questions.

6 - Définitions de cas

La revue de la littérature ne nous a pas permis de donner des normes d'appréciation de la tolérance et de l'acceptabilité des méthodes contraceptives. Aussi nous avons utilisé une définition pragmatique. Ainsi nous avons considéré les définitions suivantes :

La tolérance

C'est l'aptitude de l'organisme à supporter sans symptômes morbides, l'action d'une substance (dictionnaire Robert).

Pour répondre à cette définition nous nous sommes surtout intéressés aux perturbations menstruelles car elles sont les seuls effets secondaires et complications que l'on peut rattacher à une méthode contraceptive sans trop se tromper. Ainsi, la tolérance est bonne lorsqu'au plus 50 % des utilisatrices d'une méthode présentent des perturbations menstruelles.

Elle est mauvaise lorsque plus de 50 % de femmes présentent des perturbations menstruelles.

L'acceptabilité

Nous l'avons déterminé sur la base des critiques portées à l'endroit des méthodes contraceptives. La proportion de femmes n'ayant pas de critiques à l'endroit d'une méthode a été utilisée pour cela.

L'acceptabilité est considérée comme bonne pour une proportion de femmes satisfaites supérieure ou égale à 50 %.

Elle est mauvaise si moins de 50 % de femmes sont satisfaites.

7 - Collecte et analyse des données

* La collecte des données s'est déroulée sur une période de 3 mois: du 26 Juin 1997 au 26 Septembre 1997. Elle a consisté à réaliser une interview directe auprès des utilisatrices des 4 méthodes contraceptives. L'interview a été menée de façon individuelle auprès de chaque utilisatrice. Le recueil des données à été fait sur une fiche d'enquête préétablie.

Un prétest auprès d'une vingtaine de femmes des services de PF a permis de finaliser cette fiche (annexe 2).

Il s'agissait surtout de questions fermées portant sur les variables suivantes :

- les caractéristiques socio-démographiques ;
- les caractéristiques du cycle menstruel avant la contraception ;
- les sources d'information sur la PF ;
- l'utilisation des méthodes contraceptives ;
- les effets secondaires et complications :

déterminés non seulement par un interrogatoire mais aussi par un examen clinique comportant :

- l'examen des seins à la recherche de nodule ou de galactorrhée ;
- l'examen gynécologique au spéculum à la recherche de leucorrhée ou de lésion du col ;
- l'examen cardio-vasculaire lorsque l'interrogatoire retrouvait une manifestation cardiaque ;
- la connaissance et l'appréciation des méthodes contraceptives.

* l'analyse des données a été réalisée sur micro-ordinateur avec le logiciel Epi info version 5.0. Les tests du chi carré et de fisher ont été utilisés . Une différence était statistiquement significative lorsque $P < 0,05$.

V - RESULTATS

I - Profil épidémiologique des utilisatrices

1 - La population d'étude

Les femmes en âge de procréer de 15 - 49 ans de la ville de Ouagadougou ont constitué notre population d'étude.

L'étude a concerné 700 femmes d'âge compris entre 19 et 49 ans.

Selon la méthode contraceptive utilisée la répartition de notre échantillon était la suivante (tableau I)

Tableau I : Répartition des femmes selon la méthode contraceptive utilisée (n = 700)

Méthode contraceptive	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux	205	29,3
Contraceptifs injectables progestatifs	202	28,9
Dispositifs intra-utérins	199	28,4
Norplant ^R	94	13,4
Total	700	100,0

2 - Les caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon étaient les suivantes :

2.1 - L'âge

- les clientes ont été regroupées selon l'âge en 5 classes (figure 1).

L'âge moyen de nos utilisatrices était de 31,6 ans. La plus jeune femme avait 18 ans et la plus âgée 49 ans. Les femmes susceptibles de présenter des grossesses à haut risque (15 à 19 ans et 35 à 49 ans) représentaient 37,4 %.

Plus de la moitié (62,7 %) des utilisatrices avaient un âge compris entre 20 et 34 ans.

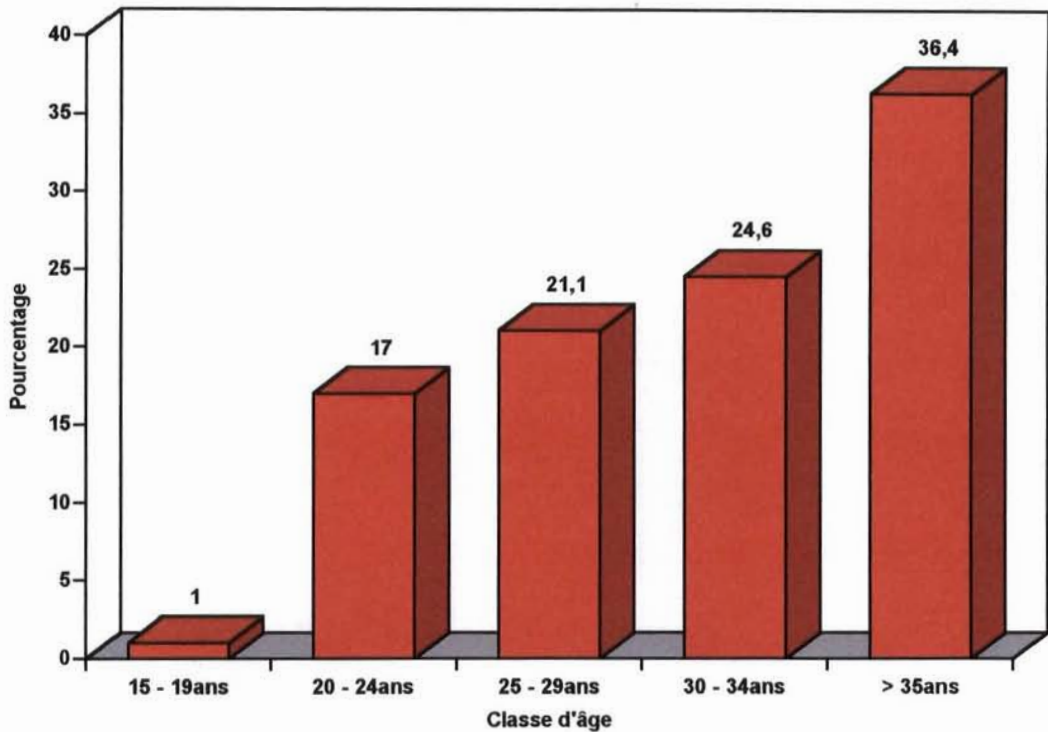


Figure 1 : Répartition des utilisatrices selon l'âge (n = 700)

- l'âge des utilisatrices en fonction de la méthode contraceptive utilisée est illustré par la figure 2. Les femmes de plus de 35 ans étaient plus nombreuses parmi les utilisatrices de DIU (47,7 %), de CIP (37,1 %) et de Norplant^R (56,4 %). Par contre celles des CO étaient plus jeunes : 83,4 % avaient entre 20 - 34 ans.

Cette différence constatée est statistiquement significative ($P < 10^{-5}$ test de fischer).

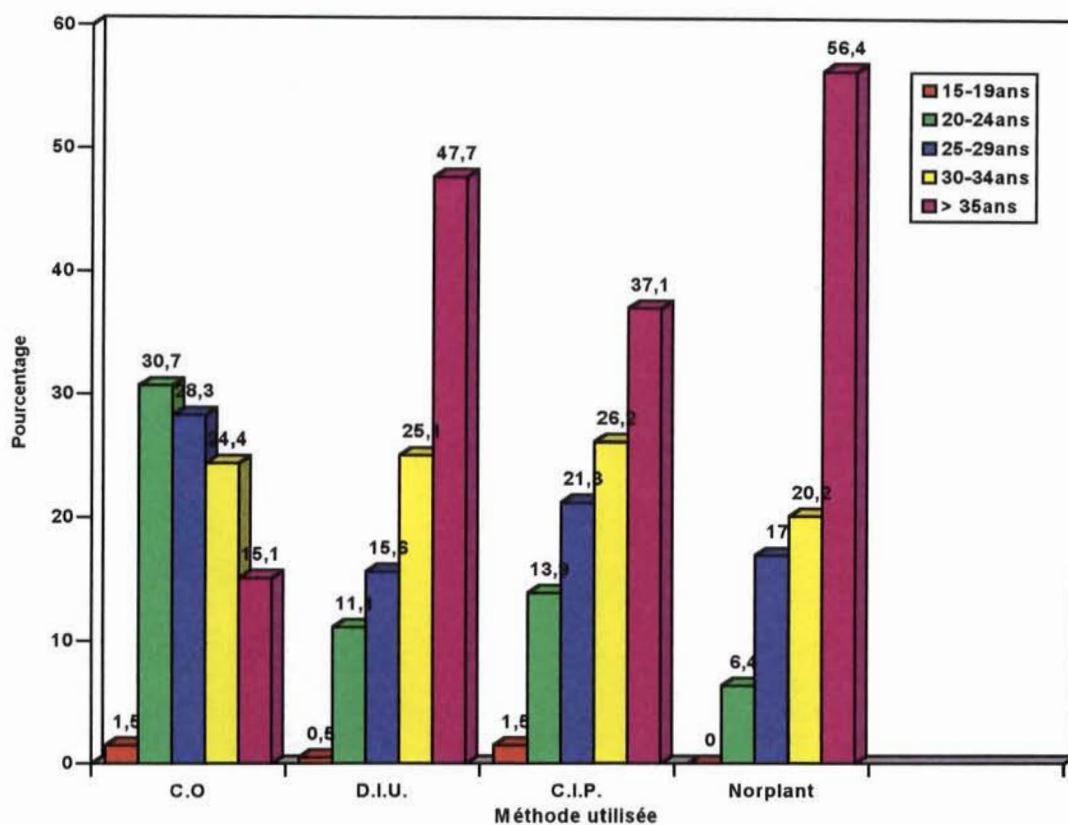


Figure 2 : Répartition des utilisatrices en fonction de l'âge et de la méthode contraceptive utilisée

2.2 - les antécédents obstétricaux

2.2.1- La parité

- Les utilisatrices ont été réparties en 5 classes selon la parité. (Tableau II). La parité moyenne était de 3,9. Les parités extrêmes étaient de 0 pour 19 femmes (2,7%) et 13 pour 2 femmes (0,3 %). Les femmes multipares et grandes multipares (51,6%) constituaient la majorité de notre échantillon.

Tableau II : Répartition des utilisatrices selon la parité (n = 700)

Parité	Nombre	Pourcentage
Nullipare [0]	19	2,7
Primipare [1]	87	12,4
Paucipare [2-3]	233	33,3
Multipare [4-6]	264	37,7
Grande multipare [\geq 7]	97	13,9
Total	700	100,0

- Parité et méthode contraceptive utilisée

Cinq classes ont été également déterminées pour la parité des utilisatrices des 4 méthodes. Les multipares constituaient la majorité des utilisatrices des dispositifs intra-utérins (44,2 %), des contraceptifs injectables (40,1 %) et du Norplant (45,7 %) contre seulement 25,4 % chez les utilisatrices de contraceptifs oraux. Le test de Fischer donnait $P < 10^{-5}$. Cette différence observée est statistiquement significative (). La figure 3 indique la répartition des utilisatrices en fonction de la parité et de la méthode contraceptive utilisée.

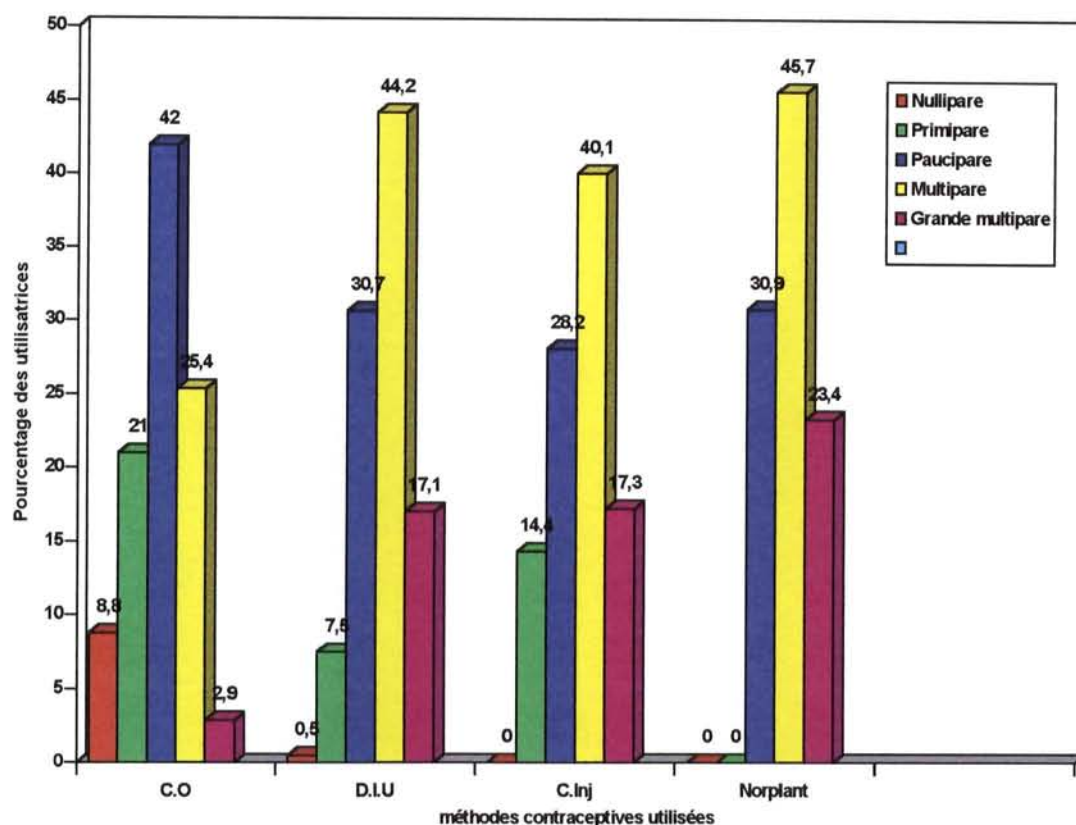


Figure 3: Répartition des utilisatrices en fonction de la parité et de la méthode contraceptive utilisée (n = 700).

2.2.2 - Nombre d'enfants vivants

La moyenne d'enfants vivants des utilisatrices était de 3,5. Les femmes ayant eu entre 2 et 3 enfants vivants représentaient 38,0%. Deux femmes soit 0,2 % avaient 10 enfants vivants ou plus. Celles ayant entre 4 et 9 enfants vivants étaient majoritaires (45,5 %).

- Nombre d'enfants vivants et parité :

Le tableau III indique la distribution des utilisatrices en fonction de la parité et du nombre d'enfants vivants. Plus la parité augmente, plus la proportion d'enfants vivants correspondant à cette parité diminue. Le test de Fischer donnait $P < 10^{-5}$. Cette différence observée est statistiquement significative.

Tableau III : Répartition des utilisatrices selon la parité et le nombre d'enfants vivants (n = 700)

Nbre d'enfants vivants	Parité	Primipares	Paucipares	Multipares	Grandes multipares	Total
		1	(2 - 3)	(4- 6)	(≥ 7)	
0		1	1	0	0	2
1		86	9	1	0	96
2 - 3		0	223	42	1	266
4 - 6		0	0	221	42	263
≥ 7		0	0	0	54	54
Total		87	233	264	97	681

2.2.3 - Taille de la progéniture souhaitée

Elle a été précisée chez 662 femmes sur 700. Trente huit (38) femmes soit 5,4% de l'échantillon global s'étaient contentées de ce que leur offrira l'avenir pour cette question. La moyenne de cette taille de la progéniture souhaitée était de 4,46.

La répartition des utilisatrices selon la taille de la progéniture souhaitée a été faite selon 4 classes. Elle est représentée par la figure 4.

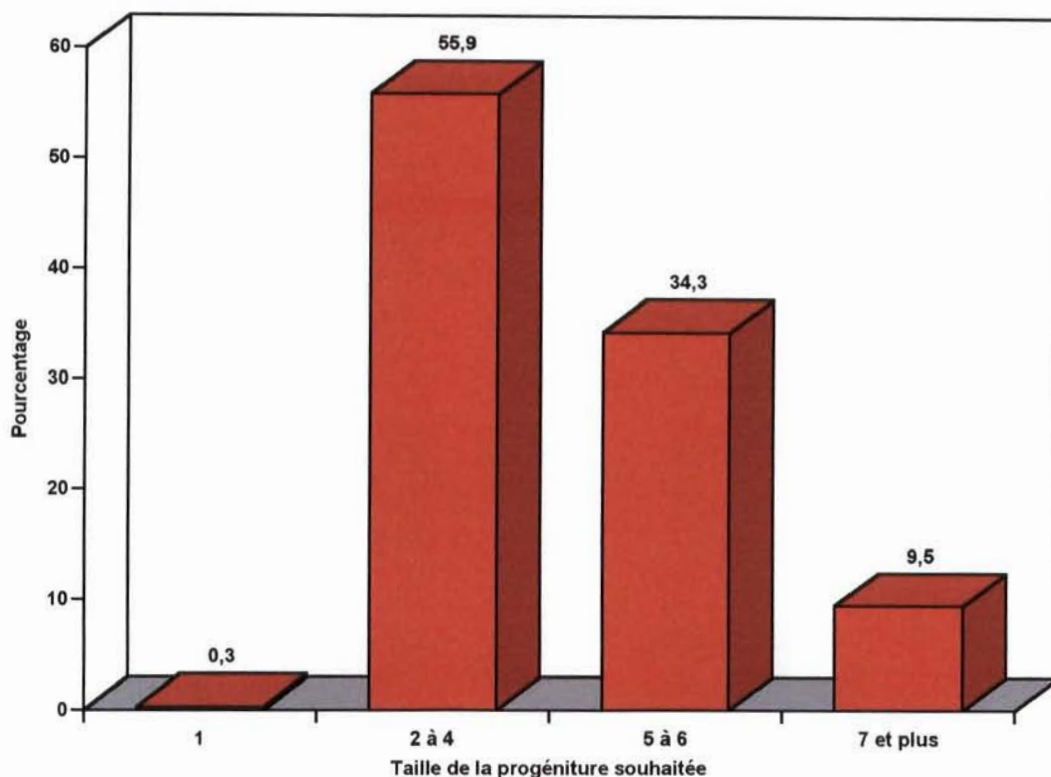


Figure 4 : Répartition des utilisatrices selon la taille de la progéniture souhaitée (n = 662).

2.2.4 - Les buts de la pratique contraceptive

- Deux cent quatre vingt quatre (284) femmes utilisatrices (40,5%) avaient atteint le nombre d'enfants voulu.

- Dans 5,1% des cas, le nombre d'enfants atteint était de trop par rapport à ce qu'elles auraient atteint si elles avaient été informées de l'existence de la contraception.

- Par contre 54,4% des utilisatrices (380 cas) souhaitaient poursuivre leur activité procréatrice.

2.3 - Niveau d'instruction

Les utilisatrices ont été regroupées selon quatre (4) niveaux.

La répartition des utilisatrices en fonction du niveau d'instruction et de la parité est représentée par le tableau IV.

Les femmes non scolarisées étaient des multipares et grandes multipares (69,9% des cas). Plus le niveau d'instruction s'élevait, moins il y avait de parité.

Cette différence observée est statistiquement significative.

Le test du chi carré donnait $P = 2.10^{-5}$.

Tableau IV : Répartition des utilisatrices selon le niveau d'instruction et la parité
(n = 700)

Niveau instruction \ Parité	Niveau instruction				Total
	Non scolarisé	Primaire	Secondaire	Supérieur	
Nullipare (0)	3	5	10	1	19
Primipare (1)	16	21	42	8	87
Paucipare (2 - 3)	67	78	75	13	233
Multipare (4 - 5 - 6)	137	77	50	0	264
Grande multipare (≥ 7)	62	31	4	0	97
Total	285	212	181	22	700

2.4 - La religion

Les femmes étaient principalement des pratiquantes de la religion musulmane et chrétienne dans respectivement 46,1 % et 52,7 % des cas.

2.5 - La Profession

La répartition des utilisatrices selon la profession est représentée par la figure 5. Les ménagères constituaient la majorité avec 64,4% des cas.

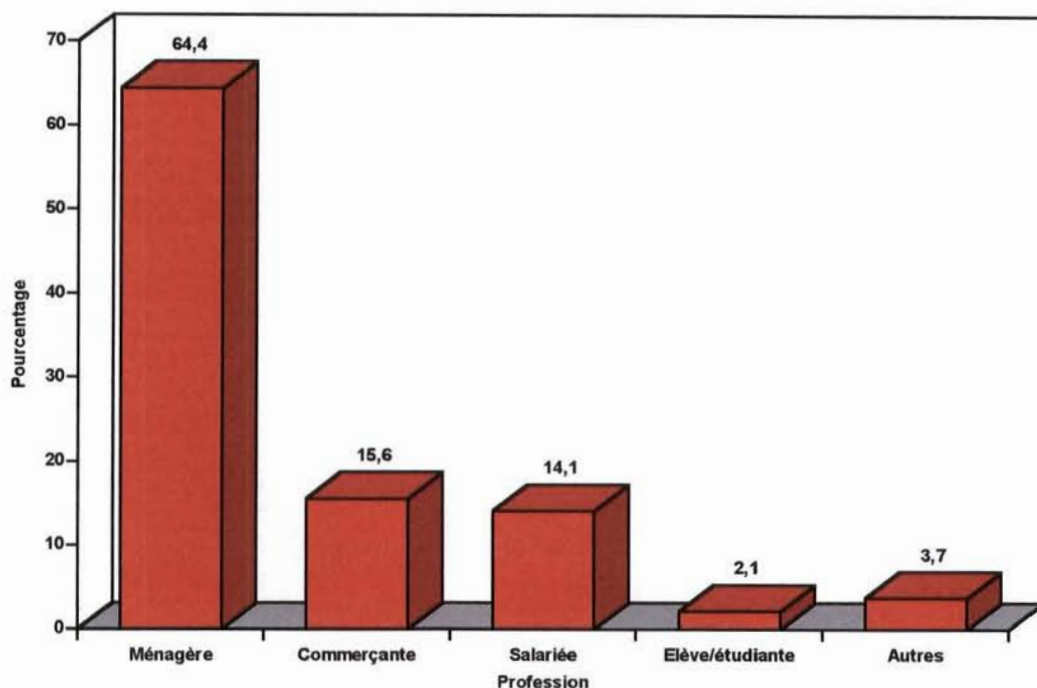


Figure 5 : Répartition des utilisatrices selon la profession (n = 700).

2.6 - Situation matrimoniale

Cinq types de situations matrimoniales avaient été retrouvés chez les utilisatrices. Les femmes mariées constituaient la majorité (87,6 %). Le reste se composait de célibataires (9,1 %), divorcées (1,1 %), veuves (1,6 %) et celles vivant en concubinage. Du groupe des femmes mariées, celles vivant avec des époux monogames constituaient 81,7% (502 cas) et 112 femmes soit 18,3% vivaient avec un époux polygame.

2.7 - Caractéristiques du cycle menstruel avant la contraception

2.7.1 - La périodicité du cycle menstruel

Les utilisatrices ont été réparties selon que le cycle menstruel étaient régulier ou irrégulier. La répartition était la suivante pour 700 cas.

- Cycle régulier 70% des cas ;
- Cycle irrégulier 28,6% des cas ;

- Périodicité inconnue 1,4% des cas.

2.7.2 - Les signes d'accompagnement des menstruations

Nous n'avons pas trouvé de signe d'accompagnement menstruel chez 479 femmes (68,4 %). Des signes d'accompagnement menstruels étaient présents chez 221 femmes (31,6 %). De celles-ci, la dysménorrhée concernait 68,8 %, la mastodynie 12,7 %, les 2 signes 10,4 %.

La fièvre accompagnée de malaise général, le prurit vulvaire, les céphalées et la pesanteur ont été regroupés dans la classe autre.

2.8 - Antécédents contraceptifs

2.8.1. Méthodes contraceptives déjà utilisées

Les antécédents contraceptifs ont été retrouvés chez 345 utilisatrices (49,3%). Plus de la moitié de notre échantillon (50,7%) n'avait aucun antécédent contraceptif. Le tableau VII représente la répartition des femmes utilisatrices selon les méthodes contraceptives déjà utilisées.

Tableau VII : Répartition des utilisatrices selon les méthodes contraceptives déjà utilisées (n = 345).

Antécédents contraceptifs	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux (C.O)	206	59,7
Contraceptifs injectables	40	11,6
Dispositif intra-utérin (DIU)	39	11,3
CO et DIU	19	5,5
Cont. Inj. et CO	18	5,2
Cont. Inj. et DIU	4	1,1
Norplant R	3	0,9
Condoms	3	0,9
Contr. Inj. et Norplant R	2	0,6
CO et Norplant R	1	0,3
CO et DIU et Cont. Inj.	1	0,3
Autres	9	2,6
Total	345	100

2.8.2 - Antécédents contraceptifs chez les utilisatrices de chacune des méthodes

Les antécédents contraceptifs ont été retrouvés chez 345 femmes dont 26,9 % des utilisatrices de CO, 56,7 % de celles du DIU, 56,4 % de celles des CIP et 66 % des clientes du Norplant.

Le tableau VIII indique la répartition des utilisatrices des 4 méthodes contraceptives selon les antécédents contraceptifs.

Tableau VIII : Repartition des utilisatrices par méthode contraceptive et selon les antécédents contraceptifs

Antécédents contraceptifs \ Méthodes contraceptives	CO n = 55	DIU n = 113	CIP n = 114	Norplant n = 62
	Pourcentage			
CO	20	73,5	68,4	54,8
DIU	23,6	3,5	15,7	6,5
CIP	34,5	11,5	-	12,9
Norplant	3,7	-	0,9	-
CO + DIU	-	-	12,3	8,1
CO + CIP	-	7,9	-	14,5
CIP + DIU	7,3	-	-	-
Autres	10,9	3,6	2,7	3,2

2.8.3 - Raisons d'abandon ou de changement des méthodes contraceptives

Des femmes ayant eu des antécédents contraceptifs n'ont cependant pas donné des raisons de changement (6 cas) et 14 autres utilisaient la même méthode que celle antérieurement utilisée. Aussi, nous avons uniquement tenu compte des utilisatrices qui avaient une seule expérience contraceptive (274 sur 325). Le tableau IX représente la répartition des utilisatrices par méthode contraceptive et selon les raisons de changement.

Le tableau IX : Répartition des utilisatrices par méthode contraceptive et selon les raisons de changement.

Méthodes contraceptives Raisons de changement	CO n = 197	DIU n = 36	CIP n = 38	Norplant n = 3
	Pourcentage			
Effets secondaires	41,6	41,7	60,5	33,3 (1 cas)
Raison médicale	16,3	19,4	10,5	33,3 (1 cas)
Rupture de stock	2,5	2,8	15,8	-
Convenance personnelle	4,6	5,5	5,3	-
Désir de grossesse	-	16,6	-	33,3 (1 cas)
Mode d'administration	19,3	-	-	-
Autres	15,7	14	7,9	-

II. - Source d'information sur la Planification Familiale et connaissance des méthodes contraceptive

1 - Source d'information

1.1 - les médias

L'information sur la PF par les masses médias a été retrouvée chez 203 femmes soit 29 % de l'échantillon global.

La répartition des utilisatrices en fonction de la source d'information médiatique est représentée par le tableau V.

Tableau V: Répartition des utilisatrices selon la source d'information médiatique (n = 203)

Source d'information médiatique	Nombre	Pourcentage
Radio	113	55,6
Radio et télévision	38	18,7
Télévision	33	16,3
Journaux	9	4,4
Radio, télé, journaux	8	4
Radio et journaux	2	1
Total	203	100

1.2 - Les sources d'information humaines

Six cent six (606) femmes (86,6%) avaient bénéficié de cette source pour s'informer sur la PF. La distribution des utilisatrices selon la source d'information humaine est représentée par le tableau VI. Les autres sources d'information concernaient les parents (père - mère - soeur) et l'école (par l'enseignant).

Tableau VI : Répartition des utilisatrices selon la source d'information humaine (n = 606).

Source d'information humaine	Nombre	Pourcentage
Agent de santé	342	56,5
Ami (es)	166	27,4
Epoux	43	7
Autres	55	9,1
Total	606	100

2 - Connaissances

- Une méthode contraceptive était considéré comme connue par les utilisatrices lorsqu'elles déclaraient l'avoir déjà vue au moins. De notre série, 84,1% connaissaient les contraceptifs oraux, 61,4% connaissaient les DIU, 56,0% connaissaient les CIP, et 34,7% le Norplant[®].

III - Tolérance des méthodes contraceptives

1 - Raisons du choix

Elles ont concerné les méthodes contraceptives qui étaient en cours d'utilisation. Le tableau X représente la repartition des utilisatrices par méthode contraceptive et selon les raisons du choix. Toutes les femmes (700) ont donné leur raison du choix.

Tableau X: Repartition des utilisatrices par méthode contraceptive et selon les raisons du choix.

Méthodes contraceptives Raisons du choix	CO n = 205	DIU n = 199	CIP n = 202	Norplant n = 94
	Pourcentage			
Conseil d'agent Santé	27,3	42,2	35,1	21,3
Inocuité de la méthode	8,8	7,5	7,9	3,2
Protection et efficacité maximale	5,4	7	7,9	10,6
Convenance personnelle	40,5	23,6	23,8	19,1
Méconnaissance des autres méthodes	5,4	1,5	2,5	1,1
Méthode à effet prolongé	0,5	2,5	1	26,6
Utilisation facile	4,4	7	5,9	4,3
Administration non contraignante	1,5	4	10,9	4,3
Autres	6,4	4,7	5	9,5

2 - Effets secondaires et complications

2.1- Les manifestations gynécologiques et/ou locales

Dans cette rubrique ont été regroupés : les cervicites, les leucorrhées, les douleurs pelviennes non graves, les hémorragies, le prurit vulvaire, les expulsions et migration de contraceptifs.

Au total, 182 manifestations ont été observées chez 151 utilisatrices. Le tableau XI indique leur répartition selon les méthodes contraceptives.

Tableau XI : Répartition des utilisatrices par méthode contraceptive et selon les manifestations gynécologiques et locales.

Méthodes contraceptives Manifestations gynécologiques et locales	CO n = 32	DIU n = 95	CIP n = 27	Norplant n = 28
	Pourcentage			
Douleur pelvienne	50	43,2	55,6	42,8
Leucorrhées	18,8	27,3	18,5	17,8
Cervicites	9,4	16,8	11,1	25
Prurit vulvaire	6,2	4,2	7,4	7,2
Hémorragie (utérine-col-bras)	15,6	3,2	7,4	3,6
Expulsion	-	4,2	-	-
Migration	-	1,1	-	-
Prurit au point d'insertion	-	-	-	3,6

2.2 - Les perturbations menstruelles

Les utilisatrices qui ont connu depuis la contraception une perturbation du cycle menstruel représentaient 54,1% de l'échantillon (379 cas).. Le tableau XII indique la répartition des femmes qui ont présenté des troubles du cycle par méthode contraceptive utilisée. Cependant une même femme pouvait rencontrer plusieurs perturbations à la fois. Ce qui donne 477 cas de perturbations.

Le tableau XIII représente la répartition des utilisatrices en fonctions des troubles du cycle selon les méthodes contraceptives.

Tableau XII : Répartition des femmes ayant présenté des troubles du cycle par méthode contraceptive utilisée.

Méthode contraceptive utilisée	Nombre de cas	Pourcentage
CIP (n = 202)	168	83,2
Norplant (n = 94)	73	77,7
DIU (n = 199)	88	44,2
Pilule (n = 205)	50	24,4
Total des méthodes	379	54,1

Tableau XIII : Repartition des utilisatrices en fonction des troubles du cycle
et par méthode contraceptive

Méthodes contraceptives Perturbations menstruelles	CO n = 56	DIU n = 110	CIP n = 206	Norplant n = 105
	Pourcentage			
Irrégularité	42,8	41,8	36,9	46,7
Hypoménorrhée	25	5,5	3,9	3,8
Dysménorrhée	14,3	13,6	2,9	3,8
Ménorragie	10,7	29,1	11,7	25,7
Aménorrhée	3,6	8,2	41,7	15,2
Spotting	3,6	1,8	2,9	4,8

2.3 - Les effets secondaires cardio-vasculaires

Ces effets secondaires ont concerné seulement 53 utilisatrices de notre série soit 7,6 %. La répartition des utilisatrices selon ces troubles était la suivante :

a - Troubles cardio-vasculaires chez les utilisatrices de pilule (contraceptifs oraux).

Parmi les utilisatrices de pilule, 13 femmes (6,3 %) ont présenté ces troubles cardio-vasculaires. Ils étaient à type de palpitation pour 10 femmes et d'hypertension artérielle pour 3 femmes.

b - Troubles cardio-vasculaires chez les utilisatrices de DIU

Douze (12) utilisatrices de DIU ont présenté des signes cardio-vasculaires dont 9 cas de palpitation, 2 cas d'hypertension artérielle et 1 cas de varices.

c - Troubles cardio-vasculaires chez les utilisatrices de contraceptifs injectables progestatifs

Ces troubles ont été retrouvés chez 16 femmes utilisatrices des CIP (7,9 %). Il s'agissait de palpitation dans 11 cas, d'hypertension artérielle dans 4 cas et 1 cas de varices.

d - Troubles cardio-vasculaires chez les utilisatrices de Norplant^R

Onze femmes utilisatrices de Norplant^R ont présenté des troubles cardio-vasculaires à type de palpitation dans 7 cas, d'HTA dans 1 cas de précordialgies dans 2 cas et d'hypotension artérielle dans 1 cas.

2.4 - Les autres effets secondaires

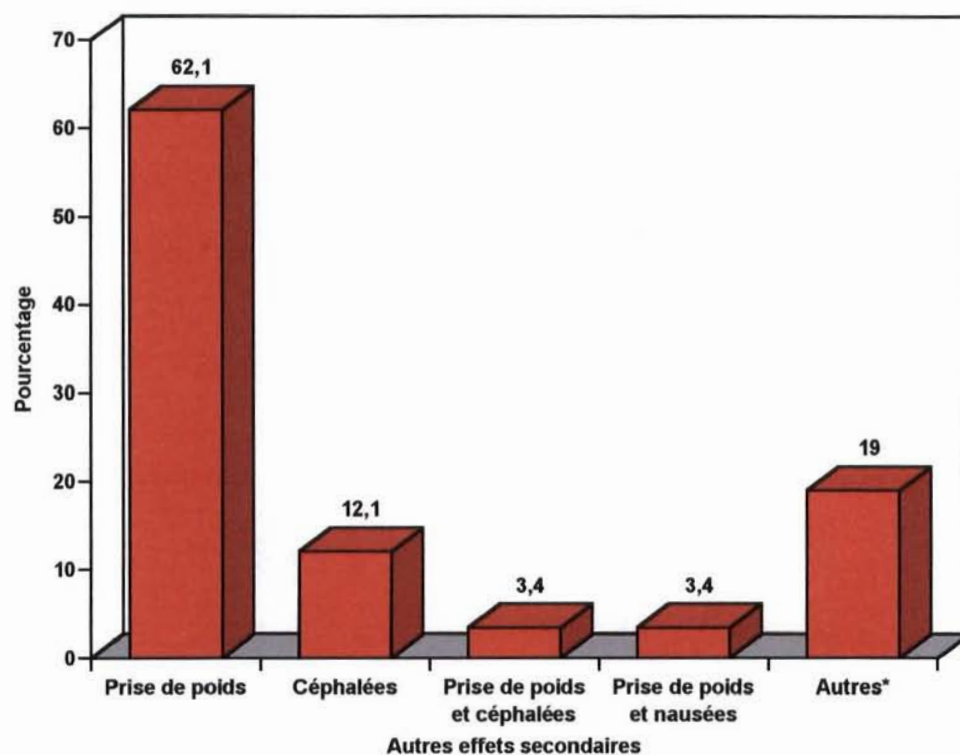
Ils ont été rencontrés chez 170 femmes (24,3%) de notre série. Le tableau XIV représente la répartition des femmes ayant présenté ces effets secondaires et complications selon la méthode contraceptive.

Tableau XIV : Répartition des femmes ayant présenté des autres effets secondaires par méthode contraceptive.

Méthode contraceptive utilisée	Nombre de cas	Pourcentage
Pilule (n = 205)	58	28,3
DIU (n = 199)	32	16,1
CIP (n = 202)	42	20,8
Norplant (n = 94)	38	40,8
Total des méthodes (n = 700)	170	24,3

a - Répartition des autres effets secondaires chez les utilisatrices de pilule

Plus des 2/3 n'ont pas connu ces signes. La figure 6 représente la répartition des autres effets secondaires chez les utilisatrices de C.O.

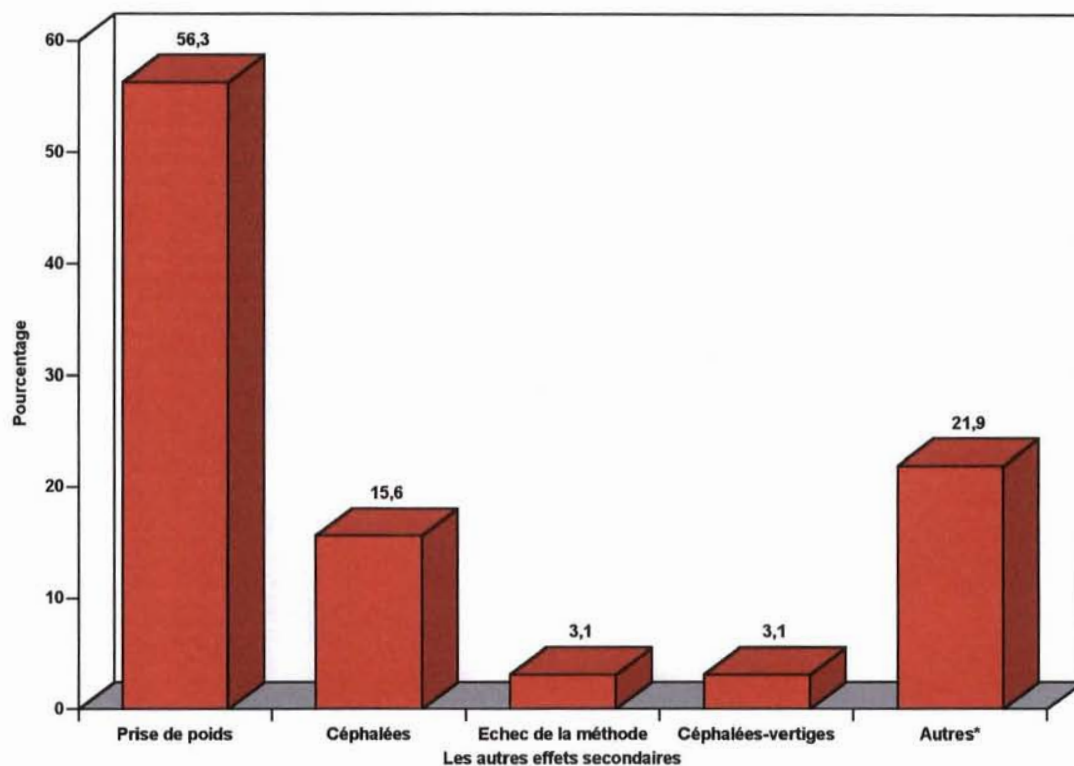


Autres* = ballonnements(1), nausée - vomissement(4), malaise générale(2) vertiges(3) et acnés(1).

Figure 6 : Répartition des utilisatrices de CO selon les autres effets secondaires (n = 58)

b - Répartition des autres effets secondaires chez les utilisatrices de DIU

La distribution des autres effets secondaires chez ces utilisatrices est donnée par la figure 7.

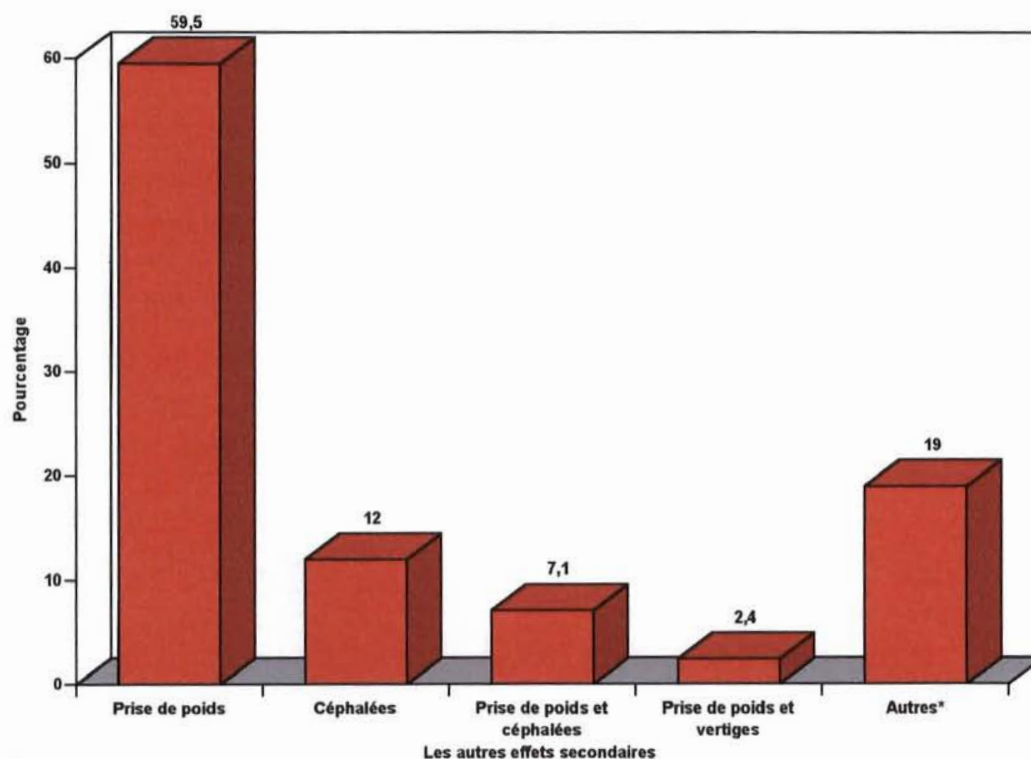


Autres* = perte de poids(2), courbature(2), fièvre(1), vertiges(2).

Figure 7 : Répartition des utilisatrices de DIU selon les autres effets secondaires (n = 32)

c - Répartition des autres effets secondaires chez les utilisatrices de CIP

Ces autres effets secondaires ont concerné 42 utilisatrices de CIP sur 202 (22,8%). La prise de poids occupait plus de la moitié des manifestations (59,5 %). La répartition est donnée par la figure 8.



Autres* = Asthénie (4) nausées(1), vertiges(2), amaigrissement(1) .

Figure 8 : Répartition des utilisatrices de CIP en fonction des autres effets secondaires(n = 42)

d. Répartition des autres effets secondaires chez les utilisatrices du Norplant^R

Ces autres effets secondaires ont été très présents chez les utilisatrices de Norplant (40,4 % soit 38 sur 94). Le tableau XV présente la répartition de ce groupe d'utilisatrices selon ces autres effets secondaires.

tableau XV : Répartition des utilisatrices du Norplant selon les autres effets secondaires (n = 57)

Autres effets secondaires	Nombre	Pourcentage
Prise de poids	17	29,8
Céphalées	17	29,8
Vertiges	6	10,5
Malaises générales	6	10,5
Douleur abdominale	4	7,1
Insomnie et fièvre	3	5,3
Nausées	2	3,5
Perte de poids	2	3,5
Total	57	100

3 - Tolérance

Elle a été définie à partir des taux d'utilisatrices ayant présenté surtout des perturbations menstruelles. Le tableau XVI représente le récapitulatif des différents effets secondaires rencontrés et par méthode contraceptive avec les taux d'utilisatrices concernés ainsi que la tolérance des méthodes.

Tableau XVI : Recapitulatif des propositions de femmes ayant présenté les 4 groupes d'effets secondaires en fonction des méthodes contraceptives

Méthodes contraceptives Effets secondaires	CO n = 205	DIU n = 199	CIP n = 202	Norplant n = 94
	Pourcentage			
Manifestations gynécologiques et locales	15,6	35,7	11,9	25,6
Troubles du cycle menstruel	24,4	44,2	83,2	77,7
Troubles cardio-vasculaires	6,4	6	7,9	12,8
Autres effets secondaires	28,3	16,1	20,8	40,8

IV- Etude de l'acceptabilité : appréciations des méthodes contraceptives

1 - L'appréciation des méthodes contraceptives

Les critiques permettant d'apprécier l'acceptabilité de chacune des méthodes contraceptives ont été faites en tenant compte de l'ensemble des femmes qui connaissaient chaque méthode.

a - Les contraceptifs oraux

Cinq cent quatre vingt vingt neuf (589) femmes sur 700 (84,14 %) connaissaient la pilule. Sur cet effectif 259 (44 %) appréciaient favorablement la pilule. Les 330 autres utilisatrices (56%) n'étaient pas satisfaites des contraceptifs oraux. Le tableau XVII indique le recapitulatif des critiques.

Tableau XVII : Répartition des utilisatrices connaissant les C.O en fonction des reproches faites aux C.O (n = 330).

Reproches aux C.O	Nombre	Pourcentage
Effets secondaires	166	50,4
Mode d'administration	107	32,4
Effets secondaires et mode d'administration	14	4,2
Durée d'action longue	13	3,9
Contrôle périodique court	5	1,5
Coût élevé	3	0,9
Autres	22	6,7
Total	330	100

b - Les dispositifs intra utérins DIU

Les utilisatrices qui connaissaient les DIU représentaient 61,4 % (430 femmes) de notre série. L'appréciation positive a été apportée par 264 utilisatrices. Sur 166 femmes, 64,5 % reprochaient aux DIU ses effets secondaires. Le tableau XVIII représente la répartition des utilisatrices selon les reproches faites aux DIU.

Tableau XVIII : Repartition des femmes utilisatrices connaissant les DIU selon les reproches faites à l'endroit des DIU (n = 166).

Reproches aux DIU	Nombre	Pourcentage
Effets secondaires	107	64,5
Mode d'administration	7	4,2
Coût élevé	4	2,4
Contrôle périodique court	3	1,8
Effets secondaires et mode d'administration	2	1,2
Durée d'action longue	1	0,6
Autres	42	25,3
Total	166	100

* autres :- périodicité du contrôle longue ;

- gêne pendant les rapports sexuels liée à la présence du fil ;
- insensibilité lors de rapport sexuel ;
- mécanisme d'action : relevé comme étant un instrument abortif (aspect religieux)

c - Les contraceptifs injectables progestatifs

Sur 392 femmes (36 %) qui ont apprécié cette méthode, 159 utilisatrices soit 40,6 % l'ont négativement apprécié et 233 utilisatrices soit 59,4 % appréciaient positivement les CIP.

Quant aux différentes reproches, elles ont été dominées par les effets secondaires(tableau XIX)

Tableau XIX : Répartition des utilisatrices connaissant les CIP selon les reproches au CIP (n = 159)

Reproches aux CIP	Nombre	Pourcentage
Effets secondaires	127	79,9
Mode d'administration	8	5
Contrôle périodique court	5	3,1
coût élevé et effets secondaires	3	1,9
Coût élevé	2	1,3
Effets secondaires et mode d'administration	2	1,3
Durée d'action longue	1	0,6
Autres	11	6,9
Total	159	100

d - Le Norplant ^R

Sur 700 utilisatrices, 243 (34,7 %) connaissaient cette méthode. Des reproches ont été formulées à l'endroit du Norplant ^R par 77 d'entre elles (31,7 %). Dans 68,3 % des cas le Norplant était favorablement apprécié. Les effets secondaires du Norplant ont été les plus soulignés par les utilisatrices. Le tableau XX précise la répartition des utilisatrices selon ces reproches.

Tableau XX : Répartition des utilisatrices qui connaissaient le Norplant selon les reproches faites au Norplant (n = 77)

Reproches aux Norplant ^R	Nombre	Pourcentage
Effets secondaires	52	67,5
Coût élevé	5	6,5
Contrôle périodique court	4	5,2
Mode d'administration	3	3,9
Durée d'action prolongée	2	2,6
Autres*	11	14,3
Total	77	100,0

2 - L'acceptabilité

Le tableau XXI indique la répartition des taux d'acceptabilité par méthode contraceptive. Il s'agit des proportions d'utilisatrices satisfaites des différentes méthodes.

Tableau XXI : Récapitulatif des taux d'acceptabilité par méthode
contraceptive

Méthode contraceptive	Taux d'acceptabilité en pourcentage
Pilule (n = 205)	44,0
Contraceptifs injectable CIP (n = 202)	59,4
Dispositif intra utérin DIU (n = 99)	61,4
Norplant R (n = 94)	68,3

VI - COMMENTAIRES -
DISCUSSIONS

1 - Limites et biais

Notre étude a comporté certes des limites et biais.

Elles sont liées à la méthodologie que nous avons utilisée.

- En effet, l'administration des questions par une interview, face à face a pu influencer certaines réponses des clientes : la présence de l'interlocuteur pouvant empêcher la cliente de dire certaines vérités.

Des questions avec réponses écrites auraient évité ces difficultés mais le faible taux de scolarisation féminine en constitue un grand obstacle.

- Les faits recueillis sont ceux avoués par les clientes, ils sont donc subjectifs.

Pour plus d'objectivité, il aurait fallu un suivi prospectif avec des contrôles cliniques réguliers au cours desquels, on notifiera les manifestations cliniques rencontrées.

- Le choix accidentel des centres de planification familiale et même des clientes.

L'administration de nos questions à d'autres clientes, dans des centres de planification familiale différents de ceux de notre étude aurait certainement donné la même composition d'effets secondaires par exemple, mais à des proportions peut-être différentes (aussi légèrement) de celles de nos résultats.

- les critères de définition de la tolérance et de l'acceptabilité étant arbitraires, cela constitue une limite car l'appréciation est subjective.

Néanmoins, nos résultats obtenus, nous ont permis de donner une idée sur les effets secondaires rencontrés par les clientes de Planification familiale.

2 - Les caractéristiques socio-démographiques

2.1 - L'âge

Dans notre série, nous avons relevé que la tranche d'âge de 35 ans et plus était fortement représentée (36,4 %). Notre population de planification familiale était relativement âgée. Cela est le reflet du taux élevé de fécondité des femmes qui continuent de concevoir à un âge avancé, justifiant le début tardif de la pratique contraceptive.

En effet, au Burkina Faso, entre 35 et 39 ans, le taux de fécondité reste encore accroché à 145 pour 1000 ; le maximum étant atteint par la tranche d'âge de 25 - 29 ans avec 205 pour 1000 [22].

L'âge des utilisatrices variait selon la méthode contraceptive utilisée :

- la pilule

Nous avons noté une prédominance de la tranche d'âge de 20 à 29 ans (59 %). La contre - indication de la pilule aux femmes d'âge supérieur à 35 ans et le désir d'un certain nombre d'enfant chez ces femmes encore jeunes pourraient expliquer cette prédominance.

Moore et collaborateurs aux USA trouvaient en 1995 un âge moyen de 24 ans chez des utilisatrices de pilule [37].

- les D I U

Une prépondérance de la tranche d'âge de 30 - 49 ans a été observée (72,86 %). Nos résultats sont différents de ceux de Lopes et collaborateurs en France qui en 1984 avaient relevé dans leur étude prospective que 29,0 % des clientes étaient de la tranche d'âge de 31 - 40 ans [30] contre 67 % pour la tranche d'âge de 21 - 30 ans. Par contre, ils sont comparables à ceux de Blum M. et collaborateurs en Israël qui trouvaient un âge moyen de 34,5 ans chez des mères allaitantes [2]. Sandwidi en 1992 (Burkina Faso) trouvait autant de femmes jeunes (18 - 30 ans) avec 51,6 % que de femmes d'âge compris entre 31 - 50 ans (48,4 %) [47].

- les injectables progestatifs

Pour les utilisatrices de cette méthode, la tranche d'âge de 30 - 49 ans était prédominante avec un taux de 63,4 %.

Salem et collaborateurs en Egypte trouvaient eux aussi plus de 50 % de femmes d'âge supérieur à 35 ans [46]. Ces résultats sont en accord avec les indications des CIP.

- le Norplant^R

La majorité des utilisatrices de cette méthode se retrouvait dans la tranche d'âge de 35 - 49 ans (56,4 %). Nos résultats sont différents de ceux de Akter et collaborateurs aux Bangladesh qui notaient : dans leur étude prospective menée en 1993 que 88 % des utilisatrices avaient entre 20 et 34 ans [1]. Kasule et collaborateurs au Zimbabwe eux trouvaient 76 % des femmes d'âge compris entre 21 et 35 ans [25]. Cependant, cette tendance de population plus âgée dans notre série d'utilisatrices du Norplant tend à s'équilibrer et se rajeunira car de plus en plus, les jeunes femmes ayant au moins un enfant s'intéresse à cette méthode. L'expérience que détiennent les prestataires et celle des femmes qui ont déjà utilisé le Norplant^R les ont convaincues des bienfaits de cette méthode. Le Norplant^R étant une méthode nouvellement introduite au Burkina Faso, des inquiétudes concernant le retour de la fertilité a pu limiter son utilisation par les femmes jeunes qui désirent encore concevoir.

2.2 - Les antécédents obstétricaux

* la parité

Plus de la moitié des femmes utilisant l'une des quatre méthodes contraceptives était représentée par des multipares (51,6 %). Néanmoins cette parité variait en fonction des méthodes (figure 3).

- la pilule

Les femmes indiquées pour la prise des C.O sont plus jeunes (âge \leq 35 ans). Avec l'élévation de l'âge au mariage, la parité aussi reste petite : 42 % de paucipares dans notre série.

- les D I U

Dans notre série les multipares (44,2 %) et les paucipares (30,7 %) étaient les plus concernées. Nos résultats se rapprochent de ceux de Sandwidi au Burkina Faso qui en 1992 trouvait 45,7 % de multipares et 47,3 % de paucipares [47]. Les indications des DIU expliqueraient en partie ces résultats à savoir qu'il est souhaitable d'insérer le DIU chez toute femme ayant au moins un enfant. Néanmoins, nous avons noté un cas de DIU chez une nullipare. Celle-ci présentait une intolérance aux oestroprogestatifs.

Dombrowicz en Belgique en 1975 avait trouvé 6,58 % de nullipares dans sa série [9].

- les progestatifs injectables

La majorité des utilisatrices de cette méthode était représentée par des multipares et grandes multipares (47,4 %). Le choix de cette méthode souvent suggéré par les agents de santé y est pour quelque chose. En effet, les CIP sont plus indiqués chez cette catégorie de femmes qui généralement ne désirent plus d'enfant. Aussi, la voie d'administration intramusculaire constitue un gage d'efficacité surtout en milieu africain.

Salem et collaborateurs en 1988 avaient noté que 75 % de leurs clientes étaient de parité supérieure ou égale à 5 [46].

- le Norplant R

Les multipares et les grandes multipares représentaient à elles seules 69,1 % de la série. Les paucipares comptaient pour 30,9 %. Nos chiffres sont différents de ceux de Hamzaoui et collaborateurs en Tunisie et Mathlouthi et collaborateurs en Tunisie également qui trouvaient une forte représentativité des paucipares dans leurs séries avec respectivement 57,9 % [13] et 51 % [32]. Kasule et collaborateurs trouvaient 70 % de paucipares en 1991 dans une étude prospective [25]. L'introduction récente du norplant dans le programme national de planification familiale justifie les précautions d'utilisation chez les femmes paucipares.

* Nombre d'enfants vivants et parité

Dans notre série, plus la parité augmentait, plus la discordance entre celle-ci et le nombre d'enfants vivants devenait grande (tableau III). Dans des pays comme le Salvador, le Chili, l'Angleterre, et le pays de Gales, des auteurs ont affirmé que la mortalité infantile augmentait brusquement après la troisième et la quatrième naissance (parité) [7].

Maine trouvait en Angleterre et en pays de Galles en 1981 que malgré l'amélioration des conditions de vie et des soins médicaux qui ont réduit l'ensemble de la mortalité, les effets du rang de naissances persistaient pendant des décades. [7]

* Taille de la progéniture souhaitée

Une forte proportion de femmes (43,8 %) souhaitait avoir au moins 5 enfants. Cela constitue une inquiétude car selon les estimations de l'OMS, la fécondité dans les pays en développement (moins avancés) de 5,6 enfants par femme contre 1,8 enfants par femme dans les pays développés est responsable d'un retard d'au moins 20 ans par rapport aux pays en développement (plus avancés) qui comptent eux 3,1 enfants par femme [39]. Une réduction de cette fécondité est indispensable pour espérer atteindre le niveau actuel des pays en développement plus avancés.

Ce désir d'une taille assez élevée de la progéniture est sans doute un obstacle à l'augmentation de la prévalence contraceptive. On assiste alors à un cercle de procréation où celles qui y sont déjà désirent un nombre important d'enfant et utilisent

peu la contraception ; celles qui y sortent sont déjà à la ménopause et n'ont donc pas besoin de contraception ; pendant que celles qui y parviennent (adolescente 1 % dans notre série) ne font pas de la contraception une priorité bien qu'étant très exposées aux grossesses à risque.

2.3 - La religion

La distribution équilibrée des utilisatrices par rapport aux 2 principales religions permet de lever de plus en plus cet obstacle à la pratique contraceptive, du moins en milieu urbain. En milieu rural, ce facteur religieux joue pour beaucoup. Une nouvelle approche prenant en compte les responsables coutumiers permettrait de minimiser cet obstacle.

2.4 - La profession

Une proportion de 64,4 % des femmes étaient sans emploi rémunérateur. Elles constituaient les ménagères. Celles-ci, les plus exposées aux grossesses sont aussi celles qui détiennent peu de moyen financier. Cet aspect financier conditionne parfois le choix d'une méthode contraceptive : les préférences allant vers les méthodes dont on se procure une seule fois pour plusieurs mois voire années (DIU - Norplant[®]). Dans notre série, les femmes à revenu mensuel fixe (salarisées) représentaient 14,1 %. Elles s'adressent le plus souvent aux consultations de gynécologues d'où leur faible représentativité dans les centres de SMI/PF.

Quant à la faible représentativité des élèves et étudiantes, elle s'expliquerait par l'existence de centres pour jeunes où un cadre approprié leur est offert pour leur sensibilisation sur la Planification familiale, les MST et le SIDA.

2.5 - La situation matrimoniale

Environ 87,6 % des femmes de notre échantillon étaient mariées. Ceci est en rapport avec le contexte social pour lequel un enfant ne devrait être conçu que dans le mariage. Aussi, au Burkina Faso, 83,8 % des femmes en âge de procréer sont mariées [22].

Les femmes vivant avec des époux monogames constituaient 81,7 %. L'absence d'élément de concurrence qu'est la coépouse, et l'exposition fréquente aux sollicitations sexuelles seraient les raisons de cette prépondérance.

3 - Les buts de la pratique contraceptive

La limitation de la taille de la famille constituait le but contraceptif pour 40,5 % des femmes de notre échantillon. Par contre, 54,4 % utilisaient une méthode contraceptive dans le but de retarder la prochaine grossesse. La contraception est utilisée aussi bien pour limiter les naissances que pour les espacer pour ce qui est de la ville de Ouagadougou. Une proportion de 5,1 % de femmes a été par ignorance de la planification familiale, victime d'une grande parité ; ce qui indique que l'IEC doit être encouragée davantage pour ce qui est de la planification familiale.

4 - L'influence du niveau d'instruction sur la procréation

Dans notre série, les femmes étaient dans la majorité des cas peu instruites car 71 % avaient au plus atteint le niveau primaire dont 40,7 % non instruites. C'est le reflet du faible taux de scolarisation chez les filles au Burkina Faso 28,55 % (EDS 1991).

Le niveau d'instruction influe beaucoup sur la décision de procréer. Dans notre série, les grandes multipares et les multipares se retrouvaient dans les groupes non scolarisés (69,9 %) et faiblement scolarisés (Primaire 50,9 %).

L'OMS dans une étude avait mis en évidence que le nombre d'année de scolarisation semblait jouer un rôle significatif dans la survenue de grossesse précoce :

au Nigeria, 66 % des femmes de 20 à 24 ans ayant accouché avant l'âge de 20 ans avaient un niveau de scolarisation inférieur à un an contre 27 % pour celles ayant un niveau supérieur ou égal à un an.

En Egypte, il y avait pour ce même constat 51 % contre 9 %. Aux USA, 58 % ont un niveau de scolarisation inférieur à 12 ans contre seulement 13 % pour un niveau supérieur ou égal à 12 ans [39].

5 - Les sources d'information sur la planification familiale

5.1 - Les médias

Les femmes ayant bénéficié des médias pour s'informer sur la planification familiale étaient faiblement représentées (29 %). Cela s'expliquerait par le bas niveau socio-économique du pays qui limiterait les possibilités d'accès aux médias mais aussi la non disponibilité des femmes surtout ménagères (qui travaillent à longueur de journée) à écouter les informations livrées par les médias. Une inadaptation des médias à la population réceptrice des informations peut être aussi évoquée. Néanmoins une réorganisation de ce système d'information avec l'accent mis sur les radios locales gérées par les communautés locales permettrait d'augmenter l'apport de cette source. Dans une étude générale menée par l'INSD (EDS 1993) 14 % de la population féminine du Burkina Faso ont eu l'information en planification familiale par les médias dont 11 % par la radio, 1 % seulement par la télévision et 2 % par les deux sources.

5.2 - Les sources d'informations humaines

L'information des femmes sur la planification familiale par l'agent de santé était prédominante (56,5 %), ensuite venaient les ami(es) (27,4 %), quant aux époux ils n'ont intervenu que pour 7 % des cas. L'agent de santé où qu'il soit devrait être par dessus tout le détenteur des informations précises en matière de santé.

Les ami (es) constituent un moyen important de sensibilisation et d'information des femmes, aspect qu'on pourrait exploiter en assurant la formation d'un groupe de femmes en IEC qui prendront ensuite le relais auprès des autres femmes.

Enfin, l'avis et le consentement du conjoint pour la pratique de la contraception par la femme sont des facteurs d'acceptation et de continuité d'une méthode contraceptive sur une longue période. Ainsi les campagnes d'IEC devront davantage concerner les hommes.

6 - Les antécédents contraceptifs et les méthodes contraceptives utilisées

6.1 - Les antécédents contraceptifs

De façon générale, la contraception a souvent souvent été marquée par des abandons ou des changements de méthodes contraceptives. Les clientes évoquent de nombreuses raisons. Les principales sont les effets secondaires (perturbations menstruelles surtout) pour toutes les 4 méthodes (tableau IX). Cependant, les attitudes des agents de santé envers les clientes et celles de la population envers la contraception peuvent influencer ce constat.

- les agents de santé

Les femmes font parfois le choix d'une méthode contraceptive sans avoir eu des informations précises et complètes sur tous les moyens contraceptifs. Aussi, l'explication des origines des perturbations menstruelles donnée aux clientes lors des counseling bien mené contribue à rassurer les clientes et à augmenter l'acceptabilité de la contraception.

- Les populations

Il existe dans la population des préjugés à l'endroit de certaines méthodes contraceptives guidant ainsi leur choix. C'est le cas du DIU qui serait considéré comme un agent abortif permanent par son mécanisme d'action. La pilule serait elle,

après une longue période d'utilisation, à l'origine d'avortements répétés. Quant au Norplant, les implants disparaîtraient dans l'organisme au bout d'un certain temps. Une étude menée par l'IPPF en 1993 avait montré que 3 facteurs sont positivement associés avec la continuation d'une méthode contraceptive :

- la motivation personnelle de la femme basée sur le désir de ne plus avoir d'enfant ou d'espacer leur naissance ;
- l'obtention de la méthode qu'elle avait l'intention d'utiliser avant la consultation en clinique ;
- et enfin, l'assurance du soutien du partenaire prescripteur qu'elle ne percevra qu'à travers un counseling bien mené [20].

De manière plus spécifique les antécédents contraceptifs étaient retrouvés à des proportions variées selon les méthodes.

- La pilule

Dans 73,1 % des cas les femmes de ce groupe n'avaient jamais utilisé une méthode contraceptive contre seulement 26,9 % pour le contraire. Ce fort taux s'expliquerait par le fait que la pilule est considérée comme la méthode d'essai contraceptif. Son utilisation étant souvent suspendue dès qu'un problème particulier se pose avant même l'avis de l'agent de santé. Elle constitue donc le choix préféré des nouvelles utilisatrices qui certainement ont peur de « l'inconnue ».

- Le DIU

Chez les utilisatrices de DIU de notre série (199 cas) 56,7 % soit 113 femmes (tableau VIII) avaient déjà une expérience contraceptive. Pour confirmer l'hypothèse ci-dessus concernant la pilule, nous avons retrouvé que 73,5 % des femmes qui avaient eu une expérience contraceptive l'avait eu avec la pilule. Nos résultats se rapprochent de ceux de Lopes. et collaborateurs qui dans une étude prospective menée en France avaient trouvés 70 % d'antécédent contraceptif dont 71,4 % avec la pilule [30]. Nos résultats se rapprochent également de ceux de Sandwidi au Burkina Faso qui en 1992 trouvait que 45,7 % des femmes de sa série avaient un antécédent contraceptif [47].

- Les progestatifs injectables

Les femmes de cette catégorie étaient sans contraception antérieure dans 43,6 % des cas. Sur 56,4 % des femmes qui avaient un antécédent contraceptif, 68,4 % avaient utilisé la pilule (tableau VIII). Salem H.T. et collaborateurs en Egypte trouvaient que 66,7 % avaient un antécédent contraceptif dont 90 % avec la pilule [46].

- Le Norplant^R

Plus de la moitié de ces clientes (66 %) avaient utilisé antérieurement une contraception dont pour 54,8 %, la pilule. Le Norplant^R étant une nouvelle méthode, elle suscite la curiosité des clientes.

- Mathlouthi. et collaborateurs en Tunisie dans une étude prospective dénombraient 83,7 % de clientes à antécédent contraceptif dont 3,8 % pour la pilule [32].

- En Egypte, Hassan et collaborateurs en 1988 trouvaient dans une étude également prospective, un antécédent contraceptif chez plus de 90 % des femmes [12].

- Akter. et collaborateurs au Bangladesh dans une étude prospective sur 5 ans ramenaient des chiffres d'antécédent contraceptifs comparables au nôtre : 53,3 % dont 63,4 % concernaient la pilule [1].

6.2 - Raisons de changement ou d'abandon des expériences contraceptives attribuées aux 4 méthodes

- La Pilule

Dans 41,6 % des cas (tableau IX), les effets secondaires ont été évoqués par les utilisatrices de la pilule. Cependant le mode d'administration de la pilule qui influence beaucoup son observance n'a pas été en reste car il a été retrouvé comme raison de

changement chez 19,3 % des utilisatrices. Il faut noter que non seulement l'absorption orale est incriminée mais également l'observance. Tout cet ensemble modifie le taux d'efficacité de la contraception orale qui théoriquement approche 100 % [28].

- Le DIU

Dans plus de 41,7 % des cas (tableau IX), les effets secondaires (hémorragies - douleurs pelviennes) étaient évoqués comme raisons de changement du DIU. Blum. et collaborateurs en 1990 trouvaient 7,87 % d'abandon pour hémorragies excessives [2].

Lopes et collaborateurs sur un an dénombraient 1,17 % d'abandon pour hémorragies et douleurs pelviennes [30].

La différence entre la technique d'étude que nous avons utilisée et celle des auteurs sus cités expliquerait cette grande disparité observée.

De même dans notre série, nous avons noté 3 cas d'abandon pour expulsion du DIU (8,3 %) 6 cas d'abandon pour désir de grossesse (16,7 %) et 1 cas de migration de DIU.

Lopes et collaborateurs trouvaient 15 cas de désir de grossesse (7,5 %) [30].

Blum et collaborateurs ont connu 4 cas d'abandon pour expulsion du DIU (0,92 %) [2].

- Les progestatifs injectables

Les clientes avaient abandonné cette méthode pour les effets secondaires (troubles du cycle) dans 60,5 % des cas. Ensuite venait la rupture de stock des progestatifs injectables (15,8 %).

Salem H.T. et collaborateurs en 1988 trouvaient 22,1 % d'abandon pour les troubles du cycle [46]. Cependant dans leur série des informations précises avaient été données à toutes les patientes sur les effets secondaires. Ceci peut expliquer la différence observée.

La rupture de stock ne semble pas constituer une raison d'abandon importante dans les autres pays. Les études n'en font pas cas [46].

- Le Norplant ^R

Dans notre série seulement 3 femmes (0,42 %) avaient utilisé cette méthode dans les antécédents. Cette petite taille ne permet pas un commentaire bien fondé. Néanmoins des études menées nous donnent les résultats suivants :

- Akter et collaborateurs au Bangladesh trouvaient 48,3 % d'abandon pour les troubles du cycle [1].

- Hamzaoui et collaborateurs en Tunisie trouvaient également 45,3 % d'abandon pour les effets secondaires dont 36,5 % étaient des troubles du cycle [13].

- Lankoandé et collaborateurs au Burkina Faso en 1992 trouvaient 3,5 % d'abandon pour des raisons autres que les troubles du cycle [27]. Ce constat pourrait s'expliquer par 2 faits : d'une part la durée d'exposition d'une année qui reste limitée et d'autre part, l'intensité des campagnes d'information et de sensibilisation des clientes sur les effets secondaires.

6.3 - Raisons de choix des méthodes contraceptives

D'une manière générale, ces raisons n'ont pas trop varié d'une méthode à l'autre bien qu'étant retrouvées à des proportions légèrement différentes (tableau X).

Il s'agissait de :

- conseil de l'agent de santé dans 27,3 % chez les clientes de C.O., 42,2 % chez les clientes de DIU, 35,1 % pour celles des contraceptifs injectables et 21,3 % pour celles du Norplant ^R. En effet les DIU et les contraceptifs injectables sont les méthodes les plus conseillées par les agents de santé car les intéressées sont souvent de grandes multipares à qui il faut une méthode plus adaptée sûre et facile à manipuler.

- convenance personnelle. Elle est la raison qui permet de camoufler les ignorances pour ce qui est de la question.

- avantages de la méthode contraceptive. Ils ont été évoqués par 27,3 % des utilisatrices de pilule, 32,7 % de celles du DIU, 38,6 % de celles des progestatifs

injectables et 58,5 % des utilisatrices du Norplant^R. Seule les utilisatrices de Norplant^R sont mieux informées sur leur méthode choisie (tableau X)

Les campagnes d'information et de sensibilisation de la population sur le Norplant^R ainsi que la formation spécifique donnée aux prestataires sur le norplant^R (counseling-insertion-retrait) [27] expliqueraient cette observation.

- En Egypte Hassan E.O. et collaborateurs déterminaient que 55 % des raisons de choix étaient fondées sur les avantages du Norplant^R [12]

- Dans la série prospective de Mathlouthi. et collaborateurs en Tunisie, 72,5 % des raisons de choix concernaient l'utilisation non contraignante du Norplant [32].

En ce qui concerne le DIU, Sandwidi en 1992 trouvait dans sa serie 52,5 % de femmes qui avaient choisi cette méthode pour son utilisation moins contraignante [47].

7 - Tolérance et acceptabilité des méthodes contraceptives

Selon la définition du dictionnaire Robert la tolérance dépend surtout des produits contraceptifs. L'acceptabilité dépend de la capacité morale d'une cliente à supporter les effets secondaires et autres contraintes d'une méthode contraceptive renforcée par les compétences en counseling du prestataire. Ainsi, nous avons observé une disparité entre tolérance et acceptabilité d'une même méthode.

- La pilule

Chez les utilisatrices de cette méthode, les effets secondaires (tableau XIII) étaient rencontrés à des proportions inférieures à 30 %. De plus les perturbations rencontrées étaient sans gravité, ce d'autant plus qu'on connaît aux contraceptifs oraux surtout oestroprogestatifs des effets cardio-vasculaires, généraux (tels que HTA - céphalées...) pouvant menacer le pronostic vital. Aux vues de ces résultats, la tolérance clinique des C.O. est bonne : seulement 24,4 % des femmes ont présenté des perturbations menstruelles. Quant à l'acceptabilité, elle est mauvaise : les CO sont favorablement appréciés par seulement 44 % des clientes (tableau XXI).

- Le DIU

Les utilisatrices de DIU avaient connu des effets secondaires non graves car il n'y a pas eu de pathologies pouvant compromettre la santé. En effet, les manifestations gynécologiques constituaient 35,7 % dont la majorité était faite de douleurs pelviennes, d'infection cervicale légère (tableau XI).

Les troubles du cycle constituaient les effets secondaires les plus rencontrés (44,2 %) (tableau XVI) mais n'avaient eu aucune incidence majeure sur l'état de santé des clientes. Les autres effets secondaires généraux 16,1 % dont 56,3 % de prise de poids étaient également sans importance car certaines femmes souhaitaient surtout la prise de poids. Cette prise de poids observée chez ces utilisatrices s'expliquerait par l'effet bénéfique moral de la contraception. Il n'y a plus de gymnastique psychologique pour éviter une grossesse non désirée.

Dombrowicz en Belgique en 1976 trouvait 18,1 % de troubles du cycle avec 72,7 % de spotting et les signes locaux (crampes et douleurs abdomino pelviennes) comptaient pour 3,9 % des cas [9].

Malgré ces multiples effets secondaires, la tolérance clinique reste bonne (44,2 %). De même l'acceptabilité est bonne : 61,4 % des clientes ont favorablement apprécié le DIU. Nos chiffres sont légèrement différents de ceux de Sandwidi au Burkina Faso qui en 1992 trouvait une bonne acceptabilité avec 88,2 % de clientes satisfaites du DIU [47]

- Les progestatifs injectables

Pour cette méthode, les manifestations gynécologiques et locales représentaient 11,9 %, les troubles cardio vasculaires 7,9 % (tableau XVI). Ces effets secondaires étaient faiblement observés : ce qui constitue un facteur encourageant car la classe utilisant cette méthode est d'âge prédisposé aux pathologies sus citées. Quant aux troubles du cycle (83,2 %) (tableau XVI) faits à majorité d'aménorrhée (41,7 %), (tableau XIII) ils sont sans incidence grave car des ménorragies observées à cette

proportion auraient beaucoup inquiété. Il est connu qu'en Afrique, beaucoup de femmes en bonne santé ont un statut hématologique (hémoglobine) déficitaire.

Les autres effets secondaires généraux (20,8 %) marqués par la prise du poids (59,5 %) et les céphalées (12,0 %) seraient liés aux progestatifs. Salem et collaborateurs trouvaient 72,9 % de troubles du cycles en un an dont 55,1 % d'aménorrhée, 20,4 % d'autres effets secondaires généraux [46]. Ses résultats sont comparables aux nôtres.

La tolérance clinique de cette méthode est mauvaise : 83,2 % de femmes ont présenté un état morbide. Cependant pour 59,4 % de cas les progestatifs injectables étaient positivement appréciés par les clientes : l'acceptabilité est bonne.

- Le Norplant

Les utilisatrices du Norplant avaient connu une gamme variée d'effets secondaires et à des proportions assez élevées. En effet, les troubles du cycle (77,7 %) (tableau XVI) étaient constitués pour la plus part d'irrégularité du cycle (46,7%) et de ménorragie (25,7 %) (tableau XIII). Les aménorrhées constituaient 15,2 % de ces troubles du cycle. Les perturbations du cycle menstruel rencontrés ici sont les mêmes décrits dans la littérature.

De même, les autres effets secondaires généraux rencontrés (40,8 %) correspondent également à ceux décrits dans la littérature. Quant au troubles cardiovasculaires, bien que non graves (HTA, palpitations, précordialgies et hypotension) ils ont été observés avec une proportion de 12,8 %. Ce taux un peu élevé serait le fait de l'âge des clientes qui sont pour la plus part âgées de 35 ans et plus (56,4 %).

Nos résultats sont un peu différents de ceux de Lankoande et collaborateurs [27], au Burkina Faso qui dans l'étude de préintroduction du Norplant^R en 1992 trouvaient 32 % de troubles du cycle chez des clientes utilisant le Norplant^R depuis 3 mois dont 46,9 % d'aménorrhée et 18,7 % de ménorragies. Kasule et collaborateurs [25] au Zimbabwe trouvaient 53 % de troubles du cycle chez des utilisatrices de Norplant^R dont 56,6 % d'aménorrhée et 24,5 % de ménorragie pour une durée d'utilisation de 3 mois également [25]. La prédominance de l'aménorrhée observée

chez ces auteurs serait liée à la durée d'utilisation du Norplant^R. Peut-être observera-t-on une inversion des signes après un an d'utilisation ?

Par contre, nos résultats trouvés se rapprochent de ceux de Hamzaoui R. et collaborateurs en Tunisie qui dans une étude prospective sur 5 ans trouvaient 66,4 % de troubles du cycle chez leurs clientes du Norplant^R dont la majorité était faite de ménorragies 69,8 % puis l'aménorrhée 28,9 % [13]. A travers notre étude et celles des auteurs, la tolérance clinique du Norplant s'avère mauvaise, mais l'acceptabilité est bonne car 68,3 % des clientes l'ont favorablement apprécié dans notre série. Akter et collaborateurs au Bangladesh trouvaient en 1992 97,5 % de femmes satisfaites du Norplant [1].

Singh et collaborateurs à SINGAPOUR trouvaient en 1992 71,2 % de clientes satisfaites du Norplant [48].

VII - CONCLUSION

Au terme de notre étude, nous relevons que les caractéristiques socio-démographiques des clientes de planification familiale de la ville de Ouagadougou varient d'une méthode contraceptive à l'autre.

La tolérance est variable pour chaque méthode contraceptive avec des proportions de femmes présentant des perturbations menstruelles allant de 24,4 % pour les C.O, 44,2 % pour les DIU, 77,7 % pour le Norplant à 83,2 % pour les CIP.

Les effets secondaires rencontrés par nos clientes en planification familiale sont les mêmes que ceux décrits dans la littérature. Ces effets secondaires sont pour la majorité des perturbations du cycle menstruel qui sont liées surtout aux hormones progestatives. Le Norplant et les contraceptifs injectables exposent plus de 50 % des utilisatrices à ces manifestations. La fréquence élevée de ces perturbations du cycle explique qu'elles soient souvent à l'origine d'abandon de méthodes contraceptives.

L'acceptabilité de ces méthodes bien que satisfaisante n'est pas suffisante pour espérer une hausse significative de la prévalence contraceptive. Néanmoins, elle témoigne de l'intérêt que ces femmes accordent à la contraception car ses avantages l'emportent sur ses inconvénients.

Une bonne prestation en counseling et surtout l'implication des hommes (époux et responsables coutumiers) dans les programmes d'IEC en matière de planification familiale nous paraissent plus indiquées pour augmenter la couverture contraceptive.

VIII - SUGGESTIONS

Au personnel de santé

- 1 - Réaliser une étude comparative de la prise en charge des effets secondaires menstruels par le fer, l'hormonothérapie et les veinotoniques afin de standardiser la conduite à tenir face à ces effets secondaires dans les centres de planification familiale.
- 2 - Assurer une prise en charge adéquate des effets secondaires (quels qu'ils soient) chez les femmes utilisatrices.
- 3 - Assurer un approvisionnement constant et suffisant en matériels et méthodes contraceptifs dans les structures sanitaires responsables des services de planification familiale afin de supprimer les abandons de contraceptions liés aux ruptures de stock.

Aux Directions régionales de la santé.

- 1 - Assurer la formation continue en counseling des agents de santé prestataires des services de planification afin d'améliorer la fréquentation des centres par les femmes.
- 2 - Organiser des séances de supervision sur le counseling du personnel des services de planification familiale au moins une fois par an afin d'améliorer leur prestation en planification familiale.

Aux autorités coutumières et religieuses

Nous suggérons :

- 1 - Leur implication dans la sensibilisation de la communauté sur l'importance et la nécessité de la planification familiale dans l'amélioration des conditions de vie.
- 2 - Adresser davantage les campagnes d'IEC sur la planification familiale à l'endroit des hommes (époux surtout) afin de les amener à accepter et à contribuer à la sensibilisation des femmes sur la pratique de la contraception.

Aux chercheurs et firmes pharmaceutiques.

Méner des recherches afin de proposer aux utilisatrices des contraceptifs ayant très peu d'effets secondaires.

**IX - REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES**

- 1 - Akther H., Dunson T.R., Amatya RN., Begum K., Chowdhury T., Dighe N., Krueger SL, Rahman S.
A five year clinical evaluation of Norplant^R contraceptive subdermal implants in Bangladesh acceptors. *Contraception* : (Stoneham) 1993;47:569-82.
- 2 - Blum M, Kaplan B.
Le dispositif intra-utérin, la meilleure méthode d'espacement des grossesses pour les mères allaitant leurs enfants.
Rev. Fr. de Gynécol. obstét., 1992;87(11):523-25.
- 3 - Les centres pour le contrôle des maladies transmissibles.
Contraceptifs hormonaux, vue d'ensemble. In : *Planification Familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique.*
Atlanta : 1985:133-35.
- 4 - Les centres pour le contrôle des maladies transmissibles.
Contraceptifs oraux combinés « la pilule ». In : *Planification Familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique.*
Atlanta : 1985:137-62
- 5 - Les centres pour le contrôle des maladies transmissibles.
Dispositifs intra-utérins « stérilets ». In : *Planification Familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique.*
Atlanta: 1985:175-202.
- 6 - Les centres pour le contrôle des maladies transmissibles.
Contraceptifs injectables et autres contraceptifs progestatifs. In : *Planification Familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique.*
Atlanta: 1985:163-74.

- 7 - Les centres pour le contrôle des maladies transmissibles.
Planification familiale et ses bienfaits. In : Planification Familiale : méthodes et pratiques pour l'Afrique.
Atlanta : 1985:3-20

- 8 - Direction de la Santé de la Famille.
Planification Familiale. In : politiques et standards des services SMI/PF au Burkina Faso.
Ouagadougou : Impro, 1992:6-9.

- 9 - Dombrowicz N.
Dispositif intra-utérin T 200 au cuivre.
Etude clinique de 486 Observations.
J. Gyn. Obs. et biol. repro. 1976;5(7):967-71.

- 10 - Edmands EM, Murphy C, Angle M, Burton N, Hurwit P.
glossaire des termes de Planification Familiale. (Glossary of Family planning terms).
USA; chapel Hill, NC, INTRAH, 1987:148pages.

- 11 - Gilberte AV, Nhung A.
La contraception hormonale. In : Planification Familiale manuel technique pour professionnel de santé.
Downstate Medical center. New York : 1986:43-9.

- 12 - Hassan EO, Kafafi L, El Hussein M, Hardee-Cleaveland K and Potter L.
The acceptability of Norplant in Egypt.
Advances in contraception. 1992;8:331-48.

- 13 - Hamzaoui R, Derbel S, Gorgoh K, M'hamdi A, Mansour H, Boulehia N et Gueddana N.
La contraception par les implants sous-cutanés de levonorgestrel : une étude tunisienne.
Presse Med. 1996;25:1063-65.
- 14 Haub C., Cornelius D.,
Population mondiale 1997. Données et estimations démographiques des pays et régions du monde.
Population Reference Bureau (PRB) Washington : supplément au management de la planification familiale vol VI (2)1997.
- 15 - I.P.P.F.
Déclaration de l'IMAP sur le conseil en contraception. Bulletin médical de l'I.P.P.F. London : 1994;27(3):2-3.
- 16 - I.P.P.F.
Déclaration de Maurice sur l'avortement. Bulletin médical de l'I.P.P.F. London: 1994;28(2):3.
- 17 - I.P.P.F.
Déclaration de l'IMAP sur la contraception orale stéroïde. Bulletin médical de l'I.P.P.F. London : 1995;29(4):1-8.
- 18 - I.P.P.F.
Déclaration de l'IMAP sur les contraceptifs injectables. Bulletin médical de l'I.P.P.F. London : 1996;30(2):1-6.

- 19 - I.P.P.F.
Dépo-provera agréé comme contraceptif par la FDA américaine. Bulletin médical de l'I.P.P.F. London : 1992;26(6):1-6.
- 20 - I.P.P.F.
Effets des conseils sur l'utilisation et la continuation de la contraception. Bulletin médical de l'I.P.P.F. London : 1993;27(6):3-4.
- 21 - Institut National de la statistique et de la démographie. Enquête démographique 1991. Ouagadougou : I.N.S.D., 1992;558.
- 22 - Institut National de la statistique et de la démographie. Démographic and health surveys, macro international INC. Burkina Faso. Enquête démographique 1993. Ouagadougou : I.N.S.D., 1994;296.
- 23 - Institut National de la statistique et de la démographie. Bureau Central de Recensement (BCR). Recensement général de la population et de l'habitation du Burkina Faso- (du 10 au 20 Décembre 1996).
Données provisoires - Ouagadougou : INSD, 1996:12 pages.
- 24 - Jaycox EVK.
La conférence ministérielle (Phase II). In : conférence régionale sur la maternité sans risque pour l'Afrique Francophone au sud du Sahara : Rapport final. Niamey ; 1989:13.
- 25 - Kasule J, Chipato T, Zinanga A, Mbizvo M et Maigurira J.
Norplant in Zimbabwe : Preliminary report. Central African Journal of Medecine. 1992;38(8):321-24

- 26 - Kleinman RL, MB, Ch B, D.(Obst.) R.C.O.G.
Etude historique
In : contraception hormonale. London : I.P.P.F : 1974:10-4.
- 27 - Lankoandé J, Kaboré I, Millogo B, Koné B.
Résultats de la recherche sur la réintroduction du Norplant au Burkina Faso.
Ouagadougou ministère de la santé/population Council: 1992:13pages
- 28 - Lansac J., Lecompte P.
Contraception orale. In : Gynécologie pour le praticien. 3è édition. Paris :
SIMEP, 1988:377-90.
- 29 - Lansac J., Lecompte P.
Contraception locale et méthodes naturelles (stérilets). In : Gynécologie pour le
praticien. 3è édition. Paris : SIMEP, 1988:391-400.
- 30 - Lopes P, Esnault A et Lerat MF.
La contraception par dispositif intra-utérin posé un mois après l'accouchement.
J. Gyn. Obst. biol. Repr. 1984;13(6):701-6.
- 31 - Maine D, Namara MR.
Espacement des naissances et la survie des enfants. Centre pour la population et
la santé familiale. New York, université de columbia : 1985:36pages.
- 30 - Mathlouthi M, Boukris MM.
Efficacité et tolérance de la contraception par implants sous cutanés : étude de
80 cas.
Maghreb Médical : 1993;274:23-6.

- 33 - Ministère de l'Economie, des Finances et du Plan : Ministère chargé du Plan.
Etude dans le secteur de la population phase I. Annexe 7 rapport sectoriel de
planification familiale. Ouagadougou : CO.NA.PO., 1995:57pages.
- 34 - Ministère de la Santé.
Activités obstétricales. Statistiques sanitaires 1995. Ouagadougou : D.E.P.,
1996:46-59.
- 35 - Ministère de la Santé.
Planification Familiale. Statistiques sanitaires 1995. Ouagadougou : D.E.P.,
1996:66-69.
- 36 - Ministère du Plan et de la coopération.
Politique de population du Burkina Faso.
Ouagadougou : CO.NA.PO., 1991:43pages.
- 37 - Moore LL, Valuck R, Dougall MC, Finks W.
A comparative study of one Year weight gain among users of medroxy
progesterone acetate, levonorgestrel implants and oral contraceptives -
contraception (Stoneham).
1995;52:215-19.
- 38 - OMS.
Rapport sur la santé dans le monde 1995
Réduire les écarts.
Genève : OMS, 1995:118pages.

- 39 - OMS.
Rapport sur la santé dans le monde 1996.
Combattre la maladie, promouvoir le développement.
Genève : OMS, 1996-:137 pages.
- 40 - OMS
Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales. Progrès vers la santé pour tous.
troisième rapport de suivi.
Genève : OMS, 1995:48(3/4):309pages
- 41 - OMS.
Généralités et considérations relatives aux programmes. In : contraceptifs injectables : leur rôle en planification familiale.
Genève : OMS, 1990:1-22.
- 42 - Population council.
Norplant^R implants sous-cutanés au levonorgestrel. Manuel à l'intention des cliniciens.
New York : 1992:39pages.
- 43 - Population council.
Norplant^R implants sous-cutanés au levo norgestrel. Guide pour faciliter les conseils.
New York : 1983:23pages
- 44 - Population council.
Norplant^R implants de levonorgestrel.
Résumé des données scientifiques.

New York : 1992:30pages

- 45 - Population reports.
Nouveau regard sur le DIU.
1988 ; Serie B (5):25.
- 46 - Salem HT, Salah M, Aly MY, Thabet AI, Shaaban MM, Fashalla MF.
Acceptability of injectable contraceptive in Assiut (EGYPT).
Contraception : (stoneham).
1988;38(6):697-710.
- 47 - Sandwidi G épouse Onadja
Evaluation de la contraception intra-utérine dans 5 centres de Planification
familiale de la ville de Ouagadougou - Etude retrospective sur 5 années 1987 -
1991.
Thèse de médecine. Ouagadougou : F.S.S., 1992;209:60 pages.
- 48 - Singh K, Viegas OAC, Fong YF, Ratnam SS.
Acceptability of Norplant^R implants for fertility regulation in singapor.
Contraception : (stoneham). 1992:45(1);39-47.

X - ANNEXES

Annexe 1

Tableaux détaillés par méthode contraceptive des :

- antécédents contraceptifs ;
- raisons de changement et du choix des méthodes contraceptives.
- ainsi que les effets secondaires

Tableau I : Répartition des utilisatrices de C.O selon les antécédents contraceptifs (n = 55).

Antécédents contraceptifs	Nombre	Pourcentage
Contraceptif inj	19	34,5
Dispositif intra-utérin (DIU)	13	23,6
Contraceptifs oraux (C.O)	11	20
Cont. Inj. et DIU	4	7,3
Norplant R	2	3,7
Condoms	1	1,8
Autres (méthodes naturelles, spermicides)	5	9,1
Total	55	100

Légende : cont. inj = Contraceptif injectable

Tableau II : Répartition des utilisatrices de DIU selon les antécédents contraceptifs (n = 113).

Antécédents contraceptifs	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux (C.O)	83	73,5
Contraceptifs injectables	13	11,5
Cont. Inj. et C.O	9	7,9
Dispositif intra-utérin (DIU)	4	3,5
Cont Inj. et Norplant ^R	2	1,8
Condoms	1	0,9
Spermicide	1	0,9
Total	113	100

Légende : cont. inj = Contraceptif injectable

Tableau III : Répartition des utilisatrices de contraceptifs injectables selon les antécédents contraceptifs (n = 114).

Antécédents contraceptifs	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux (C.O)	78	68,4
Dispositif intra-utérin	18	15,7
Dispositif intra-utérin et C.O	14	12,3
Norplant ^R	1	0,9
C.O et Norplant ^R	1	0,9
Condoms	1	0,9
Méthode naturelle	1	0,9
Total	114	100,0

Tableau IV : Répartition des utilisatrices de Norplant^R selon les antécédents contraceptifs (n = 62).

Antécédents contraceptifs	Nombre	Pourcentage
Contraceptifs oraux (C.O)	34	54,8
C.O et contraceptif injectable	9	14,5
Contraceptifs injectables	8	12,9
C.O et dispositif intra-utérin	5	8,1
Dispositif intra-utérin (DIU)	4	6,5
C.O et contraceptif injectable et dispositif intra-utérin	1	1,6
Spermicide	1	1,6
Total	62	100

Tableau V : Répartition des les utilisatrices qui ont eu pour antécédent contraceptif les C.O selon les raisons de changement (n = 197).

Raisons de changement	Nombre	Pourcentage
Effets secondaires	82	41,6
Mode d'administration	38	19,3
Raison médicale	32	16,3
Convenance personnelle	9	4,6
Effets secondaires et mode d'administration	6	3,0
Effets secondaires et rupture de stock	3	1,5
Rupture de stock	5	2,5
Effets secondaires et raison médicale	1	0,5
Autres	21	10,7
Total	197	100,0

Tableau VI : Répartition des femmes qui ont eu le DIU comme antécédent contraceptif selon les raisons de changement (n = 36).

Raisons de changement	Nombre	Pourcentage
Effets secondaires	15	41,7
Raison médicale	7	19,4
Désir de grossesse	6	16,6
Convenance personnelle	2	5,5
Rupture de stock	1	2,8
Effets secondaires et mode d'administration	1	2,8
Autres	4	11,2
Total	36	100

Tableau VII : Répartition des utilisatrices qui ont eu pour antécédent contraceptif les CIP selon les raisons de changements (n = 38)

Raisons de changement	Nombre	Pourcentage
Effets secondaires	23	60,5
Rupture de stock	6	15,8
Raison médicale	4	10,5
Convenance personnelle	2	5,3
Autres	3	7,9
Total	38	100

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices de C.O selon les raisons de choix
(n= 205).

Raisons de choix	Nombre	Pourcentage
Convenance personnelle	83	40,5
Conseil d'agent de santé	56	27,3
Innocuité de la méthode	18	8,8
Protection et efficacité maximales	11	5,4
Méconnaissance des autres méthodes	11	5,4
Méthode à effet prolongé	1	0,5
Utilisation facile	9	4,4
Mode d'administration non contraignante	3	1,5
Raisons associées	3	1,5
Autres	10	4,9
Total	205	100

Tableau IX : Répartition des utilisatrices de DIU selon les raisons de choix
(n = 199).

Raisons de choix	Nombre	Pourcentage
Conseil d'agent de santé	84	42,2
Convenance personnelle	47	23,6
Innocuité de la méthode	15	7,5
Protection et efficacité maximales	14	7
Utilisation facile	14	7
Mode d'administration non contraignante	8	4
Effet prolongé	5	2,5
Raisons associées	3	1,7
Méconnaissance des autres méthodes	3	1,5
Autres	6	3
Total	199	100

Tableau X : Répartition des utilisatrices de contraceptifs injectables selon les raisons de choix (n = 202).

Raisons de choix	Nombre	Pourcentage
Conseil d'agent de santé	71	35,1
Convenance personnelle	48	23,8
Mode d'administration non contraignante	22	10,9
Protection et efficacité maximales	16	7,9
Innocuité de la méthode	16	7,9
Utilisation facile	12	5,9
Méconnaissance des autres méthodes	5	2,5
Méthode à effet prolongé	2	1
Raisons associées	2	1
Autres	8	4,0
Total	202	100

Tableau XI : Répartition des utilisatrices du Norplant selon les raisons de choix (n = 94).

Raisons de choix	Nombre	Pourcentage
Méthode à effet prolongé	25	26,6
Conseil d'agent de santé	20	21,3
Convenance personnelle	18	19,1
Protection et efficacité maximales	10	10,6
Raisons associées	5	5,2
Mode d'administration non contraignante	4	4,3
Utilisation facile	4	4,3
Innocuité de la méthode	3	3,2
Méconnaissance des autres méthodes	1	1,1
Autres	4	4,3
Total	94	100

Tableau XII : Répartition des femmes ayant présenté des manifestations gynécologiques et locales selon les méthodes contraceptives utilisées.

Méthodes contraceptives utilisées	Nombre de cas	Pourcentage
DIU (n = 199)	71	35,7
Pilule (n = 205)	32	15,6
C.I.P (n = 202)	24	11,9
Norplant ^R (n = 94)	24	25,6
Total (n = 700)	151	21,6

Tableau XIII : Repartition des utilisatrices de CO selon les manifestations gynécologiques (n = 92)

Manifestations gynécologiques	Nombre	Pourcentage
Douleur pelvienne	16	50
Leucorrhées	6	18,8
Hémorragies	5	15,6
Cervicite	3	9,4
Prurit vulvaire	2	6,2
Total	92	100

Tableau XIV : Répartition des utilisatrices de DIU selon les manifestations gynécologiques et locales (n= 95).

Manifestations gynécologiques et locales	Nombre	Pourcentage
Douleur pelvienne	41	43,2
Leucorrhées	26	27,3
Cervicite	16	16,8
Expulsion	4	4,2
Prurit vulvaire	4	4,2
Hémorragies	3	3,2
Migration du DIU	1	1,1
Total	95	100

Tableau XV : Répartition des utilisatrices de progestatifs injectables selon les manifestations gynécologiques et locales (n = 27).

Manifestations gynécologiques	Nombre	Pourcentage
Douleur pelvienne	15	55,6
Hémorragie	2	7,4
Leucorrhées	5	18,5
Cervicite	3	11,1
Prurit vulvaire	2	7,4
Total	27	100

Tableau XVI : répartition des utilisatrices de Norplant selon les manifestations gynécologiques et locales (n = 28).

Manifestations gynécologiques et locales	Nombre	Pourcentage
Douleur pelvienne	12	42,8
Leucorrhée	5	17,8
Prurit au point d'insertion	1	3,6
Hémorragie	1	3,6
Cervicite	7	25
Prurit vulvaire	2	7,2
Total	28	100

Tableau XVII : Répartition des utilisatrices de C.O selon les troubles du cycle menstruel (n = 56).

Troubles du cycle menstruel	Nombre	Pourcentage
Irrégularité	24	42,8
Hypoménorrhée	14	25
Dysménorrhée	8	14,3
Ménorragie	6	10,7
Aménorrhée	2	3,6
Spotting	2	3,6
Total	56	100

Tableau XVIII : Repartition des utilisatrices de D.I.U selon les troubles du cycle menstruel (n = 110)

Troubles du cycle menstruel	Nombre	Pourcentage
Irrégularité	46	41,8
Ménorragie	32	29,1
Dysménorrhée	15	13,6
Aménorrhée	9	8,2
Hypoménorrhée	6	5,5
Spotting	2	1,8
Total	110	100

TableauXIX : Répartition des utilisatrices de progestatifs injectables selon les troubles du cycle menstruel (n = 206).

Troubles du cycle menstruel	Nombre	Pourcentage
Aménorrhée	86	41,7
Irrégularité	76	36,9
Ménorragie	24	11,7
Hypoménorrhée	8	3,9
Dysménorrhée	6	2,9
Spottings	6	2,9
Total	206	100

Tableau XX : Répartition des utilisatrices de Norplant selon les troubles du cycle menstruel (n = 105).

Troubles du cycle menstruel	Nombre	Pourcentage
Irrégularité	49	46,7
Ménorragie	27	25,7
Aménorrhée	16	15,2
Spottings	5	4,8
Dysménorrhée	4	3,8
Hypoménorrhée	4	3,8
Total	105	100

Annexe 2

**PROFIL EPIDEMIOLOGIQUE,
TOLERANCE ET ACCEPTABILITE EN
PLANIFICATION FAMILIALE A
OUAGADOUGOU
(À PROPOS DE 4 MÉTHODES
CONTRACEPTIVES)**

Fiche d'enquête en SMI/PF**I. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES**

1 - Age (en année)	[]
2 - Gestité	[]
3 - Parité	[]
4 - Enfants vivants	[]
5 - Enfants désirés	[]

6 - Situation Matrimoniale	[]
1. Célibataire 4. Divorcée 2. Polygame 5. Veuve 3. Monogame 7. Autres	
7 - Profession	[]
1. Ménagère 4. Etudiante 2. Commerçante 5. Elève 3. Fonctionnaire 6. Autres	
8 - Ethnie	[]
1. Mossi 5. Bobo 2. Peulh 6. Dioula 3. Bissa 7. Autres 4. Gourounsi	
9 - Instruction	[]
1. Non instruite 3. Secondaire 2. Primaire 4. Supérieur	
10 - Religion	[]
1. Musulmane 3. Protestante 2. Catholique 7. Autres	

II. CARACTERISTIQUES DU CYCLE MENSTRUEL AVANT LA CONTRACEPTION

1 - Périodicité	[]
1. Cycle régulier 3. Autres 2. Cycle irrégul. 4. NSP-PDR.	
2 - Signes d'accompagnement	[]
1. Dysménorrhée 7. Autres 2. Mastodynie 9. NSP-PDR 3. Aucune	

III. SOURCES D'INFORMATION SUR LA CONTRACEPTION

1 - Médias	[]
1. Télévision 2. Radio 3. Journaux	

2 - Humaine	[]
1. Epoux 3. Agent de santé 2. Ami (es) 4. Autres	

IV. UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

1 - Quelle méthode utilisez-vous ?	[]
1. DIU 7. Autres 2. Norplants 9. NSP-PDR 3. Injectables 4. Pilule	

3 - Avez-vous déjà utilisé d'autres méthodes, si oui lesquelles	[]
1. Non 6. DIU 2. Pilules 8. Physiologique 4. Norplant 7. Autres 5. Condoms	

2 - Raison de choix de la méthode contraceptive	[]
0. Conseil d'un agent de santé 5. Méconnaissance des autres méthodes 1. Méthode d'efficacité sure/Protection maxi 6. Mode d'administration non contraignante 2. Méthode à effet prolongé 7. Convenance personnelle 3. Innocuité de la méthode 8. Autres 4. Utilisation facile 9. NSP - PDR	
4 - Raison de changement de la méthode contraceptive	[]
1. Raison médicale 6. Convenance personnelle 2. Rupture de stock 9. NSP-PDR 3. Effets secondaire 7. Autres 4. Mode d'administration	

5 - Depuis combien de mois l'utilisez-vous ? []

V. EFFETS SECONDAIRES ET COMPLICATIONS

1 - Signes locaux 1. Douleur 4. Expulsion 2. Hémorragie 7. Autres 3. Suppuration 9. NSP-PDR	[]	3 - Troubles cardio-vasculaires 1. Palpitations 7. Autres 2. HTA 9. NSP-PDR 5. Aucuns	[]
2- Troubles du cycle 1. Irrégularité 5. Aucun 2. Aménorrhée 7. Autres 3. Ménorragie 9. NSP-PDR 4. Dysménorrhée	[]	4 - Autres effets secondaires et complications 1. Prise de poids 4. Céphalées 2. Echec/Grossesse 5. Aucuns 3. Perforation 7. Autres 9. NSP-PDR utérine	[]

VI. CONNAISSANCE - APPRECIATION DES AUTRES METHODES

<p>1 - Connaissez-vous le DIU ?</p> <p>1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i></p>	[]	<p>Si Oui quelles reproches lui faites-vous ?</p> <p>1. <i>Coût élevé</i> 5. <i>Durée d'efficacité</i> 2. <i>Effets secondaires</i> <i>longue</i> 3. <i>Périodicité du</i> 6. <i>Autres</i> <i>contrôle courte</i> 7. <i>Aucun</i> 4. <i>Mode</i> 8. <i>NSP-PDR</i> <i>d'administration</i></p>	[]
<p>2 - Connaissez - vous le Norplant ?</p> <p>1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i></p>	[]	<p>Si Oui quelles reproches lui faites-vous ?</p> <p>1. <i>Coût élevé</i> 5. <i>Aucun</i> 2. <i>Effets secondaires</i> 6. <i>Durée</i> <i>d'efficacité</i> 3. <i>Périodicité du</i> <i>longue</i> <i>contrôle courte</i> 7. <i>Autres</i> 4. <i>Mode</i> 9. <i>NSP-PDR</i> <i>d'administration</i></p>	[]
<p>3 - Connaissez - vous les contra-ceptifs injectables ?</p> <p>1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i></p>	[]	<p>Si Oui quelles reproches lui faites-vous ?</p> <p>1. <i>Coût élevé</i> 5. <i>Aucun</i> 2. <i>Effets secondaires</i> 6. <i>Durée</i> <i>d'efficacité</i> 3. <i>Périodicité du</i> <i>longue</i> <i>contrôle courte</i> 7. <i>Autres</i> 4. <i>Mode</i> 9. <i>NSP-PDR</i> <i>d'administration</i></p>	[]
<p>4 - Connaissez - vous les contra-ceptifs oraux ?</p> <p>1. <i>Oui</i> 2. <i>Non</i></p>	[]	<p>Si Oui quelles reproches lui faites-vous ?</p> <p>1. <i>Coût élevé</i> 5. <i>Aucun</i> 2. <i>Effets secondaires</i> 6. <i>Durée</i> <i>d'efficacité</i> 3. <i>Périodicité du</i> <i>courte</i> <i>contrôle courte</i> 7. <i>Autres</i> 4. <i>Mode</i> 9. <i>NSP-PDR</i> <i>d'administration</i></p>	[]

RESUME

De par le monde, diverses stratégies ont été adoptées pour réduire les problèmes liés à la surpopulation. La vulgarisation de la planification familiale répond à cette préoccupation. Le Burkina Faso dans cet ordre d'idée a élaboré en 1984 un programme national de planification familiale.

Dans le souci de contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive, nous avons réalisé une étude sur la tolérance et l'acceptabilité de méthodes contraceptives (CO, DIU, CIP, Norplant^R) dans la ville de Ouagadougou.

Il s'agissait d'une enquête transversale à passage unique dans quatre formations sanitaires de la dite ville dispensant des services de planification familiale. Une période de 3 mois (26 Juin au 27 Septembre 1997) a été consacrée à cet effet pour interroger 700 utilisatrices des méthodes contraceptives concernées.

Nous avons trouvé une tolérance bonne pour ce qui est de la pilule et des DIU avec respectivement un taux de 24,4 % et 44,2 %. Quant aux contraceptifs injectables et le Norplant^R leur tolérance s'avérait mauvaise avec respectivement 83,2 % et 77,7 % d'effets secondaires menstruels.

Par contre l'acceptabilité était bonne pour ce qui est du Norplant^R (68,3 % de satisfaction), du DIU (61,4 % de femmes satisfaites) et des contraceptifs injectables (59,4 % de satisfaction). L'acceptabilité de la pilule était légèrement en deça de nos normes acceptables. Elle est donc mal acceptée (44 % seulement de femmes satisfaites).

L'état de connaissance des méthodes contraceptives était en dessous de notre attente pour des femmes qui fréquentaient des services de planification familiale depuis au moins trois mois : les taux étaient de 84,1 % pour la pilule, 61,4 % pour le DIU 56 % pour les contraceptifs injectables et 34,7 % pour le Norplant^R. Le counseling mené lors des consultations de planification familiales semble être de qualité non entièrement satisfaisante. Si la tolérance clinique, elle ne peut être modifiée parce que dépend de la substance administrée et de la physiologie de chaque cliente, l'acceptabilité par contre peut être accrue grâce à un counseling de bonne qualité lors des consultations de planification familiale.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères

Que les hommes m'accordent leur estime, si je reste fidèle à mes promesses, que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque ».

AUTEUR

IVO Salimata épouse KEITA
S/C KEITA Mamadou
01 BP 4394 Ouagadougou 01
Burkina Faso

TITRE

Profil épidémiologique, tolérance et acceptabilité en Planification Familiale à Ouagadougou. (à propos de 4 méthodes contraceptives)

RESUME

De par le monde, diverses stratégies ont été adoptées pour réduire les problèmes liés à la surpopulation. La vulgarisation de la planification familiale répond à cette préoccupation. Le Burkina Faso dans cet ordre d'idée a élaboré en 1984 un programme national de planification familiale.

Dans le soucis de contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive, nous avons réalisé une étude sur la tolérance et l'acceptabilité de méthodes contraceptives (CO, DIU, CIP, Norplant^R) dans la ville de Ouagadougou.

Il s'agissait d'une enquête transversale à passage unique dans quatre formations sanitaires de la dite ville dispensant des services de planification familiale. Une période de 3 mois (26 Juin au 27 Septembre 1997) a été consacrée à cet effet pour interroger 700 utilisatrices des méthodes contraceptives concernées.

Nous avons trouvé une tolérance bonne pour ce qui est de la pilule et des DIU avec respectivement un taux de 24,4 % et 44,2 %. Quant aux contraceptifs injectables et le Norplant^R leur tolérance s'avérait mauvaise avec respectivement 83,2 % et 77,7 % d'effets secondaires menstruels.

Par contre l'acceptabilité était bonne pour ce qui est du Norplant^R (68,3 % de satisfaction), du DIU (61,4 % de femmes satisfaites) et des contraceptifs injectables (59,4 % de satisfaction). L'acceptabilité de la pilule était légèrement en deca de nos normes acceptables. Elle est donc mal acceptée (44 % seulement de femmes satisfaites).

L'état de connaissance des méthodes contraceptives était en dessous de notre attente pour des femmes qui fréquentaient des services de planification familiale depuis au moins trois mois. Les taux étaient de 84,1 % pour la pilule, 61,4 % pour le DIU, 56 % pour les contraceptifs injectables et 34,7 % pour le Norplant^R. Le counseling mené lors des consultations de planification familiale semble être de qualité non entièrement satisfaisante. Si la tolérance clinique ne peut être modifiée parce que dépendant de la substance administrée et de la physiologie de chaque cliente, l'acceptabilité par contre peut être accrue grâce à un counseling de bonne qualité lors des consultations de planification familiale.

Mots clés : Acceptabilité - tolérance - CO - DIU - CIP - Norplant - Ville de
Ouagadougou (Burkina Faso)