

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS  
SECONDAIRE ET SUPERIEUR**

**BURKINA FASO**  
-----  
**Unité-Progrès-Justice**

**UNIVERSITÉ DE OUAGADOUGOU**  
-----  
**UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE  
EN SCIENCES DE LA SANTÉ (UFR / SDS)**  
-----  
**SECTION MEDECINE**



Année universitaire 2010-2011

Thèse n° 241

**LA CONTRACEPTION DE LONGUE DUREE D'ACTION A L'UNITE DE  
PLANIFICATION FAMILIALE DU SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE  
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE YALGADO OUEDRAOGO :  
ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES ET MOTIFS D'ARRET PRECOCE**

Thèse présentée et soutenue publiquement le 29 Décembre 2011 pour  
l'obtention du grade de **DOCTEUR EN MEDECINE** (Diplôme d'État)

Par

**Harouna SAWADOGO**

né le 10 Août 1982 à Kaya

**Directeur de thèse :**

Pr. Blandine BONANE/THIEBA

**Co-directeur :**

Dr. Ali OUEDRAOGO

**Président du jury:**

Pr. Ag. Michel AKOTIONGA

**Membres du jury**

Dr. Boubakar TOURE

Dr. Ali OUEDRAOGO

Dr. Narcisse NARE



**LISTE DES RESPONSABLES  
ADMINISTRATIFS ET DES ENSEIGNANTS DE  
L'UFR/SDS  
ANNEE UNIVERSITAIRE  
2010-2011**



-----  
**Unité de Formation et de Recherche  
en Sciences de la Santé (UFR/SDS)**  
-----

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS**  
-----

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordinateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordinateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordinateur de la Section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Ag Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Ag Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la Section Pharmacie	Pr Ag. Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Gildas BADO
Chef de Service Administratif, Financier et Comptable	M. Hervé Oïlo TIOYE
Chef de Service Chef de Service Scolarité	M. Lucien YAMEOGO
Chef de Service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du Directeur	Mme Adiarra SOMDA/CONGO
Secrétaire du Directeur Adjoint	Mlle OUANDAOGO Aminata



## ANNEE UNIVERSITAIRE 2010-2011

---

### LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS

---

#### 1. PROFESSEURS TITULAIRES

- |                              |                                      |
|------------------------------|--------------------------------------|
| 1. Robert T. GUIGUEMDE       | Parasitologie                        |
| 2. Robert B. SOUDRE          | Anatomie pathologique                |
| 3. Innocent Pierre GUISSOU   | Pharmacologie et Toxicologie         |
| 4. Blaise K. SONDO           | Santé publique                       |
| 5. Joseph Y. DRABO           | Médecine interne / endocrinologie    |
| 6. Jean LANKOANDE            | Gynécologie-obstétrique              |
| 7. Daniel P. ILBOUDO         | Hépatologie, gastro-entérologie      |
| 8. Adama TRAORE              | Dermatologie-vénérologie             |
| 9. Kampadilemba OUOBA        | Oto-rhino-laryngologie               |
| 10. Mamadou SAWADOGO         | Biochimie                            |
| 11. Arouna OUEDRAOGO         | Psychiatrie                          |
| 12. Patrice ZABSONRE         | Cardiologie                          |
| 13. Jean B. KABORE           | Neurologie                           |
| 14. Ludovic KAM              | Pédiatrie                            |
| 15. Rabiou CISSE             | Radiodiagnostic et Imagerie Médicale |
| 16. Rasmata OUEDRAOGO/TRAORE | Bactériologie-virologie              |
| 17. Si Simon TRAORE          | Chirurgie viscérale                  |
| 18. Diarra YE/OUATTARA       | Pédiatrie                            |
| 19. Adama LENGANI            | Néphrologie                          |



20. Jean-Baptiste NIKIEMA	Pharmacognosie
21. Martial OUEORAOGO	Pneumo-phtisiologie
22. Olga M. GOUMBRI/LOMPO	Anatomie pathologique
23. Boubacar NACRO	Pédiatrie
24. Blandine THIEBA BONANE	Gynécologie-obstétrique
25. Alain BOUGOUMA	Hépatologie gastro-entérologie
26. Antoine P. NIAMBA	Dermatologie-vénérologie
27. Lassana SANGARE	Bactériologie-virologie
28. Nazinigouba OUEDRAOGO	Anesthésie-réanimation

## 2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

1. François Housséni TALL	Pédiatrie
2. Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
3 Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
4. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
5. Michel AKOTIONGA	Gynécologie-obstétrique
6. Daman SANO	Chirurgie viscérale
7. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
8. Athanase MILLOGO	Neurologie
9. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-rhino-laryngologie
10. Laurent T. OUEDRAOGO	Santé publique
11. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
12. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie



13. Issa T. SOME	Chimie analytique
14. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
15. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
16. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
17. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique
18. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
19. Abdel Karim SERME	Hépatogastrologie-entérologie
20. Jean SAKANDE	Biochimie
21. Kapouné KARFO	Psychiatrie
22. Timothée KAMBOU	Urologie
23. André K. SAMADOULOU	Cardiologie
24. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
25. Apollinaire SAWADOGO	Hépatologie. gastro-entérologie
26. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
27. Idrissa SANOU	Bactériologie-virologie
28. Elie KABRE	Biochimie
29. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologique

### 3. MAITRES – ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie- obstétrique
4. Alain Z. ZOUBGA	Pneumo-phtsiolog
5. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie



6. Arsène M. O. DABOUE	Ophtalmologie
7. Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
8. Christophe S. DA	Orthopédie, traumatologie
9. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
10. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
11. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
12. Barnabé ZANGO	Urologie
13. Théodore S. OUEDRAOGO	Médecine du travail
14. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
15. Sheick Oumar COULIBALY	Parasitologie
16. Nicolas MEDA	Santé publique
17. Ahgbatouhabeba ZABSONRE/AHNOUX	Ophtalmologie
18. Roger Arsène SOMBIE	Hépatologie-Gastro-Entérologie
19. Ousséïni DIALLO	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
20. Fla KOUETA	Pédiatrie
21. Dieu-Donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
22. Assita LAMIEN/SANOU	Anatomie pathologique
23. Moussa OUEDRAOGO	Pharmacologie
24. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
25. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
23. Christian NAPON	Neurologie
27. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et cl
28. Gilbert P. BONKOUNGOU	Chirurgie générale





20. Adama SANOU	Chirurgie générale
30. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
31. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
32. Hervé TIENO	Médecine interne
33. Armel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation

#### 4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrien B SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Lassina DAO	Pédiatrie
4. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie
6. Fousséni DAO	Pédiatrie Puériculture
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
8. Yvette Marie GYEBRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUM/OUEDRAOGO	Pneumo-Phtysiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-Réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
14. Oumar GUIRA	Médecine interne
15. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
16. Madina A. NAPON	Radiodiagnostic et Imagerie Médicale
17. Edgar OUANGRE	Chirurgie générale et digestive
18. Issou OUEDRAOGO	Chirurgie Pédiatrique



19. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto-rhino-laryngologie
20. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine légale
21. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et Traumatologie
22. Moustapha SEREME	Oto-rhino-laryngologie
23. Mohamed TALL	Orthopédie - traumatologie
24. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
25. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
26. Estelle Noëla Hoho YOUL	Pharmacologie
27. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie







**DEDICACE-REMERCIEMENTS**

## **Dédicaces**

Je dédie ce travail à :

A **ALLAH**, le clément, le tout miséricordieux et très miséricordieux

Par ta grâce ce travail est aujourd'hui une réalité. Puisse Allah nous éclairer par sa lumière dans la réussite et le droit chemin.

**A mon père : EL HADJI SAWADOGO Moussa**

Ce travail est le résultat d'un chapelet de prières, de bénédictions et d'innombrables sacrifices. Votre rigueur, votre honnêteté, votre tolérance, votre amour du prochain ont fait de vous un homme droit et respecté. Les sacrifices consentis pour notre éducation ont guidé chaque jour de ma vie. Vous nous avez enseigné la droiture, recevez à travers ce travail papa ma reconnaissance et toute mon affection.

**A ma mère : OUEDRAOGO Haoua**

Vous nous avez enseigné le pardon et l'amour du prochain.

Ce travail est le fruit de vos sacrifices et efforts consentis durant toutes ces années. Votre simplicité, votre tolérance, votre sobriété, votre discrétion et votre amour pour la famille ont fait de vous une femme modèle et une mère adorable. Recevez à travers ce travail maman, ma reconnaissance et toute mon affection.

Chers parents pour nous vous êtes des modèles. Puisse Dieu nous aider à conserver les valeurs que vous nous avez inculquées, nous accorder d'être ensemble longtemps afin que vous profitiez des fruits de votre labeur.

**A mes frères : Adama (Damso), Yacouba, Ahamado (Vieux) ; à mes sœurs Hadissa, Aguiratou, Kadidiatou.**

Merci pour votre soutien, vos conseils et prières. Trouvez dans ce travail le résultat de votre perpétuelle assistance. Restons solidaires et unis.

### **A ma tante et mère adoptive (in memorium)**

Vous avez guidé mes premiers pas vers l'école et ce fut dur au départ. Votre amour, votre abnégation et vos nombreux sacrifices ont su guider nos pas sur le chemin de la réussite.

Voir ce travail de votre vivant aurait été une joie pour nous. Mais que ce travail puisse prolonger le souffle de vie d'autres hommes.

### **A tous mes oncles, tantes, cousins, cousines nièces et neveux.**

Ce travail est le résultat de votre soutien inconditionnel.

### **A mes grands parents**

Pour les bénédictions, les valeurs morales que nous avons reçues de vous et pour votre soutien sans cesse renouvelé.

### **Aux médecins DES**

Merci pour votre encadrement et soutien.

### **Au personnel des services où j'ai effectué mes stages**

Merci pour l'encadrement et la collaboration.

**A mes amis : Levinig, Castro, Diablo, Pateo, Zallé, Mouda, Yakouba, Food, Pablo, Abdoulassé, Dieudonné, Tof, Boxi, Zeph, Alfredi, Denise, Rihanatou, Sabine, Zenabou, Lynda, Amsetou, Asmao, Zigani, Rouky, Estelle, Moussa, Christian, Fabrice, Issouf, Ousséni, Mogo, Guibi, Inoussa, Bougma, Stephane, Kéléme, Solo, Hamado, Abdoul, Sidwaya, Juve, Techesco, Omar, Hamado, Awa, Arnaud, Sow, Millogo, Sourabié, Ibra, Mono, Faras, Saïdou, Salam, Agossou, Rigo Sorgho, Yanick, Omar, Bara, Mano-Mano, les Colonels, Ali,**

### **A mes voisins**

**Aux clientes de notre étude et à toutes les femmes qui risquent leur vie en donnant la vie.**

Que ce travail contribue à améliorer les conditions et la qualité de vie dans les foyers.

## **Remerciements**

**Nous exprimons nos sincères remerciements et gratitude à tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation de ce travail Nos remerciements vont à l'endroit de :**

### **Pr. Blandine BONANE/THIEBA**

Notre maître et directeur de thèse

En dépit de vos multiples occupations vous avez su trouver le temps pour nous diriger dans la réalisation de cet ouvrage. Merci pour votre dévouement et votre grand esprit critique sans lesquels cette étude n'aurait pu se faire. Si ce travail à un quelconque mérite, c'est à vous que nous devons. Nous vous remercions très sincèrement.

### **Dr. Ali OUEDRAOGO**

Notre maître et co-directeur de thèse

Vous avez su trouver le temps de nous guider pas à pas dans ce travail malgré vos multiples occupations. Merci pour votre dévouement et votre esprit critique tout au long de ce travail. Nous avons appris beaucoup à vos côtés. Notre profonde gratitude et reconnaissance.

### **Mes enseignants du primaire, du secondaire et de l'UFR/SDS**

Nous vous disons simplement merci pour l'encadrement et le soutien reçus tout au long de notre formation. Veuillez recevoir toute notre profonde gratitude.

### **Personnel de l'unité de la PF du CHU-YO (Yaaba, Mme Bambara)**

Vous nous avez largement ouvert vos portes et mieux intégré dans l'unité. Nous vous remercions pour votre disponibilité et votre soutien pour la réalisation de ce travail.

### **Au personnel de la direction de la santé et de la famille**

**A tous mes promotionnaires et frère de l'UFR/SDS. La médecine est une, restons unis et solidaire.**

**Mr. SAWADOGO Arsène : Administrateur des Services Financiers**



**A NOS MAÎTRES ET JUGES**



## **A notre Maître et Directeur**

Le Pr Blandine THIEBA/BONANE

Professeur titulaire en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou ;

Médecin gynécologue au service de Gynécologie-Obstétrique au CHU/YO ;

Responsable de la salle d'accouchement ;

Directrice exécutive de la SOGOB ;

Chevalier de l'ordre national.

Cher Maître,

C'est un honneur pour nous que vous ayez accepté nous confier ce travail.

Nous avons pu bénéficier de vos enseignements théoriques fort enrichissant en quatrième année de médecine et de votre encadrement lors de notre stage à la maternité du CHU/YO. Gynécologue de renommée, travailleuse acharnée vous êtes l'exemple de l'efficacité dans la discrétion, vous alliez de grandes qualités humaines de simplicité, de chaleur et de respect d'autrui. Veuillez au-delà de nos insuffisances, considérer ce modeste travail comme un hommage à votre science et à votre qualité humaine. Au-delà de nos louanges cher maître, nous désirons vous prendre comme modèle. Permettez-nous de vous exprimer notre profonde gratitude. Que Allah, le très miséricordieux et tout miséricordieux vous comble de ses bienfaits et vous rassasie de longs jours.

## **A notre Maître et Président du jury**

Le Pr Ag. Michel AKOTIONGA

Vous êtes maître de conférence agrégé en gynécologie et obstétrique à l'UFR/SDS de l'université de Ouagadougou ;

Vous êtes expert sur la question des mutilations génitales féminines auprès de l'OMS au Burkina Faso ;

Vous êtes chef de service adjoint du service de gynécologie et obstétrique du CHU/YO ;

Vous êtes officier de l'Ordre National.

Cher maître,

Nous sommes très sensible à l'insigne honneur que vous nous faites, en acceptant de présider le jury de notre thèse, en dépit de vos multiples occupations, afin de la marquer des empruntes du grand maître que vous êtes. Vous êtes de ceux dont les qualités humaines, scientifiques et morales forcent le respect et l'admiration.

Nous avons eu l'honneur de profiter de votre enseignement théorique en gynécologie-obstétrique en quatrième année de médecine et de votre encadrement pratique à la maternité du CHU/YO. Trouver ici cher maître, l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah, le miséricordieux vous donner une longue vie heureuse.

**A notre Maître et Juge,**

Le Dr. Boubakar TOURE,

Maître-assistant de gynécologie obstétrique à l'UFR/SDS ;

Ancien Interne des Hôpitaux d'Abidjan ;

Médecin Réanimateur.

Cher maître,

Permettez-nous de vous témoigner toute notre gratitude pour avoir en dépit de vos multiples sollicitations accepté de siéger pour juger ce travail. Vos qualités humaines et votre rigueur scientifique vous font apprécier de tous. Nous avons eu l'immense chance de bénéficier de votre enseignement théorique en quatrième année de médecine et de votre encadrement pratique à la maternité du CHU/YO. Nous sommes sensibles à l'insigne honneur que vous nous faites à travers votre présence dans ce jury de thèse. Vos apports combien riches sont indispensables pour l'amélioration de ce travail. Trouver ici cher maître, l'expression de notre profond respect. Que Allah, le miséricordieux vous aide dans la réalisation de vos projets.

## **A notre Maître et Co-Directeur**

Le Dr. Ali OUEDRAOGO

Maître-assistant en gynécologie-obstétrique à l'UFR/SDS de l'Université de Ouagadougou ;

Ancien interne des hôpitaux de OUAGADOUGOU ;

Médecin gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-Obstétrique au CHU/YO.

Cher Maître,

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail et en acceptant de nous guider pas à pas dans sa réalisation et ce, malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, votre sympathie, votre enthousiasme et votre ardeur au travail nous ont beaucoup impressionnés tout le temps passé à vos côtés. Vous êtes toujours resté ouvert à nos multiples sollicitations et votre rigueur dans le travail ainsi que vos compétences techniques et scientifiques forcent l'admiration. Plus qu'un maître et un modèle, vous êtes pour nous un grand frère.

Veillez trouver dans ce travail, votre travail, l'expression de notre estime et de notre profonde gratitude.

Que Allah le miséricordieux vous bénisse et vous assiste dans la réalisation de tous vos projets.

**A notre Maître et Juge,**

Le Dr. Narcisse NARE

Médecin de Santé Publique à la Direction de la Santé de la Famille ;

Directeur de la santé des adolescents, des jeunes et des personnes âgées;

Point focal de la lutte anti tabac.

Cher maître,

Sans hésitations, vous avez accepté de siéger pour juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Nous sommes sensibles à cet insigne honneur que vous nous faites. Trouver ici l'expression de notre profonde gratitude. Que la grâce d'Allah abonde dans votre vie et de votre famille.



**AVERTISSEMENT**

**« Par délibération, l'UFR-SDS 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. »**



# **TABLE DES MATIERES**



## Table des matières

1. Introduction et énoncé du problème.....	2
2. Généralités.....	5
2.1. Définitions.....	5
2.1.1. La planification familiale.....	5
2.1.2. La contraception.....	5
2.2. Rappel physiologique.....	6
2.2.1. Physiologie du cycle menstruel.....	6
2.2.2. Fécondation.....	8
2.3. La planification familiale.....	8
2.3.1. Historique.....	8
2.3.2. Composantes.....	11
2.3.3. Avantages.....	12
2.4. Méthodes contraceptives.....	13
2.4.1. Classification des méthodes contraceptives.....	14
2.4.2. Description des méthodes contraceptives temporaires de longue durée.....	16
3. Objectifs.....	25
3.1. Objectif général.....	25
3.2. Objectifs spécifiques.....	25
4. Méthodologie.....	27
4.1. Cadre d'étude.....	27
4.1.1. Ville de Ouagadougou.....	27
4.1.2. Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo.....	27
4.1.3. Service de Gynécologie Obstétrique.....	27
4.2. Type et période d'étude.....	30
4.3. Matériel d'étude.....	30
4.4. Echantillonnage.....	30
4.4.1. Critères d'inclusion.....	30
4.4.2. Critères de non inclusion.....	31
4.5. Considérations éthiques.....	31
4.6. Variables d'étude.....	31
4.7. Collecte de données.....	31
4.8. Traitement des données.....	32
4.9. Définitions opérationnelles.....	32
5. Résultats.....	34
5.1. Fréquence.....	34
5.2. Caractéristiques sociodémographiques.....	34
5.3. Aspect clinique.....	43
5.3.1. Période du cycle menstruel en début de contraception.....	43
5.3.2. Méthodes utilisées.....	43
5.3.3. Motif d'utilisation.....	47
5.3.4. Durée d'utilisation.....	48
5.3.5. Motif de retrait.....	49

6. Discussion.....	54
6.1. Limites et contraintes de l'étude.....	54
6.2. Au niveau global.....	54
6.2.1. Fréquences.....	54
6.2.2. Aspects sociodémographiques.....	55
6.2.3. Aspects cliniques.....	60
6.3. Etude de chaque méthode contraceptive.....	64
6.3.1. Le Norplant.....	64
6.3.2. Le DIU.....	66
7. Conclusion .....	69
8. Suggestions.....	71
9.. Références bibliographiques.....	74
10 Annexes.....	83
11. Résumé.....	87



**LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX**

## Liste des tableaux

<b>Tableau I :</b> Répartition des clientes selon le statut matrimonial.....	36
<b>Tableau II :</b> Répartition des clientes selon le statut socio-professionnel.....	36
<b>Tableau III:</b> Répartition selon le statut socio-professionnel du conjoint.....	38
<b>Tableau IV :</b> Répartition des clientes en fonction des antécédents .....	41
<b>Tableau V:</b> Répartition des clientes selon la période du cycle menstruel en début de contraception.....	43
<b>Tableau VI:</b> Répartition des clientes selon la méthode utilisée par tranche d'âge.....	44
<b>Tableau VII:</b> Répartition des clientes selon la méthode utilisée selon le statut socio-professionnel.....	45
<b>Tableau VIII:</b> Répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du statut matrimonial.....	45
<b>Tableau IX:</b> Répartition des clientes selon la méthode utilisée selon du nombre d'enfant vivant.....	46
<b>Tableau X:</b> Répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du niveau d'instruction.....	47
<b>Tableau XI:</b> Répartition des clientes en fonction du motif d'utilisation.....	37
<b>Tableau XII:</b> Répartition des clientes en fonction du motif de retrait.....	49
<b>Tableau XIII:</b> Répartition des clientes en fonction des indications gynécologiques de retrait.....	50
<b>Tableau XIV:</b> Répartition des clientes selon les causes médicales de retrait.....	51
<b>Tableau XV:</b> Répartition selon le motif de retrait des implants .....	51
<b>Tableau XVI :</b> Répartition des clientes selon le motif de retrait du DIU .....	52

## Liste des figures

<b>Figure 1</b> : Phases du cycle menstrues sous hormones hypothalamo-hypophysaires et ovariennes.....	7
<b>Figure 2</b> : Répartition des clientes en fonction de la tranche d'âge.....	35
<b>Figure 3</b> : Répartition des clientes selon le niveau d'instruction.....	37
<b>Figure 4</b> : Répartition des clientes en fonction de la parité.....	39
<b>Figure 5</b> : Répartition des clientes en fonction du nombre d'enfant vivant.....	40
<b>Figure 6</b> : Répartition des clientes selon la durée moyenne d'utilisation en trimestre.....	48



**ABREVIATIONS ET  
SIGLES**

## **Liste des sigles et abréviations**

- AMIU** : Aspiration Manuelle Intra Utérine
- APF** : Associations de Planification Familiale
- CCV** : Contraception Chirurgicale Volontaire
- CHN/BC** : Centre Hospitalier National Blaise COMPAORE
- CHU/YO** : Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO
- CHUP/CDG** : Centre Hospitalier Universitaire Pédiatrique/ Charles De Gaulle
- CM** : Centre Médical
- CMA** : Centre Médical avec Antenne chirurgicale
- CRESAR** : Cellule de Recherche en Santé et de la Reproduction
- CSPS** : Centre de Santé et de la Promotion Sociale
- CU** : Contraception d'Urgence
- DES** : Diplôme d'Etude Spécialisée
- DEP** : Direction des études et de la planification
- DIU** : Dispositif Intra Utérin
- DSF** : Direction de Santé de la Famille
- EDS** : Enquête Démographique et de la Santé
- ENSP** : Ecole Nationale de Santé Publique
- FNUAP** : Fond des Nations Unies pour la Population
- FSH**: Hormone Folliculo-Stimulante
- GnRh** : Gonadotrophines
- HTA**: Hypertension Artérielle
- IB**: Initiative de Bamako
- IVA/IVL** : Inspection Visuelle après application à l'Acide Acétique/ Inspection Visuelle après application de Lugol
- N** : Effectif
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- ONG** : Organisation Non Gouvernementale

**PAD** : Pression Artérielle Diastolique

**PAS** : Pression Artérielle Systolique

**PF** : Planification Familiale

**PFN** : Planification Familiale Naturelle

**SIDA** : Syndrome de l'Immuno- Déficience Acquise

**SMI** : Santé Maternelle et Infantile

**SOCARB** : Société de Cardiologie du Burkina Faso.

**SR** : Santé de Reproduction

**UFR/SDS** : Unité de Formation et de Recherche en Science de la Santé

**USTA** : Université Saint Thomas d'Aquin

**URSS** : Union des Républiques Soviétiques Socialistes

**TIG** : Test Immunologique Grossesse

**VIH** : Virus de l'Imm

unodéficience Humaine

**%** : Pourcentage

**µg**: Microgramme





**INTRODUCTION-ENONCE DU PROBLEME**

## **1. Introduction et énoncé du problème**

L'Afrique sub-saharienne est la région où la baisse de la fécondité, de la mortalité infantile et maternelle s'avère la plus lente. C'est également la région où la prévalence contraceptive est la plus faible, malgré les grands efforts déployés par les programmes de planification familiale [59].

À la faveur de la collecte des données démographiques depuis les années 1970, la connaissance de l'évolution de la fécondité s'est nettement améliorée. En plus des disparités existant entre régions et pays, il existe également des différences entre la fécondité des milieux urbain et rural dans un même pays. Le milieu urbain est surtout associé à une fécondité plus réduite que celle du milieu rural. Mais au-delà de cette dichotomie, certaines caractéristiques de la population s'avèrent plus importantes que d'autres. L'un des facteurs de la récente baisse de la fécondité observée dans les pays ayant pris part aux enquêtes démographiques et de santé (EDS), est la pratique contraceptive [20].

Les besoins en planification familiale existent et sont relativement élevés parmi les femmes en âge de procréer. Au Burkina Faso, le nombre moyen d'enfants par femme en fin de vie reproductive est de 6,2 [36].

Les programmes de planification familiale en Afrique ont traditionnellement mis l'accent sur une plus grande acceptation des contraceptifs.

L'utilisation de la contraception a une influence directe sur la fécondité, la mortalité maternelle, néonatale et infantile.

Les analyses des facteurs à l'origine des diminutions récentes de la fécondité dans des pays en développement mettent en évidence l'utilisation de la contraception comme étant le facteur le plus important. Et l'un des indicateurs qui permet de juger de la réussite des programmes de planification familiale est le niveau d'utilisation de la contraception [39].

Il existe peu de recherches sur les motifs d'arrêt de l'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique au Sud du Sahara. Cette situation est certainement due au fait que dans beaucoup de pays l'un des objectifs principaux des programmes de

planification familiale est d'accroître le niveau national de la prévalence contraceptive. Toutefois, une proportion élevée de femmes qui arrêtent l'utilisation de leur méthode de régulation des naissances peut avoir un effet négatif sur la prévalence contraceptive d'un pays donné, même si la proportion de nouvelles recrues qui adoptent la planification familiale reste stable dans le temps. Une autre conséquence de l'arrêt des méthodes contraceptives est que celui-ci peut avoir indirectement un impact négatif sur la proportion de femmes qui décident d'adopter la contraception [52].

Au Burkina Faso peu d'études se sont intéressées à l'arrêt de la pratique contraceptive au niveau des structures sanitaires. Cependant, l'étude de l'abandon de la contraception et des raisons demeure manifestement importante pour l'orientation des programmes.

Le but de notre étude est de déterminer les raisons d'arrêt précoce de la contraception longue durée.

## **PREMIERE PARTIE : GENERALITES**

## **2. Généralités**

### **2.1. Définitions**

#### **2.1.1. La planification familiale**

Selon L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la planification familiale se définit comme une manière de vivre que des individus et des couples adoptent de leur propre volonté, en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies a fin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social du pays [55].

Telle que définie, elle est élément de développement d'un pays.

**Selon la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)**, le concept actuel de la planification familiale se couple à celui de la Santé de la Reproduction (SR).

Selon la CIPD en 1994 au Caire, la SR se définit comme étant << le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence d'infirmité ou de maladie >> [68].

#### **2.1.2. La contraception**

Selon l'OMS la contraception se définit comme l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter.

Une contraception de qualité doit utiliser des méthodes sûres, efficaces, acceptables et abordables ; toute personne qui désire une contraception, doit être informée sur toutes les méthodes disponibles et utiliser celle de son choix ; toute méthode de régulation des naissances qui n'est pas contraire à la loi peut également être utilisée.

## **2.2. Rappel physiologique**

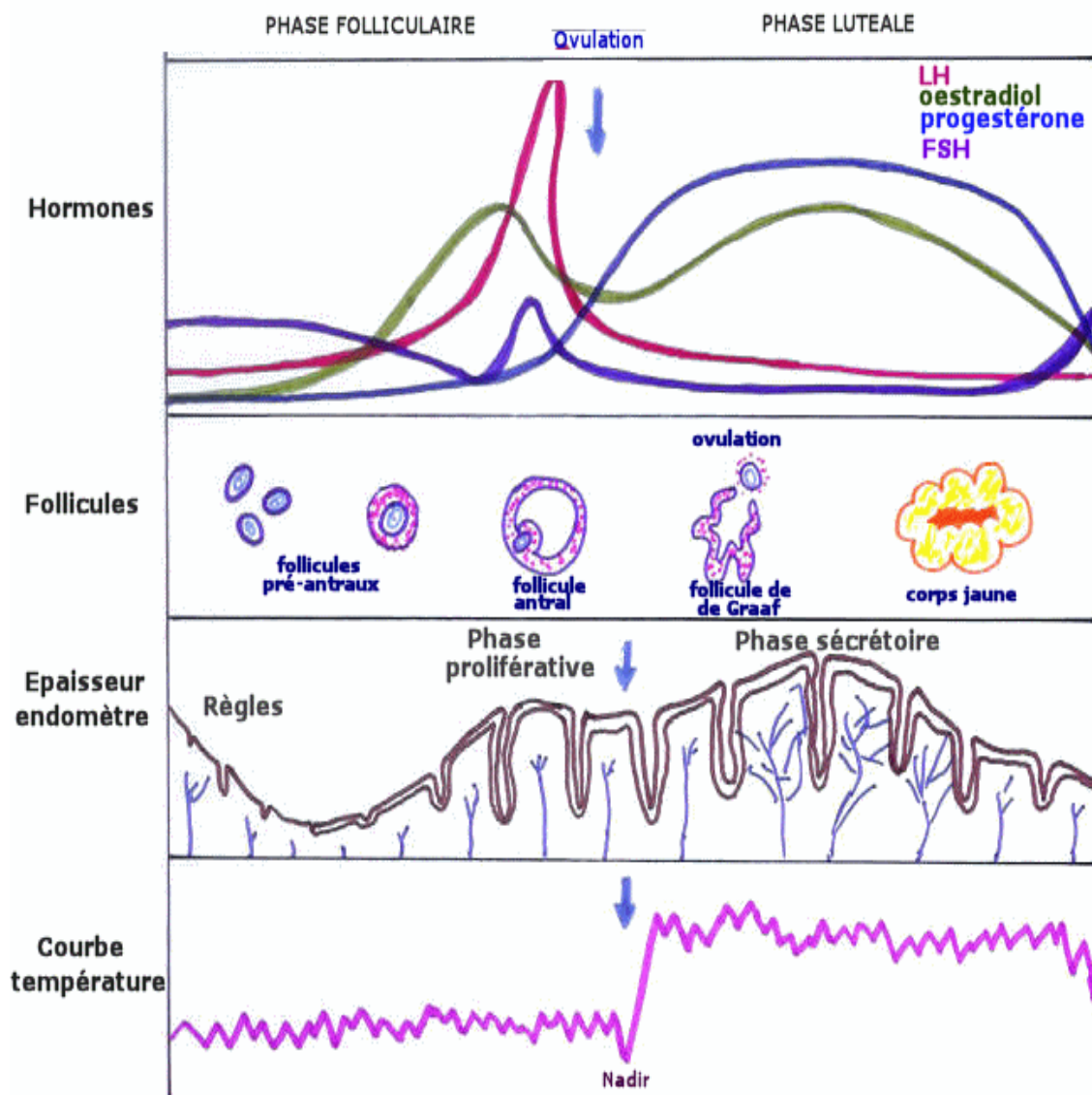
### **2.2.1. Physiologie du cycle menstruel**

Le cycle menstruel est une manifestation périodique physiologique chez toute femme en période d'activité génitale dont l'anatomie et la physiologie ne sont pas perturbées. C'est une préparation renouvelée de l'organe génital féminin à la procréation. L'absence de la fécondation conduit à la destruction de l'endomètre mise en place pour accueillir l'œuf, manifestée par les menstruations. Il est sous la dépendance de l'axe hypothalamo – hypophysaire mais aussi des ovaires par l'entremise de leurs hormones.

Le cycle menstruel est un temps qui s'étend du premier jour des règles au dernier jour avant les règles prochaines. A chaque cycle les hormones, messagers chimiques de l'organisme stimulent les différentes parties du corps entraînant des changements qui s'accumulent petit à petit la maturation de l'ovule nécessaire à la fécondation. La muqueuse utérine devient riche et abondante en éléments nutritifs dans l'attente d'une éventuelle grossesse. Si un spermatozoïde féconde l'ovocyte pendant le cycle, une grossesse se produit. Dans le cas contraire, les hormones cessent peu à peu de préparer le corps de la femme à la grossesse. La muqueuse de l'utérus, alors abondante en éléments nutritifs, desquame et le cycle recommence. La durée du cycle est de 28 jours en moyenne mais peut varier d'un cycle à un autre chez la même femme ou d'une femme à une autre. On admet comme cycle normal, celui dont la durée se situe dans l'intervalle  $28 \pm 5$  jours. Les cycles courts

sont inférieurs à 25 jours et les cycles longs supérieurs à 35 jours. Sous la commande de s hormones hy pothalamo-hypophysaires, l e c ycle menstruel v a s e dérouler e n d e u x p h a s e s : u n e p h a s e f o l l i c u l a i r e e t u n e p h a s e l u t e a l e q u i s o n t séparées par la ponte ovulaire ou ovulation. La maîtrise des phases de ce cycle est très importante pour une bonne prescription de la contraception [45].

La figure 1 montre les différentes phases du cycle menstruel sous l'effet des hormones hypothalamo-hypophysaires et ovariennes.



**Figure 1** : Phases du cycle menstruel sous hormones hypothalamo-hypophysaires et ovariennes [45].

### **2.2.2. Fécondation**

Toutes les modifications au cours du cycle menstruel ont pour but de préparer l'organisme de la femme à accueillir et à mener à terme une éventuelle grossesse. La fécondation est un phénomène plus ou moins complexe aboutissant à la formation de la première cellule diploïde capable de créer l'individu parfait. Elle se déroule en plusieurs étapes [45] :

- la pénétration des spermatozoïdes dans les voies génitales féminines lors de l'éjaculation qui les dépose au niveau du vagin ;
- leur migration vers la trompe facilitée par la glaire cervicale qui est très abondante et très filante en phase péri-ovulatoire ;
- leur capacitation au passage dans la partie proximale de la trompe ;
- la rencontre entre spermatozoïde et ovule : elle a lieu dans le tiers externe de la trompe ;
- la fécondation proprement dite est la pénétration du spermatozoïde dans l'ovule avec activation de ce dernier suivi de la fusion des deux gamètes formant l'œuf qui est le point de départ d'une nouvelle vie. Le blocage de l'une quelconque de ces étapes peut constituer toute ou une partie du mécanisme d'action d'une méthode contraceptive.

## **2.3. La planification familiale**

### **2.3.1. Historique**



### **2.3.1.1. Dans le monde**

La notion de planification familiale et les activités qui en découlent existent dans le monde depuis une trentaine d'années. Les premières actions en faveur de la femme remontent en 1974 à Bucarest où il était question de la croissance démographique et de la libération de la femme et la première conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes tenues à Mexico en 1975, ont abouti à la proclamation de la journée internationale de la femme (1975) et de la décennie de la femme (1976-1985).

L'idée de la planification familiale a officiellement vu le jour dans le monde en septembre 1978 à Alma Ata (Union des Républiques Soviétiques et Sociales (URSS)) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations. A cette réunion on a fait élaborer un programme mondial de santé d'ici l'an 2000. Cette politique était basée sur des soins de santé primaire (SSP) [66]. La plupart des pays du monde a adhéré à ce concept de SSP où la santé a une note pluridisciplinaire, la planification familiale étant la quatrième composante [56].

A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontres dans différents pays du monde, dont les thèmes ont trait à la santé de la femme et de la famille. Il existe de part le monde des associations de planification familiale (APF). Ces associations de planification familiale sont affiliées à des organisations non gouvernementales (ONG), la fédération internationale pour la planification familiale [57].

### **2.3.1.2. En Afrique**

La rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF s'est tenue à Bamako en septembre 1987. Il s'agit de la 37<sup>ème</sup> session du comité régional de l'Afrique pour l'initiative de Bamako (IB), rencontre qui a réuni presque tous les ministres africains de la santé. Le thème de cette rencontre était la santé des femmes et des enfants à travers le financement de la gestion des médicaments essentiels en ce qui concerne les communautés [3].

Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème «Femmes et enfants» avait eu lieu dans différents pays africains. C'est surtout après la réunion de l'IB que de grandes lignes de politiques de planification familiale ont commencé à se dessiner à travers les rencontres organisées dans différents pays africains [24].

Dans les années 80, nous assistons un peu en Afrique à la création d'associations pour la planification familiale (APF) [35]. Les années 90 ont été celles des symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles [25]. Ces différentes rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la planification familiale.

Au Burkina Faso la pratique de méthodes contraceptives modernes était illégale avant 1978 car soumise à la loi coloniale de 1920.

### **2.3.1.3. Politique de la contraception au Burkina Faso**

Les premières actions entreprises en faveur de la santé de la mère et de l'enfant remontent à avril 1959 par la création d'un service spécialisé, intégré aux services généraux de santé publique et chargé de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

En 1976, il y eût l'introduction de la santé dans les écoles et collèges du pays [57].

En 1978, le Burkina Faso, comme tous les pays membres de l'OMS, souscrivit à la déclaration d'Alma Ata sur les Soins de Santé Primaire (SSP) [69].

En Mars 1979, suite à la déclaration d'Alma Ata, dans le souci de prendre en compte les SSP dans l'amélioration de la couverture sanitaire de la mère et de l'enfant, le ministère de la santé et de l'action sociale a créé les services de Santé Maternelle et Infantile (SMI) au lieu des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Avant 1984, les activités de la planification familiale étaient menées de façon éparse dans certaines structures sanitaires. Seuls quelques privilégiés en bénéficiaient. C'est en septembre 1984 qu'une politique nationale de planification familiale a été élaborée. Les grandes lignes de ces politiques ont été définies à travers un plan d'action élaboré en collaboration avec les institutions et associations impliquées dans la planification familiale, plan adopté par le conseil des ministres en avril 1985 et révisé en mai 1986 [57].

Le 24 octobre 1986, la planification familiale, composante des SSP a été adoptée en conseil des ministres au Burkina Faso comme facteur de promotion du bien-être social Zatu An IV/008/CNR.EF-SN.

Le 15 Février 1988, le ministère de la santé et de l'action sociale adopte le koega n°AN V 904 /SAN-AS/SG/DSME, relatif aux recommandations en matière de prestation de services de planification familiale.

Le 10 Juin 1991, la Zatu N°AN VII/0040/FP/PRES portant politique de population au Burkina Faso a été adoptée. Dans la même année, il y a eu l'adoption du document de politique et standards des services de santé maternelle et infantile et planification familiale (SMI/PF) [46].

En 1999, a été élaboré le document de Politique Norme et Protocole de la SR.

Toute cette évolution démontre l'intérêt porté aux problèmes de population, de la santé familiale et de la planification familiale, en particulier. Les prestations de la planification familiale au Burkina Faso sont offertes dans plus de mille cent soixante douze (1172) CSPS, soixante-seize (76) CMA, dans les neuf (9) hôpitaux régionaux et dans les deux (2) Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) [47].

### 2.3.2. Composantes

La planification familiale souvent assimilée à la contraception, comporte diverses composantes que sont [19] :

- l'information et les conseils en matière de planification familiale ;
- l'éducation sexuelle et familiale ;
- la prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- la consultation prénuptiale ;
- la contraception ;
- la lutte contre les Maladies Sexuellement Transmissibles et le Syndrome Immunodéficience Acquise (MST/SIDA).

### 2.3.3. Avantages

La planification familiale a des avantages démontrés sur le plan de l'égalité des sexes, de la santé maternelle, de la survie des enfants et de la prévention du Virus Immunodéficience Humaine (VIH).

Elle permet aux individus et aux couples de déterminer le nombre de leurs enfants et l'espacement de leur naissance. Ceci est un droit fondamental de la personne reconnue.

- ❖ **Pour les individus**, la planification familiale permet :
  - d'améliorer la santé maternelle et infantile ;
  - d'élargir les chances offertes aux femmes en matière d'éducation, d'emploi et de participation sociale ;
  - de réduire les risques de problème de santé ;
  - de limiter le recours à l'avortement.

❖ **Pour les familles**, elle permet :

- une moindre compétition et un moindre éparpillement des ressources ;
- de reculer la pauvreté des ménages ;
- de donner une possibilité de prise de décisions en commun.

❖ **Pour la société**, elle permet l'accélération de la transition démographique et du développement économique [68].

## 2.4. Méthodes contraceptives

Les critères d'une bonne méthode contraceptive sont l'efficacité, l'innocuité, l'acceptabilité, l'accessibilité et la réversibilité :

- **L'efficacité** se mesure par la proportion dans laquelle la fécondité naturelle se trouve réduite par l'emploi d'une méthode donnée, en utilisant l'indice de Pearl ou la méthode des tables de mortalité. Elle est théorique et pratique [14,19].

\* **L'efficacité théorique** est synonyme de l'efficacité technique de la contraception ; elle implique l'utilisation d'une méthode de contraception de manière continue suivant les instructions données. Elle se mesure par le pourcentage de femmes qui, théoriquement deviendront enceintes un an, même si chaque femme utilise une méthode correctement et régulièrement [14,19].

\* **L'efficacité pratique** est synonyme d'usage de la contraception ; elle est liée à l'acceptabilité du procédé et la motivation des couples qui l'utilisent. Elle se mesure par le pourcentage de femmes qui sont tombées enceintes parce que certaines n'utilisent pas correctement et régulièrement la méthode [19].

\* **L'indice de Pearl** est le taux d'échec pratique ; c'est une mesure de l'efficacité de la contraception, qui exprime le taux de succès en fonction du nombre des grossesses pour 100 années-femmes à risque. Cette mesure est proportionnelle au rapport, chez les couples concepteurs, du nombre de conceptions accidentelles

durant une période, au nombre de mois d'exposition au risque de concevoir durant cette période. Cet indice R s'exprime en (% années –femmes) [14] :

$$R = \frac{\text{Nombre de conceptions accidentelles} \times 1200}{\text{Nombre de mois d'exposition au risque de conception}}$$

- **L'acceptabilité** de la méthode contraceptive par l'utilisateur dépend aussi bien du prescripteur que de la méthode elle-même.

Les principaux critères d'acceptabilité d'une méthode sont : l'attitude des prestataires vis-à-vis de la méthode, les effets secondaires et leur prise en charge, les questions sociales culturelles et religieuses liées à la méthode, la facilité d'utilisation, l'accessibilité de la méthode (coût, disponibilité, facilité d'acquisition), la répercussion sur la relation du couple [31].

- **L'innocuité** : c'est l'absence de risque ou d'effets néfastes sur la femme, sur la fertilité ultérieure et sur le fœtus en cas d'échec de la méthode ; elle doit être locale ou générale, immédiate ou ultérieure [31].

- **L'accessibilité** est à la fois géographique et financière.

Les méthodes contraceptives sont disponibles sur toute l'étendue du territoire nationale.

La subvention faite par le gouvernement sur les méthodes contraceptives et la gratuité de la prestation en matière de contraception ont amélioré leur accessibilité.

- **La réversibilité** d'une méthode se mesure par la capacité à revenir à l'état initial à l'arrêt de la prise de la méthode. Elle peut être immédiate ou ultérieure [31].

#### 2.4.1. Classification des méthodes contraceptives

Bien que la définition de la contraception prenne en compte le concept de la réversibilité, nous aborderons les méthodes de stérilisation volontaire qui, elles,

sont des méthodes de planification familiale irréversibles mais qui sont intégrés dans le « paquet » des prestations de contraception. Les méthodes contraceptives se classent en trois groupes : les méthodes contraceptives traditionnelles, naturelles et modernes.

### ➤ **Méthodes contraceptives traditionnelles**

Ce sont :

- Le tafo : ceinture magique à multiples nœuds ;
- la toile d'araignée ;
- les graines de Banfora ;
- de diverses décoctions de plantes ;
- la séparation du couple ;
- l'abstinence totale ;
- la suie de cuisine ;
- la pierre polie.

### ➤ **Méthodes contraceptives naturelles**

Ce sont :

- la méthode du calendrier ;
- la méthode de la température basale du corps (TBC) ;
- la méthode de la glaire cervicale ;
- la méthode sympto-thermique ;
- la méthode d'auto-observation ;
- la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ;
- la méthode du collier ou méthode des jours fixes ;
- le coït interrompu ou retrait ;
- le coït inter fémoral ;

- l'abstinence ;
- la douche vaginale.

### ➤ **Les méthodes contraceptives modernes**

Nous distinguons les méthodes contraceptives modernes en fonction de la durée d'action : les méthodes permanentes et les méthodes temporaires.

#### • **Méthodes permanentes**

Chez la femme :

- la ligature des trompes ;
- l'obstruction tubaire par l'introduction des dispositifs ou des colles synthétiques dans les trompes en utilisant la cavité utérine comme voie d'accès opératoire.

Chez l'homme : la vasectomie.

Au Burkina Faso, les méthodes contraceptives permanentes sont considérées comme des mutilations génitales

#### • **Méthodes temporaires**

→ Méthodes de courte durée :

- les préservatifs masculins, féminins ;
- le diaphragme ;
- la cape cervicale ;
- les éponges ;
- les spermicides ;
- les pilules progestatives, œstro-progestatives ;
- les injectables ;



- les patchs dermiques ;
  - les anneaux vaginaux œstro-progestatives.
- Méthodes de longue durée :
- Les implants sous cutanés ;
  - le DIU simple, à cuivre, hormonal.

## 2.4.2. Les méthodes contraceptives temporaires de longue durée

### ➤ Les implants

#### • Définition

C'est une méthode contraceptive composée de capsules fines et souples, remplies de Lévonorgestrel (progestatif) insérées à près une anesthésie locale [54,69].

#### • Type [11, 64, 69]

On distingue :

- le Norplant® avec six capsules dosées à 36 mg de Lévonorgestrel (LNG) par capsule, il a une durée d'action de cinq ans ;
- le Norplant® II ou Jadelle avec deux capsules dosées à 108 mg de LNG par capsule qui est libéré progressivement, il a également une durée d'action de cinq ans ;
- l'Implanon avec une capsule contenant 68 mg d'étonogestrel, métabolite actif du désogestrel pour une durée d'action de un an.

#### • Indication

- Femme qui désire une contraception de longue durée ;
- femme allaitante ;
- contraception immédiate du post abortum ;

- femme ayant une contre-indication au DIU, aux œstrogènes.

### - **Contre-indications**

Grossesse ;

- hépatite virale ;

- saignements vaginaux inexplicables ;

- hypertension artérielle (HTA) sévère (Tension artérielle Diastolique (TAD) >110 mm Hg) ;

- antécédent cardio-vasculaire ;

- antécédent ou embolie pulmonaire, phlébite des membres ;

- cancer du sein et du foie.

### • **Mécanisme d'action**

Le Lévonorgestrel est libéré lentement, à un rythme régulier et à une très faible dose ; ce qui assure l'épaississement de la glaire cervicale, le blocage de l'ovulation, l'atrophie de l'endomètre et le ralentissement du transport du sperme dans le tractus génital supérieur.

### • **Effets secondaires**

Les céphalées, la sensibilité des seins, les sautes d'humeur, les nausées, la chute de cheveux, la diminution de la libido, l'acné, les troubles du cycle menstruel (métrorragies, aménorrhée secondaire réversible, hyperménorrhée). On peut citer aussi le changement d'appétit, l'infection du site d'insertion [34].

### • **Avantages**

Les implants sont très efficaces, l'efficacité est proche de 100% chez les adolescentes dans les cinq premiers jours du cycle et disparaît dans la semaine suivant le retrait. Ils ont aussi l'avantage d'éviter les échecs provoqués par le retard

d'une prise orale, de ne pas gêner les rapports sexuels et de réduire la fréquence et la douleur des crises de drépanocytose [34, 64].

- **Inconvénients**

La nécessité d'un prestataire qualifié pour son insertion et son retrait. Il n'assure aucune protection contre les IST/SIDA. Il a une tolérance clinique très variable [64].

- **Critères d'évaluation**

Leur taux d'échec théorique est de 0,5 % avec un indice de Pearl de 0,5 % [11].

- **Choix de l'implant**

Après un counseling sur toutes les méthodes contraceptives disponibles, si l'implant est choisi [5] :

- faire un bilan attentif de la cliente pour être sûr qu'il n'existe pas de conditions médicales qui pourraient poser un problème ;
- expliquer les éventuels effets secondaires et s'assurer qu'ils sont bien compris ;
- éliminer la possibilité de grossesse (les sept premiers jours du début de ses menstrues, Test Immunologique de Grossesse (TIG) négatif) ;
- faire un examen clinique et gynécologique complets ;
- décrire le processus d'insertion.

- **Suivi**

Il se fait à une semaine de l'insertion, puis à 3 mois, à 6 mois et par an jusqu'au retrait. La cliente est avisée qu'elle peut revenir en consultation à n'importe quel moment si elle s'inquiète ou si elle a une question [5].

### ➤ **Le dispositif intra utérin (DIU) ou stérilet**

#### • **Définition**

Le DIU est un petit dispositif souple inséré dans la cavité utérine. Les nouveaux types sont faits en plastique et sont médicamenteux, libérant lentement de petites quantités de cuivre et de progestatifs [11,34, 69].

#### • **Types**

Les DIU dits actifs, diffusant des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine :

- les DIU libérant du cuivre : Tcu 380 A (plus utilisé au Burkina-Faso), Nova T®, Multiload 375, Tcu 220C, Cooper T300 Multiload 250, au cuivre 200 ;
- les DIU libérant un progestatif : mirena, levonova (LNG-20), progestasert ;
- les DIU dits inertes : Boucles de LIPPES, SAF. T.Coil.

#### • **Indications [18]**

- La multipare, actuellement les nullipares peuvent utiliser le DIU avec une surveillance attentive ;
- la femme qui a une vie sexuelle stable ;
- la femme qui a un appareil génital normal ;
- la femme qui désire une contraception longue durée ;
- contraception d'urgence : insertion dans les cinq jours suivant l'acte sexuel.

- **Contre-indications [18]**

- **Contre-indications absolues**

- La grossesse prouvée ou soupçonnée ;
- l'infection génitale évolutive, récidivante ;
- les hémorragies génitales d'étiologie indéterminée ;
- les anomalies morphologiques de la cavité utérine ;
- les tumeurs néoplasiques du col ou de l'utérus confirmées ou soupçonnées ;
- un antécédent de GEU ;
- la maladie de Wilson et l'allergie au cuivre pour les DIU en cuivre.

- **Contre-indications relatives**

- La nulliparité à cause des risques même minimes inhérents au DIU ;
- l'anémie grave ;
- le fibrome ;
- l'impossibilité de déterminer la profondeur de l'utérus ;
- les cardiopathies valvulaires ;
- les troubles de la crase sanguine ;
- la sensibilité pathologique à l'infection ;
- les utérus de petite taille ;
- les dysménorrhées fortes ;
- le rétrécissement du col ;
- la béance de l'isthme.

- **Contre-indication temporaires [18]**

- Les vaginites ;
- les cervicites.

- **Mode d'action**

Le mode d'action est fonction du type de DIU. Le DIU libérant du cuivre agit par des réactions enzymatiques, leucocytaires et macrophagiques sur l'endomètre empêchant la nidation. Il inhibe également les mouvements de spermatozoïdes dans le tractus génital de la femme. Celui libérant un progestatif épaissit la glaire cervicale et entraîne une atrophie de l'endomètre [34, 54, 63].

- **Effets secondaires**

Quelques effets secondaires ont été observés chez certaines utilisatrices : métrorragies, ménorragies, anémie, dysménorrhées, perforation de la paroi de l'utérus.

- **Avantages**

Le DIU est une méthode très efficace immédiatement et a un effet durable (jusqu'à 10 ans avec Tcu 380A). Il ne gêne pas les rapports sexuels, n'affecte pas l'allaitement maternel, n'interagit pas avec les médicaments et entraîne un retour immédiat à la fécondité après le retrait. Il comporte peu d'effets secondaires et diminue les crampes menstruelles, les saignements menstruels (libérant un progestatif) et les risques de GEU (sauf le progestatif) [34, 54].

- **Inconvénients**

La pose de DIU entraîne [34] :

- le changement menstruel (habituel durant 3 mois) : règles plus longues et plus abondantes (ménorragies), saignement ou saignotement entre les règles (métrorragies), des crampes et des douleurs durant les règles (dysménorrhées) ;
- un risque de GEU ;
- la sensation de fil par l'homme lors des rapports sexuels.

- **Critère d'évaluation**

Leur taux d'échec théorique est de 1,5 % avec un indice de Pearl de 4 % [11].

- **Choix du DIU**

Après un counseling sur toutes les méthodes contraceptives disponibles, si le DIU est choisi :

- faire un bilan attentif de la cliente pour être sûr qu'il n'existe pas de conditions médicales qui pourraient poser un problème ;
- expliquer les éventuels effets secondaires et s'assurer qu'ils sont bien compris ;
- éliminer la possibilité d'une grossesse (les sept premiers jours du début de ses menstrues, TIG négatif) ;
- faire un examen clinique et gynécologique complets ;
- décrire le processus d'insertion et ce à quoi la cliente doit s'attendre pendant et après l'insertion.

- **Suivi**

Il se fait à un mois de l'insertion, puis à 3 mois, à 6 mois et par an jusqu'au retrait. La cliente est avisée qu'elle peut revenir en consultation à n'importe quel moment ; si elle s'inquiète ou elle a une question [4].

**DEUXIEME PARTIE :**  
**NOTRE ETUDE**





**OBJECTIFS**

### **3. Objectifs**

#### **3.1 Objectif général**

Il s'agissait pour nous d'étudier l'arrêt précoce de la contraception longue durée à l'unité de planification familiale du service gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado OU EDRAOGO (CHU-YO) dans ces aspects épidémiologiques et ces motifs.

#### **3.2 Objectifs spécifiques**

Nos objectifs spécifiques ont consisté à :

1. Déterminer la fréquence des arrêts précoces de contraception longue durée au service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO ;
2. décrire les caractéristiques sociodémographiques des clientes venues pour arrêt précoce de la contraception longue durée au service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO ;
3. déterminer la méthode contraceptive longue durée utilisée par la cliente reçue pour arrêt précoce au service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO ;
4. Analyser les motifs d'arrêt précoce de la contraception longue durée au service de gynécologie-obstétrique du CHU-YO.



**METHODOLOGIE**

## **4. Méthodologie**

### **4.1. Cadre d'étude**

#### **4.1.1. Ville de Ouagadougou**

Notre étude a été menée dans l'unité de planification familiale du CHU/YO de la ville de Ouagadougou. Capitale administrative et politique du Burkina Faso, chef lieu de la région du centre ainsi que de la province du Kadiogo. Ouagadougou est une ville cosmopolite dont la population est estimée à 1 475 839 habitants [36].

Elle abrite deux des trois centres hospitalo-universitaires (CHU) du pays que sont : le CHU Yalgado OUEDRAOGO (CHU/YO) et le CHU pédiatrique Charles De Gaulles (CHUP/CDG) et en outre le CHN Blaise COMPAORE. Ces trois structures constituent avec le CHU Sourou SA NOU (CHU/SS) de Bobo les hôpitaux de référence du pays.

#### **4.1.2. Centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO)**

Construit en 1961 pour une population de 59 120 habitants, la plus grande structure sanitaire du Burkina Faso voit de nos jours ses possibilités d'accueil dépassées devant une population devenue près de 25 fois plus grande et de plus en plus intéressée par les soins de santé moderne. Cet hôpital est organisé en services cliniques médicaux et chirurgicaux, en laboratoire de biologie, en pharmacie hospitalière, en service d'imagerie médicale, en service administratif, en services sociaux et en services de soutien.

### 4.1.3. Service de Gynécologie Obstétrique

C'est un service spécialisé qui assure la prise en charge des pathologies gynécologiques et obstétricales ainsi que de la santé de la reproduction (SR). Il comporte en son sein :

- une salle d'accouchement de six tables d'accouchement et une table de réanimation pour nouveau-nés ;
- une unité de planification familiale ;
- un bloc opératoire avec trois salles d'intervention ;
- une unité d'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ;
- une salle d'échographie ;
- une salle de staff pour le personnel ;
- une unité de puériculture ;
- un service de consultations externes ;
- un service de recouvrement ;
- un service administratif composé d'une unité d'état civil et d'un secrétariat ;
- un service d'hospitalisation d'une capacité de quatre vingt-quatre (84) lits organisé en cinq (5) unités comme suit :
  - soins intensifs de neuf (9) lits ;
  - réveil et réanimation postopératoire de quatorze (14) lits ;
  - grossesses pathologiques de neuf (9) lits ;
  - pré-AMIU de sept (7) lits ;
  - suites de couches de seize (16) lits.

Le personnel du service de gynécologie obstétrique du CHU/YO se compose de :

- Douze (12) médecins gynécologues obstétriciens dont deux (2) professeurs titulaires, deux (2) maîtres de conférences agrégés, deux (2) maîtres assistants ;

- un médecin anesthésiste réanimateur ;
- vingt-sept (27) attachés de santé en anesthésie réanimation et attachés de santé en chirurgie ;
- trente huit (38) sages femmes et maïeuticiens ;
- douze (12) infirmiers(ères) ;
- trente (30) garçons et filles de salle ;
- un secrétaire ;
- un comptable ;
- un agent de l'état civil.

En plus du personnel régulièrement affecté, l'ensemble contribue à la formation :

- des médecins inscrits aux différents niveaux d'étude du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Gynécologie obstétrique ;
- des étudiants en médecine et en pharmacie de l'unité de formation et de recherche en sciences de la santé (UFR/SDS) et des étudiants en médecine de l'université Saint Thomas d'Aquin (USTA) ;
- des élèves infirmiers, sages-femmes, maïeuticiens, aides-opérateurs et aides anesthésistes de l'école nationale de santé publique (ENSP).

L'unité de PF du CHU/YO est fonctionnelle depuis 1996. Elle assure une large gamme de prestations prioritairement en matière de SR à savoir :

- les consultations pour désir de contraception ;
- la dispensation des différentes méthodes contraceptives ;
- les consultations pour stérilité primaire et secondaire ;
- les consultations pré et postnatales ;
- les dépistages de cancer du col de l'utérus ;

- les consultations simples de médecine générale et de gynécologie obstétricale dans le cadre de soins intégrés avec référence au service spécialisé pour une meilleure prise en charge en cas de besoin.

Son fonctionnement quotidien est à la charge d'une équipe composée de deux (2) sages-femmes et d'une (1) fille de salle.

#### **4.2. Type et période d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective sur cinq ans s'étendant du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2010.

#### **4.3. Matériel d'étude**

Ont été utilisés pour notre travail :

- les registres des entrées et des consultations de l'unité de PF.
- les rapports mensuels des activités de l'unité de PF ;
- les fiches individuelles de consultation et de suivi des clientes ;
- une fiche de collecte individuelle comportant les différentes variables (confère annexe).

#### **4.4. Echantillonnage**

Il s'agit d'une collecte exhaustive des données de patiente répondant aux critères d'inclusion.

##### **4.4.1. Critères d'inclusion**

Ont été incluses dans notre étude, les clientes venues consulter au cours de la période du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2010 et ayant procédé à l'arrêt d'une

contraception longue durée dont la durée de la pose était inférieure à deux (2) ans.

#### **4.4.2. Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans notre étude :

- les patientes dont les fiches de consultation et suivi étaient inexploitable ;
- les patientes ayant utilisé une contraception longue durée permanente (ligature des trompes).

#### **4.5. Considérations éthiques**

La considération éthique prise en compte a été le respect de l'anonymat.

#### **4.6. Variables d'étude**

Les variables utilisées étaient de types quantitatif et qualitatif :

- Les variables quantitatives étaient composées de : l'âge des clientes, la parité, le nombre d'enfants vivants, et la durée d'utilisation de la méthode ;
- les variables qualitatives étaient représentées par : les statuts socio-professionnel, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, les antécédents d'utilisation de contraception, les antécédents médicaux et chirurgicaux les raisons d'arrêt, la méthode utilisée, et les effets secondaires.

#### **4.7. Collecte de données**

Elle a été réalisée à l'aide d'une fiche de collecte individuelle.

#### **4.8. Traitement des données**



Les données recueillies sur une fiche structurée ont été saisies et analysées sur un micro-ordinateur par un logiciel de statistique EPI INFO version 3.4.1. Le test statistique Chi<sup>2</sup> a été utilisé, il a été significatif si  $p < 0,05$ .

#### **4.9. Définitions opérationnelles**

- **Contraception temporaire de longue durée**

Nous entendons par contraception temporaire de longue durée d'action une méthode de planification moderne efficace pendant une période longue d'environ cinq ans à dix ans et réversible à l'arrêt. Dans notre étude nous avons pris en compte l'implant et le DIU.

- **Arrêt précoce**

Nous avons considéré comme arrêt précoce un arrêt survenant dans un intervalle de durée inférieure ou égale à deux (2) ans révolus.



**RESULTATS**

## **5. Résultats**

### **5.1. Fréquence**

Du 1<sup>er</sup> Janvier 2006 au 31 décembre 2010, l'unité de PF du service de gynécologie-obstétrique a reçu 24634 patientes en consultation dont 13389 (54,3 %) clientes pour désir de PF, 8804 (35,7 %) femmes dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus et 2441 (10 %) patientes en consultation générale. Les nouvelles clientes pour la planification familiale étaient 1612 soit 12 % contre 88 % de consultations pour suivis sous contraception et de visite de ravitaillement en méthodes contraceptives.

Au cours de la période d'étude, 916 clientes ont été reçues en consultation pour arrêter la contraception longue durée (implant, stérilet). Le nombre de clientes ayant arrêté la contraception longue avant terme était de 753 et 518 dossiers étaient exploitables soit 68,8 % des cas contre 31,2 % de dossiers non exploitables. On notait 322 cas d'implant et 196 cas de DIU soit une proportion respective de 68,2 % et 37,8 % des dossiers exploitables.

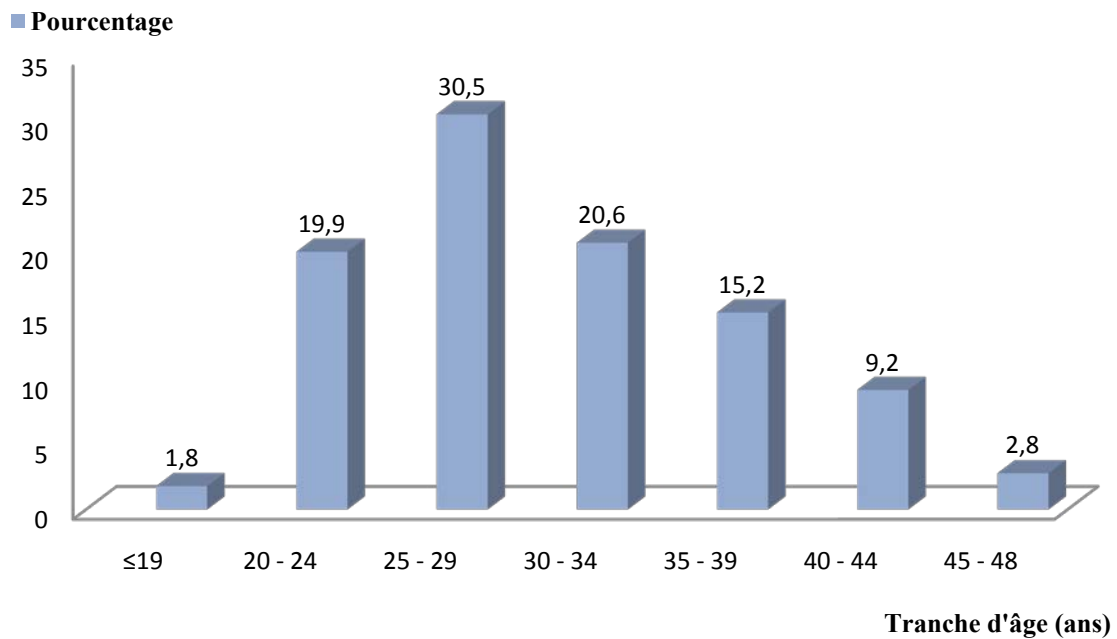
Nous avons colligé 283 clientes ayant effectué un arrêt précoce (inférieur ou égal à deux ans) de leur contraception longue durée d'action sur les 518 soit 54,6 % des cas et elles ont fait l'objet de notre étude.

### **5.2. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **5.2.1. Age**

L'âge était précisé chez 282 clientes soit 99,6 % des cas. L'âge moyen était de  $30,3 \pm 6,7$  ans. La tranche d'âge de 25-34 ans a représenté 51,1 % des clientes.

La figure 2 montre la répartition des clientes en fonction des tranches d'âge.



**Figure 2:** Répartition des clientes en fonction de la tranche d'âge (n= 282).

La classe modale était de 25-29 ans.

### 5.2.2. Statut matrimonial

Le statut matrimonial était précisé chez 276 clientes soit 97,5 % des cas. Le tableau I montre la répartition des clientes selon le statut matrimonial.

**Tableau I:** Répartition des clientes selon le statut matrimonial (n=276)

<b>Statut matrimonial</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Mariées	228	82,6
Concubines	40	14,5
Célibataires	6	2,2
Divorcées	2	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>276</b>	<b>100</b>

Les clientes ayant une vie maritale étaient 268 soit 97,1 %.

### **5.2.3. Statut socio-professionnel**

Le statut socio-professionnel était précisé chez 269 clientes soit 95,1 % des cas.

Le tableau II montre la répartition des clientes selon le statut socio-professionnel.

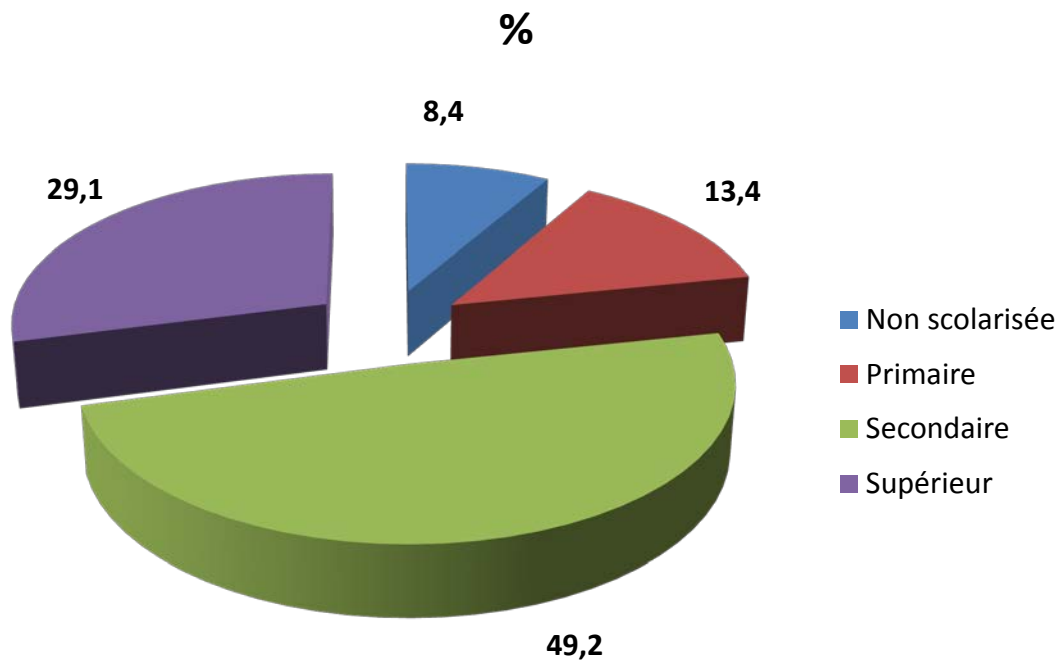
**Tableau II:** Répartition des clientes selon le statut socio-professionnel (n=269)

<b>Statut socio professionnel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Femmes au foyer	125	46,5
Salariées	93	34,6
Elèves/étudiantes	28	10,4
Commerçantes	15	5,6
Autres	8	3
<b>TOTAL</b>	<b>269</b>	<b>100</b>

Les “ autres ” statuts socio-professionnels étaient constitués de clientes exerçant dans le secteur informel.

#### 5.2.4. Niveau d’instruction

Le niveau d’instruction était précisé chez 179 clientes soit 63,25 %. La figure 3 montre la répartition des clientes selon le niveau d’instruction.



**Figure 3:** Répartition des clientes selon le niveau d’instruction (n=179)

L’effectif des clientes ayant au moins un niveau secondaire était 140 soit 78,3 %.

#### 5.2.5. Provenance

La provenance était précisée chez 280 clientes soit 98,9 % des clientes. 257 clientes (91,8 %) provenaient de Ouagadougou et 23 clientes (8,2 %) hors de la ville de Ouagadougou.

### 5.2.6. Statut socio-professionnel du conjoint

Le profil socio-professionnel du conjoint était précisé chez 95 clientes soit 35,4 % des clientes ayant une vie maritale.

Le tableau III montre la répartition selon le statut socio-professionnel du mari.

**Tableau III:** Répartition selon le statut socio-professionnel du conjoint (n=95)

<b>Statut socio professionnel du conjoint</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Salariés	54	56,8
Commerçants	26	27,4
Cultivateurs	6	6,3
Elèves/étudiants	3	3,2
Autres	6	6,3
<b>TOTAL</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

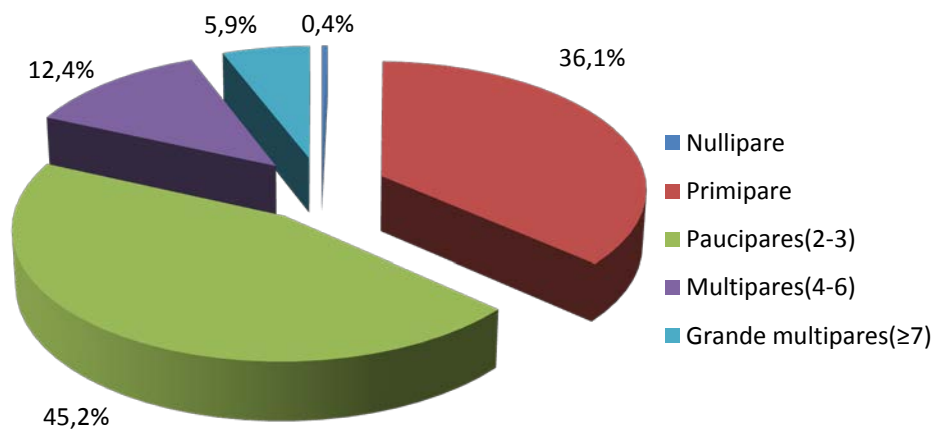
Les “autres” statuts socio professionnels du conjoint étaient constitués de coiffeurs, d’ouvriers, et de démarcheurs.

### 5.2.7. Antécédents

#### ➤ **Parité**

La parité était précisée chez 274 clientes soit 96,8 %. La parité moyenne était de  $2,5 \pm 1,8$  avec des extrêmes de 0 et 11.

La figure 4 montre la répartition des clientes en fonction de la parité.



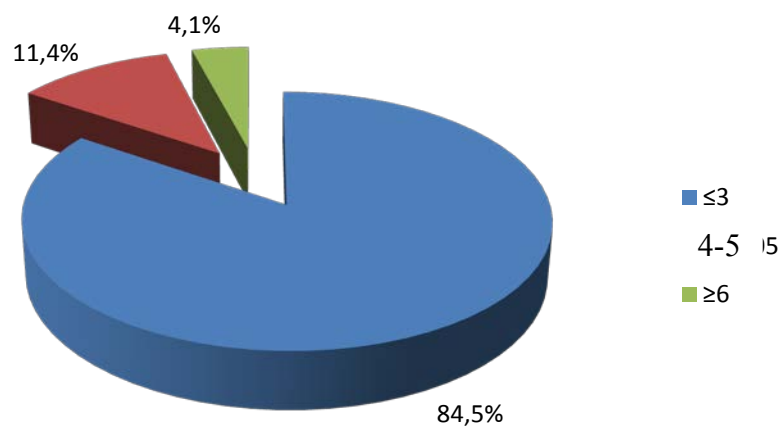
**Figure 4:** Répartition des clientes en fonction de la parité (n=274)



➤ **Le nombre d'enfants vivants**

Le nombre d'enfants vivants était précisé chez 273 clientes soit 96,5 %. Le nombre moyen d'enfants vivants était de  $2,2 \pm 1,5$  avec des extrêmes 0 et 9.

La figure 5 montre la répartition des clientes en fonction du nombre d'enfants vivants.



**Figure 5:** Répartition des clientes en fonction du nombre d'enfants vivants (n=273)

➤ **Antécédents d'utilisation de méthodes contraceptives**

L'utilisation antérieure de méthodes contraceptives était précisée chez 160 clientes (56,5 %). Elle était affirmative dans 48,1 %. Les méthodes utilisées étaient la pilule : 45 %, injectable : 20%, DIU : 17 %, préservatifs : 12 %, implants : 6 %.

➤ **Antécédents**

Les antécédents chirurgicaux étaient précisés chez 112 clientes soit 39,6 % des cas. Le nombre de clientes ayant des antécédents chirurgicaux était 21 soit 18,7 %. Les césariennes étaient notées chez 16 clientes (14,3 %) des clientes ayant des antécédents chirurgicaux.

Les antécédents médicaux étaient précisés chez 116 clientes soit 41% des cas. Le nombre de clientes ayant des antécédents médicaux pathologiques était 16 soit 13,8 %.

Le tableau IV montre la répartition des clientes en fonction des antécédents.

**Tableau IIV**: Répartition des clientes en fonction des antécédents (n=37).

<b>Antécédents</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Antécédents chirurgicaux</b>		
✓ Césarienne	16	14,3
✓ Laparotomie	3	2,8
✓ Chirurgie mammaire	2	1,7
<b>Antécédents médicaux</b>		
✓ HTA	7	6
✓ UGD	2	1,7
✓ Asthme	2	1,7
✓ Infection urinaire	2	1,7
✓ Insuffisance rénale	2	1,7
✓ Cardiopathie	1	0,9

### **5.3. Aspect clinique**

#### **5.3.1. Période du cycle menstruel en début de contraception**

La période du cycle menstruel était précisée chez 128 clientes soit 45,2 % des cas. L'insertion pendant les sept premiers jours des menstrues avait été réalisée dans 84 cas (65,6 %).

Le tableau V montre la répartition des clientes en fonction de la période du cycle menstruel en début de contraception.

**Tableau V:** Répartition des clientes en fonction de la période du cycle menstruel en début de contraception (n=128).

<b>Période du cycle en début de contraception</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Per menstrues	84	65,6
Aménorrhée de nourrice	21	16,4
Date inconnue	12	9,4
Post abortum immédiat	11	8,6
<b>TOTAL</b>	<b>128</b>	<b>100</b>

Les clientes ayant une date du cycle inconnue avaient un test de grossesse négatif.

### **5.3.2. Méthodes utilisées**

Les méthodes de longue durée d'action étaient l'implant chez 150 clientes (53 %) et le DIU chez 133 clientes (47 %).

### ➤ Méthodes utilisées par tranches d'âge

L'âge moyen des utilisatrices d'implants était de  $28,1 \pm 6,1$  ans.

La tranche d'âge des utilisatrices d'implants de 20-29 ans représentait 64,6 % des cas.

L'âge moyen des utilisatrices de DIU était de  $32,9 \pm 6,5$  ans. La tranche d'âge des utilisatrices de DIU de 30-39 ans représentait 47 % des cas.

Le tableau VI montre la répartition des clientes selon la méthode utilisée par tranche d'âge.

**Tableau V:** Répartition des clientes selon la méthode utilisée par tranche d'âge (n=283).

Age (an)	Implant		DIU		TOTAL
	n	%	n	%	
≤30	108	68,8	49	31,2	157
>30	42	33,3	84	67,7	126

$\text{Khi}^2=35,28$ , ddl=1,  $p<0,0001$

Avant 31 ans les implants et le DIU sont utilisés respectivement dans 68,8 % et 31,2 % des cas avec une différence statistiquement significative.

### **5.3.2.2. Méthodes utilisées en fonction du statut socio-professionnel de la rémunération**

Le tableau VII montre la répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du statut socio- professionnel de la rémunération.

**Tableau VII:** Répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du statut socio- professionnel de la rémunération (n=269)

Activités rémunérées	Implant		DIU		TOTAL
	n	%	n	%	
Non	93	60,8	60	39,2	153
Oui	46	39,7	70	60,3	116

$\text{Khi}^2=11,80$ , ddl=1, p=0,0001

Chez les clientes à activités non rémunérées les implants et le DIU sont utilisés respectivement dans 60,8 % et 39,2 % des cas avec une différence statistiquement significative.

### 5.3.2.3. Méthodes utilisées en fonction du statut matrimonial

Le tableau VIII montre la répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du statut matrimonial.

**Tableau VIII:** Répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du statut matrimonial (n=276)

Statut matrimonial	Implant		DIU		TOTAL
	n	%	n	%	
Vie maritale	142	53	47	96,9	268
Pas de vie maritale	4	50	4	50	8

$\text{Khi}^2$  de pearson non valide donc  $\text{Khi}^2$  corrigé de Yate's=0,04, p=0,84

Nous n'avons pas observé une variation significative de la méthode utilisée en fonction du statut matrimonial.

#### 5.3.2.4. Méthodes utilisées en fonction du nombre d'enfant vivant.

Le tableau IX montre la répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du nombre d'enfants vivants.

**Tableau IVI:** Répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du nombre d'enfants vivants (n=273).

Enfants vivants	Implant		DIU		TOTAL
	N	%	n	%	
≤3	127	55	104	45	231
>3	15	35,7	27	64,3	42

$\text{Khi}^2=10,96$ , ddl=1, p=0,0009

Chez les clientes ayant moins de 4 enfants vivants les implants et le DIU sont utilisés respectivement dans 55 % et 45 % des cas avec une différence statistiquement significative.

#### 5.3.2.5. Méthodes utilisées en fonction du niveau d'instruction

Le tableau X montre la répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du niveau d'instruction.



**Tableau X:** Répartition des clientes selon la méthode utilisée en fonction du niveau d'instruction (n=179).

Scolarisation	Implant		DIU		TOTAL
	n	%	n	%	
Non scolarisée	7	46,7	8	53,3	15
Scolarisée (primaire, secondaire, supérieure)	77	47	87	53	164

$\text{Khi}^2=0,0$  ddl=1, p=0,98

Nous n'avons pas observé de variation significative de la méthode utilisée en fonction du niveau d'instruction.

### 5.3.3. Motif d'utilisation

Le motif d'utilisation était précisé chez 82 clientes (29 %).

Le tableau XI montre la répartition des clientes en fonction du motif d'utilisation.

Motif d'utilisation	n	%
Espacement de naissance	58	70,7
Ne désir plus faire d'enfant	21	25,6
Médical	3	3,7
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>100</b>

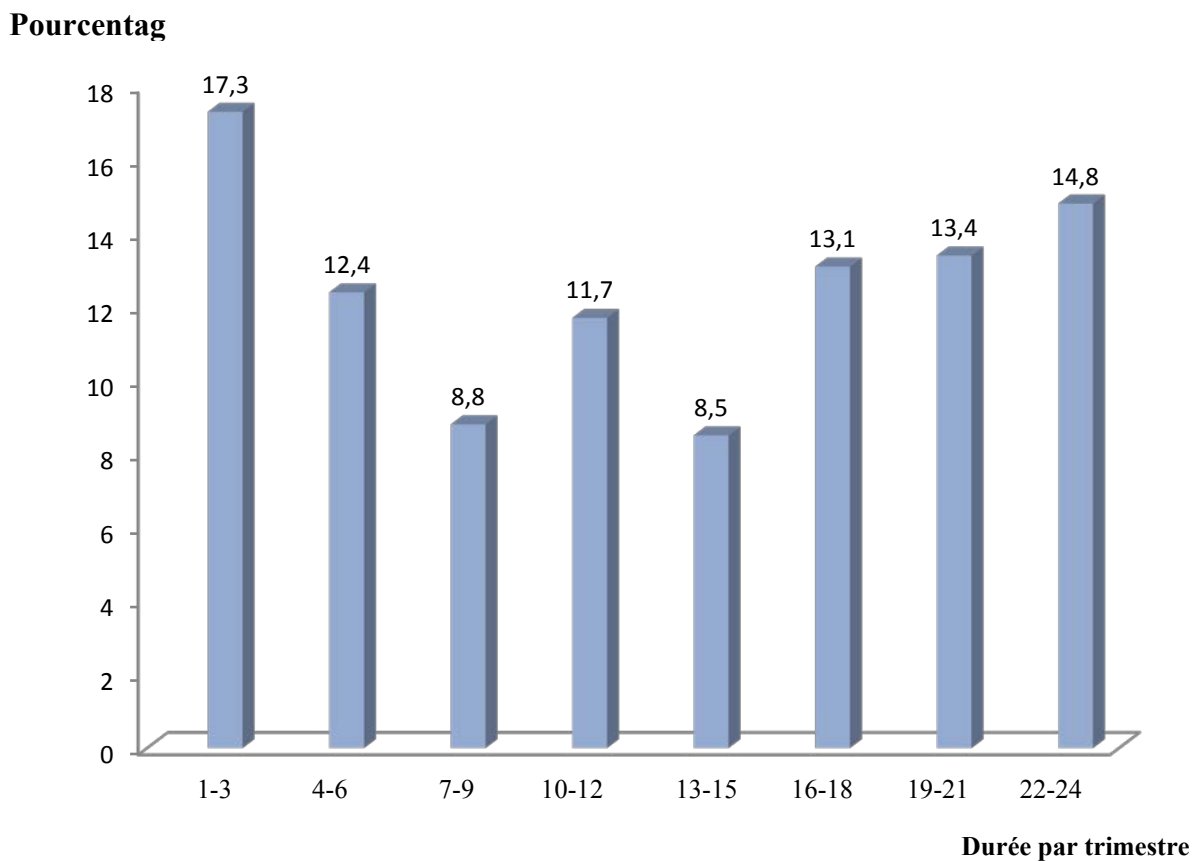
**Tableau XI:** Répartition des clientes en fonction du motif d'utilisation (n=82).

### 5.3.4. Durée d'utilisation

La durée moyenne d'utilisation était de  $12,4 \pm 0,9$  mois avec des extrêmes de 1 et 24 mois.

Nous avons reparti la durée moyenne d'utilisation en trimestre comme indiqué dans la figure 6.

La figure 6 montre la répartition des clientes selon la durée moyenne d'utilisation évaluée en trimestre.



**Figure 6:** Répartition des clientes selon la durée moyenne d'utilisation évaluée en trimestre (n=283).

### 5.3.5. Motif de retrait

Les pathologies gynécologiques a vaient motivé l'arrêt de la contraception chez 91 clientes (32,2 %).

Le tableau XII montre la répartition des clientes en fonction du motif de retrait.

**Tableau XII:** Répartition des clientes en fonction du motif de retrait (n=283).

<b>Motif de retrait</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pathologie gynécologique	91	32,2
Convenance personnelle	63	22,3
Désir de grossesse	60	21,2
Pathologie médicale	41	14,5
Echec de la méthode	14	4,9
Opposition du conjoint	10	3,5
Autres motifs	4	1,4
<b>TOTAL</b>	<b>283</b>	<b>100</b>

Les "autres" motifs de retrait étaient constitués de clientes ayant changé la contraception longue durée d'action par le collier ou le condom.

"Echec de la méthode" était constitué d'un cas d'implant expulsé et migration de DIU.

Les problèmes de santé étaient des motifs d'arrêt précoce de la contraception longue durée d'action chez 132 clientes (46,7 %).

### 5.3.5.1. Motifs gynécologiques de retrait

Le tableau XIII montre la répartition des clientes en fonction de motifs gynécologiques de retrait.

**Tableau XIII:** Répartition des clientes en fonction de motifs gynécologiques de retrait (n=91).

<b>Pathologie gynécologique de retrait</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ménométrorragies	37	40,6
Vulvovaginites récidivantes	29	31,9
Annexites	23	25,3
Autres	2	2,2
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Les effets secondaires constitués de ménométrorragie et d'annexites étaient notés chez 60 clientes soit 65,9 % des cas.

### 5.3.5.2. Motifs médicaux de retrait

Le tableau XIV montre la répartition des clientes selon le motif médical de retrait.

**Tableau VII:** Répartition des clientes selon le motif médicale de retrait (n=41).

<b>Pathologie médicale de retrait</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Palpitations	23	56,1
Perte de poids	5	12,2
Prise de poids	5	12,2
Acné	4	9,8
HTA	4	9,7
<b>TOTAL</b>	<b>41</b>	<b>100</b>

### **5.3.5.2. Motif de retrait selon la méthode utilisée**

#### **5.3.5.2.1. Motif de retrait des implants**

Le tableau XV montre la répartition des clientes selon le motif de retrait des implants.

<b>Motif de retrait de l'implant</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Convenance personnelle	49	32,7
Causes médicales	41	27,3

Désir de grossesse	36	24
Causes gynécologiques	16	10,7
Opposition du conjoint	5	3,3
Autres	3	2
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100</b>

**Tableau XV:** Répartition des clientes selon le motif de retrait des implants (n=150).

La convenance d'un des membres du couple a motivé le retrait de l'implant chez 54 clientes soit 36 % des cas.

#### 5.3.5.2.2. Motif de retrait du DIU

Le tableau XVI montre la répartition des clientes selon le motif de retrait du DIU.

**Tableau XVI:** Répartition des clientes selon le motif de retrait du DIU (n=133).

<b>Motif de retrait DIU</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Causes gynécologiques	74	55,6
Désir de grossesse	24	18,1
Convenance personnelle	14	10,5
Migration du DIU	13	9,8
Opposition du conjoint	5	3,8
Causes médicales	2	1,5
Autre	1	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>133</b>	<b>100</b>



# **DISCUSSIONS**



## **6. Commentaires-discussion**

### **6.1. Limites et contraintes de l'étude**

Notre étude s'était fixée pour objectif d'étudier les motifs d'arrêt précoce de la contraception longue durée d'action à l'unité de planification familiale de gynécologie-obstétrique du CHU-YO. Elle a comporté des limites et des contraintes.

- Le caractère rétrospectif ne nous a pas permis d'avoir toutes les informations. Par conséquent nous n'avons pas pu aborder tous les aspects de la contraception longue durée d'action ;
- rupture de fiches de suivi des clientes en fin 2008- début 2009 selon les prestataires de l'unité du PF ;
- l'incomplétude de certaines données au niveau des fiches de suivi des clientes et au niveau des registres de consultation journalière constatée a eu pour conséquence une réduction de la taille de notre population d'étude.

### **6.2. Au niveau global**

#### **6.2.1. Fréquences**

Du 1<sup>er</sup> Janvier 2006 au 31 décembre 2010, l'unité de PF du service de gynécologie-obstétrique a reçu 24634 patientes en consultation. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Bonkian [13] qui notait 22 333 patientes reçues en consultation dans le même service sur la période de 2002 à 2006. Cela traduirait l'affluence de plus en plus importante à l'unité de PF du CHU-YO. Ce nombre de femmes consultant est très élevé quand on sait que l'unité de PF ne dispose que de

deux prestataires. Des mesures visant à augmenter le nombre de ces prestataires seraient les bienvenues.

Dans le cadre de la prévention du cancer du col de l'utérus 8804 femmes ont été reçues. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Bonkian [13] qui ne trouvait 2668 femmes. Cela traduirait un écho favorable des femmes devant l'effort du gouvernement dans la prévention du cancer du col de l'utérus.

Au cours de notre étude, 916 clientes ont été reçues pour arrêter la contraception longue durée dont 753 arrêts avant terme (82,2 %). Parmi les arrêts avant terme 518 dossiers étaient exploitables (68,8 %) et nous avons colligés 283 arrêts précoces de contraception longue durée (54,6 %).

## **6.2.2. Aspects socio démographiques**

### **➤ Age**

L'âge moyen de nos clientes était de 30,3 ans. L'âge moyen dans notre série est comparable à ceux de Akotonga et coll. [2], de Koné B et coll. [49], de Bonkian [13] et de Sandwidi [65] qui notaient respectivement un âge moyen de 31,6 ans, 32 ans, 30 ans, 30 ans.

La tranche d'âge de 25-34 ans représentait 51,1 % de la population de notre étude, Ravolamanana et coll. au Madagascar [62] trouvaient pour la même tranche d'âge des proportions similaires 53,1 %. Les clientes de moins de 20 ans étaient faiblement représentées (1,8 %) ; Le même constat a été fait par plusieurs auteurs comme Koné B. et coll. [49] et Sandwidi [65] au Burkina Faso. Cela s'expliquerait par le fait que la contraception longue durée peut être pratiquée par toute femme mais beaucoup plus par les femmes ayant un âge mur, de 25 ans au moins. De plus la tranche d'âge prédominante de 25-34 ans correspondrait à une phase d'activité

sexuelle intense qui prédisposerait les clientes à des grossesses non désirées chez les femmes ayant déjà des enfants.

### ➤ **Statut matrimonial**

Nous avons noté une prédominance des clientes ayant une vie maritale soit 97,1 %. Le taux national des utilisatrices de méthodes modernes ayant une vie maritale était de 77,4 % en 2003 [35].

De façon générale les clientes ayant une vie maritale étaient prédominantes dans les études de Bonkian [13] au Burkina, Ravolamanana et coll. au Madagascar [62], Diallo [21], et N'Diaye S au Mali [51] qui rapportaient respectivement des taux de 88,8 %, 82 %, 84,5 % et 66,1 %. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que la vie en union est un phénomène social d'une grande valeur car gage de respect dans nos sociétés. En plus la contraception longue durée serait utilisée par les couples ayant le plus souvent une vie sexuelle stable pour espacer les naissances et limiter le nombre d'enfants. Ce qui leur permettrait du coup d'avoir le nombre d'enfants voulu tout en conservant leur possibilité de procréation.

### ➤ **Statut socio-professionnel**

Notre série a enregistré cent vingt cinq clientes soit 46,5 % qui étaient des femmes au foyer contre seulement 34,6 % de salariées. Bonkian [13] au Burkina Faso trouvait un résultat similaire de 45,7 % de femmes au foyer contre 28,5 % de salariées. Les caractéristiques socio professionnelles et économiques des pays en développement et en particulier du Burkina Faso pourraient en être une explication.

Akotionga et coll. [2] et Koné B. et coll. [42] au Burkina Faso, Ravolamanana et coll. au Madagascar [62], trouvaient une proportion de femmes au foyer supérieure à celle de notre série respectivement 64,4 %, 65 % et 77,5 %.

Les femmes au foyer se raient au premier plan de s conditions de vie difficiles et défavorables d'où leur volonté de plus en plus affichée d'espacer les naissances et de limiter le nombre d'enfants afin d'améliorer leurs conditions de vie.

La large utilisation de la contraception de longue durée par les femmes au foyer se rait le reflet de l'effort des autorités politiques et sanitaires dans la promotion des activités de PF à travers les subventions de s contraceptifs longue durée. Avec les efforts du gouvernement par l'octroi de s micro-crédits et le s structures associatives féminines, les femmes mèneraient de plus en plus une activité.

### ➤ Niveau d'instruction

Les clientes ayant un niveau d'étude secondaire étaient les plus représentées dans notre série avec une fréquence de 49,2 %. Celles ayant le niveau supérieur représentaient 29,1 %. Bonkian relevait que 44,7 % [13] de ses clientes avaient le niveau secondaire. Ravolamanana et Coll. en Madagascar [62] avaient noté dans leur série 82 % de femmes scolarisées. Diallo [21] et N'Diaye S [51] au Mali notaient respectivement 39,6 % et 34 % pour le secondaire, et 37,5 % et 8,5 % pour le supérieur.

L'engagement des autorités gouvernementales dans la promotion de la scolarisation féminine pourrait expliquer ce taux.

La pré dominance du niveau secondaire s'expliquerait par le fait que l'information juste sur les soins de santé et sur la contraception de longue durée d'action serait plus à la portée des femmes qui ont au moins le niveau secondaire que les femmes de niveau moindre ou non instruites.

Le niveau d'instruction serait important dans le choix de s méthodes de longue durée d'action.

## ➤ **Provenance**

La majorité des clientes soit 91,8 % provenaient de Ouagadougou.

Cela traduirait la proximité de ces femmes de la ville de Ouagadougou que celles des autres villes et aussi de la qualité de soins et de prestations de l'unité de planification familiale du CHU-YO.

Aussi avec l'effort du ministère de la santé, la contraception de longue durée d'action serait de plus en plus disponible au niveau des différentes structures de santé au moins pour chaque ville et des compétences pour sa pratique.

## ➤ **Antécédents**

### ✓ **Parité**

La parité moyenne était de  $2,5 \pm 1,8$  enfants. Les clientes ayant une parité comprise entre 2 et 3 enfants étaient les plus représentées avec une fréquence de 45,2 %. Nos résultats sont similaires à ceux de Bonkian [13] au Burkina Faso qui trouvait une parité moyenne de 2,5 enfants.

Les conditions de vie et la situation économique plus difficiles en milieu urbain freineraient les mentalités pro-natalistes des couples.

Le programme élargie de vaccination et la réduction de certaines épidémies au Burkina Faso tendraient à élever la parité au nombre d'enfants vivants. Cela contribuerait à l'abandon de la mentalité selon laquelle il faut faire beaucoup d'enfants pour espérer garder quelques uns en cas d'épidémie ou de famine.

### ✓ **Nombre d'enfants vivants**

Le nombre moyen d'enfants vivants était de  $2,2 \pm 1,5$  enfants. Les clientes ayant un nombre d'enfants vivants compris entre 2 et 3 étaient les plus

représentées à 44,6 % des cas. Bonkian [13] notait dans sa série un nombre moyen d'enfants vivants similaire au nôtre. Il rapportait un nombre égal à  $2,5 \pm 1,7$  avec 41,9 % pour la même fourchette. Akotionga et coll. [36] trouvait dans sa série un nombre moyen d'enfants supérieur au nôtre de l'ordre de 3,5 enfants vivants. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que leur étude concernait à la fois des méthodes contraceptives longues d'actions et des méthodes contraceptives courtes d'actions.

L'objectif final chez les utilisatrices de la contraception longue durée serait d'avoir non seulement le nombre d'enfants désirés mais aussi qu'elles aient les deux sexes d'enfants à la fin de leur vie féconde.

#### ✓ **Antécédents d'utilisation de méthodes contraceptives**

De notre étude il est ressorti que 77 clientes avaient une utilisation antérieure de contraceptifs (48 %) avant leur contraception longue durée. Les méthodes les plus utilisées étaient la pilule. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Kabré [40] au Burkina qui trouvait un taux de 32 %. La pilule constituerait en outre une contraception d'attente pour les clientes souhaitant une méthode contraceptive temporaire de longue durée d'action mais présentant une contre-indication temporaire d'une contraception longue durée. Également, elle constituerait un contraceptif d'attente pour les clientes qui désireraient décider du choix de la méthode contraceptive longue avec le conjoint. Aussi elle pourrait constituer une initiation d'une contraception pour les clientes qui découvriraient la contraception pour la première fois et qui souhaiteraient ultérieurement une contraception de longue durée d'action. Un moyen pour le prestataire d'apprécier la tolérance de la contraception.

### ✓ **Antécédents médicaux**

L'HTA était l'antécédent médical prédominant dans notre étude avec une fréquence de 6 %. Nos résultats sont comparables à ceux de Bonkian [13] qui trouvait 5,3 %.

Ce taux pourrait s'expliquer par :

La fréquence élevée de l'HTA dans la population générale (39,6 % en 2004) [53] ;

Le fait que l'unité de PF du CHU-YO est un centre de référence et qui reçoit les patients ayant présenté une complication obstétricale liée à HTA.

### ✓ **Antécédents chirurgicaux**

Dans notre série 14,3 % de nos clientes avaient subi au moins une césarienne. Nos résultats sont comparables à ceux de Bonkian [13] en 2008 qui notait que 15,8 % de ses clientes avaient un antécédent de césarienne.

La fréquence relativement élevée de cette intervention pourrait être liée à :

- l'amélioration de la prise en charge des urgences obstétricales dans le cadre de la maternité sans risque.
- aussi la contraception longue durée est recommandée en période post césarienne, au moins le temps de l'espace intergénéral.

### 6.2.3. Aspects cliniques

#### ➤ Période du cycle menstruel au début de contraception.

Quatre vingt quatre clientes ( soit une fréquence de 65,6 %) avaient fait leur insertion de la contraception longue durée pendant la période perménstruelle. Koné et coll. [42] au Burkina Faso avait trouvé une proportion de 72 % pour la même période d'insertion. Ces proportions élevées s'expliqueraient par le fait que cette période écarterait l'existence d'une grossesse ou par le fait que le prestataire serait plus à l'aise à cette période pour l'insertion en ce qui concerne le DIU. Cette période donnerait moins d'effets secondaires [33].

#### ➤ Motif d'utilisation

Le motif d'utilisation de la contraception longue durée qui prédominait dans notre série était l'espacement des naissances dans 70,7 % des cas. Dans 25,6% des cas, les clientes consultaient pour limiter le nombre d'enfants. Nos résultats sont comparables à ceux de Koffi [41] qui retrouvait comme motif l'espacement des naissances dans 77,1 % des cas et dans 22,9 % des cas pour limiter les naissances.

La contraception longue durée d'action donnerait aux couples qui la choisissent dans le but d'espacer les naissances un temps suffisant de bien se préparer pour les prochaines naissances.

Avec le relatif jeune âge des clientes (30,3 ans) les utilisatrices n'auraient pas eu le temps suffisant de faire le nombre d'enfants voulu d'une part. D'autre part, elle traduirait la volonté des utilisatrices à garder la possibilité de faire d'autres enfants. Le nombre d'enfants relativement bas (2,2 enfants vivants) pousseraient les clientes à espacer qu'à limiter les naissances.



### ➤ Méthodes utilisées

Les implants étaient plus utilisés que le DIU, 150 clientes (53 %) pour les implants contre 133 clientes (47 %) pour le DIU. Cela s'expliquerait par le fait que la durée d'utilisation du DIU à terme est 2 fois plus longue que les implants. Devant l'âge moyen des clientes (30,3 ans) de notre série, tout en n'occultant pas l'âge de la ménopause (autour de 50 ans), le DIU serait trop longue pour les clientes qui en majorité souhaiteraient espacer les naissances.

### ➤ Durée d'utilisation

Dans notre série la durée moyenne d'utilisation était de  $12,4 \pm 7,7$  mois. La répartition des clientes selon la durée moyenne d'utilisation par trimestre montrait une proportion prédominante au premier trimestre 49 clientes (17,3 %) des cas. Cent quarante-quatre (144) clientes soit un taux de 50,2 %, avaient arrêté la contraception de longue durée au bout d'une année d'utilisation. Nos résultats sont supérieurs à ceux de Mohamed et coll. [48] qui retrouvaient que le tiers des couples cessent d'utiliser leur méthode dans un délai de 12 mois et environ la moitié en moins de 24 mois. Les retraits importants au premier trimestre s'expliqueraient par le fait que c'est une période de pré-dilection de effets secondaires. Aussi certaines clientes qui ne seraient pas préparées ou informées de la survenue possible d'effets secondaires arrêteraient dès la survenue d'effets secondaires.

Le dernier trimestre de la durée d'utilisation de notre étude constituerait la période au bout de laquelle le temps de l'espace inter-génésique était respecté pour les patientes ayant bénéficié d'une césarienne.

## ➤ **Motif de retrait**

Dans notre étude diverses raisons ont motivé l'arrêt précoce de la contraception longue durée chez les clientes. Les problèmes de santé qu'ils soient d'origine gynécologique ou médicale ont plus motivé l'arrêt de la contraception longue durée dans notre série chez 132 clientes (46,7 %). Koné et coll. au Burkina Faso [42], trouvaient une prédominance du problème de santé au taux de 51,4 %. Ngom [52] trouvait également une proportion élevée des raisons de santé. Ravolamanana et coll. au Madagascar [62] trouvaient les troubles du cycle comme principal motif d'arrêt de la contraception.

Bonkian au Burkina [13], N'Diaye au Mali [51] trouvaient le désir de grossesse comme le motif principal d'arrêt de la contraception avec des taux respectifs de 39,3 % et 33,8 %.

Nos résultats pourraient s'expliquer par la survenue d'effets secondaires non expliqués à l'avance.

### • **Indications gynécologiques de retrait**

L'indication gynécologique a constitué la première cause d'arrêt précoce de la contraception longue durée dans notre série. Dans cette indication, ont dominé les effets secondaires chez 60 clientes (65,9 %). Koné et coll. [42] notaient 51 % de troubles du cycle menstruel comme motif de retrait du Norplant.

### • **Convenance d'un des membres du couple**

La convenance d'un des membres du couple a constitué le deuxième motif d'arrêt précoce de la contraception longue durée dans notre série 25,79 % des cas. Dans la convenance d'un des membres du couple, la convenance personnelle a représenté 67,7 % et l'opposition du conjoint dans 33,3% des cas. Cette proportion élevée s'expliquerait par un manque ou une insuffisance d'information sur la

contraception longue durée. Aussi par un désir de planification familiale non discuté au préalable par le couple ou la famille.

- **Désir de grossesse**

Il a constitué le troisième motif d'arrêt précoce de la contraception longue dans notre série 21,2 %.

Cela s'expliquerait :

- D'une part, par la raison d'utilisation de la méthode longue durée. En effet 70,7% des clientes avaient évoqué comme motif l'espacement des naissances.
- D'autre part, par le taux relativement faible du nombre d'enfants vivants par femme (2,2 enfants vivants) qui témoignerait que le nombre d'enfants désiré n'est pas atteint. Au niveau national la fécondité moyenne est de 6,2 paires [4].
- Aussi l'âge relativement jeune (âge moyen=30,3 ans) ; à cet âge les clientes n'ont pas encore eu le temps de faire le nombre d'enfants voulu.
- Egalement le décès d'un enfant pourrait modifier la décision du couple sur la contraception.

- **Indications médicales de retrait**

L'indication médicale a constitué la quatrième cause d'arrêt précoce de la contraception longue durée dans notre série. Les palpitations y ont dominé.

- **Les échecs des méthodes**

Les échecs de la contraception longue durée ont été constatés chez 14 clientes (4,95 %). Cela s'expliquerait par le fait que les prestataires céderaient sur insistance des clientes à utiliser le stérilet alors que l'hystérométrie n'est pas

favorable ; aussi par une hygiène non satisfaisante de certaines clientes favorisant des surinfections puis expulsion.

### **6.3. Etude de chaque méthode contraceptive**

#### **6.3.1. L'implant**

Dans notre étude, l'implant a été la méthode ayant fait le plus l'objet d'un arrêt précoce avec une prévalence de 53 %. L'indication prédominante d'arrêt de cette méthode dans notre série était la convenance personnelle dans 32,7 % des cas, suivie de 27,3 % de cause médicale. Koné et coll. [49] trouvaient 21,5 % la convenance personnelle et 24,7 % la cause médicale comme motif d'arrêt.

Cela pourrait traduire la pression qu'exercerait la famille sur les clientes utilisatrices de contraception longue durée [67]. L'âge moyen des utilisatrices était de 28,1 ans.

La tranche d'âge de 20-29 ans était prédominante avec 64,6 % des clientes. Bonkian [13] trouvait des résultats similaires avec un âge moyen de 28,6 ans et pour la même tranche d'âge une prédominance à 55 % des clientes. Koné et Coll. au Burkina [42] par contre, notait un âge moyen de 32 ans avec une prédominance de la tranche d'âge de 30-39 ans qui représentait 52,8 %. Ba et Coll. au Sénégal [9], trouvaient un moyen de 31,3 ans. Le jeune âge dans notre série s'expliquerait par l'élargissement de l'indication de l'implant à cette frange de la population au fil des années.

Le nombre moyen d'enfants vivants était de  $2 \pm 1,4$ . Les clientes qui avaient au plus 2 enfants vivants représentaient 76,8 % des cas.

Cela s'expliquerait par le fait qu'en ville compte tenu du fait que les conditions de vie deviennent de plus en plus difficiles, les couples auraient tendance à limiter les

naissances. De façon générale on note une augmentation de la prévalence contraceptive au niveau national mais plus sensible en milieu urbain. [22]

L'insertion avait été faite en période per-menstruelle dans 54,4% de notre étude. Bonkian [13] et Koné et Coll. [42] trouvaient respectivement des proportions supérieures aux nôtres 62,5 % et 72 %. Hamzaoui [33] trouvait une proportion inférieure 42,5 %.

Afin de minimiser la survenue d'effet secondaire l'insertion du Norplant devrait se faire en période per-menstruel.

En effet, Hamzaoui et Coll. [33] dans une étude comparative avait noté que les perturbations menstruelles induites par cette méthode étaient plus fréquentes lorsque l'insertion s'était faite en milieu du cycle.

### **6.3.2. Le DIU**

Il a constitué la seconde méthode à être arrêtée précocement dans notre série avec une proportion de 47 %. L'indication gynécologique a constitué le premier motif d'arrêt du DIU dans notre série 55,5 %. Nos résultats sont similaires à ceux de Akotionga et coll. Au Burkina Faso qui notaient dans 41,7 % la raison prédominante du changement du DIU. Par contre Sandwidi [65] trouvait dans sa série la raison personnelle comme premier motif de retrait 62,5 % et notait pour la raison médicale 30,3 %. La différence de nos résultats s'expliquerait par le fait que dans l'étude de Sandwidi les retraits notés n'étaient pas strictement de survenue précoce. Aussi les clientes référées à l'unité de PF du CHU-YO pour un besoin de contraception auraient souvent une indication médicale; donc l'intérêt de cette contraception pour leur état de santé exigerait de leur part une continuité ce qui amoindrit la raison personnelle.

L'âge moyen des utilisatrices de DIU dans notre série était de  $32,9 \pm 6,5$ . La tranche d'âge de 30 -39 ans représentait 47 %. Nous n'y avons pas noté

d'adolescente. Bonkian [13] trouvait dans sa série des résultats similaires avec un âge moyen de 33,2 ans et 48,4 % des clientes pour la même tranche d'âge. Les adolescentes étaient représentées à 1,1 %. Sandwidi [65] trouvait dans sa série un âge moyen de 30ans et 2,2% d'adolescentes. L'âge moyen élevé dans notre série pourrait s'expliquer par le fait que les prestataires dans notre contexte déconseilleraient le DIU aux sujets très jeunes pour éviter les retraits précoces. Ce constat est en rapport avec les données de la littérature qui indiquaient le stérilet aux femmes mais de préférence aux femmes d'âge mûr et ayant une vie sexuelle stable [65].

La parité moyenne dans notre série était de  $2,7 \pm 1,9$  paries. Toutes les clientes y avaient au moins accouché. Bonkian [12] notait dans son étude une parité similaire de 3 accouchements par femme et notait par contre 1,7% de nullipares. Cela s'expliquerait par le fait que la parité constitue après l'âge mûr, et la vie sexuelle stable un critère d'éligibilité pour le stérilet.

La période du cycle menstruel à l'insertion était per-menstruelle à 74,6% dans notre étude. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'à cette période l'orifice du col est ouvert donc d'insertion aisée. Cependant on note une expulsion du DIU si les règles sont trop abondantes. D'où l'insertion le plus souvent entre le quatrième et le septième jour.



**CONCLUSION**

## 7. Conclusion

L'arrêt précoce de la contraception longue est une réalité mais est encore peu abordé dans la littérature.

Notre étude portant sur le motif d'arrêt précoce de la contraception longue durée d'action à l'unité de planification familiale du service de gynécologie –obstétrique du CHU-YO nous a permis de faire les constats suivants :

Une proportion élevée de clientes a arrêté la méthode contraceptive longue durée pour diverses raisons de santé. En outre, la proportion de clientes ayant arrêté leur méthode contraceptive longue durée est beaucoup plus élevée parmi les clientes menant une activité non rémunérée.

Le deuxième motif mentionné par les clientes est la convenance d'un des membres du couple.

Le désir de grossesse a constitué également une raison importante de retrait de la contraception longue durée. Les proportions sont beaucoup plus élevées chez les clientes relativement de jeune âge ou ayant un nombre d'enfants vivants relativement bas.

L'arrêt précoce de la contraception de longue durée peut avoir un impact négatif sur la contraception et partant la mortalité maternelle et infantile.

Afin de minimiser cet impact et les gaspillages évitables de contraceptifs longues durées d'action, un counseling adapté, une prise en charge précoce et efficace des effets secondaires, le respect des contre-indications, ainsi qu'une sensibilisation continue impliquant aussi les hommes devraient être observés par les prestataires d'une part et des décideurs politiques d'autre part.

D'autres études plus élargies prenant en compte les différents aspects de la contraception longue durée pourraient davantage contribuer à l'amélioration de sa pratique efficiente en particulier et celle de la planification familiale en général au Burkina Faso.





**SUGGESTIONS**

## **8. Suggestions**

### **➤ Au chef de service de gynécologie-obstétrique**

- Renforcer le personnel de l'unité de planification familiale du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO ;
- Assurer un recyclage continu des prestataires de PF.

### **❖ A la Directrice de la Santé de la mère et de l'enfant**

- Promouvoir l'information de s groupes s c ibles de s hom mes e n matière de contraception longue durée.
- Fournir l'unité de planification familiale du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO en dossiers, carnets et en consommables pour une meilleure prestation au profit des clientes.

### **❖ Aux prestataires de l'unité de planification familiale du service du CHU-YO**

- Améliorer la qualité de services des contraceptifs de longue durée d'action à fin d'augmenter le nombre d'utilisatrices et baisser le nombre de retraits avant le terme d'utilisation ;
- Remplir dûment les fiches de suivi pour une plus grande fiabilité des données statistiques ;
- Insister lors du counseling avec les clientes sur les méthodes contraceptives longues durées ;
- Respecter les indications et contre-indications en matière de contraception longue durée ;
- Assurer un suivi particulier aux clientes à risque en matière de contraception longue durée ;

### ❖ **A la communauté**

- Respecter les rendez- vous fixés pour le suivi pour une prise en charge précoce des effets secondaires ou des complications ;
- Impliquer les hommes dans la contraception de longue durée.
- Retarder, espacer ou limiter leurs grossesses ;
- S’informer sur la contraception ;
- S’impliquer d’avantage dans la promotion de la planification familiale
- Eviter de stigmatiser les utilisatrices de la contraception



**REFERENCES**

## 10. Références

1. **Adjahoto EO, Hodonou KAS, Agba K, Akpadza K, Baeta S.** Contraception et avortement provoqué en milieu africain. *Méd Afr Noire* 1999 ; 46(8/9)-416-20.
2. **Akotionga M, Millogo F, Thiéba B, Ivo S, Koné B.** Profil épidémiologie, tolérance et acceptabilité en planification à Ouagadougou (à propos de 4 méthodes contraceptives). *Sci. et technique, sci. de la santé* 2002 Janvier-Juin ; n°1, 7-18.
3. **ANONYME.** Comité Préparatoire de l'Initiative de Bamako. Document National sur le renforcement des soins de santé primaire au Burkina Faso (projet de démarrage de l'Initiative de Bamako) 1923 :73.
4. **ANONYME** Fiche d'apprentissage de base pour les compétences de counseling. In Carnet de stage pour le DIU.
5. **ANONYME.** Fiche d'apprentissage de base pour les compétences de counseling. In Carnet de stage pour le Norplant.
6. **Arevalo M, Jennings V, and Sinai I.** Efficacy of a new method of family planning: the Standards Days Method. *Contraception* 2002; 65:333-338.
7. **Aubeny E, Brunerie J, Cesbron P.** Complications des avortements provoqués. *Encycl. Méd. Chir. (paris-France) Gynécol* 1989 ; 3-476 A10 : 1-16.
8. **Ba MG, Sangaré M, Moreiga P, Bah MD, Diadhiouf.** Connaissance, pratique et perspectives de la contraception chez les adolescents. *Médecine d'Afrique Noire* : 1999, 46,6 : 300-2.
9. **Ba M-G, Sangaré M, Moreira J-C, Diadhiou F.** Tolérance et acceptabilité des implants contraceptifs Norplant®. Expérience au CHU A. Le Dantec de Dakar (Sénégal) *Masson,Paris*, 2002 ; n°8, 765-771.
10. **Barry B.** Avantage de la MAMA. Rapport de situation du Burkina Faso (AM) 1994 :7-10.
11. **Barry RE.** Les connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé de Bobo-Dioulasso en matière de planification familiale. [Thèse]. *Méd : Ouagadougou* ; 1997. 98.

- 12. Bicaba A, Rawlings B, Ouedraogo B.** L'acceptabilité et la faisabilité d'introduire la méthode des jours fixes (MJF de) planification familiale dans les cliniques de la santé de la reproduction au Burkina Faso. Rapport final; Juillet 2005 : 51.
- 13. Bonkian G.** Bilan des activités à l'unité de planification familiale du service de Gynécologie-Obstétricale du CHU-YO [Thèse]. Méd : Ouagadougou ; 2008. 106.
- 14. Campana A.** Médecine de la reproduction, Endocrinologie- Family Planning : Guidelines, reviews, [www.gfmer.ch](http://www.gfmer.ch); Septembre 2008
- 15. Caroline M, Alfred S, Natalie B.** Evolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. 2009 ; Septembre-Décembre n°5-6, 338-344.
- 16. Centres pour les maladies transmissibles.** Allaitement dans : planification familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique, Géorgie, 1985 : 31-46.
- 17. Centres pour le contrôle des maladies.** Contraceptifs hormonaux vue d'ensemble. Dans : planification familiale méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985 :137-162.
- 18. Centres pour le contrôle des maladies transmissibles.** Contraceptifs injectables et autres contraceptifs progestatifs. Dans planification familiale, méthode et pratique pour l'Afrique, Géorgie, 1985 : 163-174.
- 19. Centres pour le contrôle des maladies transmissibles.** Le choix du contraceptif, efficacité, innocuité, et les autres considérations. Dans : planification familiale, méthode et pratique pour l'Afrique, Géorgie, 1985 : 115-128.
- 20. Congo Z.:** les facteurs de la contraception au Burkina Faso. Analyse à partir des données de l'enquête démographique et de la santé de 1999. In la planification familiale en Afrique, document d'analyse n°5 .Paris(France) ; 2005 Gripps, 53.
- 21. Diallo B.** Etude sur les raisons de la faible utilisation du DIU dans deux centres de référence du district de BAMAKO [Thèse]. Contraception : Bamako ; 2007. 119.

- 22. Direction des Etudes et de la Planification (DEP).** Annuaire Statistique du Burkina Faso 2009. Ouagadougou , Burkina Faso : DEP ; 2009.
- 23. Duboz P.** Planification familiale au Burkina Faso. Journée scientifique. Maitrise de la fécondité et planification familiale. PARIS, 1992 :6.
- 24. Ekra W C.** Introduction. Forum régional sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les facultés et école de santé en Afrique Centrale et Occidentale 1996 ; 1 : 1-2.
- 25. Ekra W C.** Le concept de la santé de la reproduction. Forum régional sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les facultés et école de santé en Afrique Centrale et Occidentale 1996 ; 1 :2-12.
- 26. Elodie B.** Les patientes sont-elles satisfaites de leur contraception Méd : Paris ; 2010. P66.
- 27. Family Health International.** Allaitement maternel. Network en français
- 28. Family Health International.** La contraception après un rapport non protégé. Le choix du contraceptif Network en français 1996 ; 16(3) :15-19.
- 29. Family Health International.** Le préservatif féminin, état de la recherche programme et politique de santé 2002. Network 2002.
- 30. Family Health International.** Les avantages des méthodes permanentes et à longue durée d'action pour les individus. Network 2008.
- 31. Family Health international.** Les progestatifs seuls sont très efficaces.les progestatifs seuls, Network en français 1995 ; 10(3) : 4-10.
- 32. Helaine NM.** Anatomie et Physiologie humaines. Traduction 4<sup>ème</sup> édition américaine. Québec : Renouveau pédagogie Inc. 1999.
- 33. Hamzaoui R, Derbel S, Gorgod K, M'Hamdi A, Mansour A, Boulehia N et al.** La contraception par les implants sous-cutanés de Lévonorgestrel, une étude tunisienne. Presse Méd. 1996 ; 25 :1063-5.
- 34. Hatcher RA, Rinehart W, Blackbum R, Geller JS, Shelton JD.**

Elément de la technologie de la contraception: Manuel à l'intention du personnel clinique. Programme d'information sur la population de l'Université Johns Hopkins. Octobre 2000 ; 1-16.

**35. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INDS) et ORC Macro**, Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003, Calverton, Maryland USA : 2004 : 58-59 ; 67.

**36. Institut Nationale Statistique et de démographie (INSD) et Recensement Général de la Population Humaine (RGPH) 2006.** 2008 : 172.

**37. IPPFRA.** Initiatives. Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive, Africa Link 1996 : 8-17.

**38. Jacky N.** Collection Hippocrate, Gynécologie-Obstétrique, contraception [En ligne]. 2005 Février Consulté 18/04/ 2011 ; 1-2-27. [http : // www.laconference hippocrate.com](http://www.laconferencehippocrate.com)

**39. Jane TB, Magnani RJ. Knowles J C :**Manuel d'indicateurs pour l'évaluation des programmes de planification familiale. Washington (USA), usaid, 304.

**40 .Kabré Y.** Contraception chez les adolescentes dans les centres jeunes de la ville de Ouagadougou : Profil socio-démographiques et pratiques [Thèse]. Méd : Ouagadougou; 2008. 103.

**41. Koffi NPM.** Satisfaction des clientes et continuité de la pratique contraceptive dans un service de la santé de la reproduction : cas de l'ABBEF [Thèse]. Med : Ouagadougou ; 2007.69.

**42. Kone B, Lankoande J, Ouedraogo CMR, Ouedraogo A, Bonane B, Touré B, et coll.** La contraception par les implants sous-cutanés de Levonorgestrel (Norplant ®) expérience africaine du Burkina Faso.Méd. d'Afrique Noire1999 136-139.

**43. Ladipo OA., Akins SA.** Contraceptives implants. African Journal of Reproduction. 2005 April ; n°1 1-8.



- 44. Lori A.** Besoin insatisfait en planning familial : Les tendances récentes et leur répercussion sur les programmes. Rapport de politique général Population Référence Bureau 2003 1-8.
- 45. Madre JF.** Les cycles sexuels de la femme. Février2001. Consulté le 18 Mai 2011 sur le site [http:// www.femiweb.com/ physio cycle/frameset\\_cycle.htm](http://www.femiweb.com/physio%20cycle/frameset_cycle.htm).
- 46. Ministère de la Sante, de l'Action Sociale et de la Famille** (Direction de la santé de la famille). Politique et standard des services SMI/PF au Burkina Faso. Ouagadougou Impro, 1992 : 6-9.
- 47. Ministère de la Sante du Burkina Faso** Rapport final. Analyse des services de santé de la reproduction au Burkina Faso. 2006 : 119-123.
- 48. Mohamed A, John C.** Abandon de la contraception dans six pays en développement : analyse spécifique à la cause. Perspectives internationales sur le planning familial : 1995(spécial) pp. 12-17-35.
- 49. Moreau C, Cleland K, Trussel J.** Contraceptive discontinuation attributed to dissatisfaction in the United States. *Contraception* 2007; 76:267-72. 1993 ; 8(1) : 35.
- 50. Napon A.M.** La mortalité maternelle dans l'agglomération de la ville de Ouagadougou [Thèse]. Méd : Ouagadougou ; 1996. 91.
- 51. N'Diaye S.** Etude épidémiologique et clinique des implants à la clinique de l'AMPPF [Thèse]. *Contraception* : Bamako ; 2008. 85.
- 52. N'Gom P.** Pourquoi les femmes arrêtent –elles d'utiliser la contraception ? Exemple du Botswana .Etude de la population africaine, Vol 9 1994 avril ; Dakar (Sénégal) p1-10
- 53. Niakara A. ; Nebie LVA. ; Gary J, Harang M, Fournet F, Salem G.** Hypertension artérielle et disparités socio-spatiales dans la ville de Ouagadougou au Burkina Faso. In : livre des résumés des deuxièmes journées scientifiques de la société de cardiologie du Burkina Faso. Ouagadougou : SOCARB 2006.
- 54. Oliveras E.** Guide de poche à l'intention des prestataires de planification familiale. 1996-1998 ; 2<sup>nd</sup> Edition : 322.

- 55. OMS.** Série de rapports techniques. Genève, Suisse 1997 ; 483 :5 .
- 56. Organisation Mondiale de la Santé.** Le début. D'ALMA-ATA à l'an 2000 : réflexion à la mi-parcours 1990 : 12- 3.
- 57. Ouédraogo A, Turkson R.** Introduction Recherche portant sur l'examen et l'analyse de toutes les législations, règlement et politique administratives ayant une incidence sur le statut juridique de la femme, les questions liées à l'avortement, accessibilités aux informations et aux services de planification familiale. Ouagadougou Burkina 1995 ; 1 : 2-69.
- 58. Perlemuter L, Perlemuter G.** Guide de Thérapeutique. 2<sup>e</sup> Edition actualisée, Masson, 20002 : 600-610.
- 59. Pictet G.** La planification familiale a-t-elle un sens en Afrique rurale ? : L'exemple du Laboratoire de santé communautaire du Bazèga (Burkina Faso) 1999.
- 60. Population reports.** Les DIU- état récent des informations 1995 décembre série b 23(5 ; 6). vol. 23 n°5
- 61. Rapport d'un groupe scientifique de l'OMS.** Mode d'action innocuité et efficacité des DIU Genève 1987. OMS Série de rapport technique 783.
- 62. Ravolamanana LR., Randaoharison PG, Razafintssalama DL.** La contraception par les implants sous-cutanés de Levonorgestrel (Norplant ®) au CHU de Mahajanga Madagascar. Méd. d'Afrique 2000 47(10) 410-415.
- 63. Rozembah H .** Mode d'action. Dans Cents questions sur les stérilets. Mont rouge : Laboratoire S. EARLE, 1976 :85-94.
- 64. Robin G, Massart P, Letombe B.** La contraception des adolescents en France en 2007. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2007 : 35(10) :951-967.
- 65. Sandwidi G.** Evaluation de la contraception intra-utérine dans 5 centres de planification familiale de la ville de Ouagadougou. Etude rétrospective sur 5 années 1987-1991. [Thèse]. Méd : Ouagadougou ; 1992. 61.
- 66. Série des rapports techniques,** 1971 ; 483 :5

**67. Sondo B, Sya D, Pare R, Kouanda S, Savadogo L.L** L'utilisation des méthodes contraceptives par les la tribu mossi d'un district sanitaire rural de Kaya, Burkina Faso. Cahiers santé : 2001, 11(2) : 111-6.

**68. UNFPA. Etat de la population 2004.** Le consensus du Caire 10 ans après : la santé de la population en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté. New York 2004. 116.

**69. Zalha MS.** Obstacles à l'utilisation des services de planification familiale à Ouagadougou au Burkina Faso [Thèse]. Méd : Bamako ; 2004.117.



**ANNEXES**

## 10. Annexes

### Motif d'arrêt précoce de la contraception longue durée à l'unité de PF du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO

#### Fiche de collecte

1) fiche d'enquête n° : \_\_\_\_

2) Numéro de dossier : \_\_\_\_

3) Date : \_\_\_\_ \ \_\_\_\_ \ \_\_\_\_

#### 1. Caractéristiques Fiche sociodémographiques

Age : \_\_\_\_

Provenance : Ouagadougou [ ] hors de Ouagadougou [ ]

Précision \_\_\_\_\_

Profession : femme au foyer [ ] commerçante [ ]

élève/étudiante [ ] salariée [ ] Autre : \_\_\_\_\_

Profession du mari : cultivateur [ ] commerçant [ ]

élève/étudiant [ ] salarié [ ] Autre : \_\_\_\_\_

Situation matrimoniale: femme en union [ ] divorcée [ ] célibataire [ ] veuve [ ]

Niveau d'instruction : non scolarisée [ ] primaire [ ] secondaire [ ] supérieur [ ]

#### 2. Antécédents

##### Antécédents médicaux

HTA [ ] autres affections cardiovasculaires [ ] diabète [ ] UGD [ ]

Asthme [ ] drépanocytose [ ] autres [ ]

##### Antécédents chirurgicaux

Césarienne [ ] interventions gynécologiques [ ] chirurgie mammaire [ ]

laparotomie [ ] autres [ ]

##### Antécédents gynécologiques

Age des ménarches : \_\_\_\_ cycle : régulier [ ] irrégulier [ ]

Date des dernières règles :

Règle en cours [ ] date inconnue [ ] aménorrhée de nourrice [ ]

Utilisation antérieure de contraception : oui [ ] préciser : \_ Non [ ]

IST [ ] mastopathie [ ] dysménorrhée [ ] fibrome [ ] leucorrhée [ ]

Kyste ovarien [ ] autres [ ]

### **Antécédents obstétricaux**

Nombre de grossesses : \_\_\_ nombre de pares : \_\_\_ Nombre d'enfants vivants : \_\_\_

Avortement [ ] grossesse extra-utérine [ ] pré éclampsie [ ]

### **Mode de vie**

Tabac [ ] alcool [ ] autres [ ]

### **Examen clinique**

Constantes :

Poids au début : \_\_\_ kg dernier poids : \_\_\_ kg

TA au début : \_\_\_/\_\_\_ mm hg dernière tension : \_\_\_/\_\_\_ mm hg

Taille : \_\_\_ m IMC : \_\_\_\_\_

Examen physique

Normal [ ] pathologies gynécologiques [ ]

Pathologies médicales : diabète [ ] hypertension [ ] UGD [ ] Asthme [ ]

Drépanocytaire [ ] Autre \_\_\_\_\_

Pathologies chirurgicales [ ] pathologies obstétricales [ ]

### **Contraception**

#### **Méthodes utilisées**

Norplant [ ] DIU [ ]

Motif d'utilisation : \_\_\_\_\_

Date de pose : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ date de retrait : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Durée** (en mois) : \_\_\_

#### **Motifs de retrait**

Désir de grossesse [ ]

Causes médicales : malaise [ ] HTA [ ] furonculose [ ] perte de poids [ ] prise

de poids [ ] allergie [ ] Autre : \_\_\_\_\_

Causes gynécologiques : saignements [ ] annexites [ ] leucorrhées  
récidivantes [ ] grossesse extra-utérine [ ] Autre : \_\_\_\_\_

Opposition du conjoint [ ] DIU en voie d'expulsion spontanée [ ] convenance  
personnelle [ ] fil du DIU coupé [ ] DIU expulsé [ ] Autre : \_\_\_\_\_

convenance personnelle [ ] fil du DIU coupé [ ] DIU expulsé [ ] Autre : \_\_\_\_\_



**RESUME/SUMMARY**



## 11. Résumé

**Titre :** Motifs d'arrêt précoce de la contraception de longue durée d'action à l'unité de planification familiale du service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO

### Résumé

En vue de contribuer à l'étude des motifs d'arrêt précoce de la contraception à longue durée d'action, une analyse rétrospective des dossiers sur une période de cinq ans, du 1er janvier 2006 au 31 décembre 2010, a été réalisée à l'unité de planification familiale de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO. Nous avons pu étudier les caractéristiques socio-démographiques, la prévalence, la durée d'utilisation ainsi que les motifs d'arrêts de la contraception longue durée grâce à une fiche de collecte préétablie.

916 clientes ont été reçues pour arrêt de la contraception longue durée dont 753 arrêts avant terme soit 82,2 %. Parmi les arrêts avant terme 518 dossiers étaient exploitables soit 68,8 % et nous avons colligés 283 arrêts précoces de contraception longue durée soit 54,6 %. L'âge moyen des clientes était de  $30,3 \pm 6,7$  ans. Le nombre moyen d'enfants vivants était de  $2,2 \pm 1,5$  et les clientes avaient tout au plus 3 enfants dans 84,5 %. La parité moyenne était de  $2,5 \pm 1,8$  et les paucipares étaient de 45,2 %. Les clientes menant une vie maritale étaient 268 (97,1 %). Les clientes avaient un niveau d'instruction au moins secondaires dans 78,3 % des cas, les clientes provenaient dans 91,8% de Ouagadougou, elles étaient femmes au foyer dans 46,5% et les conjoints étaient salariés 56,8 % des cas, la prévalence du contraceptif était 53% pour l'implant et 47% pour le DIU, l'insertion était faite en période per menstruelle dans 65,6 % des cas. Le motif d'utilisation était l'espacement des naissances dans 70,7 % et ne désirant plus faire d'enfants dans 25,6 % des cas.

L'arrêt pour problème de santé était de 46,7% composé de pathologies gynécologiques à 32,2 % et les causes médicales pour 14,5%, désir de grossesse était de 21,2 %. L'arrêt pour convenance de l'un des membres du couple était de 25,8 %.

Les arrêts précoces étaient prédominants chez les clientes ayant moins de 30 ans (55,5%), celles menant des activités non rémunérées (56,9%) et chez celles ayant au plus 3 enfants vivants (84,5%).

Un counseling adapté, une prise en charge précoce de effets secondaires et une sensibilisation accentuée, ainsi qu'une implication des hommes devraient contribuer à réduire considérablement les retraits précoces de la contraception longue durée pour une utilisation rationnelle de nos ressources très limitées.

**Mots clés :** Implants, DIU, arrêt précoce, motifs.

**Contact :** (00226) 70 78 32 68 **E-mail :** harounahamo@yahoo.f

## Summary

**Title:** Reasons for early termination of long-term contraceptive action in the unity of family planning service of Obstetrics and Gynecology at CHU-YO

### Summary

To contribute to the study of reasons for early termination of long-term contraception, a retrospective chart review over a period of five 1<sup>st</sup> January 2006 to 31<sup>st</sup> December, 2010 was conducted at the family planning unit of Gynecology Obstetrics and CHU-YO. We were able to study the socio-demographic characteristics, prevalence, duration of use and the reasons for judgments of the long-term contraception with a record collection predetermined.

916 customers have been received for stopping the long-term contraception with 753 stops prematurely or 82.2%. Among the stops 518 preterm cases were 68.8% is usable and we have collected 283 early termination of long-term contraception is 54.6%. The average age of clients was  $30.3 \pm 6.7$  years. The average number of children was  $2.2 \pm 1.5$  and clients were at most three children in 84.5%. The mean parity was of  $2.5 \pm 1.8$  and pauci pares were predominant (45.2%). Clients living a married life were 268 (97.1%). Clients were educated at least 78.3% of secondary cases, clients were from 91.8% in Ouagadougou, they were housewives and 46.5% in their husbands were employed 56.8% of cases, contraceptive prevalence was 53% for Norplant and 47% for the IUD, the insertion was made per menstrual period in 65.6% of cases. The pattern of use was the spacing of births and 70.7% who no longer wish to have children in 25.6% of cases.

The stop for health problem was 46.7% composed of gynecological pathologies was 32.2% and 14.5% for medical causes; desire for pregnancy was 21.2%. Then, a significant proportion of arrest to the suitability of a member of the couple was 25.8%.

The decisions were predominant early in clients under 30 years (55.5%), those carrying out unpaid work (56.9%) and especially for those with more than 3 living children (84.5%).

Appropriate counseling, an early management of side effects a heightened awareness and a male involvement should help to significantly reduce the early withdrawal of long-term contraception for a rational use of our resources very limited.

**Keywords:** implants, IUD, early stopping, reasons.

**Phone number :** (00226) 70 78 32 68    **E-mail :** harounahamo@yahoo.fr



**SERMENT D'HIPPOCRATE**

## **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 pas de salaire au dessus de mon travail.

Admis 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 les crimes.

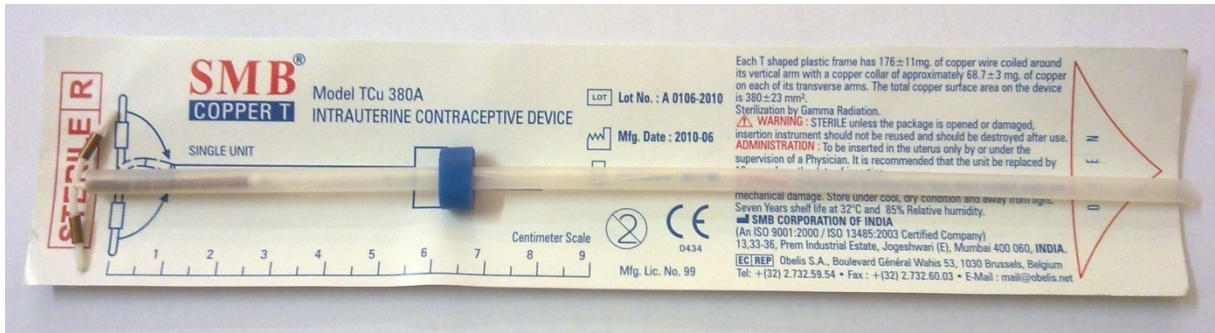
Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes engagements, que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque.



**ICONOGRAPHIE**

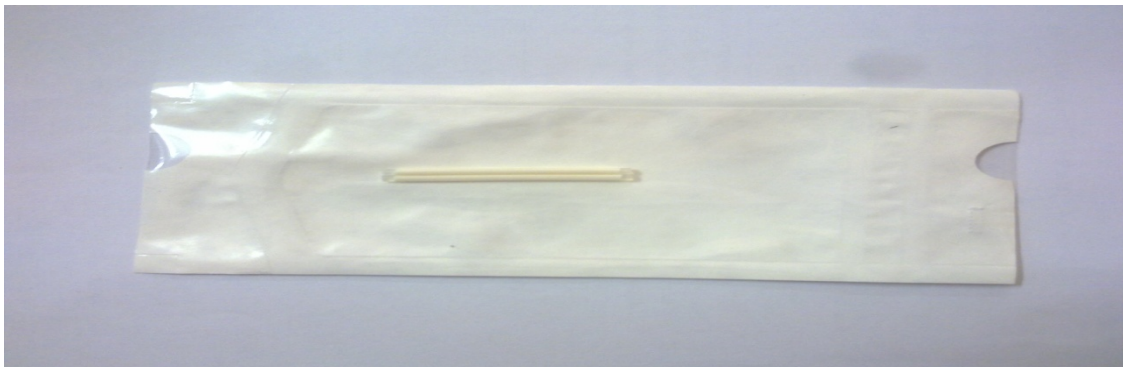
# ICONOGRAPHIE



**DIU A380**



**DIU IMPLANTE**



**JADELLE**



**TROCARD POUR IMPLANT**



