UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Année : 1997 **Thèse n° :**

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTE DE LA VILLE DE BOBO DIOULASSO EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

22 Décembre 1997

pour l'obtention du :

DIPLOME DE DOCTORAT D'ETAT EN MEDECINE

Par : **BARRY Raïnatou Euphrasie Véronique**

Née le : 24 Janvier 1970 à Ouagadougou (BURKINA FASO)

Directeur de thèse :

Pr. Ag. Bibiane KONE

Membres du jury :

Président : **Pr. Innocent Pierre GUISSOU**

Membres : **Pr. Ag. François TALL**
Pr. Ag. Blaise SONDO
Dr. Blami DAO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU

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

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA F.S.S.

ENSEIGNANTS PERMANENTS

Professeurs titulaires

Rambré Moumouni OUIMINGA	Anatomie organogenèse et chirurgie
Hilaire TIENDREBEOGO	Sémiologie et Pathologies médicales
Tinga Robert GUIGUEMDE	Parasitologie
Bobilwindé Robert SOUDRE	Anatomie-pathologique
Amadou SANOU	Chirurgie générale et digestive
Innocent Pierre GUISSOU	Pharmacologie Toxicologi

Professeur associé

Ahmed BOU-SALAH	Neuro-chirurgie

Maîtres de Conférences

Julien YILBOUDO	Orthopédie Traumatologie
Bibiane KONE	Gynécologie-Obstétrique
Alphonse SAWADOGO	Pédiatrie
Kongoré Raphaël OUEDRAOGO	Chirurgie Traumatologie
François Réné TALL	Pédiatrie
Jean KABORE	Neurologie

Joseph Y. DRABO	Endocrinologie
Blaise SONDO	Santé Publique

Maîtres de Conférences associés

Jean TESTA	Epidémiologie-Parasitologie

Maîtres-Assistants associés

Rachid BOUAKAZ	Maladies infectieuses

Assistants associés

Magali CLOES	ULB
Caroline BRIQUET	ULB

Maîtres-Assistants

Lady Kadidiatou TRAORE	Parasitologie
Mamadou SAWADOGO	Biochimie
Jean LANKOANDE	Gynécologie-Obstétrique
Issa SANOU	Pédiatrie
Ludovic KAM	Pédiatrie
Adama LENGANI	Néphrologie
Omar TRAORE N°1	Chirurgie
SI Simon TRAORE	Chirurgie
Adama TRAORE	Dermatologie Vénérologie
Abdoulaye TRAORE	Santé Publique
Kampadilemba OUOBA	Oto-Rhino-Laryngologie
Piga Daniel ILBOUDO	Gastro-entérologie
Albert WANDAOGO	Chirurgie Générale
Daman SANO	Chirurgie Générale
Arouna OUEDRAOGO	Psychiatrie
Joachim SANOU	Anesthésie-Réanimation

Patrice ZABSONRE	Cardiologie
Jean Gabriel OUANGO	Psychiatrie
Georges KI-ZERBO	Maladies Infectieuses
Théophile TAPSOBA	Biophysique

Assistants Chefs de cliniques

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

Rigobert THIOMBIANO	Maladies Infectieuses
Raphaël DAKOURE	Anatomie-Chirurgie

Assistants

Michel AKOTIONGA	Gynécologie-Obstétrique
Robert O. ZOUNGRANA	Physiologie
Seydou KONE	Neurologie
Boubacar TOURE	Gynécologie-Obstétrique
Bobilwindé SAKANDE	Anatomie-Pathologique
Raphaël SANOU (in memoriam)	Pneumo-phtisiologie
Oumar TRAORE N°2 (in memoriam)	Radiologie
Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
Arsène M.D. DABOUE	Ophtalmologie
Nonfounikoun D. MEDA	Ophtalmologie
Athanase MILLOGO	Neurologie
Boubacar NACRO	Pédiatrie
Vincent OUEDRAOGO	Médecine du Travail

Assistants Biologistes des Hôpitaux

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

ENSEIGNANTS NON PERMANENTS

Faculté des Sciences et Techniques (FAST)
Professeurs Titulaires

Alfred S. TRAORE	Immunologie
Akry COULIBALY	Mathématiques
Sita GUINKO	Botanique-Biologie Végétale

Guy V. OUEDRAOGO	Chimie Minérale
Laya SAWADOGO	Physiologie-Biologie Cellulaire
Laou Bernard KAM (in memorian)	Chimie

Maîtres de Conférences

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

Maîtres-Assistants

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

Assistants

Apolinaire BAYALA (in memoriam)	Physiologie
Jeanne MILLOGO	T.P. Biologie-Cellulaire
Raymond BELEMTOUGOURI	T.P. Biologie Cellulaire
Gustave KABRE	Biologie
Drissa SANOU	Biologie Cellulaire

Institut du Développement Rural (IDR)

Maîtres-de Conférences

Didier ZONGO	Génétique

Faculté des Sciences Economiques et de Gestion (FASEG)

Maître-Assistant

Tibo Hervé KABORE	Economie-Gestion

Assistants

Mamadou BOLY	Gestion

Faculté de Droit et Sciences Politiques (FDSP)

Assistants

Jean Claude TAITA	Droit

ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mme Henriette BARY	Psychologie
Boukari Joseph OUANDAOGO	Cardiologie
Virginie TAPSOBA	Ophtalmologie
R. Joseph KABORE	Gynécologie-Obstétrique
Saïdou Bernard OUEDRAOGO	Radiologie
Dr Bruno ELOLA	Anesthésie-Réanimation
Dr Michel SOMBIE	Planification
Dr Nicole PARQUET	Dermatologie
M. GUILLRET	Hydrologie
M. DAHOU (in mémoriam	Hydrologie
Dr Bréhima DIAWARA	Bromatologie
Dr Annette OUEDRAOGO	Stomatologie
Dr Adama THIOMBIANO	Législation Pharmaceutique
Dr Sidiki TRAORE	Galénique
Mr Mamadou DIALLO	Anglais

Dr Badioré OUATTARA	Galénique
Dr Tométo KALOULE	Médecine du Travail
Dr Alassane SICKO	Anatomie

ENSEIGNANTS MISSIONNAIRES

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

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

O.M.S.

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

Mission Française de Coopération

Pr. Etienne FROGE	Médecine Légale
Pr AYRAUD	Histologie-Embriologie
Pr. Henri MOURAY	Biochimie (Tours)

Pr. Denis WOUESSI DJEWE	Pharmacie Galénique (Paris XI)
Pr. M. BOIRON	Physiologie

Mission de l'Université Libre de Bruxelles (ULB)

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

LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF

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

A MON PERE, Ousmane BARRY

(in mémoriam)

Je t'ai peu connu , mais ton courage et ton ardeur au travail qui m'ont été contés par ma mère t'ont érigé en modèle posthume à mes yeux .

J'aurais tant aimé que tu sois avec nous aujourd'hui .

Demeure dans la paix du repos éternel .

A MA MERE, Antoinette BARRY née ACCROMBESSI

Seule après la perte cruelle de Papa , tu as su trouver les ressources nécessaires pour nous élever .

Soutenue et protégée par ton amour , je ne me suis jamais vraiment sentie orpheline .

Tu t'es toujours sacrifiée pour ta « YAABO » .

De part tes fonctions , tu m'as inspirée .

Ensemble , nous nous sommes battues et ensemble aujourd'hui , à travers ce travail , nous remportons une bataille décisive .

Mais plus que jamais j'aurai besoin de toi Maman , car je n'aurai de satisfaction plus grande que d'inscrire ma carrière dans les nobles traces de la tienne .

Que le tout puissant te garde le plus longtemps auprès de nous .

A MES SOEURS ET FRERES, Valentine, Aurélien, Rosemonde, Rodrigue, Lydia.

L'union fait la force et ce travail en est la preuve .

Il est l'aboutissement de vos efforts , de votre tolérance et de votre persévérance dans l'assistance à votre petite sœur .

Puisse t- il me faire pardonner toutes mes turpitudes .

Ce travail est aussi le vôtre .

Restons unis pour toujours .

A MES BEAUX FRERES ET BELLES SOEURS

J'ai pu compter sur vous comme sur mes frères et soeurs chaque fois que j'en ai eu besoin. Puisse le sens du devoir conjugal prévaloir dans vos foyers respectifs afin qu'il y règne la paix et le bonheur et que survive toujours cet esprit de solidarité familiale.

A MON NEVEU , Saïd Aziz
(in memoriam)

Mon choix pour le corps médical a aussi été guidé par ton état de santé . Peut être y suis - je arrivée trop tard ?
Je fais à ta mémoire le serment d'être entièrement au service des autres malades pour guérir leurs maux ou alléger leur souffrance comme j'eus aimé faire pour toi.
Que l'au-delà te sois plus clément .

A MES NEVEUX ET NIECES

Je souhaite que ce travail vous serve d'exemple .
Soyez meilleurs que Tantie !
Grandissez avec tous mes voeux de réussite !

A MES ONCLES ET TANTES , A MES COUSINS ET COUSINES

De près ou de loin , vous avez tous oeuvré à ma réussite .
Je souhaite très sincèrement que vous partagiez aujourd'hui ma joie .

A TOUS MES AMI(E)S

Merci pour l'affection dont vous m'avez entourée .
Je vous dédie ce travail .

A MES PROMOTIONNAIRES DE LA F.S.S.

La médecine est une . Soyons unis .

A TOUS LES STAGIAIRES INTERNES DU CHNSS DE BOBO DIOULASSO

Les difficultés ne doivent pas nous arrêter .
poursuivons ! !

A TOUS MES MAITRES

J'ai fais le voeu de réussir pour vous faire honneur , j'ose espérer que vous êtes fiers de moi aujourd'hui . MERCI .

AUX MEMBRES DU LIONS CLUB INTERNATIONNAL

Je vous dédie ce travail .

A

MES

MAITRES

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

le Professeur Innocent Pierre GUISSOU

Nous vous avons toujours admiré pour vos compétences scientifiques et votre rigueur au travail. Par votre pédagogie, vous avez su nous inculquer les bases de la pharmacologie que nous savons vaste et complexe.

Vous nous faites un très grand honneur en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance .

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

le Professeur Agrégé Bibiane KONE

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de diriger cette thèse.

Par votre expérience et votre compétence, vous avez guidé nos premiers pas dans la Gynécologie et l'Obstétrique.

Par votre rigueur au travail, votre patience et votre savoir-faire, vous avez su nous enseigner.

Par votre esprit maternel et votre sagesse, vous avez su nous comprendre, nous conseiller et nous encourager dans les moments difficiles.

En tant que mère et en tant que maître, vous serez toujours un modèle pour nous.

Nous vous en serons éternellement reconnaissante.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

le Professeur Agrégé François TALL

Avec votre pédagogie et vos compétences, vous nous avez enseigné avec brio la Médecine infantile dès les premiers instants de notre formation médicale.

Nous avons été sensible à vos nombreuses qualités humaines faites de rigueur, d'ardeur au travail, de compréhension et de sagesse pendant que vous dirigiez notre stage à Bobo-Dioulasso.

C'est un réel honneur pour nous de vous avoir au sein de ce jury.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

le Professeur Agrégé Blaise SONDO

Votre simplicité, votre ardeur au travail et votre disponibilité permanente inspirent de l'admiration. Par ces qualités, vous nous avez guidée dans l'immensité de la santé publique.

Vous serez toujours un exemple pour nous.

Nous sommes heureuse de l'honneur que vous nous faîtes en étant juge de ce travail.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

le Docteur Blami DAO

Nous vous disons infiniment merci pour vos enseignements et vos conseils donnés lors de notre stage interné. Vous avez toujours voulu que notre formation ne souffre d'aucune faille.

Nous sommes très honoré de vous compter parmi les membres du jury de cette thèse.

AU DOCTEUR André Jules BAZIE

Votre rigueur au travail, votre sens de l'organisation et l'attention que vous portez à vos élèves nous ont séduite lors de notre passage dans votre service .

Nous sommes fière de vous avoir eu comme maître.

Vous avez mis entièrement à notre disposition vos compétences, votre expérience et votre temps pour l'élaboration de cette thèse.

Nous vous sommes très reconnaissante.

A la **Famille DAHOUROU**,

pour toute l'affection dont vous m'entourez et pour toute l'aide que vous m'avez apportée dans la réalisation de ce travail. A bras ouverts, vous m'avez accueillie dans votre famille ; je vous en remercie.

A **Marc et Béatrice**,

je découvre aujourd'hui l'ampleur de l'amitié qui nous lie devant le travail de géant que vous avez abattu

A tout le personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso

Au personnel du Centre Hospitalier National Sanou Souro, particulièrement au personnel de la maternité

Au personnel de la Direction Régionale de la Santé

Au personnel de la maternité du Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo

A INFO PLUS SERVICE

A tous les enquêteurs,

pour la disponibilité dont vous avez fait preuve lors du déroulement de l'enquête

Au personnel de « The Population Council »

Au personnel du camp militaire de Bobo-Dioulasso, particulièrement au Docteur KOLOGHO

Au personnel de la Faculté des Sciences de la Santé

Au personnel du Service d'Informatique Médicale (SIM)

Au personnel de la Bibliothèque Centrale de l'Université de Ouagadougou

Au personnel de la Bibliothèque de la Faculté des Sciences de la Santé

Au personnel de l'Association Burkinabè pour le Bien Etre Familial (ABBEF), particulièrement à monsieur KOALAGA Oscar

Au Centre d'Etude et de Réflexion pour Collégiens, Lycéens et Etudiants (CERCLE) pour nous avoir accueillie pendant toutes ces années

A vous tous qui, à un moment ou un autre, m'avez apporté une assistance durant mon parcours

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES III

INTRODUCTION - ENONCE DU PROBLEME 1

I. / RAPPEL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE 3

1. / DÉFINITIONS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 3

2. / HISTORIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 4

2. 1. / Dans le monde 4

2. 2. / En Afrique 5

2. 3. / Au Burkina Faso 6

3. / LA CONTRACEPTION 7

3. 1. / Définition 7

3. 2. / Les méthodes contraceptives 8

II. / OBJECTIFS 29

OBJECTIF GENERAL 29

OBJECTIFS SPECIFIQUES 29

III. / METHODOLOGIE 30

1. / CADRE DE L'ETUDE 30

2. / METHODE DE RECHERCHE 32

3. / POPULATION D'ETUDE 32

4. / COLLECTE DES DONNEES 34

5. / ANALYSE DES DONNEES 35

IV. / RESULTATS 37

1. / CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION 37

2. / CONNAISSANCES EN PLANIFICATION FAMILIALE DU PERSONNEL DE SANTE DE BOBO-DIOULASSO 40

2. 1. / Les connaissances sur les définitions 40

2. 2. / Les méthodes contraceptives citées 43

2. 3. / Les connaissances sur les modes d'action 44

2. 4. / Les connaissances sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives 48

2. 5. / Les connaissances sur la fréquence des visites de suivi des différents contraceptifs 48

2. 6. / Connaissances et Qualité des services 51

2. 7. / Désir du personnel de santé de s'informer en matière de PF 58

3. / ATTITUDES DU PERSONNEL DE SANTE DE BOBO-DIOULASSO SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE 59

3. 1. / Opinion du personnel de santé de Bobo-Dioulasso sur la taille de sa famille 59

3. 2. / Opinion du personnel de santé sur l'efficacité de la contraception 61

3. 3. / Préférences du personnel de santé en ce qui concerne les différentes méthodes contraceptives 62

3. 4. / Attitudes du personnel de santé sur l'importance de la Planification Familiale 64

3. 5. / Attitudes du personnel de santé à propos de la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents 65

3. 6. / Attitudes du personnel de santé à propos de certaines méthodes contraceptives 68

4. / PRATIQUES EN PLANIFICATION FAMILIALE ET TAUX D'UTISATION DES CONTRACEPTIFS PAR LE PERSONNEL DE SANTE DE BOBO-DIOULASSO 71

4. 1. / Utilisation de contraceptifs 71

4. 2. / Utilisation par type de contraceptifs 73

V. / COMMENTAIRES ET DISCUSSION 77

1. / LES LIMITES DE L'ÉTUDE 77

2. / CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION 78

3. / CONNAISSANCES EN PLANIFICATION FAMILIALE (CONTRACEPTION) 79

4. / ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 85

5. / PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTÉ EN PLANIFICATION FAMILIALE 86

6. / INFLUENCES DES CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTÉ SUR LEURS PRESTATIONS : OBSTACLES À LA PRATIQUE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE 87

CONCLUSION - RECOMMANDATIONS 89

CONCLUSION 89

RECOMMANDATIONS 90

A. / Recommandations pour l'améliorations des services de PF 90

B. / Recommandations relatives à la recherche 91

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 93

LISTE DES ABREVIATIONS ET SIGLES

- ABBEF: Association Burkinabé pour le Bien Etre Familial
- AIS: Agent Itinérant de Santé
- AM: Allaitement Maternel
- AMASAR: Association Maternité Sans Risque
- APF: Association de Planification Familiale
- ASC: Agent de Santé Communautaire
- CAP: Connaissances, Attitudes et Pratiques
- CCV: Contraception Chirurgicale Volontaire
- CFA: Communauté Financière Africaine
- CHN: Centre Hospitalier National
- CHR: Centre Hospitalier Régional
- CHU: Centre Hospitalier Universitaire
- CIPD: Conférence Internationale sur la Population et le Développement
- CM: Centre Médical
- CMA: Centre Médical avec Antenne chirurgicale
- COC: Contraceptifs Oraux Combinés
- COWAN: Country Women Association of Nigeria
- CPN: Consultation prénatale
- CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale
- DBC: Distribution à Base Communautaire
- DIU: Dispositif Intra Utérin
- DSF: Direction de la Santé de la Famille
- EDS: Enquête Démographique et de Santé
- EMP: Education en Matière de Population
- EPS: Education Pour la Santé
- GEU: Grossesse Extra Utérine
- GTZ: Deutsche Gessellschaft Für Technische Zuzammenarbeit
- HTA: Hyper Tension Artérielle
- IB: Initiative de Bamako

- IEC: Information Education Communication
- IM: Intra Musculaire
- IPPF: International Planned Parenthood Federation
- LH: Lutéinising Hormon
- LNG-20: Levonorgestrel
- LT: Ligature Tubaire
- MAMA: Méthode de l'Allaitement Maternel et de L'Aménorrhée
- MAO: Méthode d'Auto Observation
- Mcg: Microgramme
- MIP: Maladie Inflammatoire du Pelvis
- MST: Maladie Sexuellement Transmissible
- N-9: Nonoxynol 9
- NUT: Nutrition
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- ONG: Organisation Non Gouvernementale
- PDA: Population and Community Developpement Association
- PF: Planification Familiale
- PFN: Planification Familiale Naturelle
- PMI: Protection Maternelle et Infantile
- PPS: Points de Prestation de Soins
- SC: Sous Cutanée
- SIDA: Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
- SMI: Santé Maternelle et Infantile
- SMIG: Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti
- SR: Santé de la Reproduction
- SSP: Soins de Santé Primaire
- $US: United States dollard
- TBC: Température Basale du Corps
- URSS: Union des Républiques Soviétiques Socialistes

INTRODUCTION - ENONCE DU PROBLEME

Le développement d'un pays est lié à une bonne santé de sa population, donc de la famille qui est reconnue comme unité de base de toute population . Cette santé de la famille concerne ses membres les plus vulnérables que sont la mère et l'enfant . C'est ainsi que, de par le monde, des actions sont entreprises pour assurer une meilleure santé aux mères et aux enfants. La santé maternelle et infantile demeure cependant précaire. La précarité de la santé est liée entre autre à une population très vite croissante pour des ressources quasi stagnantes avec un constant bas revenu des populations (60). La croissance démographique rapide s'expliquerait par une fécondité élevée, comme il a surtout été constaté dans les pays de développement.

Au Burkina Faso, le taux de mortalité maternelle était de 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1991 et de 564,6 pour 100 000 naissances vivantes en 1994. Le taux de mortalité maternelle était de 578 pour 100 000 naissances vivantes dans la province du Houet en 1994 (48); dans la même année, la mortalité périnatale était de 50,96‰ naissances dans cette province (48). Le taux d'accroissement en 1994 était de 2,68% dans tout le pays. Au Houet il était de 4% et de 6% à Bobo-Dioulasso (49).

Au Burkina Faso, des changements de comportement sont observés en matière de pratiques de PF en général et d'utilisation de contraceptifs en particulier mais il n'en demeure pas moins que le taux de fécondité reste élevé. Le taux de fécondité est de 22,34% avec un indice de fécondité de 6,9 (enfants par femmes) en 1994 (49) .En 1991, l'indice de fécondité était de 7,3.

La prévalence contraceptive reste basse. En effet, en 1991 le taux de prévalence contraceptive était de 8% en zone urbaine et de 1,7% en zone rurale (4). En 1994 le taux de prévalence contraceptive était estimé à 7,92% dans tout le pays et de 19,40% dans la province du Houet (48). En 1996, 10,4% des femmes de la zone urbaine et 2,6% des femmes de la campagne utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête (4).

De nombreux obstacles s'opposent à la pratique de la PF au Burkina Faso. Les principaux obstacles sont socio-économiques, culturels, religieux et aussi des obstacles liés à un manque d'information, à l'insuffisance de services de PF (inaccessibilité physique) et de personnel qualifié, aux mentalités pronatalistes, à une implication insuffisante des hommes aux problèmes de PF, ...(71).

Les études faites dans le domaine de la PF avaient toutes portées sur les populations cibles telles que les habitants de ville ou village, les élèves, les femmes (32, 71). Et toutes les actions visant à améliorer la pratique de la PF concernaient les populations sus citées.

Il y aurait donc lieu d'orienter les recherches vers d'autres types d'obstacles et vers d'autres cibles notamment vers les prestataires de soins. Une analyse situationnelle a été effectuée en 1996 au Burkina Faso par « the population council » concernant les connaissances, attitudes et pratiques des prestataires de PF en la matière mais elle était axée sur le volet « pratiques/prestations ». Les connaissances et attitudes du personnel de santé n'ont ainsi jamais été pleinement explorées dans le pays. Des études similaires ont déjà été effectuées en Afrique par le biais d'analyses situationnelles. C'est le cas du Sénégal (50), du Mali (44) et du Kenya (53) . Au Nigeria, Covington & Co en 1986 avaient mené une étude auprès de médecins Nigérians (11). Il est ressorti de cette étude que 40% des médecins des principales villes nigérianes pensent que l'idée de PF va à l'encontre de leur culture. Quatre vingt cinq pour cent (85%) de ces médecins ont recommandé la contraception mais seulement 50% l'ont prescrite (11) .

Il nous a paru indiqué d'effectuer une étude CAP en matière de PF dans notre pays, ciblant le personnel de santé. Nous nous sommes intéressé à une des composantes de la PF : la contraception. Notre étude a pour but de déterminer des connaissances limitées, certaines attitudes et pratiques négatives du personnel de santé de Bobo-Dioulasso, leur habilité à donner des informations justes et objectives aux clients ; ceci pour évaluer leur contribution à la faible pratique de PF dans ladite ville.

I. / RAPPEL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

1. / Définitions de la Planification Familiale

L'O.M.S. définit la PF 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 afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial et par conséquent de contribuer efficacement au développement social du pays » (61) .

Le ministère de la santé du Burkina Faso la définit comme étant l'" ensemble des moyens à mettre en œuvre pour agir sur la fécondité et l'infécondité afin de contribuer à la santé de la mère, de l'enfant, du couple et partant de là, au bien-être familial" (Conseil des ministres Mai 1994).

La PF comporte diverses activités qui sont :

- l'information et les conseils en matière de santé de la famille ;
- l'éducation sexuelle et familiale ;
- la prévention et le traitement de la stérilité conjugale ;
- la consultation prénuptiale ;
- la contraception ;
- la lutte contre les MST/SIDA ;
- la formation, la supervision et l'évaluation du personnel ;
- la recherche.

Depuis l'avènement de la PF, les programmes ciblaient uniquement les femmes mariées en âge de procréer (23). Ce n'est que récemment (en 1993) qu'ils ont inclus toutes les femmes, les adolescents, les hommes et les réfugiés (11, 17, 25).

Le ministère de la santé a défini une population cible prioritaire du programme de PF constituée par les hommes et par toutes les femmes qui ne désirent pas être en grossesse, plus particulièrement :

- les adolescentes en études,
- les jeunes filles et jeunes garçons non-scolarisés,
- les femmes qui ont eu le nombre d'enfants souhaité,
- les femmes traitées pour avortement provoqué,

- les prostituées,
- les femmes qui présenteraient un risque vital en cas de grossesse.

La PF n'est plus perçue seulement comme un service de santé isolé mais comme une composante des besoins plus généraux de la famille en matière de Santé de la Reproduction (23).

De nos jours, le concept de PF se couple à celui de SR. Selon la définition adoptée à la CIPD en 1994 au Caire, la SR est 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 de maladie ou d'infirmité (13). La PF agit à certains niveaux de la SR, particulièrement au niveau de la régulation de la fécondité et au niveau de la réduction des mortalité et morbidités maternelles (13).

La PF a de nombreux avantages sur la santé de la mère et de l'enfant.

Le premier avantage est qu'elle permet une survie et une bonne santé des enfants par :

- la réduction de la mortalité foetale,
- la réduction du nombre de malformations congénitales,
- la réduction des morbidités et mortalité infantiles,
- l'amélioration de la prise en charge nutritionnelle des enfants ainsi que leur meilleure intelligence.

Un des avantages de la PF est la survie et la bonne santé des mères par le traitement de toutes leurs affections (organiques et psychologiques).

Il y a également des avantages pour le couple et donc pour la famille : en évitant les grossesses survenant à un moment inopportun (période de formation scolaire ou professionnelle, situation financière précaire,...) Et en réduisant le nombre d'enfants en fonction du pouvoir d'achat du couple, la PF crée ainsi un meilleur climat dans le couple, une meilleure éducation et prise en charge de toutes leurs maladies et de tous leurs problèmes (33).

2. / Historique de la Planification Familiale

2. 1. / Dans le monde

La notion de PF et les activités qui en découlent existent dans le monde depuis environ une vingtaine d'années.

Les premières actions en faveur de la femme remontent à 1974 à Bucarest où il était question de croissance démographique et de libération de la femme; et la première conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes est celle qui s'est tenue à Mexico en 1975, aboutissant à la proclamation de l'année internationale de la femme (1975) et de la décennie de la femme (1976-1985).

L'idée de PF a officiellement vu le jour dans le monde en Septembre 1978 à ALMA ATA (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations. A cette réunion, il avait été élaboré un programme mondial de santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette politique était basée sur les soins de santé primaires (SSP). La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP où la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF étant la quatrième composante des SSP. (59)

A partir de 1980, nous assistons 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 (1, 74).

Il existe de par le monde des associations de Planification Familiale (APF). Ces APF sont affiliées à une organisation non gouvernementale, la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (IPPF) (63).

2. 2. / <u>En Afrique</u>

En Afrique, la rencontre la plus importante en matière de santé maternelle et infantile et de PF est celle qui s'est tenue à Bamako (Mali) en Septembre 1987. Il s'agissait de la 37ème 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 au niveau des communautés (5).

Bien avant cette date, une série de conférences sur le thème « femmes et enfants » avaient eu lieu dans différents pays Africains (1). C'est surtout après la réunion sur l'IB que les grandes lignes de politiques de PF ont commencé à se dessiner à travers des rencontres organisées dans différents pays Africains . (1, 12)

Dans les années 80, nous avons assisté un peu partout en Afrique à la création d'associations pour la PF (APF) (29).

Les années 90 ont été celles de symposiums sur la santé de la reproduction, la santé génésique, la santé sexuelle des individus, des couples et des familles (13).

Ces différentes rencontres montrent l'intérêt régional porté à la SR et à la PF, pour l'aboutissement à une meilleure qualité de vie de la population.

2. 3. / <u>Au Burkina Faso</u>

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 a eu l'introduction de l'éducation pour la santé (EPS) dans les écoles et collèges du pays (63).
- En 1978, le Burkina Faso, comme tous les pays membres de l'O.M.S., a souscrit à la déclaration d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (SSP). La PF y constitue la quatrième composante des SSP et l'espacement des naissances occupe une place importante.
- En Mars 1979, suite à la déclaration d'Alma Ata et 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) en lieu et place des PMI.

Avant 1984, les activités de PF étaient menées de façon éparse dans certaines structures sanitaires et seuls quelques privilégiés en bénéficiaient. C'est en Septembre 1984 qu'une politique nationale de PF a été élaborée.

Les grandes lignes de cette politique ont été définies à travers un plan d'action élaboré en collaboration avec les institutions et associations impliquées dans la PF, plan adopté par le Conseil des ministres en Avril 1985 et révisé en Mai 1986 (62).

- Le 24 Octobre 1986, la PF, 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 P.F.
- Le 10 Juin 1991, la Zatu N° AN VIII/0040/FP/PRES portant politique de population au Burkina Faso a été adoptée (62, 63). 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) (9).

Toute cette évolution démontre l'intérêt porté aux problèmes de population en général et de santé familiale /Planification Familiale en particulier. Les prestations de PF sont offertes dans

plus de deux cent cinquante CSPS, soixante dix CM, dans les neuf hôpitaux régionaux et dans les deux hôpitaux nationaux. (10)

3. / La Contraception

3. 1. / Définition

Selon le LAROUSSE, la contraception est une «Infécondité volontaire et réversible obtenue par l'emploi de méthodes anticonceptionnelles ».

Le fondement même d'une contraception de qualité est qu'elle doit utiliser des méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables ; hommes et femmes ont le droit d'être informés sur toutes les méthodes disponibles et d'utiliser celles de leur choix ; ils ont également le droit d'utiliser toute méthode de régulation des naissances qui n'est pas contraire à la loi (74).

Les critères d'évaluation d'une méthode contraceptive sont donc, l'efficacité, l'acceptabilité l'innocuité et la réversibilité.

- L'efficacité : elle est théorique et pratique.

  L'efficacité théorique se mesure par le pourcentage de femmes qui, théoriquement, deviendront enceintes en un an, même si chaque femme utilise la méthode correctement et régulièrement.

  L'efficacité pratique se mesure par le pourcentage de femmes qui sont tombées enceintes parce que certaines n'utilisent pas correctement et régulièrement la méthode. (64, 72)

  Elle se mesure à partir l'indice de PEARL (ou taux d'échec pratique) qui se calcule par :

  $$\frac{\text{nombre de grossesses accidentelles} \times 12 \times 100}{\text{nombre de mois d'exposition}}$$ s'exprime par (% en Années-femmes)

- L'acceptabilité de la méthode contraceptive par l'utilisateur dépend aussi bien du prescripteur que de la méthode contraceptive 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), les répercussions sur les relations du couple. (24)

- L'innocuité : Il s'agit de l'absence de risque ou d'effets néfastes sur la femme, sur sa fertilité ultérieure et sur le foetus en cas d'échec de la méthode ; elle doit être locale ou générale, immédiate ou ultérieure. (24, 72)

- 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. (72)

3. 2. / Les 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 PF irréversibles mais qui sont intégrées dans le « paquet » des prestations de contraception.

Nous distinguons ainsi six principaux types de méthodes contraceptives:

- les contraceptifs hormonaux: oestro-progestatifs et progestatifs
- les dispositifs intra-utérins
- les méthodes de barrière : barrière mécanique et barrière chimique
- les méthodes naturelles modernes
- la contraception chirurgicale volontaire
- les méthodes traditionnelles : naturelles et artificielles.

A. / LES CONTRACEPTIFS HORMONAUX

La composition :

Ce sont des contraceptifs à base d'une ou de deux hormones stéroïdiennes : oestrogènes et/ou progestatifs.

- *les oestrogènes* : l'hormone naturelle est la 17 β oestradiol.

Les oestrogènes de synthèse : le composant le plus utilisé dans les contraceptifs est le 17 α Ethinyl oestradiol (Figure 1). (65)

- *les progestatifs* : l'hormone naturelle est la progestérone

les progestatifs de synthèse : il s'agit de la 17 α hydroxyprogestérone (peu utilisée de nos jours), la Norethistérone (et son acétate), le Norgestrel (et son énantiomère le d-Norgestrel ou Levonorgestrel), le Norgestriénone, le Lynestrénol et son isomère l'Ethinyl-5-Estrénol (Figure 2). (65)

Les hormones naturelles sont produites par l'ovaire.

Les fonctions : (3)

La fonction principale des oestrogènes est la formation de l'oeuf (par stimulation de la croissance folliculaire, par développement de l'endomètre utérin et par sécrétion d'une glaire cervicale abondante et filante). Les oestrogènes augmentent également l'activité ciliaire et le péristaltisme des trompes.

La progestérone permet la nidation de l'oeuf par formation de la dentelle utérine ; elle permet également la formation de l'embryon et le développement de l'œuf jusqu'à la naissance.

La régulation hormonale : (3)

Elle suit le mécanisme suivant : l'hypothalamus libère les GN-RH (Gonadotrophin releasing hormon) qui stimulent la sécrétion hypophysaire. L'hypophyse sécrète ainsi l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et l'hormone lutéïnisante (LH) qui déterminent les sécrétions des hormones stéroïdiennes par les ovaires. Ces hormones peuvent à leur tour freiner la sécrétion des hormones hypophysaires et même hypothalamiques (feed back négatif).

La voie d'administration :

Elle est orale, injectable (IM) ou en implant (SC). Il existe ainsi (54):

- les contraceptifs oraux ou pilules dont on distingue deux types: les pilules oestro-progestatives (combinées et séquentielles) et les pilules progestatives;
- les injectables: ce sont des contraceptifs administrés en injection IM bimestrielle ou trimestrielle .
- les implants: ce sont des progestatifs insérés en sous cutanée ; ils sont à libération prolongée; d'une durée de 1 à 5 ans .

Le métabolisme : (66)

Les hormones naturelles sécrétées par l'ovaire ou introduites par voie s/c ou parentérale atteignent d'abord les récepteurs hormonaux avant d'être métabolisées par le foie ;
les hormones de synthèse passent d'abord par le foie avant d'atteindre les récepteurs hormonaux. Au niveau du foie, seul le 3 Méthoxy 17 α Ethinyl oestradiol est déméthylé et peut donc entraîner des problèmes d'intolérance. Les norethistérone, norgestrel et norgestriénone peuvent franchir la barrière hépatique sans transformation préalable. (Figure 3) (66)

1. / Les oestro-progestatifs : la pilule combinée

Nous distinguons trois types de pilules combinées :

- les pilules microdosées qui contiennent 35 microgrammes (mcg) ou moins d'oestrogènes ;
- les pilules normodosées qui contiennent entre 35 et 50 mcg d'oestrogènes ;
- les pilules macro-dosées qui contiennent plus de 50 mcg d'oestrogènes.

Ces dosages peuvent varier ou non au sein d'une même plaquette. Selon que le dosage varie deux ou trois fois, nous parlerons de biphasiques et de triphasiques. Si le dosage ne varie pas, il s'agit de pilules monophasiques

*1. 1. / **Mode d'action*** (15,38)

Le mécanisme d'action des oestro-progestatifs est triple :

- l'inhibition de l'ovulation,
- les modifications de l'endomètre : atrophie de l'endomètre,
- une glaire cervicale épaisse et imperméable aux spermatozoïdes,

Des hypothèses sur d'autres mécanismes d'action :

- une accélération du transport de l'ovule par les oestrogènes mais un ralentissement par les progestatifs, ce qui ne semble pas suffisant pour empêcher une grossesse.

-l'inhibition de la capacitation du spermatozoïde .

-une lutéolyse est envisagée

*1. 2. / **Critères d'évaluation** :* Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversibilité (43)

Voir tableau I

Tableau I : Critères d'évaluation des oestro-progestatifs

Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
0,5%	2%	0 à 3 mois	bonne	risque modéré

*1. 3. / **Effets secondaires et complications*** (15, 39)

Il est à noter que tous ces effets secondaires sont nombreux mais d'apparition peu fréquente. Ce sont :

- nausées, vomissements,
- prise de poids,
- mastodynies,
- Hypertension artérielle réversible;
- thrombo-phlébites
- coronaropathie,trouble de la coagulation.

1. 4. / Avantages

Les COC ont de nombreux avantages contraceptifs et non contraceptifs :

- une bonne efficacité contraceptive,
- la réversibilité de la méthode,
- le coût bas,
- Avantages curatifs.

1. 5. / Inconvénients

Quelques inconvénients ont été observés chez les utilisatrices :

- Méthode astreignante (visites périodiques et prise quotidienne),
- risque d'oubli,
- certains effets secondaires,
- la contre-indication en cas d'allaitement maternel .

1. 6. / Indications

La pilule est indiquée chez les femmes désireuses de différer une grossesse ou d'espacer les naissances (15).

1. 7. / Contre - indications (15, 39)

- Grossesse ;
- Troubles thrombo-emboliques ou antécédents ;
- Femme de plus de 35 ans, grande fumeuse (plus de 20 cigarettes par jour) .
- HTA avec minima supérieure ou égale à 9 ;

1. 8. / Schéma de suivi des utilisatrices de C.O.C.

Ce schéma a été préconisé dans le programme national de P.F.(9)

- *Pour une femme vivant en milieu urbain* : le premier examen a lieu au premier mois ; puis un examen tous les 3 mois pendant la première année ; puis tous les 6 mois .

- *Pour une femme qui vient de loin* (en général milieu rural) : tous les 6 mois après s'être assuré de la prise correcte de la pilule et de l'absence d'un problème nécessitant une surveillance particulière au premier mois .

1. 9. / Les perspectives (15)

Les études visent à atteindre une efficacité maximale tout en réduisant les effets secondaires et complications liés aux hormones .

C'est l'exemple des C.O.C. à base d' étonogestrel ou de 3 kéto-désogestrel, nouveau progestatif dérivé du désogestrel ;

Les études visent également à réduire les quantités d'oestrogènes présents dans les C.O.C.

2. / Les progestatifs

Trois types sont à distinguer :

Par voie orale : ce sont les pilules progestatives ou minipilules, composées le plus souvent de levonorgestrel ou de noréthistérone.

Par voie injectable (intra - musculaire) : nous avons l'acétate de dépo-médroxy-progestérone (DEPO-PROVERA*) et l'énanthate de noréthistérone (NORISTERAT*).

Par voie sous cutanée (en implant) : c'est le levonorgestrel,en capsule (NORPLANT*).

2. 1. / Mode d'action (16)

Le mode d'action de ces contraceptifs est également triple :

- Le blocage de l'ovulation
- L'épaississement de la glaire cervicale
- L'atrophie de l'endomètre

2. 2. / Critères d'évaluation : Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversibilité ; tableau II (43)

Tableau II : Critères d'évaluation des progestatifs

critères progestatifs	Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
oral	1%	2,5%	3 à 6 mois	assez bonne	risque modéré
injectable	0,25%	0,25%	3 mois à 2 ans	bonne	risque modéré
implant	0,5%	0,5%	3 mois à 2 ans	variable	effets secondaires importants

*2. 3. / **Effets secondaires et complications*** (16)

Ce sont principalement :

- des troubles menstruels à type d'aménorrhée, d'irrégularité du cycle, de spottings ;
- une prise de poids ;
- un retour tardif de la fécondité, surtout avec les méthodes injectables

*2. 4. / **Avantages*** (40)

En dehors des avantages communs aux méthodes hormonales, il y a:

- l'administration 3 semaines après l'accouchement et pendant l'AM est possible,
- en ce qui concerne les formes IM et les implants, elles sont discrètes et moins astreignantes ; elles conviennent bien pour la limitation des naissances .

*2. 5. / **Inconvénients*** (40)

Comme toute méthode, quelques inconvénients ont été notés :

- les troubles menstruels;
- l'irrégularité du cycle et le retard du retour de la fécondité ;
- les effets secondaires.

*2. 6. / **Indications***

Elles varient selon le type de progestatifs.

- Les indications de la minipilule :elle est indiquée chez toute femme qui présente des contre-indications aux C.O.C. et qui allaite (28, 40);
- les indications des progestatifs injectables et des implants (28, 40)

  Ils sont indiqués chez : la femme qui veut éviter les contraintes de la contraception orale ou qui présente des contre-indications aux C.O.C. ;

*2. 7. / **Contre-indications*** (28, 40)

Ce sont principalement :

- la grossesse ;
- les tumeurs génitales;
- les troubles cérébraux vasculaires et les affections artérielles ;
- nullipares et adolescentes ;

*2. 8. / **Schéma de suivi*** (9)

- En ce qui concerne la minipilule, le schéma de suivi est le même que celui des C.O.C.
- Pour *les injectables :*
  - acétate de dépo-médroxy-progestérone : toutes les 12 semaines (tous les 3 mois),
  - énanthate de noréthistérone: toutes les 8 semaines (tous les 2 mois).
- Pour les implants : premier examen aux 5è-7è jours (vérification de la cicatrice et ablation des fils) ;

*2. 9. / **Les perspectives***

- Les contraceptifs oraux (18)

  Un nouveau contraceptif qui conviendrait mieux aux femmes qui allaitent est en étude ; il s'agit de la nestorone (ST-1435), rapidement métabolisé par le foie .
- Les méthodes vaginales (70)

  Ce sont les anneaux vaginaux qui libèrent progressivement de la progestérone .

  Les anneaux actuellement disponibles libèrent de la progestérone pour une durée de trois à six mois .
- Les contraceptifs transdermiques (18)

  Ils seraient applicables sur la peau sous forme de crèmes, gel, timbres ou « bracelet » .
- Les implants

  - les implants non-biodégradables (7)

  C'est l'exemple du NORPLANT II* qui se compose de deux capsules libérant progressivement du Levo - norgestrel ;

  c'est également l'exemple de l'IMPLANON*, qui est composé d'un seul bâtonnet contenant du 3-kéto-désogestrel (étonogestrel) .

  Un implant constitué d'un seul bâtonnet est en étude. (18)

  - les implants biodégradables (18)

  Ils se composent de 4 ou 5 capsules de noréthistérone et de cholestérol qui finissent par être absorbées par le corps (exemple : le CAPRONOR) .

- Les contraceptifs injectables (18)

  Les études visent à modifier la durée de leur utilisation, à réduire la quantité de progestatifs dans la circulation sanguine tout en conservant leur efficacité .

C'est l'exemple d'injection de progestatifs enveloppés dans des capsules microscopiques de polymères .

B. / LES DISPOSITIFS INTRA-UTERINS (DIU) OU STERILET

Il en existe 2 types : ceux qui sont dits médicamentés, diffusant des hormones, du cuivre ou de l'argent dans la cavité utérine ; ceux qui sont dits inertes .

Quelques exemples (34):

AU CUIVRE : T Cu 380 A, T Cu 220 C, COPPER T 200, COPPER T 300, MULTILOAD 375, MULTILOAD 250, NOVA T, 7 au cuivre 200 .

AUX HORMONES : PROGESTASERT T

INERTES : Boucles de LIPPES, SAF. T. COIL .

*1. / **Mode d'action*** (68)

Le mode d'action des DIU est complexe et non totalement élucidé .

Les DIU agissent au niveau de l'endomètre par des réactions enzymatiques, leucocytaires et macrophagiques gênant l'implantation ou nidation ;

ils auraient une action sur les spermatozoïdes : in vitro le cuivre inhibe la migration et la pénétration des spermatozoïdes ainsi que leur mobilité ;

ils auraient également une action sur le blastocyste : in vitro et à des concentrations fortes, le cuivre est toxique pour le blastocyste .

*2. / **Critères d'évaluation** :* Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversibilité . Tableau III (43)

Tableau III : Critères d'évaluation du DIU

Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
1,5%	4%	immédiate	bonne	risques minimes

*3. / **Effets secondaires et complications*** (34)

Quelques effets secondaires ont été observés chez les utilisatrices :

- Métrorragies, ménorragies et anémies

- Douleurs pelviennes
- Expulsion partielle ou totale du DIU
- Perte des fils du DIU
- Grossesse sur DIU
- Perforations & inclusions
- Maladies inflammatoires du pelvis (MIP)

*4. / **Avantages*** (56)

- le DIU est un contraceptif efficace, à coût bas;
- son utilisation est discrète et non astreignante ;
- il n'y a pas, ou très peu d'utilisation d'hormones .

*5. / **Inconvénients*** (56)

Quelques inconvénients ont été notés :

- la nécessité d'un personnel qualifié pour la pose du DIU ainsi que sa surveillance et son retrait ;
- l'existence de quelques effets secondaires et complications (risque infectieux, expulsion, perforation, ...) ;

*6. / **Indications*** (34)

En pratique, il est conseillé de placer un DIU à une paucipare ou à une multipare qui a le profil suivant :

- désire une contraception (non contraignante) et a un partenaire sexuel unique ;
- n'a pas d'antécédents de MIP, ne présente pas d'épisode actuel de MIP et est « propre » ;
- a le nombre d'enfants voulu et ne désire pas une stérilisation définitive ;

*7. / **Contre-indications*** (34)

- Une MIP en évolution, récente ou récurrente ;
- une grossesse .
- des antécédents de grossesse extra-utérine (GEU) ;
- une coagulopathie
- des malformations de l'utérus ;

8. / Schéma de suivi

Certaines revues recommandent : (69)

Le premier examen au cycle suivant, soit en moyenne quatre à six semaines plus tard.

Les autres examens tous les six mois.

Au Burkina Faso le schéma suivant est appliqué : (9)

en milieu urbain : le premier examen a lieu une semaine après la pose.

Le deuxième examen a lieu un mois plus tard.

Le troisième examen a lieu trois mois plus tard.

Puis tous les six mois.

en milieu rural : le premier examen se fera au troisième mois, le deuxième au sixième mois, puis les examens se feront tous les six mois ou chaque année.

9. / Les perspectives (7)

Un DIU qui libère du levonorgestrel, connu sous le nom de LNG- 20 ou LEVONOVA, réduirait les saignements. Le LNG- 20 assurerait une protection contraceptive d'au moins cinq ans. Il est déjà commercialisé dans certains pays et coûte malheureusement plus cher que les autres modèles de DIU.

C. / LES METHODES DE BARRIERE

Ces méthodes se distinguent en mécaniques et en chimiques :

les méthodes de barrière mécanique (14)

- le condom ou préservatif masculin;
- le diaphragme;
- la cape cervicale;
- l'éponge spermicide.

les méthodes de barrière chimique ou spermicides (35).

1. / Mode d'action des méthodes de barrière

Ils empêchent les spermatozoïdes vivants de s'introduire dans le canal cervical. Ces méthodes constituent donc un obstacle mécanique ou chimique devant le col utérin.

2. / Quelques exemples de méthodes de barrière

2. 1. / Le préservatif masculin

2. 1. 1. / Critères d'évaluation : Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversbilité. Tableau IV (43)

Tableau IV : Critères d'évaluation du préservatif masculin

Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
2%	7 à 10%	immédiate	très critiquée	presque totale

2. 1. 2. / les effets secondaires et complications (42)

Certains utilisateurs de préservatif masculin signalent une diminution des sensations et du plaisir ; il a également été signalé des réactions d'irritation et d'allergie au latex .

2. 1. 3. / les avantages (14)

- le premier avantage est la double action préservative et contraceptive ;
- la facilité d'acquisition sans prescription médicale et le coût bas;
- l'utilisation pour les rapports occasionnels et imprévus, la facilité d'utilisation;

2. 1. 4. / les inconvénients (14)

Quelques inconvénients sont notés :

- la manipulation des organes génitaux : gênante pour certains utilisateurs,
- la nécessité d'une forte motivation,
- le risque de déchirure par défaut de fabrication ou par mauvaise utilisation.

2. 1. 5. / les indications

Doivent utiliser le préservatif :

- les individus à risque d'infections sexuellement transmissibles ;
- les individus ayant des rapports occasionnels, imprévus ou très espacés ;
- les individus qui souhaitent éviter les méthodes ayant des effets systémiques ;

2. 1. 6. / les contre-indications

Le préservatif est déconseillé chez les individus présentant les effets secondaires sus cités ;

2. 1. 7. / Les perspectives (20)

Les recherches se fondent sur l'utilisation de nouvelles matières, sur l'aspect même du préservatif.

- Il est actuellement fabriqué des préservatifs masculins en polyuréthane (plastique) à la place du latex.
- Les chercheurs axent également leur recherche sur la fabrication de préservatifs qui serreraient moins que ceux déjà sur le marché.
- Il y a également des études portant sur la fabrication du préservatif féminin en polyuréthane et sa réutilisation.

2. 2. / Les spermicides

Comme toute méthode de barrière, les spermicides bloquent la rencontre entre spermatozoïde et ovule, par immobilisation ou mort des spermatozoïdes.

Les principales composantes des spermicides sont : Nonoxynol-9 (N-9), Benzalkonium (BZK), Menfegol.

2. 2. 1. / Critères d'évaluation : Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversibilité. Tableau V (43)

Tableau V : Critères d'évaluation des spermicides

Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
3 à 5%	15%	immédiate	variable	presque totale

2. 2. 2. / Effets secondaires et complications (35)

De rares cas ont été signalés dans la littérature à type de réactions allergiques, d'irritations vaginales, et de pertes vaginales.

2. 2. 3. / Avantages et inconvénients (35)

ce sont ceux des méthodes de barrière en général (voir préservatifs).

2. 2. 4. / Indications (35)

Les spermicides peuvent être utilisés chez les clients :

- en association avec les autres méthodes contraceptives, pour l'augmentation de leur efficacité ;
- présentant des contre-indications aux autres méthodes ;
- en cas de rapports sexuels occasionnels et imprévus.

2. 2. 5. / contre-indications (35)

Les spermicides sont contre-indiqués chez les clientes présentant des allergies ou des phénomènes d'irritation vaginale ;

2. 2. 6. / Les perspectives (20)

- La recherche actuelle sur les spermicides examine la prévention du VIH : les effets du film contraceptif vaginal à base du spermicide N-9 dans la prévention du VIH et les effets du spermicide Menfegol .
- L'un des plus récents domaines de recherche sur les méthodes de barrière, concerne le développement de microbicides. Ce sont des substances capables de détruire ou d'inactiver les bactéries, virus et parasites. En matière de microbicides, la recherche actuelle se fonde sur les polysaccharides . Les polysaccharides capables d'inhiber le VIH in vitro pourraient peut - être recouvrir la surface épithéliale du vagin d'une pellicule capable de repousser le VIH et les cellules infectées par ce virus.

D. / LES METHODES NATURELLES MODERNES

Elles sont appelées méthodes de Planification Familiale Naturelle (P.F.N.) ou abstinence périodique ou encore méthode d'auto-observation (M.A.O.). Le couple observe de façon quotidienne les signes physiologiques naturels qui indiquent les phases fécondes et infécondes du cycle menstruel (36).

Quatre types sont distingués : (27)

- La méthode de la glaire cervicale ou BILLINGS: les femmes évaluent les changements qualitatifs, quantitatifs et même dans l'aspect de la glaire cervicale.
- La méthode de la température basale du corps (TBC): basée sur l'utilisation de graphiques de température basale du corps.

- La méthode du calendrier ou méthode OGINO - KNAUSS: basée sur l'utilisation de formule.
- La méthode sympto-thermique: c'est la combinaison des méthodes précédentes.

1. / Critères d'évaluation : Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversibilité.

Voir le tableau VI (43)

Tableau VI : Critères d'évaluation des méthodes de PFN

Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
2 à 20%	**20 à 30%**	**immédiate**	**médiocre**	**totale**

2. / Les avantages de la PFN (36)

En dehors de l'avantage contraceptif :

- elle ne coûte rien et il n'y a pas d'effets secondaires car il s'agit d'une méthode naturelle ;
- la responsabilité de la contraception est partagée ;
- l'utilisation de la PFN peut servir dans les recherches étiologiques et dans le traitement des MST ;
- la PFN est approuvée par l'église catholique ;

3. / Les inconvénients de la PFN (27, 36)

- la PFN nécessite la coopération de l'homme ;
- elle implique le respect des périodes d'abstinences et donc une forte motivation ;
- l'efficacité est moindre que celle des autres méthodes ;
- la méthode peut être faussée par certaines variations physiques.

4. / Les indications de la PFN (26)

La PFN est indiquée chez toute femme sans troubles de mémoire et du comportement, ne présentant pas de circonstances particulières (voir ci dessous).

5. / Les contre-indications de la PFN (26)

En dehors des troubles de la mémoire et du comportement, toutes les femmes en âge de procréer peuvent utiliser la PFN .

Cependant, ***certaines circonstances particulières*** peuvent diminuer l'efficacité et la fiabilité de ces méthodes . Par circonstances particulières nous entendons toute circonstance provoquant des modifications du cycle menstruel de la femme ou des modifications de ses signes de fertilité.

Ce sont principalement :

- Les retards d'ovulation ;
- la fièvre ou la maladie ;
- le post-partum ;
- le stress émotionnel et les efforts,...

E. / LA CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE (C.C.V.)

La contraception chirurgicale volontaire (CCV) ou stérilisation volontaire est une intervention chirurgicale en vue d'une contraception permanente, volontaire. C'est une contraception mixte (37) : chez la femme, il s'agit de ligature et / ou section des trompes de fallope ; chez l'homme, il s'agit de la vasectomie ou ligature / section du cordon spermatique .

1. / Critères d'évaluation :Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversibilité. Tableau VII (43)

Tableau VII : Critères d'évaluation des méthodes chirurgicales

Critères Méthodes	Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
LT	0,04%	0,04%	irréversible	assez bonne	risques assez importants
Vasectomie	0,15%	0,15%	irréversible	médiocre	risques assez importants

2. / Effets secondaires et complications (37)

Il s'agit des effets secondaires et complications de toute intervention chirurgicale notamment douleurs, hémorragies, plaie, infections (pelvi-péritonite, épididymite,...).

3. / Avantages de la CCV (37)

La CCV comporte, en dehors de l'effet contraceptif, plusieurs autres avantages :

- elle est plus efficace que toutes les autres méthodes contraceptives soit 0,47% d'échec à 12mois et 0,81% d'échec à 24 mois ;
- elle n'est pas contraignante ;
- les risques de complications ne se présentent qu'une seule fois,à l'opposé des risques continus imputables à certaines méthodes.

4. / Inconvénients de la CCV (37)

Le premier inconvénient de la CCV serait son caractère irréversible ; à cela est souvent lié le risque de regret ;

un autre inconvénient de la méthode est la nécessité d'une intervention chirurgicale ;

il est possible qu'elle ne soit pas acceptée dans toutes les cultures.

5. / Indications de la CCV

Il s'agit de la méthode contraceptive de dernier recours . Elle est indiquée :

chez un couple ne désirant absolument plus avoir d'enfants ou dont la femme présente des contre-indications aux autres méthodes contraceptives ; chez qui une nouvelle grossesse entraînerait un risque vital.

N.B. :Il faut souligner aux clients que cette contraception est permanente et qu'il serait difficile voire même impossible de la rendre réversible (112);

6. / Contre-indications de la CCV

6. 1. / contre-indications de la LT (57)

La LT est contre-indiquée chez :

- les femmes enceintes ;
- les femmes porteuses d'infections pelviennes ou de péritonite ;
- les nullipares et les paucipares ;
- les femmes n'ayant pas demandé l'avis de leur époux ou de leur conjoint .

6. 2. / Contre-indications de la vasectomie (58)

La vasectomie ne doit être pratiquée ni sur des hommes présentant une affection systémique aiguë ou une infection de la zone d'opération ;
ni à des hommes qui ne sont pas sûrs de souhaiter une contraception définitive .

7. / Les perspectives (21)

Depuis une vingtaine d'années, les scientifiques mènent des recherches visant à trouver une méthode efficace de stérilisation non chirurgicale = la QUINACRINE, molécule sous forme de pellets à insérer dans l'utérus par le moyen d'un inserteur de DIU modifié (7 pellets à la fois) .
Il s'agit d'un agent chimique capable d'obturer les trompes de Fallope .

F. / LES METHODES TRADITIONNELLES

Ce sont des méthodes basées sur les principes, les traditions, les cultures. Il s'agit principalement de méthodes naturelles traditionnelles (AM, abstinence, retrait, ...) ou de méthodes artificielles traditionnelles (plantes, décoctions, potions magiques, ceintures, ...).

1. / L'Allaitement Maternel (A.M.)

Il s'agit de l'action contraceptive produite par l'allaitement maternel (AM) exclusif chez une accouchée récente, en aménorrhée, pendant une durée de six mois; elle est nommée MAMA ou Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (30).
Nous distinguons deux types d'AM : l'AM exclusif et l'AM mixte (75)

1. 1. / Critères d'évaluation : Efficacité, acceptabilité, innocuité, réversibilité. Tableau VIII (43)

Tableau VIII : Critères d'évaluation de la MAMA

Taux d'échec théorique	Indice de PEARL	Réversibilité	Acceptabilité	Innocuité
2%	20%	dés la première ovulation	médiocre	totale

1. 2. / Mode d'action (76)

La succion du mamelon par le nouveau-né entraîne chez la mère, deux réflexes qui mènent à la production du lait et à la prévention de la grossesse :

- le réflexe de la prolactine :
- le réflexe de la montée laiteuse :

1. 3. / Complications de l' AM

En dehors du risque de grossesse, il n'existe pas de complications propres à la MAMA. Les complications qui existent sont plutôt propres à l'A.M et affectent le plus souvent les seins (67). Ce sont :

- la mastodynie;
- l'engorgement mammaire ;
- la crevasse du mamelon, mamelon irrité.

1. 4. / Avantages de la MAMA (2)

Il s'agit d'une méthode contraceptive ayant de nombreux avantages non contraceptifs au niveau de la mère, de l'enfant et de la société.

Avantages pour le nourrisson :

- Protection contre les infections ;
- protection contre les allergies ;
- meilleur développement psycho-moteur, affectif et social.

Avantages pour les mères :

- il est noté une meilleure involution utérine ;
- l'avantage contraceptif ;
- le risque du cancer du sein et des ovaires est amoindri ;
- l'établissement de liens solides entre mère et enfant ;

Avantages pour la société

Ce sont essentiellement des avantages économiques :

1. 5. / Inconvénients

- la MAMA est difficile pour les mères qui travaillent (nombre de tétées exigé) ;
- elle ne dure que six mois ;
- il y a un risque de grossesse car il peut se produire une ovulation pendant la période d'aménorrhée.

1. 6. / Indications (67)

La MAMA est indiquée chez toute femme qui désire utiliser l' AM comme moyen de PF et :

1. qui ne présente aucune contre-indication à l'AM ;
2. qui peut assurer au moins les douze tétées par vingt quatre heures ;
3. qui est en aménorrhée ;
4. qui a accouché il y a moins de six mois.

1. 7. / Contre-indications

Il s'agit de toute femme ne pouvant pas respecter les conditions sus citées de la MAMA.

Il s'agit également de toute femme présentant des contre-indications à l'AM.

1. 8. / Méthodes contraceptives et AM (41)

Les principales méthodes recommandées sont : l'abstinence, les méthodes de barrières, les DIU, la CCV, les progestatifs.

« En règles générales, le meilleur contraceptif hormonal pour les femmes pratiquant l'allaitement est un contraceptif contenant uniquement des progestatifs (tels que la minipilule et les injectables) et qui a le moins d'effet oestrogénique possible » (73).

2. /Autres méthodes traditionnelles

Les méthodes naturelles telles que : le coït interrompu ou retrait, le coït inter-femora, le coïtus reservatus, l'abstinence, la douche vaginale.

Les méthodes artificielles telles que :

- le tafo : il s'agit d'une ceinture magique à multiples noeuds, produite par le marabout. Elle aurait un pouvoir contraceptif de durée illimitée autant qu'elle serait portée ou de durée liée au nombre de noeuds.
- la toile d'araignée : dispositif opaque, issu du tissage de l'araignée, que les femmes enduisent de beurre de karité pour obstruer le col.
- les graines de Banfora : plante fréquente à Banfora dont les graines sont dites ayant une action spermicide.

G. / LA CONTRACEPTION D'URGENCE OU CONTRACEPTION DU LENDEMAIN (22)

Il s'agit d'une contraception post-coïtale prescrite après un rapport sexuel non protégé avec risque pour le couple de la survenue d'une grossesse non désirée .

La femme doit utiliser ce type de méthode contraceptive seulement en cas d'urgence véritable; les effets secondaires sont les mêmes que ceux de la contraception classique mais beaucoup plus accentués .

La contraception d'urgence agit en bloquant l'ovulation, la fécondation, la migration ou même la nidation .

De nombreux contraceptifs peuvent être utilisés à cette effet : *les COC, les pilules progestatives, les oestrogènes, les androgènes, les anti- progestatifs et le DIU* .

La principale contre-indication de la contraception d'urgence est la grossesse .

Au tableau IX, nous avons les principales méthodes utilisées en contraception d'urgence et leur posologie.

Tableau IX : Les contraceptifs utilisés en contraception d'urgence et leur posologie (22)

Méthodes	**Délai écoulé depuis le rapport sexuel**	**Posologie**
oestro-progestatifs (C.O.C.)	dans les 72 heures	100 mcg d'éthinyl estradiol et 0,5 mg de levonorgestrel pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
progestatifs	dans les 8 heures	0,75 mg en première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
oestrogènes	dans les 48 heures	5 mg d'éthinyl estradiol par 24 heures pendant 5 jours
androgènes	dans les 72 heures	400 à 600 mg de DANAZOL pour la première prise, deuxième prise 12 heures plus tard
anti-progestatifs	dans les 72 heures	600 mg de MIFEPRISTONE (RU 486) en une seule prise
DIU	insertion dans les 5 jours	un seul DIU (insertion classique)

H. / LA CONTRACEPTION MASCULINE (6, 19)

Depuis une trentaine d'années, la recherche en matière de contraception est axée sur les méthodes contraceptives masculines.

1. / Les méthodes actuelles

- l'abstinence périodique, correspondant à la PFN chez la femme,
- le coït interrompu ou retrait,
- l'éloignement de la femme,
- le préservatif masculin,
- la vasectomie.

2. / Les perspectives

2. 1. / Essai chez l'homme

- l'obstruction des canaux déférents par des produits sclérosants ou obstruants ;
- les méthodes hormonales : contraceptifs masculins à base d'androgène, de progestatifs, d'agonistes et d'antagonistes de la somoathormone ;
- le chauffage testiculaire : il s'agit d'une élévation de la température épididymo-testiculaire. Elle réduirait ou inhiberait la spermatogenèse.
- la contraception immunologique : un vaccin dirigé contre l'hormone somatotrope est en étude.

2. 2. / Au stade expérimental chez l'animal

L'injection d'huile de Neem chez le rat induirait une infertilité.

Plusieurs travaux sont ainsi en cours pour la découverte de nouveaux contraceptifs.

II. / OBJECTIFS

OBJECTIF GENERAL

Analyser les connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso et évaluer leur influence sur la faible prévalence contraceptive de la population de Novembre 1996 à Février 1997.

OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. / Evaluer les connaissances du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso sur les différentes méthodes contraceptives existantes au Burkina Faso, leur mode d'action, leurs avantages et leurs inconvénients.

2. / Décrire les attitudes en matière de planification familiale du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso et les raisons de leurs attitudes.

3. / Analyser les pratiques en planification familiale du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso et déterminer le taux d'utilisation de contraceptifs par le dit personnel.

4. / Décrire les influences des Connaissances, Attitudes et Pratiques en Planification Familiale du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso sur leurs prestations.

III. / METHODOLOGIE

1. / CADRE DE L'ETUDE

Notre enquête s'est déroulée dans la province du Houet et plus précisément dans la ville de Bobo-Dioulasso.

- Situation géographique :

La province du Houet est située à l'ouest du Burkina Faso. Elle a pour chef-lieu la ville de Bobo-Dioulasso, deuxième ville et capitale économique du Burkina Faso.

- Données démographiques.

En 1994, la province du Houet comptait 831 171 habitants dont 48% d'hommes et 52% de femmes. Les provinces du Houet et du Kadiogo comptaient à elles seules plus de 70 % de la population urbaine.

Le taux d'accroissement en 1994 était estimé à 4% dans la province du Houet et à 6% à Bobo-Dioulasso. Comme dans toutes les provinces, la population de la province du Houet présente une structure jeune : 49 % de la population a moins de 15 ans et seulement 3,6 % de la population a plus de 65 ans.

- Groupes ethniques et religieux :

Les ethnies dominantes sont les Dioula, les Bobo, les Senoufo et les Boaba.

La ville de Bobo-Dioulasso est surtout habitée par les Dioula.

La langue la plus parlée est le dioula et, comme dans tout le pays, la langue administrative est le français.

Les groupes religieux sont représentés par : les musulmans, les animistes, les chrétiens et les non-croyants. La majorité de la population est musulmane (plus de 52% de la population).

- Données socio-économiques :

L'activité principale de la population est l'agriculture. Cette population utilise des moyens traditionnels d'exploitation de la terre. L'élevage est également pratiqué.

Comme dans tout le pays, 20 % de la population vit une insécurité alimentaire chronique depuis 1991. Le salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) était de 143,7 FCFA l'heure en 1994.

- Données Sanitaires :

La Province du Houet abrite l'un des 2 hôpitaux nationaux du pays, ainsi qu'un CMA, cinquante huit CSPS (quarante deux CSPS complets, treize dispensaires isolés et trois maternités communales), soit un total de soixante formations sanitaires.

En 1994, l'effectif du personnel de santé était de 497 dans toute la province du Houet.

Comme dans le reste du pays, le système sanitaire est organisé en district. Le district sanitaire est l'entité opérationnelle la plus décentralisée du système national de santé. Il comporte :

- une zone géographique bien délimitée, pouvant inclure plusieurs départements à l'intérieur d'une province avec une population de 150 000 à 200 000 habitants.
- des services de santé organisés en échelons.

La ville de Bobo-Dioulasso comprend trois districts sanitaires. Le premier échelon est le premier contact ou Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS).

Le dernier recours est représenté par le centre hospitalier national (CHN) qui joue le rôle de deuxième échelon.

* La ville présente au niveau du secteur public :

- un centre hospitalier national
- une vingtaine de CSPS (CSPS complets, maternités communales, dispensaires et infirmeries) .

Le premier échelon est constitué par les CSPS ;

* Elle présente au niveau du secteur privé :

- trois cliniques d'accouchement tenues par des sages-femmes ;
- dix neuf cabinets privés de soins infirmiers tenus par des infirmiers ou des agents itinérants de santé;
- trois cliniques de soins généraux tenues par des médecins.

Ces formations sanitaires privées font le plus souvent fonction de premier échelon (ou d'auto-référence).

La ville de Bobo-Dioulasso présente quelques organismes tels que L'ABBEF, l'Office de Santé des Travailleurs, la Clinique des sages-femmes.

2. / METHODE DE RECHERCHE

2. 1. / Enquête au sein du personnel de santé

Il s'agit d'une étude exhaustive.

Nous avons effectué une enquête par interview directe, face à face, structurée . Nous avons utilisé une grille d'entretien (questionnaire) dont les réponses ont été enregistrées sur place.

Le questionnaire était composé de deux types de questions :

- des questions ouvertes permettant à l'enquêté de donner son point de vue sans être guidé par des réponses préétablies.
- des questions fermées où des réponses préalablement préparées étaient proposées à l'enquêteur et le choix des réponses s'effectuait à ce niveau.

(confère fiche d'enquête en annexes).

2. 2. / Evaluation de la durée d'entretien d'un agent de santé avec le client

Nous sommes allée dans un centre SMI/PF/Nut de la ville de Bobo-Dioulasso. Le choix de ce centre s'est fait au hasard par un tirage au sort parmi tous les centres de PF de la ville.

Nous n'avons informé le personnel de santé dudit centre qu'une fois notre évaluation terminée lui assurant alors l'anonymat.

Nous nous sommes installée devant la salle de consultation de PF et avons chronométré le temps mis par chaque cliente.

2. 3. / Causerie (animation) dans un quartier de la ville de Bobo-Dioulasso par un service de Planification Familiale

Selon le programme des différents services de PF organisant des animations, nous avons choisi l'animation se déroulant à une date où nous serions sur les lieux de l'enquête. L'animatrice principale était une sage-femme.

Nous avons assisté à l'animation et c'est seulement à la fin que nous nous sommes présentée. Nous leurs avons promis l'anonymat.

3. / POPULATION D'ETUDE

Nous parlons de population d'étude car dans notre enquête, tout le personnel de santé a été inclus. Il n'y pas eu d'échantillon représentatif.

Notre étude a concerné tous les agents de santé de la ville de Bobo-Dioulasso, capables de conseiller, voire de prescrire une méthode contraceptive et recevant des patients pour des consultations médicales .

Nous avons ainsi interviewé les prescripteurs de toutes les formations sanitaires, publiques et privées de la ville.

L'unité statistique était ici constituée par l'agent de santé.

3. 1. / Critères d'inclusion

A été inclus dans l'étude, le personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso :

- capable de par sa formation de donner des conseils et éventuellement de prescrire une méthode contraceptive ;
- capable, d'une manière plus générale, de donner des conseils en matière de P.F.

Ont donc participé à cette étude :

- les médecins (généralistes et spécialistes)
- les sages-femmes et maïeuticiens d'état ;
- les infirmiers et infirmières (brevetés et diplomés d'état) ;
- les accoucheuses auxiliaires ;

(au niveau des secteurs public et privé)

3. 2. / Critères d'exclusion

Ont été exclus de cette étude tous les agents de santé qui, au niveau de la ville, ne sont pas autorisés à prescrire.

Nous avons donc exclu les matrones, les garçons et les filles de salles . Bien qu'étant en contact permanent avec les clientes et donc ayant une activité de conseils,ces agents ne sont pas habilités à prescrire une ordonnance contraceptive et ont donc été exclus de l'étude.

Nous avons également exclu les pharmaciens car nous avons estimé que les clients ne venaient pas les voir spontanément pour des consultations médicales .

3. 3. / Taille de la population

Nous avons dénombré 358 agents de santé dans la ville de Bobo-Dioulasso en Septembre 1996 selon nos critères d'inclusion.

Mais la taille de notre population est de 335 agents, que nous avons pu rencontrer au moment de l'enquête .

4. / COLLECTE DES DONNEES

Les données recueillies ont figuré sur un questionnaire écrit, grille d'entretien (Annexes)

Un pré-test a été effectué au mois d'Août de l'année 1996 ; pré-test qui a permis de modifier certains items du questionnaire. Le pré-test a été effectué sur 10 agents de santé au niveau d'un centre SMI/PF/Nut (à Koko) et au niveau du service de réanimation du centre hospitalier national Sanou Souro.

Au mois de Septembre de l'année 1996, nous avons effectué un premier passage au niveau de toutes les formations sanitaires de la ville. Ce premier passage avait pour but de lister les différentes formations sanitaires de ladite ville et d'établir les effectifs du personnel. Nous avons pu visiter 59 centres de santé publics et privés qui étaient fonctionnels.

Presque tout le mois d'Octobre a été utilisé pour la sélection des enquêteurs.

Nous avons sélectionné trois étudiants en fin de cycle médical et deux sages-femmes.

Deux étudiants ont chacun interrogé vingt cinq agents de santé de même que les deux sages-femmes.

La troisième étudiante (qui est l'auteur de la thèse) a elle-même interrogé 235 agents de santé.

Soit un total de 335 agents de santé interrogés.

En fin du mois d'octobre 1996, nous avons entrepris la formation des enquêteurs sur l'utilisation du questionnaire. Nous avons eu une séance de trois heures à ce sujet.

Nous avons débuté la collecte proprement dite en Novembre 1996. Elle a duré de Novembre 1996 à Février 1997 soit quatre mois. Vingt trois agents de santé n'ont pas participé à notre enquête et ceci pour diverses raisons. Les principales raisons étaient les suivantes :

- certains agents étaient en permission, ou en stage (c'est surtout le cas des militaires)
- certains centres de santé visités en Septembre n'étaient plus fonctionnels lors de notre second passage.
- certains agents de santé ont refusé catégoriquement de participer à notre enquête soit :
  * par manque de temps ;
  * soit pour cause de maladie, refusant alors un autre rendez-vous ;
  * soit par ignorance, affirmant ne rien connaître de la PF ;
  * soit par manque d'intérêt pour le thème de l'étude.

Nous avons tenté des négociations et dans 2 cas sur les 23, les enquêteurs se sont même vus chassés des bureaux.

- certains ont opposé un refus catégorique sans invoquer de raisons.

N. B. : Nous ne pourrons vous donner en annexe que la liste des formations sanitaires. Nous ne vous donnerons pas les effectifs par formations sanitaires dans le but de protéger les effectifs du camp militaire. Nous avons été autorisée à enquêter le personnel de santé du camp militaire à la seule condition de ne pas publier leurs effectifs.

Collecte proprement dite

Nous avons recueilli des données quantitatives et qualitatives.

Les questions ont été posées directement aux agents de santé, les réponses ont été enregistrées au fur et à mesure par écrit, sur la fiche d'enquête.

Les fiches d'enquêtes ont été recueillies au fur et à mesure de la progression de l'enquête.

- Nous avons d'abord recueilli des données générales au sein de notre population : âge, sexe, religion, nationalité, situation matrimoniale, nombre d'enfants par personne ayant participé à l'enquête, profession et ancienneté dans la profession.
- Nous avons ensuite posé des questions aux agents de santé de façon à avoir une idée sur leurs connaissances en matière de PF, leur opinion sur le sujet et la pratique quotidienne, les obstacles liés à cette pratique . (voir fiche d'enquête en annexe 1)

Précisons qu'avant chaque interview, nous avons d'abord expliqué les buts de l'étude à l'agent de santé et nous lui avons assuré l'anonymat.

Nous étions munie de l'autorisation d'effectuer notre enquête dans la province du Houet, autorisation que nous présentions à chaque chef de service et à chaque agent enquêté.

Aucun sujet n'a été contraint à participer à notre étude.

5. / ANALYSE DES DONNEES

L'analyse de nos données a été faite à l'aide du logiciel « le sphinx » qui est un logiciel d'analyse et de traitement d'enquête.

Nous avons analysé des données quantitatives telles que l'âge, le nombre d'enfants par agent de santé, le nombre de méthodes contraceptives,...

Nous avons analysé des données qualitatives telles que le sexe, la situation matrimoniale, la profession, l'appartenance à une structure sanitaire, la qualité des définitions, la connaissances des avantages et inconvénients des méthodes contraceptives,...

En ce qui concerne l'appartenance à une structure sanitaire, pour une meilleure analyse, nous avons scindé notre population en deux groupes :

le premier groupe comprend les agents de santé qui sont dans des services où se pratiquent quotidiennement des activités de PF ;

le second groupe comprend les agents de santé n'ayant aucune activité de PF dans leur programme ;

le premier groupe a été appelé services A et le second groupe a été appelé services B.

Ces données ont été analysées conformément aux objectifs que nous nous sommes fixés.

Nous avons utilisé comme tests statistiques, le test de $\chi 2$ pour la comparaison de nos variables qualitatives.

IV. / RESULTATS

1. / CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

Nous avons interrogé 335 agents de santé : 96 appartenaient aux services de santé où se pratiquait la PF (services A) ; 239 appartenaient aux services de santé n'ayant aucune activité spécifique de PF dans leur programme (services B).

Les caractéristiques des agents de santé interrogés étaient les suivantes :

1. 1. / L'âge :

La classe modale était celle des 35 à 41 ans (36% de notre population).

La moyenne était de : 40,22 ± 7,61 . Les extrêmes étaient de 21 ans et de 63 ans.

Deux agents de santé n'avaient pas voulu nous préciser leur âge ; les différentes classes d'âges sont représentées à la figure 4.

(figure 4)

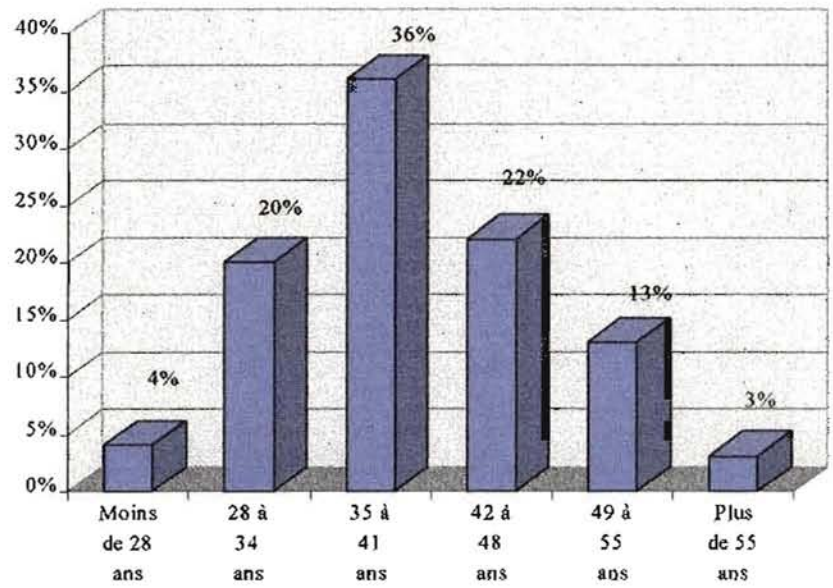

Figure 4: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon l'âge

1. 2. / Le sexe :

Le sex ratio était de 1,16 .

Cent cinquante cinq agents de santé étaient de sexe féminin soit 46% de la population étudiée .

1. 3. / La nationalité

Nous avions une majorité de Burkinabé dans notre population, soit 99% .

1. 4. / La religion :

Un seul agent de santé n'avait pas voulu nous préciser sa religion ;

La religion dominante était la religion catholique, suivie de la religion musulmane .

(figure 5)

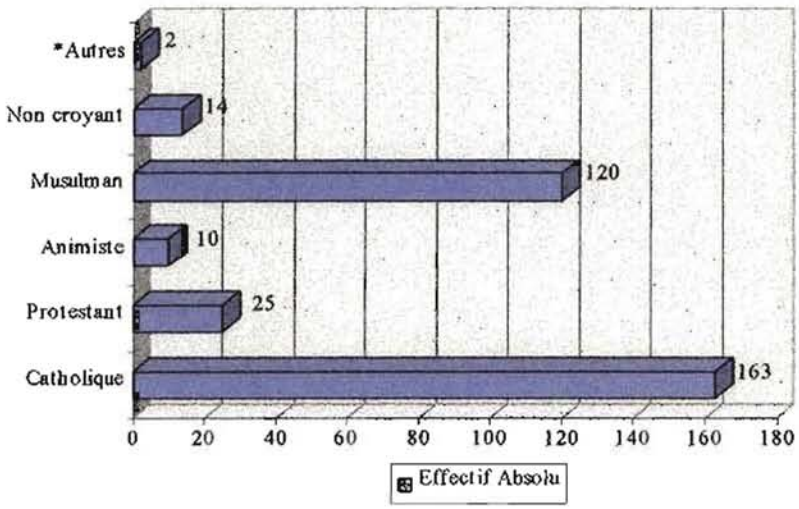

Figure 5: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon la religion

1. 5. / La situation matrimoniale :

Dans notre population, la majorité était mariée .

(figure 6)

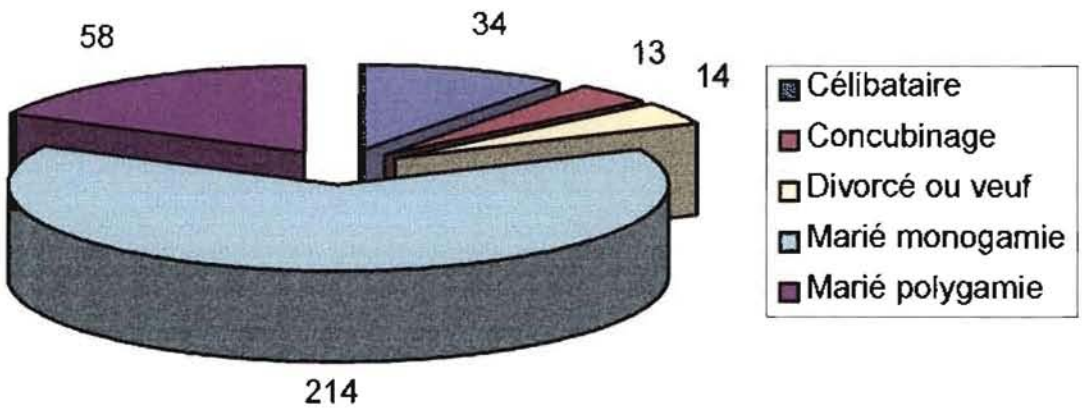

Figure 6: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon la situation matrimoniale

1. 6. / Le nombre d'enfants par agent de santé :

Environ la moitié de la population avait moins de 3 enfants ;

près de 2% des agents de santé avaient au moins 14 enfants .

(figure 7)

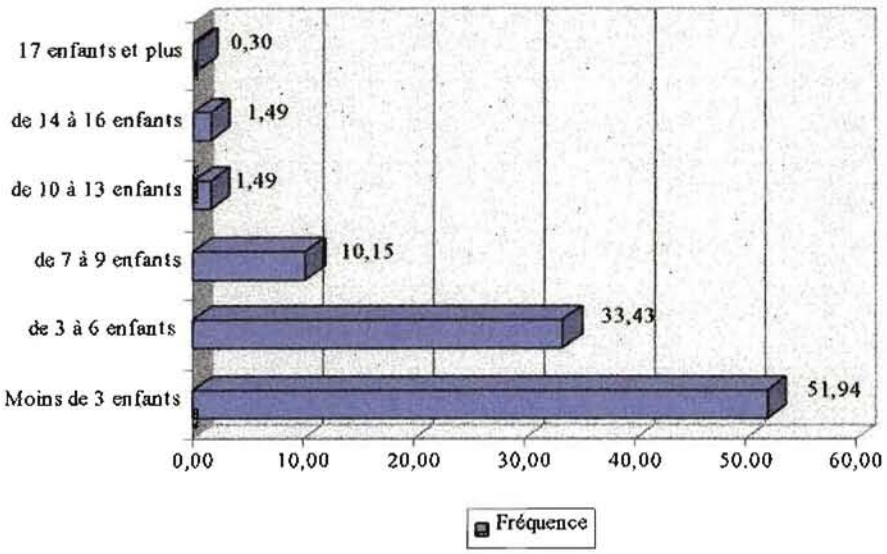

Figure 7: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon le nombre d'enfants

1. 7. / La profession :

La classe dominante était celle des infirmiers. Notons que les chirurgiens dentistes sont inclus dans le groupe des médecins ;

la distribution selon la profession et selon l'appartenance à un service se trouve dans le tableau X.

Tableau X : Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon la profession et selon l'appartenance à un service

Profession / Services	Médecin	Infirmier	Sage-femme / Maïeuticien	Accoucheuse auxiliaire
*Services A	9	34	36	17
*Services B	30	206	2	1
Effectif total	39	240	38	18
Fréquence totale	12%	72%	11%	5%

*Services A : Services pratiquant une activité de Planification Familiale

*Services B : Services n'ayant aucune activité de Planification Familiale dans leur programme

1. 8. / L'Ancienneté dans la profession :

Le plus grand nombre (42%) des agents de santé avaient plus de quinze années de service. (tableau XI)

Tableau XI : Distribution des agents de santé de la ville de Bobo-Dioulasso selon l'ancienneté dans la profession

Ancienneté	Effectif	Fréquence
0 à 4 ans	37	11%
5 à 9 ans	72	21%
10 à 14 ans	86	26%
15 ans et plus	140	42%
TOTAL	335	100%

2. / CONNAISSANCES EN PLANIFICATION FAMILIALE DU PERSONNEL DE SANTE DE BOBO-DIOULASSO

2. 1. / Les connaissances sur les définitions

2. 1. 1. /Définition de la Planification Familiale

2. 1. 1. 1. / En général, sur les 335 agents de santé:

Presque tous les agents de santé avaient répondu à la question (sauf un); Mais seulement 28 agents (8%) avaient donné une définition juste de la PF. (tableau XII)

Tableau XII : Qualité de la définition de la Planification Familiale

Définition de la P.F	Effectif	Fréquence
Juste	28	8%
Fausse	142	43%
Incomplète	164	49%
TOTAL	334	100%

2. 1. 1. 2. / En fonction du statut du service :

Seulement 7% des agents de santé des services A et 10% de ceux des services B avaient donné une définition juste de la PF (figure 8).

La différence observée entre les agents des services A et B n'est pas significative ($\chi 2$ =0,2059).

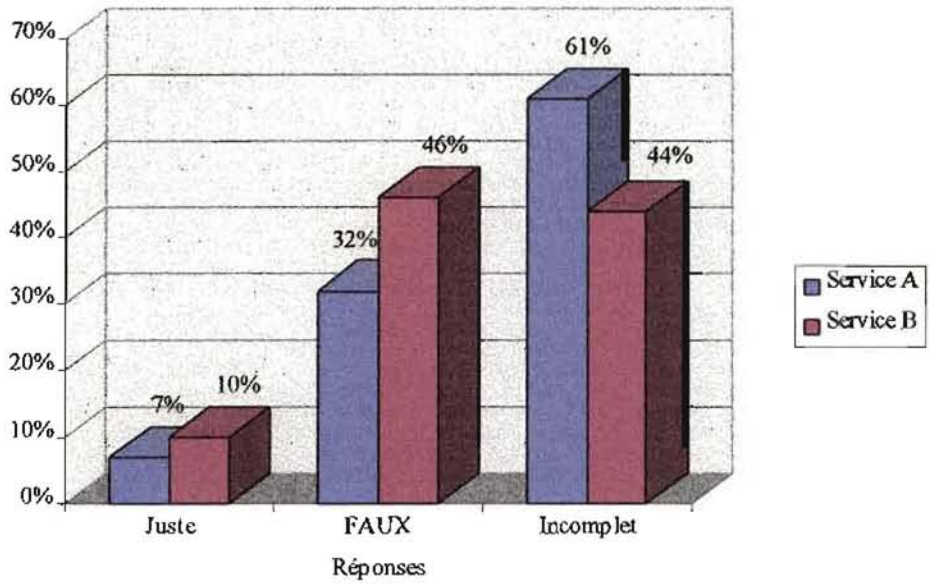

Figure 8: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon le type de définition de la PF et selon la structure sanitaire

2. 1. 1. 3. / Selon la profession :

Vingt et un pour cent des médecins avaient donné une réponse juste contre moins de 10% des infirmiers, sages-femmes / maïeuticiens d'état, et accoucheuses auxiliaires .

La différence entre les médecins et les autres agents de santé est statistiquement significative avec le $\chi 2$ de Yates = 7,449 et $0,001 < p < 0,01$

($\chi 2$ de Yates car effectif calculé< 5)

2. 1. 2. / Définition de la contraception

2. 1. 2. 1. / En général sur les 335 agents de santé:

seulement 15% des agents de santé connaissaient la bonne définition sur la contraception. Pour la majorité, la définition était incomplète.

(tableau XIII)

Tableau XIII : Répartition du personnel de santé de Bobo-Dioulasso selon la qualité de la définition sur la contraception

Définition de la contraception	Effectif	Fréquence
Non réponse	2	1%
Définition juste	50	15%
Définition fausse	86	26%
Définition incomplète	197	59%
TOTAL	335	100%

2. 1. 2. 2. / Selon le statut du service :

Vingt et un pour cent (21%) des agents de santé des services A connaissaient la définition juste contre 13% de ceux des services B.

La différence observée entre les agents de santé des services A et B n'est pas statistiquement significative ($\chi 2 = 3,698$ et P compris entre 0,05 et 0,10 donc $P > 0,05$).

2. 1. 2. 3. / Selon la profession :

Quarante trois pour cent (43%) des sages-femmes et maïeuticiens d'état avaient donné une définition juste de la contraception,

26% de médecins,

12% d'infirmiers,

11% d'accoucheuses auxiliaires.

Comparaison des Sages-femmes / Maïeuticiens (43%) avec tous les autres agents de santé (13,80% avaient proposé la bonne définition): la différence n'était pas statistiquement significative ($\chi 2 = 2,567$ et P compris entre 0,10 et 0,20 donc $P > 0,05$).

2. 1. 2. 4. / Selon l'ancienneté dans la profession :

Vingt pour cent (20%) des agents ayant moins de dix années de service avaient donné une définition juste de la contraception contre seulement 12,5% des agents ayant dix années de service et plus.

2. 2. / Les méthodes contraceptives citées

En général :

Trente pour cent (30%) des agents de santé étaient capables de citer les 6 principales méthodes contraceptives sans consulter un document (soit 100 agents de santé).

Presque tous avaient cité les contraceptifs hormonaux (99%).

(voir tableau XIV)

Tableau XIV : Types de méthodes contraceptives cité par le personnel de santé de Bobo-Dioulasso

Méthodes citées	Effectif	Fréquence
Contraceptifs hormonaux	332	99%
Barrières	291	87%
Naturelles modernes	239	71%
Traditionnelles	229	68%
DIU	276	82%
C.C.V	198	59%

Pour chaque méthode contraceptive, des exemples ont été cités (tableau XV).

Tableau XV : Exemples de méthodes contraceptives citées par le personnel de santé

Méthodes	Exemples cités	Effectif	Fréquence
Contraceptifs hormonaux	Pilule	322	96%
	Injectables	258	77%
	Implants	158	47%
Méthodes traditionnelles	Abstinence	123	37%
	*A.M.	75	22,5%
	*Artifices	57	17%
Méthodes de barrière	Préservatif	296	88%
	Spermicides	73	22%
PFN	Température	221	66%
	Billings	111	33%

*A.M. : Allaitement maternel.

*Artifices : Plantes, potions magiques, ceintures, décoctions ou tout autre artifice supposé avoir un pouvoir surnaturel.

Parmi les méthodes de barrière, certains avaient donné des exemples tels que DIU, « suppositoires gynécologiques », ...

Parmi les méthodes de PFN, certains agents avaient cité comme exemples l'abstinence, l'allaitement maternel, le retrait.

Les méthodes chirurgicales définitives : 314 agents avaient cité la LT en exemple (soit 94% des agents) ; 33 agents avaient cité certains éléments non considérés comme des méthodes chirurgicales: DIU, hystérectomie, ovariectomie, annexectomie.

2. 3. / Les connaissances sur les modes d'action

Environ les trois quarts des agents de santé avaient pu nous donner le mode d'action de certaines méthodes contraceptives.

Les modes d'action les plus connus étaient ceux des méthodes hormonales et du DIU. (figure 9)

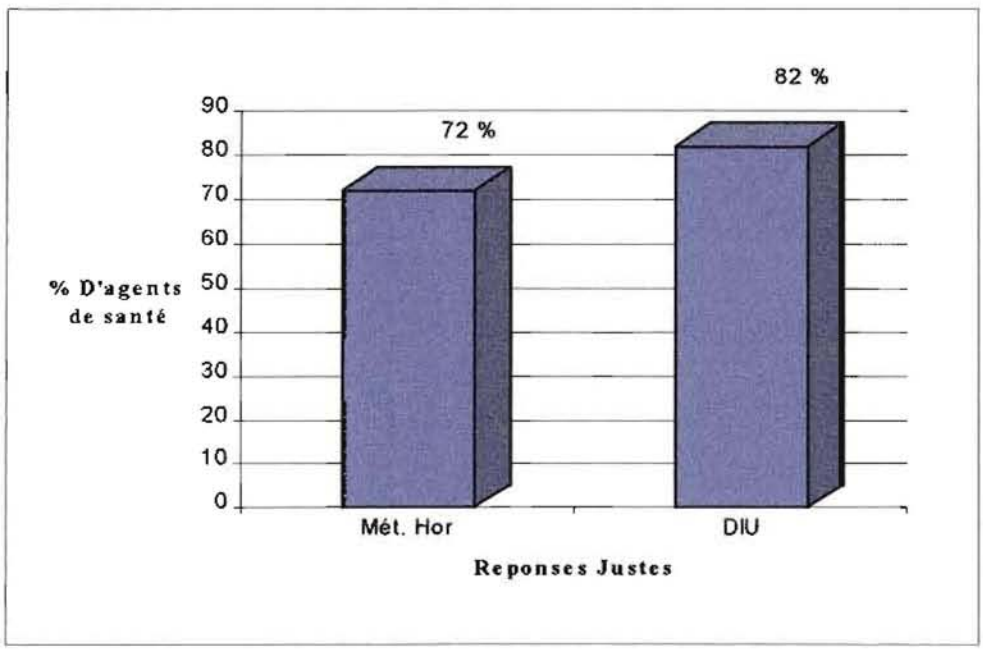

Figure 9 : Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon le type de réponses données sur le mode d'action des méthodes hormonales et des DIU

2. 3. 1. / Mode d'action des méthodes hormonales

- En général :

Soixante douze pour cent (72%) des agents de santé avaient pu expliquer le mode d'action des contraceptifs hormonaux.

Il nous a été donné des explications fausses telles que «empêche la fécondation, empêche la nidation, ... » .

- Selon le statut du service:

Quatre vingt deux pour cent (82%) des agents des services A et 69% de ceux des services B nous avaient donné le mode d'action.

La différence observée entre les agents de santé des services A et B est statistiquement significative ($\chi 2 = 6,415$ et $0,01 < P < 0,025$) c'est-à-dire qu'un nombre plus élevé d'agents de santé des services A connaissaient le mode d'action des méthodes hormonales avec un risque d'erreur de 1% à 2,5%.

- Selon la profession :

Un nombre important d'accoucheuses auxiliaires connaissaient le mode d'action des contraceptifs hormonaux .

(figure 10)

En comparant le nombre des médecins connaissant le mode d'action (74%) et le nombre des autres agents de santé qui le connaissaient (72%), nous ne notons pas de différence ($\chi 2 = 0,0735$ et $0,50 < P < 0,90$). Les médecins ne connaissaient donc pas mieux le mode d'action des méthodes hormonales que les autres agents de santé.

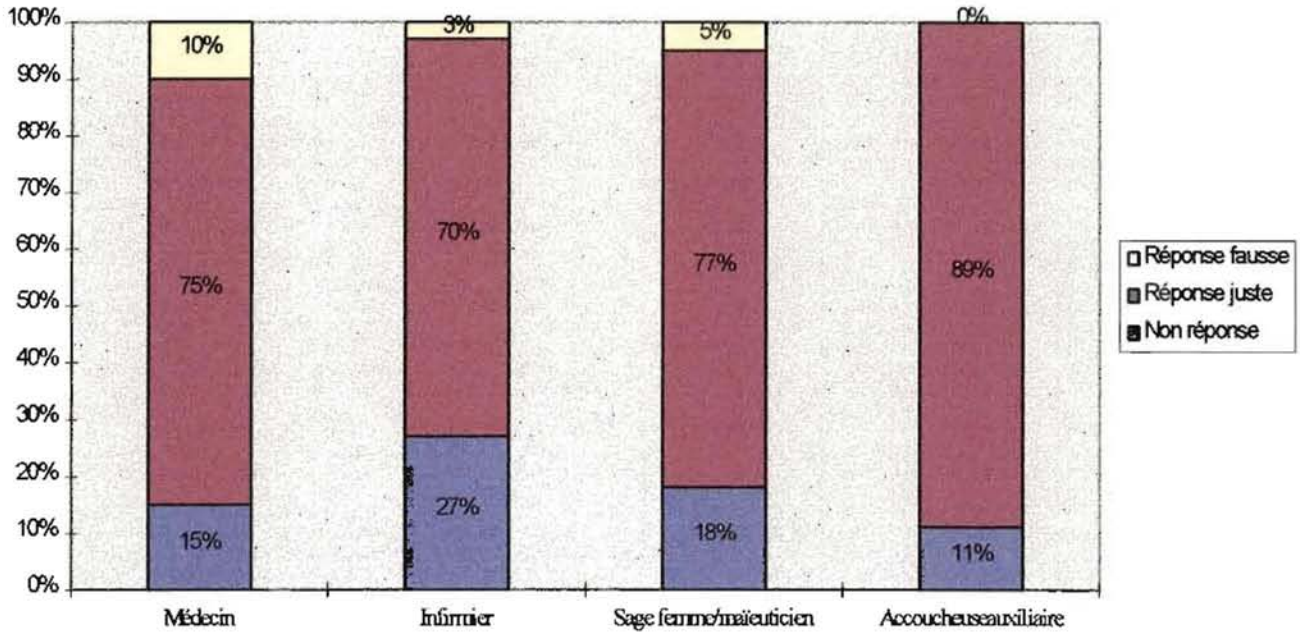

Figure 10: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon la connaissance du mode d'action des méthodes hormonales et selon la profession

- Selon l'ancienneté dans la profession :

Les pourcentages d'agents de santé ayant pu expliquer le mode d'action des contraceptifs hormonaux selon l'ancienneté dans la profession étaient les suivants :

70% des agents de santé ayant plus de 10 années de service ;

81% des agents ayant moins de 10 années de service .

2. 3. 2. / Mode d'action du DIU

2. 3. 2. 1. / En général :

Quatre vingt deux pour cent (82%) des agents de santé avaient pu nous donner le mode d'action du DIU .

2. 3. 2. 2. / Selon le statut du service : (Figure 11)

Quatre vingt onze pour cent (91%) des agents de santé des services A avaient donné une réponse et elle était juste pour 80%. De même, 78% des agents de santé des services B avaient donné une réponse et elle était juste pour 68%.

La différence observée au niveau des agents de santé des services A et B est statistiquement significative ($\chi 2 = 4,559$ et $0,025 < P < 0,05$) c'est-à-dire qu'un nombre plus important d'agents

de santé des services A connaissaient le mode d'action du DIU avec un risque d'erreur de 2,5% à 5%.

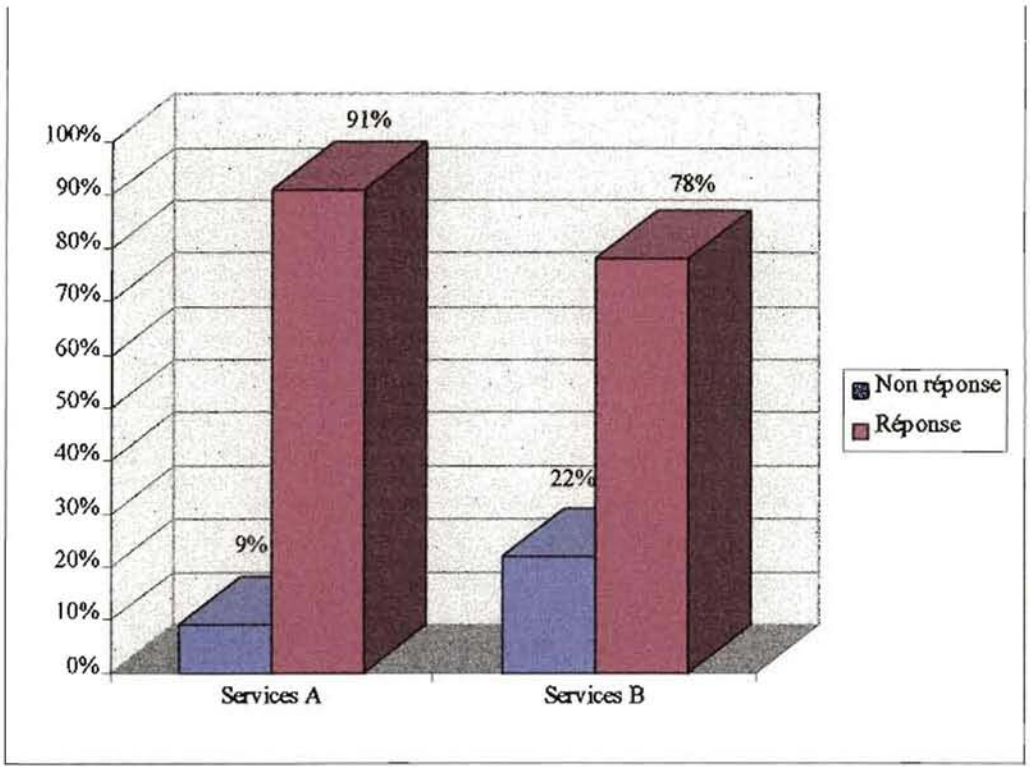

Figure 11: Distribution du personnel de santé de Bobo-Dioulasso selon la connaissance du mode d'action du DIU et selon la structure sanitaire

2. 3. 2. 3. / Selon la profession :

Quatre vingt quinze pour cent (95%) des accoucheuses auxiliaires et 92% des sages-femmes et maïeuticiens d'état avaient pu expliquer le mode d'action des DIU.

Les pourcentages dans les autres professions étaient les suivants :

85% des médecins

79% des infirmiers

2. 3. 2. 4. / Selon l'ancienneté dans la profession :

Quatre vingt sept pour cent (87%) des agents de santé ayant moins de 10 années de service avaient donné un mode d'action du DIU . (figure12)

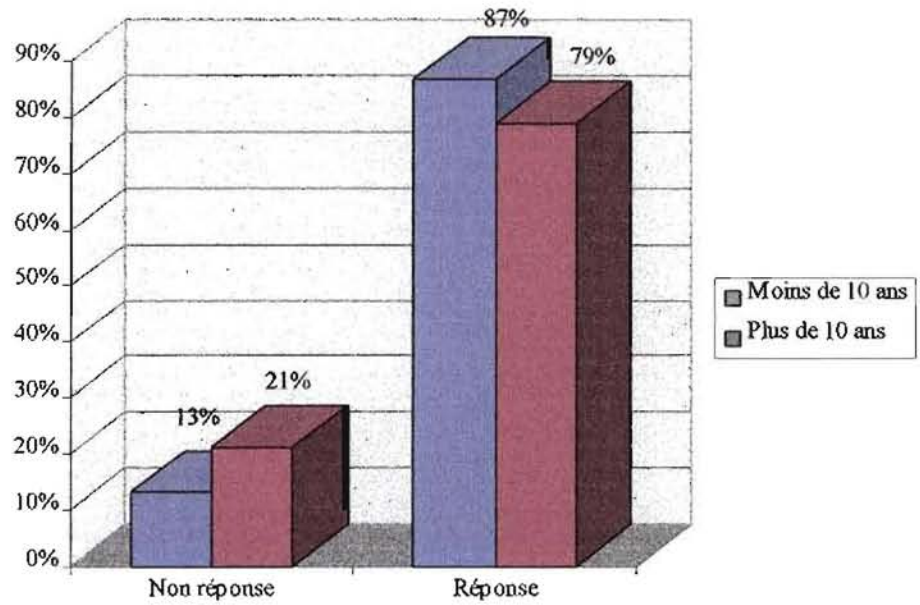

Figure 12: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon les connaissances sur le mode d'action du DIU et selon l'ancienneté dans la profession

2. 4. / Les connaissances sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives

Dans l'ensemble, les pourcentages d'agents de santé connaissant au moins un avantage et un inconvénient des différentes méthodes contraceptives variaient entre 83% et 97%.

Ceux des méthodes hormonales étaient les plus connus (par 97% des agents) et ceux des méthodes de PFN étaient les moins connus (par 83% des agents).

2. 5. / Les connaissances sur la fréquence des visites de suivi des différents contraceptifs

Les schémas de suivi les plus connus étaient ceux de la contraception orale et de la contraception injectable.

2. 5. 1. / La contraception orale

- En général :

Le schéma de suivi des clientes sous contraception orale était connu par 50% des agents de santé.

- Selon le statut du service :

Soixante quatre pour cent (64%) des agents de santé des services A connaissaient le schéma de suivi contre 44% des agents de santé des services B.(tableau XVI)

La différence observée entre les agents de santé des services A et B est statistiquement significative ($\chi 2 = 10,08$ et $0,001 < P < 0,01$) c'est-à-dire que le schéma de suivi des contraceptifs oraux était mieux connu par les agents de santé des services A.

Tableau XVI : Connaissance du schéma de la fréquence de suivi de la contraception orale par le personnel de santé de Bobo-Dioulasso selon la structure sanitaire

Centre / *Fré. Contra. Orale	Service A		Service B		TOTAL	
	*Effec.	*Fréq.	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.
Schéma juste	61	64%	106	44%	167	50%
Schéma faux	12	12%	21	9%	33	10%
Ne sais pas	23	24%	112	47%	135	40%
TOTAL	96	100%	239	100%	335	100%

* Fré. Contra. Orale = Fréquence de suivi de la contraception orale

* Effec. = Effectif

* Freq = Fréquence

- Selon la profession :

Environ la moitié des accoucheuses auxiliaires avaient proposé un schéma juste de suivi de la contraception orale ; pour les autres professions, voir la figure 13.

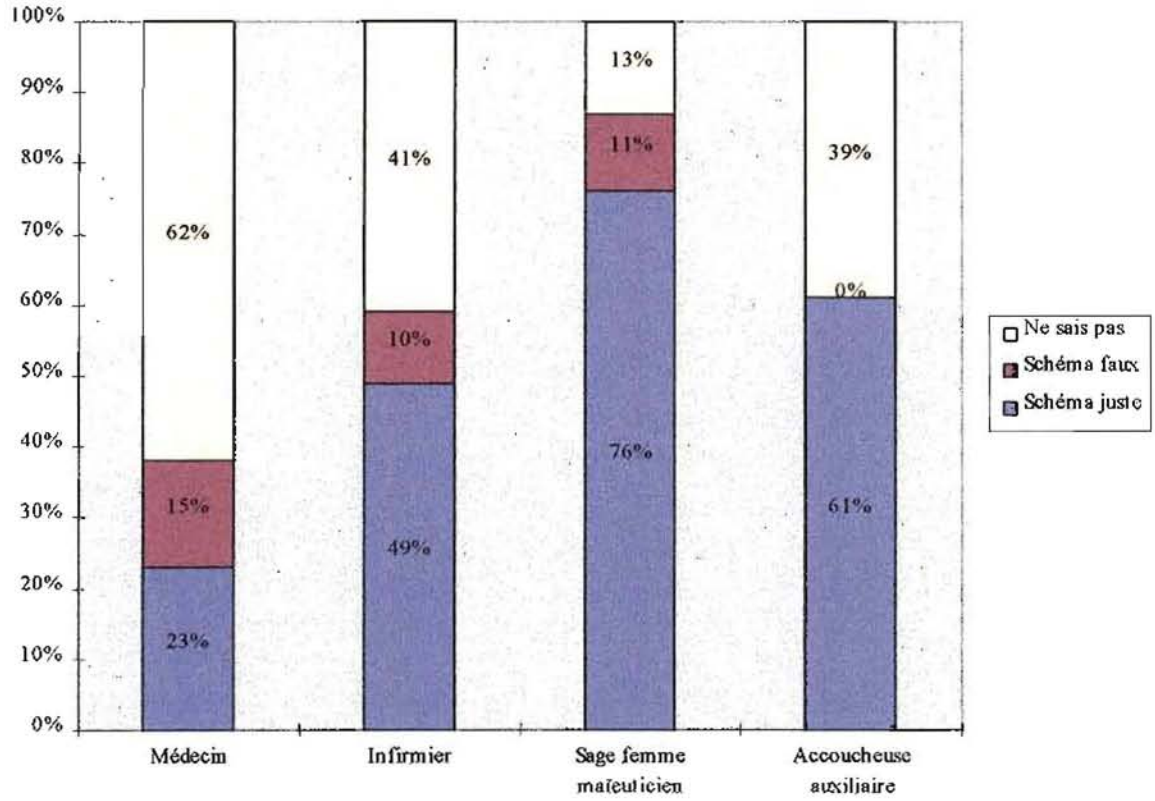

Figure 13: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon la connaissance du suivi de la contraception orale et selon la profession

2. 5. 2. / La contraception injectable (NORISTERAT)*

- En général :

Le schéma préconisé était connu par seulement le tiers des agents de santé (soit 33%).

- En fonction du statut du service:

Quarante deux pour cent (42%) des agents des services A et 29% des agents des services B avaient proposé un schéma juste.

La différence observée entre les agents de santé des services A et B est statistiquement significative ($\chi 2 = 4,747$ et $0,025 < P < 0,05$)c'est-à-dire que le schéma du suivi des clientes sous injectables était connu par un nombre plus important d'agents de santé des services A avec un risque d'erreur de 2,5% à 5%.

- Selon le sexe:

Trente deux pour cent (32%) des hommes et 34% des femmes avaient proposé un schéma de suivi juste .

- **Selon la profession :**

Quatre vingt deux pour cent des médecins ne connaissaient pas le schéma de suivi . (figure 14)

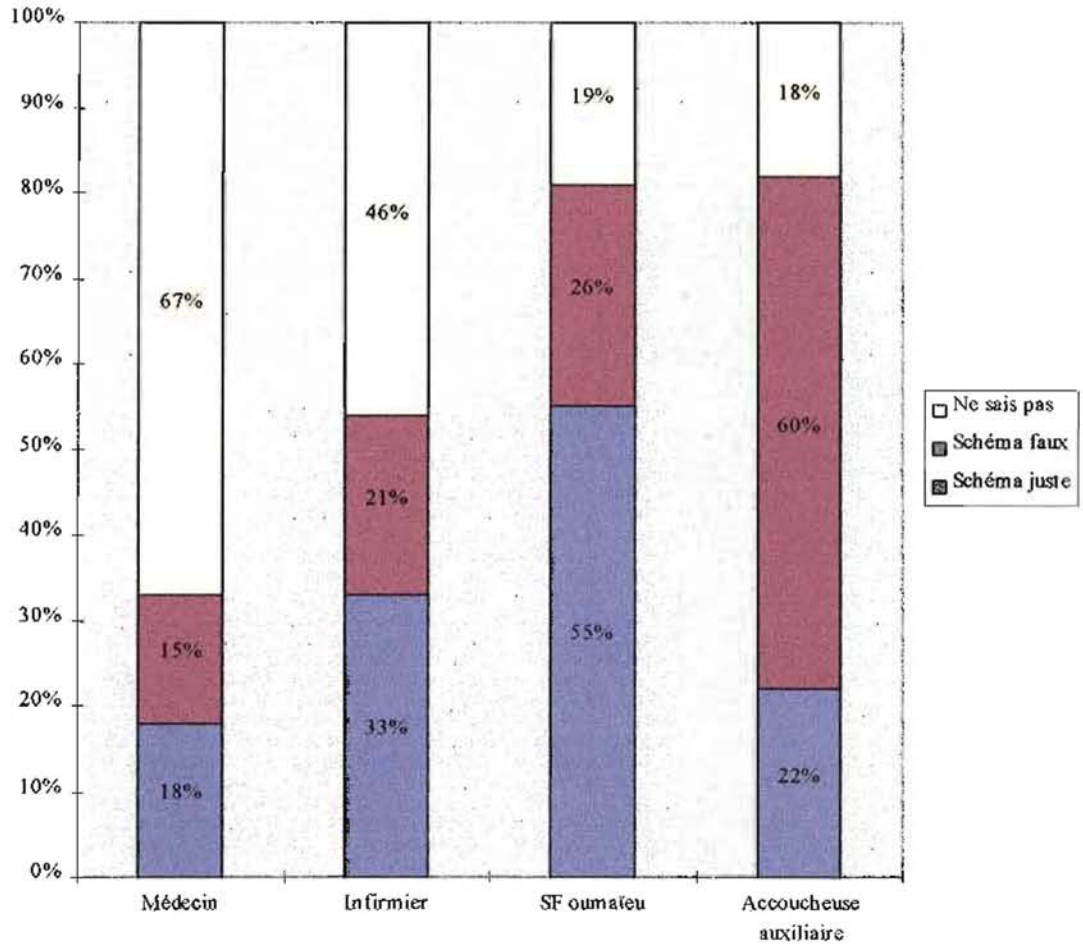

Figure14: Répartition des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon la connaissance du suivi des injectables et selon la profession

2. 6. / Connaissances et Qualité des services

2. 6. 1. / Connaissances en ce qui concerne le choix de la méthode contraceptive

2. 6. 1. 1. / Counseling et prescriptions au niveau des clients

Soixante seize pour cent (76%) des agents de santé de Bobo-Dioulasso menaient essentiellement des activités de conseils en matière de PF (tableau XVII).

Ils nous avaient dit qu'ils estimaient ne pas avoir les connaissances requises pour la prescription de contraceptifs.

13 agents de santé (soit 4%) n'avaient pas répondu à la question .

Tableau XVII : Type d'activités menées par le personnel de santé de Bobo-Dioulasso

Activités menées	Effectif	Fréquence
Conseils	256	76%
Prescriptions	66	20%
TOTAL	322	96%

2. 6. 1. 2. / Connaissances des agents de santé sur la méthode la plus demandée et acceptée

Lors de notre enquête, les agents de santé nous avaient dit que la méthode la plus demandée et acceptée par les clientes était la pilule. Cinq pour cent (5%) n'avaient pas répondu à la question. (tableau XVIII)

Tableau XVIII : Méthodes citées par les agents de santé de Bobo-Dioulasso selon la plus forte demande et acceptation

Méthode demandée et acceptée	Effectif	Fréquence
Pilule	242	72%
Spermicides	78	23%
Injectables	118	35%
Billings ou Ogino	23	7%
Implants	55	16%
Ligature tubaire	24	7%
*Condom	105	31%
*Autres	37	11%

*Autres : DIU, abstinence, AM

*Condom : préservatif masculin

2. 6. 1. 3. / Nécessité de s'entretenir avec le couple

- En général :

Lors des activités de conseils et même avant toute prescription contraceptive, plus du quart des agents de santé pensaient qu'il était obligatoire de rencontrer le couple (tableau XIX).
35 agents de santé (soit 10%) n'avaient pas répondu à notre question.

Tableau XIX : Distribution des agents de santé selon qu'ils discutent ou non avec le couple lors des activités de PF

Discussion obligatoire avec le couple	Effectif	Fréquence
OUI	90	27%
NON	210	63%
TOTAL	300	90%

- Selon le sexe :

Soixante douze pour cent (72%) des agents de santé de sexe féminin n'exigeaient pas la présence du couple, elles nous avaient dit rencontrer les clientes à l'insu de leur conjoint ; 11% n'avaient pas répondu à notre question .

36% des agents de sexe masculin rencontraient obligatoirement le couple lors des activités de conseils ou de prescriptions contre seulement donc 17% des agents de sexe féminin ;
la différence observée à ce sujet entre les hommes et les femmes est statistiquement significative ($\chi 2$ = 14,95 et P< 0,0005) c'est-à-dire qu'un plus grand nombre d'agents de santé de sexe masculin rencontraient obligatoirement le couple avec un risque d'erreur de moins de 0,05%.

- Selon la profession :

les pourcentages d'agents de santé qui exigeaient de rencontrer le couple étaient les suivants :

44% de médecins,

27% d'infirmiers,

21% de sages-femmes

et aucune accoucheuse auxiliaire .

2. 6. 1. 4. / Prescription ou non de tests de laboratoire

- En général :

Presque tous les agents de santé pensaient qu'il était nécessaire de demander au préalable des tests de laboratoire pour la prescription des méthodes contraceptives, plus précisément pour les méthodes hormonales (74% des agents de santé).

Quelques agents de santé pensaient que cela n'était nécessaire pour aucune méthode contraceptive. Trois pour cent (3%) n'avaient pas répondu à la question.

(tableau XX)

Tableau XX : Méthodes contraceptives pour lesquelles les agents de santé demandent des tests de laboratoire

Méthode contraceptive	Effectif	Fréquence
Aucune méthode	71	21%
Naturelle moderne	1	0%
Hormonale	247	74%
Chirurgicale	16	5%
Barrière	4	1%
*Autres	21	6%

*Autres : DIU ; AM pour contrôler la santé de la mère et non à but contraceptif .

- Selon le statut du service:

Trente cinq pour cent (35%) des agents de santé des services A et 15% des agents des services B savaient qu'il n'était pas nécessaire de demander des tests de laboratoire avant les prescriptions contraceptives.

La différence observée entre les agents de santé des services A et B ci-dessus mentionnée est statistiquement significative ($\chi 2 = 16,20$ et $\sqrt{\chi 2} = 4,025$; $p < 0,00001$) c'est-à-dire qu'un plus grand nombre d'agents de santé des services A savaient qu'il n'est pas nécessaire de demander des examens de laboratoires avec un risque d'erreur de moins de 0,001%.

- Selon la profession :

Onze (11) accoucheuses auxiliaires soit 61% nous avaient dit ne préconiser aucun test de laboratoire avant les prescriptions contraceptives et seulement 5 soit 28% en préconisaient pour les méthodes hormonales.

En ce qui concerne les médecins, 8 (soit 21%) nous avaient dit ne demander aucun examen para-clinique et 31 (soit 79%) en préconisaient.

Nous vous donnons les statistiques enregistrées lors de notre enquête au tableau XXI:

Tableau XXI : Méthodes contraceptives pour lesquelles les agents de santé demandent des tests de laboratoire selon la profession

Profession / Méthode contraceptive	Médecin	Infirmier	Sage-Femme / Maïeuticien	Accoucheuse auxiliaire
Aucune méthode	8	42	10	11
PFN	0	1	0	0
Hormonale	31	186	25	5
Chirurgicale	2	12	1	1
Barrière	0	4	0	0

N.B. : La somme de valeurs dépasse les effectifs du fait de la possibilité de réponses multiples.

2. 6. 2. / Relations interpersonnelles

Durée d'entretien avec chaque client :

En ce qui concerne la durée d'entretien des agents de santé avec chaque client les extrêmes étaient de sept à dix minutes .

2. 6. 3. / <u>Informations données aux clientes</u> :

exemple d'une causerie organisée par un service de PF dans un quartier de la ville de Bobo-Dioulasso

Les animatrices (sages-femmes) avaient présenté comme méthodes hormonales, la pilule et les injectables; comme méthodes de barrière, le préservatif masculin; comme méthode traditionnelle, l'AM;

elles avaient également présenté le DIU.

Elles ne s'étaient pas entretenues sur les implants, les spermicides, l'abstinence, la CCV, les méthodes naturelles modernes.

Certaines clientes avaient posé des questions sur les méthodes naturelles modernes, l'abstinence et la CCV .

Concernant les méthodes naturelles modernes, il leur avait été répondu que c'étaient des méthodes non fiables et qu'il valait mieux les abandonner .

Concernant l'abstinence, il leur avait été dit que cela était pratiquement impossible dans un couple monogame .

Concernant la CCV, les animatrices avaient promis aux femmes d'en parler lors d'un prochain entretien .

Les points abordés par les animatrices sur les méthodes suscitées étaient principalement les avantages et inconvénients .

Les animatrices avaient recours aux supports visuels et matériels tels qu'échantillons de contraceptifs, posters et revues.

2. 6. 4. / <u>Connaissances sur certaines prestations</u>

2. 6. 4. 1. / <u>Prestations concernant la MAMA</u>

Les agents de santé préconisaient-ils l'AM exclusif lors de leurs conseils ou de leurs prescriptions contraceptives ?

20% des agents de santé nous avaient dit conseiller l' AM exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois ;

66% des agents de santé conseillaient d'associer à l' AM une autre méthode contraceptive ;

2. 6. 4. 2. / Prestation concernant la ligature tubaire

- En général :

La majorité des agents de santé (94%) n'avaient jamais effectué de ligature tubaire (LT) sur un sujet; seulement 6% l'avaient déjà faite .

- Selon le statut du service :

Au niveau des services A qui sont des services pratiquant la PF, seulement 8% des agents de santé avaient déjà effectué une LT sur une cliente. 5% des agents de santé des services B l'avaient effectuée.

- Selon la profession :

Le tiers des médecins (33%) avaient déjà effectué la LT sur une cliente, 3% des infirmiers en avaient effectuées ; aucune des accoucheuses auxiliaires, sages-femmes ou maïeuticiens n'avait effectué de LT sur une cliente.

2. 6. 4. 3. / Prestations concernant la vasectomie

- En général :

la majorité des agents de santé n'avaient également jamais pratiqué de vasectomie sur un sujet . Nous avons enregistré à cet effet 324 agents de santé, soit un pourcentage de 97%, qui n'avaient jamais pratiqué de vasectomie sur un sujet ; 6 agents n'avaient pas répondu à notre question.

- Selon le statut du service :

Deux pour cent (2%) des agents de santé des services B avaient déjà effectué une vasectomie sur un sujet ; aucun des agents des services A ne l'avait effectuée.

Les agents des services B ayant déjà fait une vasectomie à un sujet nous avaient dit avoir précédemment servi dans un bloc opératoire et qu'ils l'avaient effectuée dans le cadre d'un traitement de cancer de la prostate . Un seul agent l'avait pratiquée à but contraceptif à un sujet .

- Selon la profession :

Huit pour cent des médecins (8%) et moins de 2% dans les autres professions avaient déjà effectué une vasectomie sur un sujet .

Parmi les médecins, un seul l'avait faite à but contraceptif à un sujet ; tous les autres l'avaient pratiquée dans le cadre du traitement d'un cancer de la prostate .

2. 7. / Désir du personnel de santé de s'informer en matière de PF

91% des agents de santé de Bobo-Dioulasso avaient émis le désir d'approfondir leurs connaissances en matière de PF; les 9% restants disaient qu'ils étaient spécialisés dans d'autres domaines de la médecine et que la PF ne leur servait plus.

3. / ATTITUDES DU PERSONNEL DE SANTE DE BOBO-DIOULASSO SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

3. 1. / Opinion du personnel de santé de Bobo-Dioulasso sur la taille de sa famille

3. 1. 1. / En général :

Cinquante sept pour cent (57%) des agents pensaient avoir le nombre d'enfants voulu ; Trente six pour cent (36%) des agents pensaient avoir dépassé ou n'avoir pas atteint le nombre d'enfants désiré. Ils nous avaient dit que la taille de leur famille n'était pas satisfaisante.

3. 1. 2. / Selon le statut du service :

Soixante huit pour cent (68%) des agents de santé des services A et 53% des agents de santé des services B avaient déclaré la taille de leur famille satisfaisante .

3. 1. 3. / Selon la situation matrimoniale

les résultats étaient les suivants :

- *les agents de santé célibataires* : 6% avaient le nombre d'enfants désiré et 68% n'avaient pas le nombre d'enfants désiré ;
  (26% des agents n'avaient pas répondu à la question)
- *les agents de santé vivant en concubinage* : 23% avaient le nombre d'enfants désiré et 69% n'avaient pas le nombre d'enfants désiré ;
  (8% de non-réponses)
- *les agents de santé divorcés ou veufs* : 79% avaient le nombre d'enfants voulu et 21% n'avaient pas le nombre d'enfants souhaité ;
- *les agents de santé mariés monogames :* 64% avaient le nombre d'enfants voulu et 30% n'avaient pas le nombre d'enfants voulu ;
  (6% de non-réponses)
- *les agents de santé mariés polygames :*64% avaient le nombre d'enfants désiré et 33% n'avaient pas le nombre d'enfants désiré .
  (3% de non-réponses)

3. 1. 4. / Selon le nombre d'enfants par agent de santé :

Nous n'avons pas obtenu de réponse chez 10% des agents ayant moins de trois enfants et 3% des agents ayant trois enfants et plus.

Quarante huit pour cent (48%) des agents qui avaient moins de 3 enfants estimaient que la taille de leur famille correspondait à la taille désirée. (figure 15)

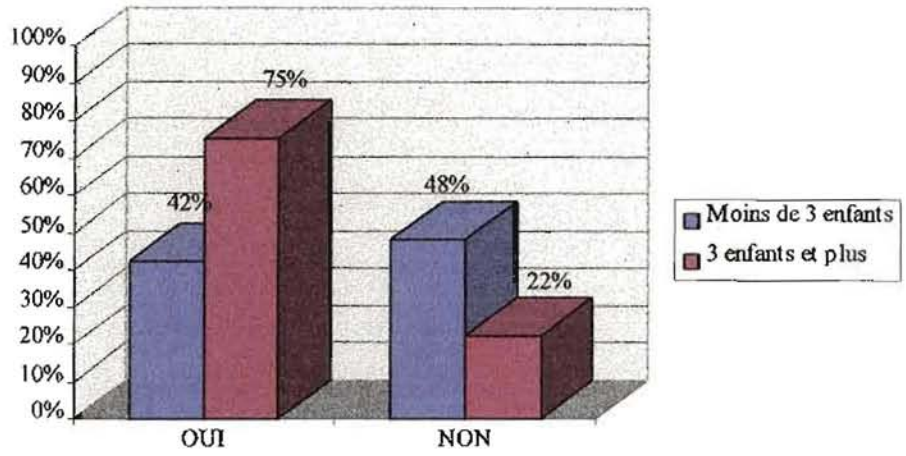

Figure 15: Répartition du personnel de santé de Bobo-Dioulasso selon son opinion sur la taille de la famille et selon le nombre d'enfants

N.B : Oui ou non à la question de savoir si la taille de leur famille correspondait à la taille désirée

3. 1. 5. / Selon l'ancienneté dans la profession :

Parmi ceux qui avaient moins de 10 années de fonction, nous avons constaté que la majorité trouvaient la taille de leur famille insatisfaisante (56%) .

(figure 16)

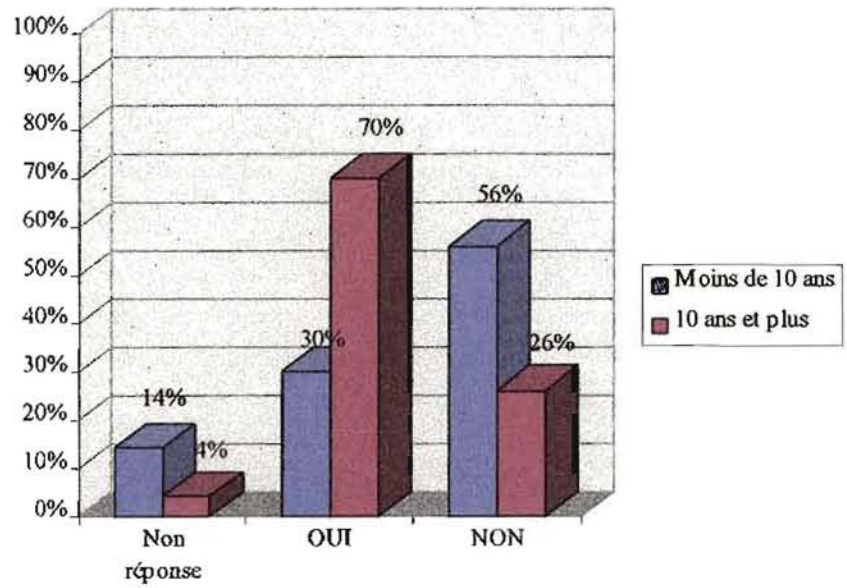

Figure 16: Distribution du personnel de santé de Bobo-Dioulasso selon son opinion sur la taille de sa famille et selon l'ancienneté dans la profession

N.B : Oui ou non à la question de savoir si la taille de leur famille correspondait à la taille désirée

3. 2. / Opinion du personnel de santé sur l'efficacité de la contraception

3. 2. 1. / En général :

La majorité des agents de santé croyaient en l'efficacité de la contraception dans notre pays (91% des agents) ;

7% n'y croyaient pas ;

La principale raison invoquée par ceux qui n'y croyaient pas était que les femmes africaines étaient en majorité analphabètes et ne pouvaient donc utiliser correctement les différentes méthodes contraceptives existantes . Le risque d'échec était alors trop grand .

D'autres agents de santé avaient invoqué le manque d'hygiène de nos femmes pour certaines méthodes contraceptives ; plus précisément les méthodes de barrières et le DIU .

D'autres encore n'y croyaient pas parce que, pensaient-ils, la contraception avait été inventée par « les blancs » pour réduire la reproductivité des africaines et qu'à la longue, nous constaterons certains effets secondaires insoupçonnés . Selon eux, la PF ne pourrait résoudre en aucun cas nos problèmes de santé et nos problèmes économiques . Il y aurait plutôt lieu de travailler ardemment pour doubler nos ressources financières afin de subvenir aux besoins de nos populations sans cesse croissantes .

3. 2. 2. / Selon la religion :

Vingt pour cent (20%) des animistes ne croyaient pas en l'efficacité de la contraception dans notre pays. (pour le détail des autres religions, voir figure 17)

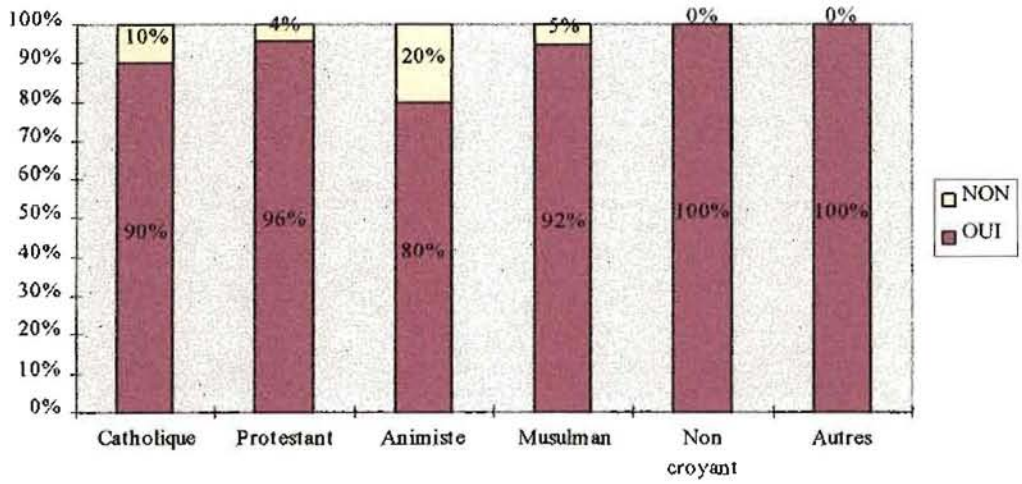

Figure 17: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon leur attitude sur l'efficacité de la contraception et selon la religion

N.B : Oui ou non à la question de savoir s'ils croyaient en l'efficacité de la contraception

3. 2. 3. / Selon la profession :

Un nombre élevé de médecins (21%) ne croyaient pas en l'efficacité de la contraception dans nos régions . (figure 18)

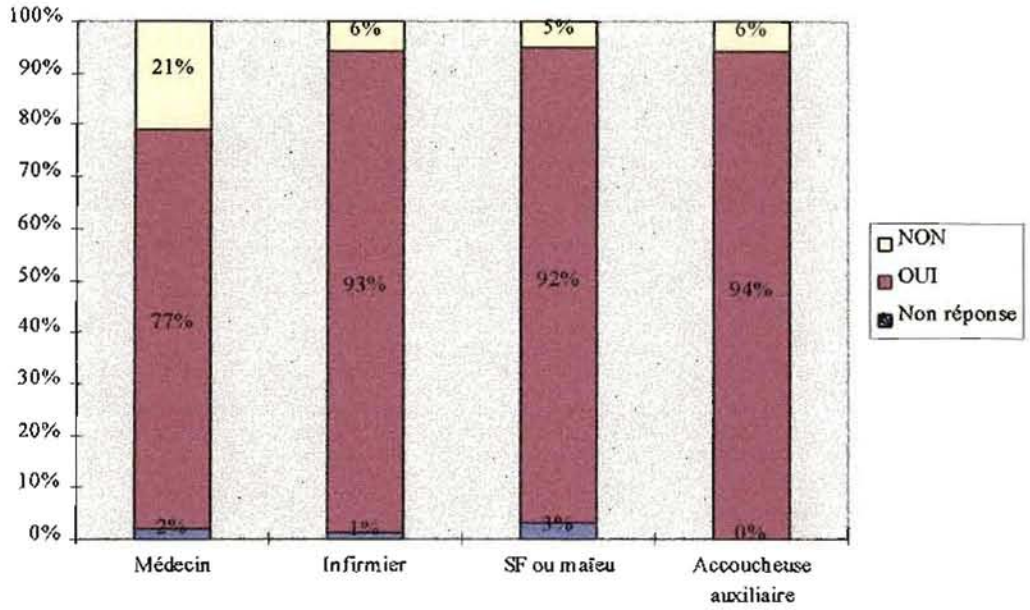

Figure 18: Distribution du personnel de santé de Bobo-Dioulasso selon son opinion sur l'efficacité de la contraception et selon la profession

N.B : Oui ou non à la question de savoir s'ils croyaient en l'efficacité de la contraception

Quelques agents n'avaient pas répondu à notre question (non réponses sur le graphique) .

En comparant les médecins(21%) et les autres professions (6%), il n'y a pas de différence significative.

3. 3. / Préférences du personnel de santé en ce qui concerne les différentes méthodes contraceptives

3. 3. 1. / En général :

Il est ressorti de cette étude que la plupart des agents de santé préféraient la pilule et le DIU. Les implants venaient en dernière position .

- 37 % des agents de santé préféraient donc la pilule ;
- 30 % préféraient le DIU ;
- 10 % préféraient les méthodes naturelles modernes et traditionnelles ;

- 9 % préféraient les méthodes injectables et les méthodes de barrière ;
- 5 % préféraient les implants .

Notons que 13% des agents de santé n'avaient pas voulu répondre à notre question.

N.B. : La somme des pourcentages dépasse 100% du fait de la possibilité de réponses multiples.

3. 3. 2. / Selon le sexe :

Nous avons noté une préférence du DIU et des pilules chez les femmes, comparativement aux hommes qui préféraient nettement la pilule .

35% des femmes préféraient le DIU et 34% la pilule ;

25% des hommes préféraient le DIU et 39% la pilule .

3. 3. 3. / Selon la religion :

Tous préféraient la pilule en dehors des non-croyants qui avaient choisi le DIU

37% des catholiques préféraient la pilule, suivie du DIU (30%);

40% des protestants préféraient la pilule, suivie du DIU (24%);

40% des animistes préféraient la pilule, suivie du DIU (30%;)

37% des musulmans préféraient la pilule, suivie du DIU (30%);

et 43% des non-croyants préféraient le DIU, suivi de la pilule (21%).

3. 3. 4. / Selon la situation matrimoniale :

- Parmi les agents de santé célibataires, 47% préféraient la pilule, 18% les méthodes de barrière et 15% le DIU.
- Parmi les agents de santé vivant en couple (concubinage, marié polygamie ou monogamie), 36% préféraient la pilule, 32% le DIU et seulement 7% les méthodes de barrière.

3. 3. 5. / Selon le nombre d'enfants par agent de santé :

Ceux qui avaient 3 enfants et plus préféraient le DIU et ceux qui avaient moins de 3 enfants préféraient la pilule .

- Agents ayant moins de 3 enfants : 43% de ces agents avaient choisi la pilule et 21% le DIU .
- Agents ayant 3 enfants et plus : 31% de ces agents avaient choisi la pilule et 39% le DIU .

3. 3. 6. / Selon l'ancienneté dans la profession :

Ceux qui avaient moins de 10 années de service préféraient la pilule (51%) suivie du DIU (17%) et ceux qui avaient 10 années de service et plus préféraient le DIU (36%) suivi de la pilule (30%) .

3. 4. / <u>Attitudes du personnel de santé sur l'importance de la Planification Familiale</u>

3. 4. 1. / En général :

2% des agents de santé n'avaient pas voulu répondre à notre question parce qu'ils disaient ne voir aucune importance à la PF .

98% des agents pensaient que la PF était importante, pour les raisons suivantes :

31% avaient cité la limitation des naissances ;

27% avaient cité l'espacement des naissances ;

21% avaient cité la réduction des mortalités maternelle et infantile ;

10% avaient cité l'amélioration du statut social des femmes ;

9% des agents de santé avaient cité d'autres éléments tels que : réduction du nombre d'avortements provoqués, bien-être familial, santé de la mère et de l'enfant, baisse du taux de stérilité, éducation des jeunes, ...

3. 4. 2. / Selon le nombre d'enfants par agent de santé :

Ceux qui avaient moins de 3 enfants avaient choisi en premier lieu l'espacement des naissances puis la réduction des mortalités maternelle et infantile .

(tableau XXII)

Tableau XXII : Raisons émises par le personnel de santé de Bobo-Dioulasso sur l'importance de la PF selon le nombre d'enfants par agent de santé

Nb. Enfants / raisons	moins de 3 enfants		3 enfants et plus		TOTAL	
	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.
Non réponse	3	2%	5	3%	8	2%
Limitation naiss.	44	23%	59	38%	103	31%
Espacement naiss.	59	34%	33	21%	92	27%
Réd. Mortalité maternel. et infantil.	45	26%	25	16%	70	21%
Amélioration statut social des femmes	14	8%	21	13%	35	10%
Autres	13	7%	14	9%	27	9%
TOTAL	178	100%	157	100%	335	100%

3. 5. / Attitudes du personnel de santé à propos de la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents

Par contraceptifs modernes nous entendons les méthodes suivantes : hormonales, barrière, DIU, naturelles modernes.

3. 5. 1. / En général :

Nous avons noté à la suite de l'enquête, qu'un peu plus de la moitié des agents de santé étaient pour la prescription de contraceptifs modernes à leurs filles ou fils adolescents (57%) ; Certains n'avaient pas voulu répondre à notre question (2% des agents) . Ils nous avaient avoué avoir un profil religieux ne leur permettant pas de se prononcer . Il s'agissait plus précisément des musulmans et des protestants.

La principale raison invoquée par ceux qui étaient contre la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents était que cela favorisait la débauche .

(tableau XXIII)

Tableau XXIII : Raisons sur le refus du personnel de santé de faire prescrire les contraceptifs modernes à leurs fils ou filles adolescents

Raisons	Effectif	Fréquence
non réponse	201	60%
trop jeune	58	17%
raison religieuse ou culturelle	27	8%
favorise débauche	72	21%
risque d'oubli	3	1%
*Autres	10	3%

*Autres : risque de cancer génital, risque de stérilité, risque de maladies cardio-vasculaires, obésité, diabète .

N.B. : La somme des effectifs est supérieure à 335 du fait de la possibilité de réponses multiples de même que la somme des fréquences qui est supérieure à 100%.

3. 5. 2. / Selon le statut du service :

Quarante cinq pour cent (45%) des agents de santé des services A et soixante un pour cent (61%) des agents de santé des services B étaient pour la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents. La différence observée entre les agents de santé des services A et B est statistiquement significative ($\chi 2$ = 7,794 et 0,005< P< 0,01) c'est-à-dire qu'un nombre plus important d'agents de santé des services B étaient pour la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents avec un risque d'erreur compris entre 0,5% et 1%.

3. 5. 3. / Selon la religion :

Plus de la moitié des protestants (60%) étaient contre la prescription de contraceptifs modernes à leurs fils ou filles adolescents (figure 19).

En comparant les protestants et les autres agents de santé :60% des protestants étaient contre cette prescription contre 39% de tous les autres agents de santé.

Un nombre plus important d'agents de santé protestants étaient contre la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents avec un risque d'erreur de 0,25% à 5% ($\chi 2$ = 4,215).

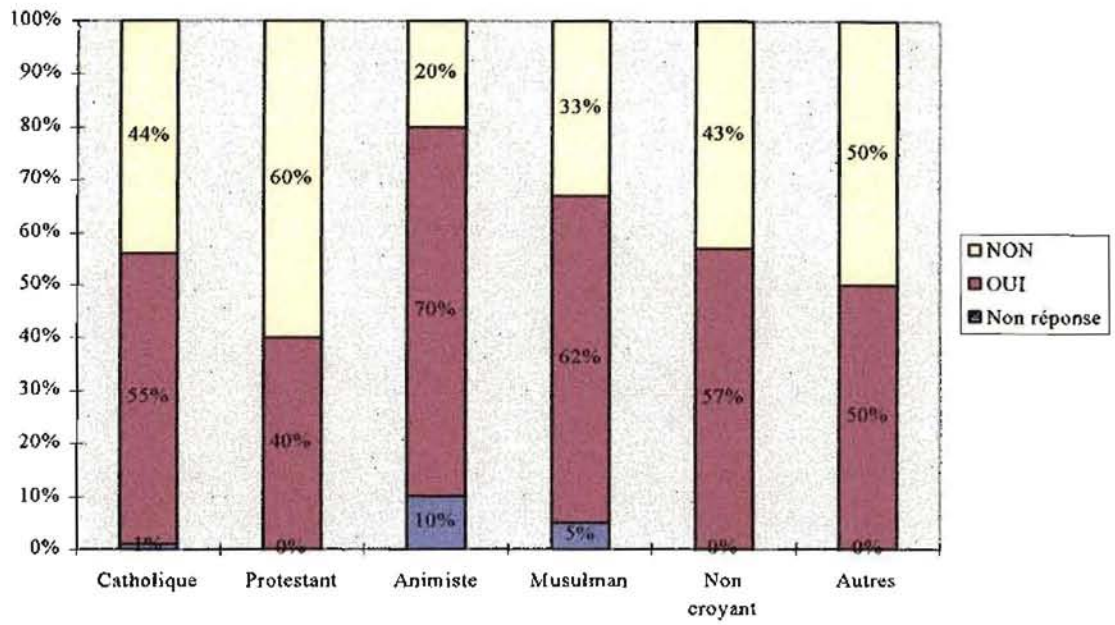

Figure 19: Répartition du personnel de santé de Bobo-Dioulasso selon son opinion sur la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents et selon l'âge

3. 5. 4. / Selon le nombre d'enfants par agents de santé :

Soixante six pour cent (66%) de ceux qui avaient moins de 3 enfants étaient pour la prescription de contraceptifs aux adolescents et trente deux pour cent (32%) étaient contre .

3. 5. 5. / Selon la profession :

Plus de la moitié des médecins et infirmiers étaient pour la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents. (tableau XXIV)

La différence entre les médecins (67%) et les autres agents (55%) n'était pas statistiquement significative ($\chi 2 = 1,776$).

Tableau XXIV : Avis du personnel de santé de Bobo-Dioulasso sur la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents selon la profession

Profession / Contra. Ado.	Médecin		Infirmier		SF / maïeu.		Acc. Aux.		TOTAL	
	Effec	Fréq	Effec	Fréq	Effec	Fréq	Effec	Fréq	Effec	Fréq
Non réponse	2	5%	4	2%	2	5%	1	6%	9	2%
OUI	26	67%	142	59%	16	42%	6	33%	19	57%
NON	11	28%	94	39%	20	53%	11	61%	136	41%
TOTAL	39	100%	240	100%	38	100%	18	100%	335	100%

3. 6. / Attitudes du personnel de santé à propos de certaines méthodes contraceptives

3. 6. 1. / Opinion sur le DIU

3. 6. 1. 1. / En général :

Trente cinq pour cent (35%) des agents de santé avaient répondu OUI à la question de savoir si le DIU était une méthode abortive.

Cinquante un pour cent (51%) pensaient que le DIU n'était pas une méthode abortive.

3. 6. 1. 2. / Selon le statut du service :

Vingt quatre pour cent (24%) des agents de santé des services A n'avaient pas voulu répondre à la question . La majorité des agents dans les deux groupes pensaient que le DIU n'était pas une méthode abortive.

(tableau XXV)

Tableau XXV : Avis du personnel de santé de Bobo-Dioulasso sur la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents selon le statut du service

structure / DIU abortif	Services A		Services B		TOTAL	
	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.
Non réponse	23	24%	21	9%	44	13%
OUI	30	31%	86	36%	116	35%
NON	42	44%	130	54%	172	51%
*OUI et NON	1	1%	2	1%	3	1%
TOTAL	96	100%	239	100%	335	100%

*OUI et NON : ceux qui pensent que le DIU est une méthode abortive s'il y a eu fécondation et qu'il ne l'est pas s'il n'y a pas eu fécondation .

3. 6. 1. 3. / Selon le sexe :

Trente quatre pour cent (34%) des femmes et 35,5% des hommes pensaient que le DIU étaient un agent abortif.

3. 6. 1. 4. / Selon la religion :

Le nombre de protestants qui pensaient que le DIU était un agent abortif était le même que ceux qui pensaient qu'il n'était pas un agent abortif ; voir figure 20.

La différence entre les protestants (44%) et tous les autres agents de santé (34%) n'était pas statistiquement significative ($\chi 2 = 1,051$).

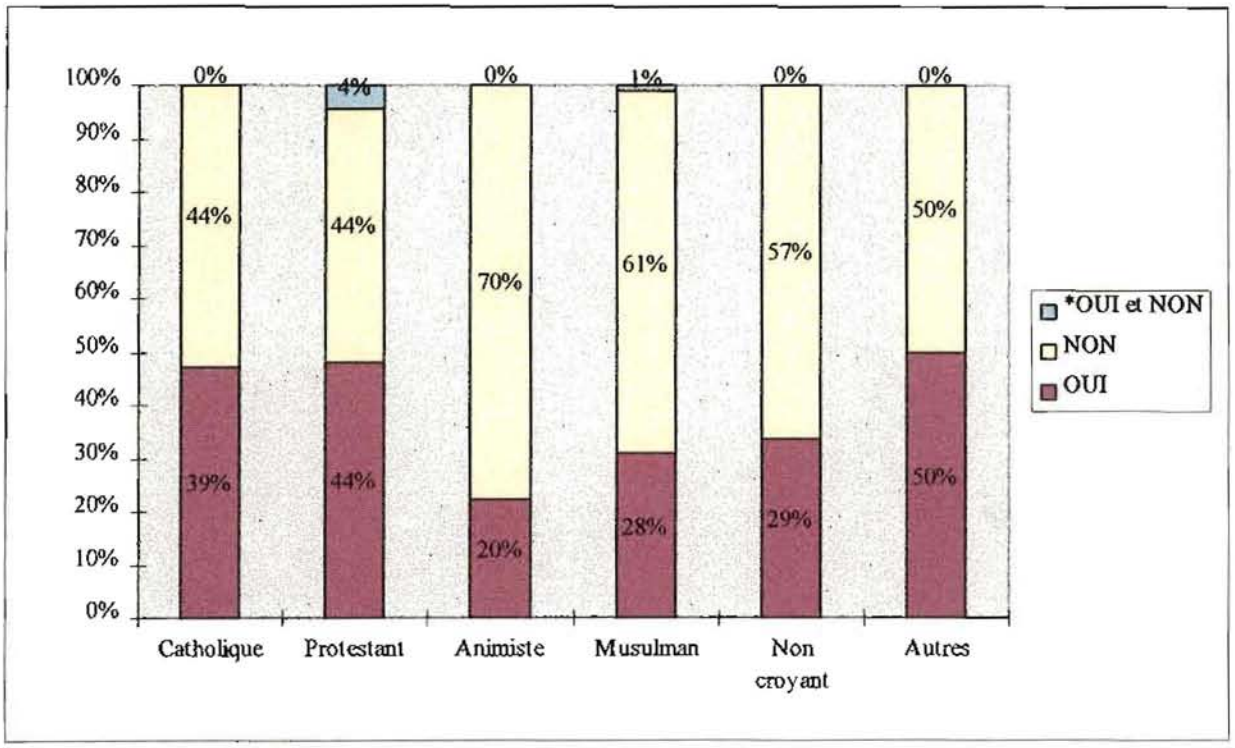

Figure 20: Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon leur opinion sur le DIU comme méthode abortive et selon la religion

3. 6. 1. 5. / Selon la profession :

La majorité des accoucheuses auxiliaires avaient répondu OUI à la question de savoir si le DIU était une méthode abortive.

(tableau XXVI)

Tableau XXVI : Opinion du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso sur les DIU comme méthode abortive selon la profession

Profession / DIU abortif	Médecin		Infirmier		SF / maïeu		Acc. Aux.		TOTAL	
	Effec	Fréq	Effec	Fréq	Effec	Fréq	Effec	Fréq	Effec	Fréq
Non réponse	3	8%	26	11%	8	21%	7	39%	44	13%
OUI	15	38%	83	35%	12	32%	6	33%	116	35%
NON	20	51%	129	54%	18	47%	5	28%	172	51%
OUI et NON	1	3%	2	0%	0	0%	0	0%	3	1%
TOTAL	39	100%	240	100%	38	100%	18	100%	335	100 %

3. 6. 2. / Opinion sur la CCV

A la question de savoir s'ils feraient une CCV, une fois la taille de leur famille atteinte, la majorité des agents de santé ont répondu NON (75% des agents) .

24% feraient une CCV une fois la taille de leur famille atteinte.

Aucune variable n'avait d'influence sur l'opinion des agents de santé en ce qui concerne la CCV

3. 6. 2. 1. / Raison du refus des agents de santé de pratiquer une CCV une fois la taille de leur famille atteinte

75% des agents refusaient la pratique de la CCV et parmi ces derniers :

- 46% invoquaient comme raison à ce refus l'irréversibilité ;
- 32% invoquaient le risque de regret ;
- 18% invoquaient la nécessité d'une intervention chirurgicale et les risques que cela comporte ;
- 26% invoquaient d'autres raisons : la CCV serait une méthode mutilante (classée même dans les mutilations génitales), la pratique de la CCV serait un acte condamné par la société,...

N.B. : Précisons que la somme des pourcentages des agents ayant invoqué des raisons de refus dépasse 75% du fait de la possibilité de réponses multiples .

3. 6. 2. 2. / Préférences des agents de santé ayant dit vouloir effectuer une CCV une fois la taille de leur famille atteinte

Rappelons qu'ils constituaient 24% de notre population. La majorité préféraient la ligature tubaire (17%) ;

6% préféraient la vasectomie ;

1% n'avaient pas voulu nous donner leur opinion sur la question .

Les principales raisons de la préférence de la ligature tubaire étaient que la contraception serait l'affaire des femmes, la société réprimerait un tel acte chez l'homme, en cas de regret ce serait préférable que l'homme puisse faire encore des enfants, l'homme vasectomisé aurait l'impression d'être incomplet, il y aurait un risque d'impuissance lié à la délicatesse de l'acte chez l'homme .

4. / PRATIQUES EN PLANIFICATION FAMILIALE ET TAUX D'UTISATION DES CONTRACEPTIFS PAR LE PERSONNEL DE SANTE DE BOBO-DIOULASSO

4. 1. / Utilisation de contraceptifs

- En général :

Les trois quart du personnel de santé disaient utiliser une méthode; 24% des agents disaient ne pas en utiliser actuellement.

Le taux d'utilisation de contraceptifs était de 75% .

(1% des agents de santé n'avaient pas répondu à la question)

- Selon le statut du service:

Soixante quatre pour cent (64%) des agents de santé des services A et 80% des agents de santé des services B utilisaient une méthode contraceptive .

La différence observée entre les agents de santé des services A et B est statistiquement significative ($\chi 2 = 9,463$ et $0,001 < P < 0,005$) c'est-à-dire qu'un nombre plus important d'agents de santé des services B utilisaient une méthode contraceptive.

- Selon la profession :

Seulement 63% des sages-femmes / maïeuticiens utilisaient une méthode contraceptive. (pour l'utilisation contraceptive en ce qui concerne les autres professions, voir figure 21)

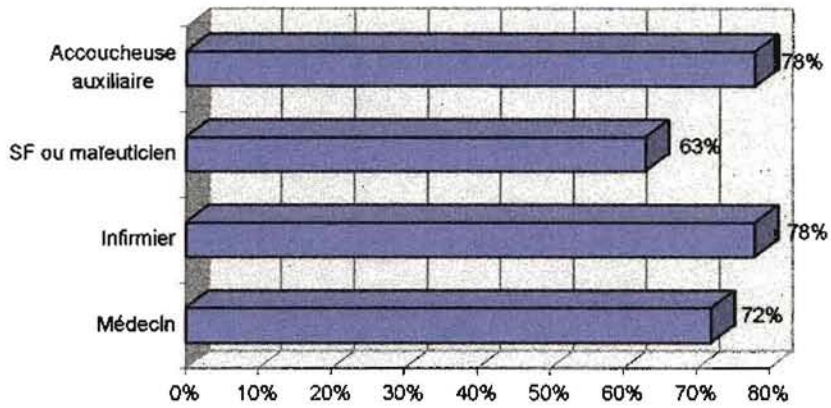

Figure 21 : Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon le taux d'utilisation de contraceptifs et selon la profession

4. 1. 1. / Les utilisateurs de contraception

Parmi les 75% d'agents de santé utilisant une méthode contraceptive, 60% nous avaient dit utiliser celle de leur choix comparé à 15% qui n'utilisaient pas celle de leur choix .

Sur les 15% ayant dit ne pas utiliser la méthode de leur choix, 5% auraient souhaité utiliser la pilule, 5% le DIU, 2% les implants, 2% les méthodes naturelles modernes et 1% les injectables . Elles n'utilisaient pas leur méthode préférée le plus souvent à cause des effets secondaires liés à ces méthodes .

4. 1. 2. / Les non-utilisateurs

Parmi les 24% qui nous avaient avoué ne pas utiliser de contraceptifs actuellement, 22% en avaient déjà utilisé auparavant .

La majorité avait déjà utilisé la pilule (10% sur les 22%), le DIU (4% sur les 22%), les méthodes naturelles modernes (2% sur les 22%), ...

Les causes de l'abandon de la contraception étaient : l'âge avancé, la présence d'une grossesse, la recherche d'une grossesse, les effets secondaires, les conceptions religieuses, ...

Quarante sept pour cent (47%) de tous les agents de santé (utilisant actuellement ou ayant utilisé une méthode) avaient été amenés à changer de méthode contraceptive.

Les principales raisons de ce changement étaient :

les effets secondaires,

certains inconvénients,

l'effet de mode (DIU puis maintenant implant),

le refus du conjoint, ...

4. 2. / Utilisation par type de contraceptifs

4. 2. 1. / En général:

Nous avons constaté lors de l'enquête que le contraceptif le plus utilisé était la pilule, suivie du DIU et du préservatif masculin (barrière) ;

soit la triade pilule - DIU - barrière .

Les implants n'étaient utilisés par aucun agent de santé (2 agents nous ont avoué l'avoir placé puis retiré quelques mois après, à cause des effets secondaires) .(tableau XXVII)

Tableau XXVII : Taux d'utilisation par contraceptif du personnel de santé de Bobo-Dioulasso

Contraceptifs utilisés	Effectif	Fréquences
NON réponse	85	25%
Pilules	79	24%
Injectables	16	5%
DIU	77	23%
Implants	0	0%
Naturelles Modernes	28	8%
Barrière	40	12%
*Autres	10	3%
TOTAL	335	100%

*Autres : CCV, abstinence .

N.B. : Les 25% de non réponses comprennent 24% d'agents de santé n'utilisant aucune méthode contraceptive actuellement. Rappelons-nous que 75% de nos agents utilisaient une méthode contraceptive, 24% n'en utilisaient pas et 1% n'avaient pas voulu répondre .

4. 2. 2. / Selon le statut du service :

Au niveau des services A, le choix était porté sur les DIU puis les pilules et les injectables ; le taux d'utilisation de DIU était de 27% ; il était de 14% pour les pilules et de moins de 7% pour les autres méthodes contraceptives .

Dans les services B, la triade pilule - DIU - barrière était respectée .

4. 2. 3. / Selon le sexe :

- Nous avons observé chez les femmes, un taux d'utilisation de DIU de 30%, un taux d'utilisation de pilules de 19% ; un taux de moins de 7% pour les autres méthodes contraceptives.
- Précisons que chez les hommes, il s'agit de méthodes contraceptives pratiquées par le couple donc utilisées par leur(s) femme(s) .Chez ces hommes la prédominance était accordée à la pilule (24%) . La triade pilule - DIU - barrière était là aussi respectée .

4. 2. 4. / Selon la religion :

° Chez les protestants, le taux d'utilisation de la pilule était de 28%, suivi du taux d'utilisation de DIU qui était de 20% et du taux d'utilisation des méthodes naturelles modernes qui était de 12% ; ce taux était de moins de 5% pour les autres méthodes .

° Chez les animistes, tous les taux étaient au même niveau (soit 20%), en dehors des taux d'utilisation de la CCV et l'abstinence qui étaient de 10% .

° Chez les catholiques, la triade pilule - DIU - barrière était inversée au profit du DIU .

taux d'utilisation de DIU : 25% ;

taux d'utilisation de pilule : 23% ;

taux d'utilisation des méthodes de barrière : 9% ;

moins de 8% pour les autres taux .

4. 2. 5. / Selon la situation matrimoniale :

° Nous avons enregistré chez les agents de santé vivant seuls, un taux plus élevé d'utilisation de méthodes de barrière (préservatifs masculins et spermicides) . Ainsi ce taux était de 36% ;
le taux d'utilisation de pilules était de 13% ;
il était de moins de 9% pour les autres méthodes .

° Chez les agents de santé vivant au moins en couple, nous avons enregistré un même taux d'utilisation de pilules et de DIU égal à 26%, suivi du taux d'utilisation de méthodes naturelles modernes qui était de 9% .

Nous avons enregistré moins de 9% pour les autres méthodes contraceptives .

4. 2. 6. /Selon le nombre d'enfants par agent de santé :

° Ceux qui avaient moins de 3 enfants préféraient la pilule puis les méthodes de barrière et les DIU .
Le taux d'utilisation de pilules était de 31%, le taux d'utilisation de méthodes de barrière était de 14% ;
le taux d'utilisation de DIU était de 12% et celui des autres méthodes contraceptives était de moins de10% .

° Ceux qui avaient 3 enfants et plus : la triade pilule - DIU - barrière était inversée en faveur du DIU .Ce qui nous a paru logique, quand nous savons que le DIU est préconisé chez ceux qui ont plus de 2 enfants et chez qui les conditions de pose sont réunies .

4. 2. 7. / Selon la profession :

Nous avons constaté dans notre étude que les médecins, les sages-femmes ou maïeuticiens et les accoucheuses auxiliaires préféraient le DIU .
Seuls les infirmiers avaient respecté la triade pilule - DIU - barrière .
Les taux étaient représentés dans le tableau XXVIII.

Tableau XXVIII : Distribution des agents de santé de Bobo-Dioulasso selon l'utilisation de contraceptifs et selon la profession

Profession / Méthode utilisée	Médecin		Infirmier		Sage-femme / Maïeuticien		Accoucheuse auxiliaire	
	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.	Effec.	Fréq.
Non-réponse	11	28%	54	22,5%	16	42%	4	22%
Pilule	5	13%	67	28%	5	13%	2	11%
Injectables	2	5%	11	4,5%	2	5%	1	5,5%
DIU	9	23%	49	20,5%	10	26%	9	50%
Implant	0	0	0	0	0	0	0	0
PFN	2	5%	24	10%	1	3%	1	6%
Barrière	8	21%	29	12%	2	5,5%	1	5,5%
*Autres	2	5%	6	2,5%	2	5,5%	0	0
TOTAL	39	100%	240	100%	38	100%	18	100%

*Autres : LT, traditionnelles artificielles

4. 2. 8. / Selon l'ancienneté dans la profession :

° Les agents de santé ayant moins de 10 ans de service, donc étant plus jeunes, utilisaient plus les pilules, suivies des méthodes de barrière et du DIU . Ainsi :

le taux d'utilisation de pilule était de 39% , le taux d'utilisation du DIU était de 7% et de moins de 7% pour les autres méthodes contraceptives .

° Les agents de santé ayant plus de 10 ans de service utilisaient, quant à eux, beaucoup plus le DIU, suivi de la pilule et des méthodes naturelles modernes .

Ainsi, nous avons enregistré un taux d'utilisation :

de DIU de 31% ;

de pilule de 16% ;

de méthodes naturelles modernes de 10% .

Le taux d'utilisation des autres méthodes contraceptives était inférieur ou égal à 9% .

V. / COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. / Les limites de l'étude

Les limites de notre étude étaient surtout liées à notre technique de recherche (enquête par interview directe, face à face). Il s'agissait principalement de :

- Manque de franchise dans certaines réponses données par les agents de santé : l'interview face à face et la présence de l'enquêteur qu'elle nécessite, entraînait un biais surtout au niveau des réponses concernant les attitudes et les pratiques des agents de santé en PF. Il aurait peut être fallu administrer un questionnaire écrit. Seulement, cela aurait entraîner d'autres biais plus importants. Il y aurait en effet, un risque que les agents interrogés s'aident de documents pour répondre aux questions.

- Technique subjective :

Nous n'avions la possibilité d'enregistrer que ce que les agents de santé disaient savoir, penser ou ressentir. La technique utilisée ne nous permettait pas une analyse concrète et objective de leurs CAP en PF

- Confection du questionnaire :

Certains aspects de la PF n'ont pas été abordés, la réduisant ainsi uniquement à la contraception (PF = contraception). L'élaboration d'un questionnaire plus complet l'aurait rendu trop long. De plus, le questionnaire était presque entièrement à réponses fixes ou fermées (réponses à cocher), ce qui ne permettait pas à l'enquêté de développer certaines idées

- Taille de la population interrogée :

L'étendue de l'enquête sur quatre mois ne nous a pas permis d'interroger tout le personnel de santé de Bobo-Dioulasso. Certains agents de santé étaient absents pendant cette période. De plus, à cause de la publication de nos résultats, nous n'avons pas été autorisée à interviewer tous les agents de santé militaires, leurs effectifs devant rester secrets.

2. / Caractéristiques de la population

2. 1. / L'âge:

Notre population était relativement âgée; la classe modale était comprise entre 35 et 41 ans (Figure 4). Presque les mêmes résultats ont été retrouvés au Mali où une analyse situationnelle effectuée en Août 1996 sur les services de PF dans les régions de Koulikoro et Sikasso a trouvé une classe modale de 35 à 39 ans au niveau des prestataires de PF (46).

Une analyse situationelle du programme de PF au Burkina Faso a été effectuée en 1996 et a trouvé une classe modale de 30 à 39 ans au niveau des prestataires de PF (52).

L'analyse situationnelle effectuée en Octobre 1995 au Sénégal a également publié une classe modale comprise entre 30 et 39 ans.(51)

2. 2. / Le Sexe

La majorité de notre population était de sexe masculin (54%).

Au niveau des prestataires de PF, les hommes constituaient plutôt une minorité (21%) contre 79% de femmes.

Les mêmes résultats ont été retrouvés à Koulikoro et Sikasso (Mali) où 76% des prestataires étaient de sexe féminin (46)

Au Sénégal, les femmes prestataires étaient plus nombreuses soit 91,7% (51)

2. 3. / La Religion

Les catholiques étaient les plus nombreux suivis des musulmans (Figure 5)

Au niveau des prestataires de PF, nous avons également noté une prédominance des catholiques (57%) suivis des musulmans (30%).

Par contre, à Koulikoro et Sikasso au Mali, les prestataires de PF étaient en majorité musulmans soit 97,4% (46).

2. 4. / La situation matrimoniale

Presque tous les agents de santé de Bobo-Dioulasso étaient mariés et en majorité monogames ; seulement 10% étaient célibataires (Figure 6).

En 1996 au Mali, les mêmes résultats ont été retrouvés au niveau des prestataires de PF à Koulikoro et Sikasso : 83,2 % de prestataires étaient mariés et 10,9 % étaient célibataires (46).

Au Sénégal il y avait en 1995, au niveau des prestataires de PF, 77,5% mariés et 14,5% célibataires (51).

2. 5. / Le nombre d'enfants par agent de santé

Le plus grand nombre d'agents avaient moins de trois enfants (52% des agents) et les extrêmes allaient de « pas d'enfant à dix sept enfants »

Au Sénégal également, le plus grand nombre de prestataires avaient moins de trois enfants (45% des prestataires) et les extrêmes allaient de « pas d'enfant à dix neuf enfants » (51).

2. 6./ La profession

La majorité des agents de santé de Bobo-Dioulasso étaient des infirmiers (Tableau X).

Au niveau des prestataires de PF, la majorité étaient des sages-femmes / maïeuticiens d'état (37,5% des prestataires), suivis de près par les infirmiers (35,40%) puis par les accoucheuses auxiliaires (17,30%) et les médecins (9,40%).

De même, à Koulikoro et Sikasso au Mali, les prestataires de PF les plus nombreux étaient les sages-femmes / maieuticiens (21%) et les infirmiers (21%) . 9% des prestataires de PF étaient des accoucheuses auxiliaires et seulement 4% des médecins (45)

Au Sénégal, le nombre de sages-femmes / maïeuticiens dominait nettement avec 53% .

Dix neuf pour cent des prestataires était des ASC, 12% des infirmiers et 1% des médecins (51).

Des résultats différents ont été observés dans l'ensemble du Burkina Faso où les prestataires les plus nombreux étaient les infirmiers (33%) suivis des accoucheuses auxiliaires (25% des prestataires de PF). Les médecins et matrones représentaient 23% des prestataires de PF et 19% étaient des sages-femmes (52).

2. 7. / L'ancienneté dans la profession

La majorité des agents de santé de Bobo-Dioulasso avaient plus de dix années de fonction (Tableau XI) ; les mêmes constats ont été faits au niveau des prestataires de PF (77% avaient plus de 10 années de fonction).

3. / Connaissances en Planification Familiale (Contraception)

3. 1. / Connaissances sur les définitions

Peu d'agents de santé avaient été capables de bien définir la PF et la contraception. Seulement

8% des agents avaient donné une définition juste de la PF et 15% une définition juste de la contraception (Tableaux XII et XIII). Contre toute attente, il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre les prestataires de PF et les autres agents de santé.

3. 2. / Principales méthodes contraceptives citées

- Toute la population enquêtée avait pu citer au moins une méthode contraceptive sans consulter de document, soit 100 % d'hommes et 100 % de femmes. Seulement le tiers avait toutes pu les citer.

  L'enquête démographique et de santé (EDS) effectuée en 1993 au Burkina Faso avait trouvé un pourcentage moins important : 63 % des femmes enquêtées avait pu citer au moins une méthode contraceptive. Ici, la population de l'enquête n'était pas constituée d'agents de santé, mais des femmes toutes catégories confondues (31).

  L'existence des différentes méthodes contraceptives était donc mieux connue par les agents de santé de sexe féminin de Bobo-Dioulasso que par l'ensemble des femmes du pays.
- Presque tout le personnel de santé de Bobo-Dioulasso connaissait au moins une méthode moderne de contraception (99 % des agents) (Tableau XIV).

  L'EDS 1993 a donné un pourcentage plus bas (63 %) (31). L'existence des méthodes contraceptives modernes était donc mieux connue par les agents de santé de Bobo-Dioulasso
- La majorité des agents de santé (68 %) connaissaient au moins une méthode traditionnelle de contraception (Tableau XIV). L'EDS 1993 a donné là également un pourcentage plus bas, soit 43 % de la population burkinabè. L'existence des méthodes contraceptives traditionnelles était également mieux connue par les agents de santé de Bobo-Dioulasso.
- Les exemples de méthodes contraceptives les plus citées par les agents de santé étaient la pilule et la ligature tubaire (respectivement, 96 % et 94 % des agents de santé).

  Au niveau des agents de santé de sexe féminin à Bobo-Dioulasso:

  98,06 % des femmes avaient cité la pilule et 94 % la LT.

  88 % avaient cité le condom ;

  81,93% avaient cité les injectables ;

72,25% avaient cité la PFN ;

23,87% avaient cité les artifices traditionnelles ;

10,96% avaient cité le retrait .

L'EDS 1993 effectuée au Burkina Faso a trouvé des résultats plus bas auprès des femmes en âge de procréer (31).

50 % des femmes avaient cité la pilule

34 % la LT

49 % le condom

41 % les injectables

31 % la PFN

23 % les artifices traditionnelles

15 % le retrait

3. 3. / Connaissances sur les modes d'action

Un nombre assez important d'agents de santé de Bobo-Dioulasso ne connaissaient pas les modes d'action des différentes méthodes contraceptives.

Vingt huit pour cent des agents n'avaient pas pu nous donner le mode d'action des méthodes hormonales ; il en était de même pour le mode d'action du DIU où jusqu'à 18% l'ignoraient (Figure 9).

3. 4. / Connaissances sur les avantages et inconvénients des différentes méthodes

Les avantages et inconvénients des différentes méthodes contraceptives étaient assez bien connus. Les plus connus étaient ceux des méthodes hormonales (97 % des prestataires de PF).

Au Sénégal, les plus connus étaient ceux de la pilule et du DIU et les moins connus étaient ceux des méthodes injectables. En témoignent les résultats fournis par l'analyse situationnelle effectuée dans ce pays en 1995 sur les prestataires de PF :

79,87 % des prestataires de PF connaissaient les avantages et inconvénients de la pilule, 71,53% ceux du DIU, 61,57 % ceux des méthodes injectables (51).

3. 5. / Connaissance de la fréquence de suivi des clientes sous contraceptifs

- ***La pilule :***

La moitié de tous les agents de santé de Bobo-Dioulasso connaissaient ce schéma de suivi. Schéma également connu par 64% des prestataires de PF de Bobo-Dioulasso.

Ce schéma était connu par 71% des prestataires de PF au Sénégal (51) et par 83% des prestataires de PF au Mali (47).

- ***les injectables :***

Seulement le tiers (33%) de tout le personnel de santé de Bobo-Dioulasso connaissait la fréquence du suivi des clientes sous contraceptifs injectables comparés à 42 % des prestataires de tout le pays selon l'EDS 1993.

Au Sénégal, 89,98 % des prestataires de PF connaissent le schéma de suivi (51) et 92% à 98% des prestataires de PF au Mali (47).

3. 6. / Counselling et prescriptions contraceptives

De tous les agents de santé, 20 % seulement menaient des activités de prescriptions (Tableau XVII). Les activités étaient donc en majorité axées sur les conseils.

Le quart des agents de santé pensaient qu'il fallait exiger la présence du partenaire avant toute prescription contraceptive.

Presque les mêmes résultats ont été retrouvés à Koulikoro et Sikasso au Mali où 26 % des prestataires de PF exigeaient de rencontrer le partenaire (46).

Au Sénégal, 15% des prestataires l'exigeaient (51).

3. 7. / Connaissances sur les méthodes les plus demandées et acceptées

Notre enquête nous a révélé que la méthode la plus acceptée et demandée par les client(e)s était la pilule (Tableau XVIII).

Les mêmes notions étaient retrouvées au Mali où la méthode la plus acceptée et demandée par les client(e)s était la pilule (citée par 92 % des prestataires) suivie des injectables et du DIU (46).

Par contre au Sénégal, la méthode la plus acceptée et demandée était le DIU (cité par 80 % des prestataires), suivi de la pilule et des méthodes de barrières (51).

3. 8. / Prescription ou non de tests de laboratoire

- Les trois quart des agents de santé de Bobo-Dioulasso pensaient qu'il était nécessaire d'effectuer des examens para-cliniques avant toute prescription contraceptive (Tableau XX).

Vingt un pour cent (21%) savaient que cela n'était pas nécessaire.

- Les prestataires de PF de Bobo-Dioulasso avaient plus de connaissances à ce sujet : 35% des prestataires de PF nous avaient dit ne prescrire aucun examen de laboratoire contre 15% des autres agents de santé (non prestataires) ; la différence était statistiquement significative ($\chi 2$ = 16,20 et $\sqrt{\chi 2}$ = 4,025, P compris entre 0,00001 et 0,0001 donc P < 0,05).

L'EDS 1993 a publié un pourcentage plus élevé de prestataires de PF qui savaient qu'il n'était pas nécessaire d'en demander (80 % de l'ensemble des prestataires de PF du Burkina Faso) (52).

Des pourcentages plus élevés ont également été retrouvés au Sénégal et au Mali. Plus de 75% des prestataires de PF au Sénégal et 86% à 95% des prestataires au Mali savaient qu'il n'était pas nécessaire de prescrire des tests de laboratoire avant toute prescription contraceptive (47, 51).

- Les accoucheuses auxiliaires étaient également mieux informées sur la question.

3. 9. / Durée de la consultation = durée d'entretien avec chaque cliente.

En ce qui concerne la durée de la consultation les extrêmes étaient de 7 à 10 minutes lors de notre enquête.

L'EDS 1993 au Burkina a observé une durée moyenne de 7 à 23 minutes (52).

Presque la même durée que celle de notre étude a été observée au Sénégal, soit 5 à 12 minutes dans le secteur public, 6 minutes dans le secteur privé (51).

Au Mali, la durée moyenne était de 8 à 19 minutes (47).

3. 10. / Causerie organisée par un service de PF

Nous avons constaté que l'accent était mis sur les pilules, les méthodes injectables, le condom, l'AM et le DIU. Les méthodes contraceptives telles que les implants, les spermicides, l'abstinence, la CCV et la PFN n'avaient pas été mentionnées.

A Koulikoro et Sikasso au Mali, les mêmes constatations avaient été faites : 35 % à 75 % des prestataires de PF abordaient des sujets sur la pilule, les injectables, le condom, le DIU, les spermicides. Les implants et la CCV étaient rarement mentionnés. La PFN n'était pas encouragés (47).

Il en était de même lors des causeries au Sénégal où l'accent était mis sur la pilule et les injectables. En second plan, venaient le DIU, les barrières ; rarement abordés étaient les implants. Presque jamais abordées étaient la PFN et la CCV. Et, seulement 56 % des clientes auraient reçu des informations complètes sur les différentes méthodes contraceptives (51).

L'EDS 1993 au Burkina Faso, publie que 78 % des prestataires s'entretiennent de la pilule, 55 % du DIU et des injectables, quelquefois de la vasectomie et des méthodes de barrière. Ceci

provient de l'observation des prestataires lors des consultations et non lors de causeries. (52).

3. 11. / Prestations concernant la MAMA

La MAMA était perçue comme une méthode contraceptive par très peu d'agents.

En effet, la majorité des agents de santé de Bobo-Dioulasso (66 %) pensaient qu'il fallait lui associer une autre méthode contraceptive. Seulement 20 % des agents de santé conseillaient exclusivement la MAMA jusqu'à 6 mois après l'accouchement.

Les mêmes résultats étaient retrouvés au Mali : plus de 50 % des prestataires conseillaient une association. 20 % des prestataires disaient que cela dépendait de l'âge et conseillaient exclusivement la MAMA avant 6 mois (47).

L'analyse situationnelle effectuée dans tout le pays (Burkina Faso) en 1996 a donné les résultats suivants :

- Association MAMA + pilule progestative : conseillée par 31 % des prestataires
- MAMA exclusivement : conseillée par 4 % des prestataires
- Arrêt AM et utilisation d'autres méthodes contraceptives : conseillée par 2 % des prestataires (52).

3. 12. / Connaissances pratiques sur la stérilisation volontaire

Très peu d'agents de santé de Bobo-Dioulasso avaient effectué une LT (6 %) et une vasectomie (1%);

seulement 8 % des prestataires de PF de Bobo-Dioulasso avaient effectué un LT contre 5% des autres agents de santé (non prestataires de PF).

Aucun prestataire de PF n'avait effectué de vasectomie la MAMA était donc perçue comme une méthode contraceptive par très peu d'agents. Des taux plus élevés ont été observés au Sénégal (51).

4. / Attitudes vis-à-vis de la Planification Familiale

4. 1. / Opinion des agents de santé sur la taille de leur famille

En ce qui concerne la taille de la famille, environ la moitié des agents de santé de Bobo-Dioulasso (57%) pensaient avoir le nombre d'enfants voulu.

Des prestataires de PF de la ville, 68 % nous ont dit avoir le nombre d'enfants désiré.

Les taux suivants ont été observés au Sénégal : 47 % des prestataires de PF avaient le nombre d'enfants désiré ; 48 % voulaient encore des enfants et 5 % pensaient que c'était une décision du partenaire et de Dieu (51).

Près des trois quart des agents de santé vivant seuls ou en concubinage n'avaient pas encore le nombre d'enfants souhaité. Ceci nous a paru normal puisqu'ils n'étaient pas encore mariés et que dans la ville de Bobo-Dioulasso le mariage est un élément culturel très important ; il est recommandé de se marier avant de faire ses enfants. Plus de 60% des agents de santé mariés avaient atteint le nombre d'enfants désiré.

En conclusion : ceux qui n'étaient pas satisfaits de la taille de leur famille étaient les agents de santé célibataires ou en concubinage, ayant moins de 3 enfants et ayant moins de 10 années de fonction.

4. 2. / Attitudes des agents de santé sur l'efficacité de la Planification Familiale au Burkina Faso

- Presque tous les agents de santé de Bobo-Dioulasso croyaient en l'efficacité de la contraception dans notre pays (91 %) et la majorité préféraient la pilule.

  Les mêmes constats ont été faits au Sénégal en 1995 où 95 % des prestataires croyaient en l'efficacité de la contraception et préféraient la pilule.

  Les deux principales raisons invoquées quant à l'importance de la PF était l'espacement et la limitation des naissances.

- Vingt et un pour cent (21%) des médecins ne croyaient pas en l'efficacité de la contraception dans notre pays comparé à 6% de tous les autres agents de santé (figure 18).
- Tous les agents de santé préféraient la pilule à l'exception des agents qui avaient plus de 3 enfants et de ceux qui avaient plus de 10 années de fonction.
  Ceci s'expliquerait peut-être par le fait que les agents de santé qui ont moins de 10 années de fonction ont en majorité moins de 3 enfants. Ils ne sont donc pas une grande indication des DIU.

4. 3. / Attitudes des agents sur la prescription de contraceptifs modernes aux adolescents

Seulement la moitié des agents de santé de Bobo-Dioulasso (57 %) étaient pour la prescription de contraceptifs modernes à leurs filles ou fils adolescent(e)s.
Contrairement à toute attente, les prestataires de PF étaient en majorité contre cette prescription. Il en était de même pour les protestants (60 %).
Plus de la moitié des agents de santé ayant moins de 3 enfants étaient pour cette prescription (66%). Serait - ce parce qu'ils sont en général les plus jeunes ? Non, car les paramètres comme l'âge n'ont pas montré de différence.

5. / Pratiques du personnel de santé en Planification Familiale

5. 1. / Utilisation de contraceptifs par le personnel de santé

Les trois quart du personnel de santé de Bobo-Dioulasso disaient utiliser une méthode contraceptive (75 % des agents de santé).
En ce qui concerne les prestataires de PF, seulement 64% en utilisaient.
L'analyse situationnelle effectuée au Mali a trouvé un taux de prévalence contraceptive similaire (66 %).
Au Sénégal, le taux de prévalence contraceptive était de 50,43 % (51).

5. 2. / Utilisation par types de contraceptifs

Pour ce qui est des différentes méthodes, notre enquête a révélé que la majorité des agents de santé utilisaient la pilule, le DIU, puis les injectables. Elle nous a également révélé que les prestataires de PF de Bobo-Dioulasso utilisaient plus fréquemment le DIU, la pilule puis les

injectables.

Les mêmes résultats avaient été trouvés au Sénégal où les prestataires de PF utilisaient le DIU, la pilule, les injectables, puis les barrières (51).

Par contre au Mali, la préférence allait aux pilules, aux barrières et au DIU (46). Là, les injectables venaient en cinquième position.

Au niveau du sexe

16 % des agents de santé de sexe féminin utilisaient la pilule et 12 % le DIU ; 8 % des partenaires des agents de santé de sexe masculin utilisaient la pilule.

L'EDS 1993 au Burkina Faso avait publié des pourcentages moins élevés (31): 2 % des femmes en âge de procréer utilisaient la pilule ; 3,4 % utilisaient la PFN ; 0,9 % le condom et 0,7 % les DIU (parmi les 7,7 % de femmes utilisant une méthode contraceptive).

Chez les hommes, la préférence allait au condom (6,8 % des couples), à la PFN (4,6 % des couples) et à la pilule (1,7 % des couples).

6. / Influences des Connaissances, Attitudes et Pratiques du personnel de santé sur leurs prestations : Obstacles à la pratique de la Planification Familiale

6. 1. / L'enquête CAP nous a permis d'observer d'autres types d'obstacles dus cette fois au personnel de santé

Les principaux obstacles étaient liés:

- aux connaissances limitées du personnel de santé sur la PF:

Les différents aspects de la PF n'étaient pas connus de tous les agents de santé de Bobo-Diouilasso ; cela était une entrave aux prestations en matière de contraception et donc à la pratique de la PF par la population.

- aux attitudes du personnel de santé :

La préférence d'une méthode à une autre, l'existence d'idées préconçues sur certaines méthodes (DIU, vasectomie) et sur certaines pratiques par un nombre important d'agents de santé gêneraient les prestations en matière de contraception et de PF.

- aux pratiques du personnel de santé :

Le quart des agents de santé n'utilisaient pas de méthodes contraceptives pour une raison ou une

autre. Ceci influencerait sans doute leurs prestations.

6. 2. / L'impact sur les prestations :

Les obstacles sus cités gênaient effectivement les prestations en PF comme nous l'avons constaté dans l'enquête.

- C'est l'exemple de l'AM comme méthode contraceptive.
  Par non connaissance de la MAMA, 66 % des agents de santé conseillaient de l'associer systématiquement à une autre méthode contraceptive dès la naissance.

- C'est le cas des causeries organisées par les services de PF où il était omis certaines méthodes contraceptives et certains aspects de la PF, non approuvés par les prestataires eux-mêmes.

- C'est le cas de certaines contraintes imposées par les agents de santé à la pratique de la PF par les sujets : consentement exigé du partenaire ou du conjoint avant toute prescription contraceptive, examens para-cliniques demandés systématiquement avant les prescriptions contraceptives,...

Les mêmes types d'obstacles ont été relevés par des études effectuées dans d'autres pays. L'analyse situationnelle effectuée au Sénégal en 1995 a également noté des obstacles liés aux prestataires de PF (51). Ainsi, ont été citées:

- La nécessité d'un bilan paraclinique préalable (qui n'est plus systématique depuis 1990 au Sénégal) ;
- La nécessité du consentement du conjoint avant toute prescription contraceptive ;
- L'existence de certains préjugés et la non connaissance de certaines méthodes : les prestataires fixeraient parfois des critères d'éligibilité pour avoir accès à la contraception. Il s'agit de l'âge (plus de 80 % des prestataires adoptaient une restriction sur l'âge), de la parité (restriction à plus d'un enfant avant de recevoir une prescription contraceptive), du statut matrimonial (mariage exigé par environ 10 % des prestataires).

CONCLUSION - RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

L'enquête effectuée au niveau du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso de Novembre 1996 à Février 1997 nous a permis de faire les constatations suivantes :

- Les connaissances du personnel de santé en matière de PF étaient limitées .

- Les attitudes de ce personnel vis-à-vis de la PF étaient influencées par des conceptions personnelles.

- Les pratiques du personnel de santé de Bobo-Dioulasso en matière de PF étaient relativement peu élevées .

- Ces différents éléments sus cités avaient une influence sur les prestations en matière de PF : Les CAP du personnel de santé de Bobo-Dioulasso peuvent donc être considérées comme obstacles à l'expansion de la contraception et de la PF en général dans ladite ville.

Les publications antérieures dans la revue de la littérature au Burkina Faso liaient les difficultés rencontrées lors des prestations de PF essentiellement aux populations utilisatrices . L'originalité de notre étude est qu'elle nous a permis de découvrir d'autres types d'obstacles liés cette fois aux agents de santé. L'existence de ce type d'obstacles expliquerait les prévalences contraceptives restées basses malgré les actions incessantes qui sont entreprises dans le domaine de la PF au Burkina Faso.

Ceci expliquerait, plus généralement, les taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles élevés, la faible pratique de PF.

Il y aurait donc lieu d'axer les actions à venir sur le personnel de santé, de manière à faire concorder leurs C.A.P. avec les programmes de PF du pays .

Aussi espérons-nous que nos résultats seront utiles dans l'élaboration future des programmes de PF dans la ville de Bobo-Dioulasso puis dans notre pays. Utiles également dans l'amélioration des prévalences sus citées .

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations se basent sur les constats faits lors de l'analyse des CAP du personnel de santé de Bobo-Dioulasso et sur leurs souhaits en matière de PF enregistrés lors de l'enquête . Nous distinguerons deux types de recommandations : celles qui concernent l'amélioration des services de PF et celles qui concernent la recherche .

A. / Recommandations pour l'améliorations des services de PF

A. 1. / PAR RAPPORT AUX CONNAISSANCES LIMITEES DU PERSONNEL DE SANTE

- Former ou recycler tout le personnel de santé de la vile de Bobo-Dioulasso en matière de PF en général et en matière de contraception en particulier :

•Par l'organisation d'ateliers de formation / recyclage sur les différentes méthodes contraceptives : mode d'action, effets secondaires et complications, avantages et inconvénients, indications et contre-indications, modes d'utilisation, ...
Cet atelier devra être accompagné d'un court stage pratique . Le programme de cette formation / recyclage mettra l'accent sur les méthodes de barrière, la CCV, la MAMA, l'implant .

- Par l'organisation d'ateliers de formation / recyclage en counselling et techniques d'IEC en matière de PF .

- Par la révision des programmes de formation des écoles professionnelles, incluant tous les aspects de la PF et de la SR et insistant sur les aspects sus cités .

- Par la dissémination périodique des nouvelles normes et procédures en matière de PF, le rappel des directives de PF adoptées dans le pays .

- Par l'application de la supervision formative et l'auto-formation continue des agents de santé, en mettant à leur disposition des documents de PF actualisés .

A. 2. / PAR RAPPORT AUX ATTITUDES ET PRATIQUES DU PERSONNEL DE SANTE EN MATIERE DE PF

- Organiser des séances d'entretien avec le personnel de santé pour réaffirmer l'importance de la PF, les raisons de son importance et rappeler les différentes composantes de la PF .

(Ces séances pourront s'organiser à une fréquence de deux heures par mois)

- Organiser des débats au sein des services de santé sur les thèmes :

Contraception aux adolescents, les avortements, le DIU, la CCV, PF et religion, ...Ces thèmes pourront même être proposés par les agents de santé .

(Ces débats pourront se tenir une fois par mois)

A. 3./ PAR RAPPORT AUX PRESTATIONS DE PF

- Mieux organiser les services de santé et surtout de PF :

- Par la planification annuelle et systématique des tâches des différents agents de santé en matière de PF dans chaque service.

- Par la dotation des services de santé en matériel d'IEC, indispensable pour le counseling en PF .

B. / <u>Recommandations relatives à la recherche</u>

- Rechercher les raisons de certaines attitudes et pratiques du personnel de santé de Bobo-Dioulasso en matière de PF :

- Rechercher pourquoi certains agents de santé ont des idées préconçues sur certaines méthodes contraceptives (DIU et vasectomie) et pourquoi ils déconseillent la PFN .

- Rechercher pourquoi les taux d'utilisation de certaines méthodes (telles que les implants) sont bas et comment rehausser ces taux.

- Poursuivre et améliorer l'enquête CAP effectuée :

- Effectuer une étude similaire en milieu rural, permettant ainsi des comparaisons ;

- Etendre l'étude à tout le pays en ayant un volet « enquête » et un volet « focus-groupe » et en disposant d'un nombre plus élevé d'enquêteurs pour mieux évaluer les prestations en matière de PF ;

- Effectuer une enquête CAP multicentrique sur la PF, ciblant le personnel de santé et incluant plusieurs pays .

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1 **AMASAR**. Analyse de la situation. Document technique Association Maternité Sans Risque (AMASAR) 1996 ; 1 : 2-24.

2 **BARRY B.** Avantages de la MAMA. Rapport de situation du Burkina Faso (Allaitement maternel) 1994: 7-10.

3 COHEN Y. Médicaments de la reproduction et contraceptifs. Dans : Pharmacologie .3è. Paris : MASSON, 1990 : 397-414.

4 COMITE NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA ET LES MST. Contexte et justification. Stratégies d'interventions nationales IEC / MST / SIDA / PF / EVF 1996 ; 1 : 9-11.

5 COMITE PREPARATOIRE DE L'INITIATIVE DE BAMAKO. Document National sur le renforcement des soins de santé primaires au Burkina Faso (projet de démarrage de l'IB) 1992 ; 1 : 73 pages.

6 DAO B. Les méthodes de contraception masculine. Dans : La contraception masculine : Etat actuelle et perpectives futures . Brazzaville 1997: 2-9.

7 DAVIES G.C, FENG L.X, NEWTON J.R. Release Characteristics, ovarian activity and menstrual bleeding pattern with a single contraceptive implant releasing 3- Kéto-Désogestrel. Contraception 1993 ; 9 : 251-261.

8 DIAZ S., SHIAPPACASE V., PAVERS M. et al. Clinical trial with nestorone subdermal contraceptive implants. Contraception 1995 ; 11 : 33-38.

9 DIRECTION DE LA SANTE DE LA FAMILLE. Planification Familiale. Dans : Politique et Standards des Services SMI/PF au Burkina Faso. Ouagadougou: Impro, 1992 : 6-9.

10 DIVISION DE LA POPULATION ET DES RESSOURCES HUMAINES, REGION AFRIQUE. Contexte sectoriel . Rapport d'évaluation Burkina Faso, projet de population et de lutte contre le SIDA (PPLS) 1994 ; 1 : 1-19.

11 DIXON, MUELLER R. Women's rights and reproductive choice, rethinking the connections / A reader on population consumption and the environnement . Beyond the Numbers1994: 241.

12 EKRA-WELFFENS C. Introduction. Forum régional sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les Facultés et Ecoles de Santé d'Afrique Centrale et Occidentale 1996 ; 1 :1-2.

13 EKRA-WELFFENS C. Le concept de santé de la reproduction. Forum régional sur l'enseignement de la santé de la reproduction dans les Facultés et Ecoles de Santé d'Afrique Centrale et Occidentale 1996 ; 1 : 2-12.

14 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Les méthodes modernes de barrière: contraceptions et prévention des maladies efficaces. Les méthodes de barrières, Network en français 1996 ; 16 (3) : 12-14.

15 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Les contraceptifs oraux: sans danger, très efficaces. Les contraceptifs oraux , Network en français 1996 ; 16 (4): 4-9.

16 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Les progestatifs seuls sont très efficaces. Les progestatifs seuls, Network en français 1995 ; 10 (3) : 4-10.

17 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Comment répondre aux « besoins non satisfaits ». Les Femmes et la Planification Familiale, Network en français 1994 ; 9 (4): 5-9.

18 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. A la recherche de nouvelles méthodes contraceptives. Les progestatifs seuls, Network en français 1995 ; 10 (3) : 28-31.

19 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Contraceptifs injectables pour hommes. Les groupes insuffisamment servis, Network en français 1995 ; 10 (2): 9-13.

20 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. La recherche microbicide vise la prévention des MST. Les méthodes de barrière, Network en français 1996 ; 16 (3): 15-19.

21 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Etude de FHI sur la quinacrine. L'introduction de contraceptifs, Network en français 1995 ; 10 (4) : 29.

22 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. La contraception après un rapport non protégé. Le choix d'un contraceptif, Network en français 1995 ; 10 (1) : 4-9.

23 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. Introduction. Les Femmes et la Planification Familiale , Network en français 1994 ; 9 (4): 4-5.

24 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. De nombreux facteurs influencent le choix d'une méthode. Le choix d'un contraceptif, Network en français 1995 ; 1: 16-19.

25 FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. « L'habilitation » des femmes . Les Femmes et la Planification Familiale, Network en français 1994 ; 9 (4): 16-18.

26 INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH. Circonstances particulières. Dans : Guide pour les formateurs en planification familiale naturelle. 2. Georgetown: Hunter House Inc, 1995 ; pp : 215-318.

27 INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH. Définition et taux d'efficacité des méthodes de la PFN. Dans : Guide pour les formateurs en planification familiale naturelle. 2. Georgetown: Hunter House Inc, 1995: 63-214.

28 IPPF RA. Choix génésique. Habilitation des femmes, choix génésique, Africa link 1995 : 21-26.

29 IPPF RA. Initiatives . Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive, Africa Link 1996 : 8-17.

30 KENEDY K, RIVERA R, Mc NEILLY A. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning méthode. Contraception 1989 ; 5 : 477-496.

31 KONATE D. L., SINARE T., SEROUSSI M. Enquête démographique et de santé Burkina Faso 1993 : 296 pages.

32 KONATE M. B. C.A.P. des jeunes du milieu scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de PF après introduction d'un programme d'éducation sexuelle 1991 ; 143 : 81 pages.

33 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. La Planification Familiale et ses bienfaits pour la santé. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique . Géorgie, 1985: 3-17.

34 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Dispositif intra-utérins (stérilets). Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 175-202.

35 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Spermicides vaginaux et mousses spermicides. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 223-228.

36 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Méthodes de planification familiale naturelle. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 229-240.

37 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. La stérilisation. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 257-276.

38 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Contraceptifs hormonaux, vue d'ensemble. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 133-136.

39 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Contraceptifs oraux combinés: « la pilule ». Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 137-162.

40 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Contraceptifs injectables et autres contraceptifs progestatifs. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 163-174.

41 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Allaitement. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985 : 31-46.

42 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Condoms (préservatifs). Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 217-222.

43 LES CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES TRANSMISSIBLES. Le choix d'un contraceptif, efficacité, innocuité et autres considérations. Dans : Planification Familiale, méthodes et pratiques pour l'Afrique. Géorgie, 1985: 115-128.

45 MBODJI G. F. Capacité fonctionnelle de PPS. Analyse situationnelle des services de PF dans les régions de Koulikoro et Sikasso, Mali 1996 ; VI : 22-31.

46 MBODJI G. F. Profil des clientes et des prestataires. Analyse situationnelle des services de PF dans les régions de Koulikoro et Sikasso, Mali 1996 ; VI : 14-20.

47 MBODJI G. F. Qualité des services. Analyse situationnelle des services de PF dans les régions de Koulikoro et Sikasso, Mali 1996 ; VI : 32-45.

48 MINISTERE DE LA SANTE. Activités des services de santé. Statistiques Sanitaires 1994 : 28-70.

49 MINISTERE DE LA SANTE. Généralités. Statistiques Sanitaires 1994: 2-5.

50 MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIAL DU SENEGAL. Introduction. Analyse situationnelle du système de prestation de services de planification familiale au Sénégal 1995 ; 1 : 3-6.

51 MINISTERE DE LA SANTE ET DE L'ACTION SOCIAL DU SENEGAL. Résultats. Analyse situationnelle du système de prestation de services de PF au Sénégal 1995 ; 1: 7-33.

52 MINISTERE DE LA SANTE DU BURKINA FASO. Résultats de l'analyse situationnelle. Analyse situationnelle du programme de PF au Burkina Faso 1996 ; 1: 1-43.

53 MINISTERE DE LA SANTE DU KENYA. La qualité des soins dans le système de prestation de services de PF au Kenya: points de vue des clientes et des prestataires de services 1995 ; 1: 17 pages.

54 NYONG'O D. Contraceptifs hormonaux. Dans : Mise à jour de l'usage des contraceptifs. Nairobi: Regal press, 1996: 17-39.

56 NYONG'O D. Les dispositifs intra- utérins (stérilets). Dans : Mise à jour de l'usage des contraceptifs. Nairobi: Regal Press, 1996: 40-44.

57 NYONG'O D. La ligature des trompes (stérilisation féminine). Dans : Mise à jour de l'usage des contraceptifs. Nairobi: Regal press, 1996: 48-49.

58 NYONG'O D. La vasectomie (stérilisation masculine). Dans : Mise à jour de l'usage des contraceptifs. Nairobi: Regal press, 1996: 45-47.

59 O.M.S. ALMA ATA: le début. D'ALMA ATA à l'an 2000: réflexion à la mis-parcours 1990 : 3-12.

60 O.M.S. Données sanitaires et démographiques. Annuaire de statistiques sanitaires mondiales 1994: 3-7.

Année : 1997

Auteur : BARRY R. Euphrasie

Titre : Connaissances , attitudes et pratiques du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso en matière de Planification familiale.

Mots clés : Connaissances , attitudes , pratiques , prestations , obstacles , planification familiale , contraception , personnel de santé .

Résumé : Notre étude a consisté en l'analyse des connaissances , attitudes et pratiques du personnel de santé de la ville de Bobo-Dioulasso à propos de la planification familiale.

Sur une durée de quatre mois, nous avons effectué une enquête exhaustive qui a concerné les agents de santé de la ville de Bobo Dioulasso capables de conseiller voir de prescrire une méthode contraceptive et recevant des patient(e)s en consultation.

Il ressort de ce travail que les connaissances en planification familiale du dit personnel souffrent de quelques insuffisances ; leurs attitudes et pratiques en matière de planification familiale sont guidées par des préjugés d'ordre culturel , religieux ou autres .
Ces connaissances , attitudes et pratiques influençent les prestations en matière de planification familiale .

A partir des résultats obtenus lors de l'enquête , nous avons fait quelques suggestions .

Adresse : BARRY R. Euphrasie
S/C Faculté des Sciences de la Santé
Université de Ouagadougou
03 BP 7021
Ouagadougou 03 (BURKINA FASO)