

**BURKINA FASO**  
**Unité-Progress-Justice**

-----  
**MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE SUPERIEUR**

-----  
**UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU**



-----  
**Unité de formation et de recherche en Sciences de la Santé**  
**UFR/SDS**  
**Section Médecine**  
-----

Année universitaire 2011-2012

Thèse n°131

**Avortement : aspect épidémiologiques et facteurs associés à  
l'utilisation de la contraception post abortum dans deux  
centres de prestation de la ville de Ouagadougou**

**THESE** présentée et soutenue publiquement le 30 Juillet 2012 à 07h00 par

**Juste Aristide GOUNGOUNGA**

Née le 04 Novembre 1986 à Ouagadougou (Burkina Faso)

**Pour l'obtention du grade de Docteur en médecine  
(Diplôme d'état)**

**Directeur de Thèse :**

**Pr Blandine BONANE/THIEBA**

**Co-directeur :**

**Dr. Sibraogo KIEMTORE**

**Président du jury:**

**Pr Si Simon TRAORE**

**Membres du jury:**

**Pr Blandine BONANE/THIEBA**

**Dr Souleymane ZAN**

**Dr Amédée Prosper DJIGUEMDÉ**

## ***LISTE DU PERSONNEL DE L'UFR/SDS***

---

Unité de Formation et de Recherche En Sciences de la santé (UFR/SDS)

**LISTE DES RESPONSABLES ADMINISTRATIFS**

---

Directeur	Pr Arouna OUEDRAOGO
Directeur Adjoint	Pr Rabiou CISSE
Coordonnateur de la Section Médecine	Pr Kampadilemba OUOBA
Coordonnateur de la Section Pharmacie	Pr Mamadou SAWADOGO
Coordonnateur de la section Odontostomatologie	Dr Dieudonné OUEDRAOGO
Directeur des stages de la Section Médecine	Pr Antoine P. NIAMBA
Directeur des Stages (Bobo-Dioulasso)	Pr Athanase MILLOGO
Directeur des Stages de la section pharmacie	Pr Lassana SANGARE
Secrétaire Principal	M. Youssouf OUEDRAOGO
Chef de service administratif, financier et comptable	M. Brahima HEMA
Chef de service scolarité	M. Lucien YAMEOGO
Chef de service Bibliothèque	Mme Mariam TRAORE/SALOU
Secrétaire du directeur	Mme Adiarra SOMDA/CONGO
Secrétaire du directeur adjoint	Mlle OUANDAOGO Aminata

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2011-2010**

-----  
**LISTE DES ENSEIGNANTS PERMANENTS**  
-----

**1. PROFESSEURS TITULAIRES**

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

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

## **2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

1 .Albert WANDAOGO	Chirurgie pédiatrique
2. Joachim SANOU	Anesthésie-réanimation
3. Théophile L. TAPSOBA	Biophysique, médecine nucléaire
4. Daman SANO	Chirurgie viscérale
5. Abel KABRE	Neuro-chirurgie
6. Maïmouna DAO/OUATTARA	Oto-rhino-laryngologie
7. Claudine LOUGUE/SORGHO	Radiodiagnostic et imagerie médicale
8. Dieudonné N. MEDA	Ophtalmologie
9. Issa T. SOME	Chimie analytique
10. Rasmané SEMDE	Pharmacie galénique
11. Théodore OUEDRAOGO	Anatomie
12. Abel Y. BAMOUNI	Radiodiagnostic et imagerie médicale
13. Moussa BAMBARA	Gynécologie-obstétrique
14. Fatou BARRO/TRAORE	Dermatologie-vénérologie
15. Abel Karim SERME	Hépatologie, gastro-entérologie

16. Jean SAKANDE	Biochimie
17. Kapouné KARFO	Psychiatrie
18. Timothée KAMBOU	Urologie
19. André k. SAMNDOULGOU	Cardiologie
20. Emile BANDRE	Chirurgie pédiatrique
21. Apollinaire SAWADOGO	Hépatogastroentérologie
22. Françoise D. MILLOGO/TRAORE	Gynécologie-obstétrique
23. Idrissa SANOU	Bactériologie –virologie
24. Elie KABRE	Biochimie
25. Eléonore KAFANDO	Hématologie biologie

### 3. MAITRES- ASSISTANTS

1. Abdoulaye TRAORE	Santé publique
2. Lady Kadiatou TRAORE	Parasitologie
3. Boubacar TOURE	Gynécologie-obstétrique
4. Alain Z .ZOUBGA	Pneumo-phtisiologie
5. Pingwendé BONKOUNGOU	Pédiatrie
6. Arsène MD.DABOUE	Ophthalmologie
7. Nicole Marie KYELEM/ZAGRE	Maladies infectieuses
8. Robert O.ZOUNGRANA	Physiologie
9. Christophe S.DA	Orthopédie, traumatologie
10. Eric NACOULMA	Hématologie clinique
11. Sélouké SIRANYAN	Psychiatrie
12. Vincent OUEDRAOGO	Médecine du travail
13. Barnabé ZANGO	Urologie
14. Théodore Z.OUEDRAOGO	Médecine du travail
15. Dieudonné OUEDRAOGO	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale

16. Seick Oumar COULYBALY	Parasitologie
17. Nicolas MEDA	Santé publique
18. Ahgbatouhababa ZABSONRE /AHNOUX	Ophtalmologie
19. Roger Arsène SOMBIE	Hépto gastroentérologie
20. Ousseini DIALLO	Radiodiagnostic et imagerie Médicale
21. Fla KOUETA	Pédiatrie
22. Dieu-donné OUEDRAOGO	Rhumatologie
23. Assita Lamien/SANOUE	Anatomie Pathologique
24. Moussa OURDRAOGO	Pharmacologie
25. Charlemagne OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
26. Ali OUEDRAOGO	Gynécologie-obstétrique
27. Christian NAPON	Neurologie
28. Tarcissus KONSEIM	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
29. Gilbert P.BONKOUNGOU	Chirurgie générale
30. Adama SANOU	Chirurgie générale
31. Charlemagne GNOULA	Chimie thérapeutique
32. Moustapha OUEDRAOGO	Toxicologie
33. Hervé TIENO	Médecine interne
34. Armel R. Flavien KABORE	Anesthésie-réanimation

#### 4. ASSISTANTS

1. Hamado KAFANDO	Chirurgie générale
2. Adrian B.SAWADOGO	Maladies infectieuses
3. Lassina DAO	Pédiatrie
4. Georges OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
5. Serge Aimé SAWADOGO	Immunologie

6. Fousseni DAO	Pédiatrie
7. Mahamoudou SANOU	Bactériologie virologie
8. Yvette Marie GYEDRE/BAMBARA	Oto-rhino laryngologie
9. Gisèle BADOUN /OUEDRAOGO	Pneumo-phtisiologie
10. Papougnézambo BONKOUNGOU	Anesthésie-réanimation
11. Gérard COULIBALY	Néphrologie
12. Oumar GUIRA	Médecine interne
13. Nina N. KORSAGA/SOME	Dermatologie-Vénérologie
14. Madina N .NAPON	Radiodiagnostic et imagerie Médicale
15. Edgar OUANGRE	Chirurgie générale et digestive
16. Isso OUEDRAOGO	Chirurgie pédiatrique
17. Bertin Priva OUEDRAOGO	Oto-rhino laryngologie
18. Wélébnoaga Norbert RAMDE	Médecine légale
19. Mamoudou SAWADOGO	Chirurgie Orthopédie et traumatologie
20. Moustapha SEREME	Oto-rhino laryngologie
21. Mohamed TALL	Orthopédie et traumatologie
22. Maurice ZIDA	Chirurgie générale
23. Abdoulaye ZAN	Chirurgie générale
24. Estelle Noela HOLO YOUL	Pharmacologie
25. Solange YUGBARE/OUEDRAOGO	Pédiatrie
26. Jérôme KOULIDIATI	Hématologie
27. KABORE F. Aristide	Urologie
28. KINDA Boureima	Anesthésie-réanimation
29. GOUMBRI Privat Patrice	Psychiatrie
30. Ouattara Boubakar	Radiodiagnostic et imagerie médicale
31. GUIGUIMDE W. L. Patrice	Chirurgie buccale

# ***DEDICACES ET REMERCIEMENTS***

***Je dédie ce travail:***

***-Au SEIGNEUR DIEU***

*Merci pour tous tes bienfaits dans ma vie et pour toutes les grâces dont tu ne cesses de me combler. Comme le psalmiste j'aimerais te redire : ``tu es mon berger au Seigneur ; rien ne saurais manquer où tu me conduis. ``*

***-A toutes ces femmes qui ont trouvé la mort pendant la grossesse. Que vos âmes reposent en paix.***

***-À la mémoire de mon père***

*Papa ! Voilà déjà deux mois que tu nous as quittés. Je m'en souviens comme si c'était hier. C'est les yeux pleins de larmes que je te dédie ce travail qui est le fruit de tous tes sacrifices. J'aurais tant aimé que tu sois là en ce-jour spécial, mais je sais que tu partages ma joie et que tu es fier de moi. Ce diplôme n'est que le début de belles choses car le chemin est encore long, mais je te promets d'y arriver. Merci pour ton amour, merci pour les valeurs de la vie que tu nous as inculquées. Je rends grâce au SEIGNEUR de m'avoir donnée un père comme toi. Tu resteras toujours dans mon cœur.*

***-A ma mère***

*Maman les mots me manquent pour te remercier, car MERCI serait insuffisant pour tout ce que tu as fait et que tu continues de faire pour moi. Je prie sans cesse le SEIGNEUR pour qu'il t'accorde une longue vie, la santé, la force et qu'il te comble en abondance.*

***-A mes frères (Serge Gislain et Guy Parfait)***

*Ce travail est aussi le vôtre, je vous le dédie comme le fruit de tous ces moments de complicité passés ensemble ; l'amour fraternel est le plus grand soutien que vous m'avez donné, soyez en remerciés. Puisse Dieu maintenir entre nous cet amour et cette complicité.*

***-A ma Grand-mère (Yampa Lizeta)***

*Le SEIGNEUR t'a rappelée à lui ce 7 avril, j'aurais tant aimé être à tes côtés lors des derniers moments que tu as passé parmi nous mais hélas! Je te remercie d'avoir toujours été là pour nous, d'avoir toujours veiller sur nous. Merci pour tes inlassables bénédictions, puissent t'elles m'accompagner toujours.*

***-A mon oncle Goungounga Gabriel***

*Merci tonton pour ton soutien. Que le SEIGNEUR te le rende au centuple et te bénisse.*

***-A mes oncles et tantes pour leurs soutiens et encouragements.***

*-A mes cousins et cousines pour tous les bons moments passés ensemble. Ces moments restent de très bons souvenirs et je vous en remercie.*

***-A ma bien-aimée Nikièma Roseline Andréa***

*Voilà déjà quelques années que nos yeux se sont croisés; tu as été mon soutien dans les beaux moments de ma vie, mais aussi mon réconfort dans la douleur. Que le Seigneur reste notre force.*

***Au Dr René Tapsoba***

*Tu as été plus qu'un promotionnaire au cours de ces dernières années; **Romain C. Ouédraogo** et toi, avez toujours su me rappeler à chaque fois que l'amitié est importante et tu martelais toujours de rester dans la prière.*

***-Au GM (Serge, Guy, Max, Issa, Adams, Charles, Olivier, Gérard, Abdoulaye)***

*Mes meilleurs et pires moments passés à l'UFR ont été avec vous. Je me rappelle de nos fous rires, de nos virées nocturnes, de nos soirées au stage rural, des défis qu'on se lançait... ces moments me manquent. J'espère qu'on se retrouvera dans un futur proche tous les 9 pour se rappeler du bon vieux temps.*

***-A toutes les futures mamans***

*Donner la vie est un si beau geste. Et il ne serait pas juste de mourir en le faisant. Ceci est ma contribution personnelle pour éloigner de vous et de moi cette ombre qui, un jour, pourrait assombrir de si heureux moments.*



# REMERCIEMENTS

**Remerciements:**

**-Au Pr Blandine THIEBA/BONANE**

*Vous nous avez fait l'honneur de diriger cette thèse. Nous avons apprécié votre aide et vos conseils si précieux.*

*Votre rigueur scientifique et vos qualités pédagogiques et humaines nous ont aidés tout au long de la réalisation de ce travail. Nous vous prions de voir dans cette thèse, l'expression de notre profonde estime et de notre reconnaissance.*

**-Au Dr Sibraogo KIEMTORE**

*Notre maître et co-directeur.*

*Vous avez su trouver le temps pour nous guider pas à pas dans ce travail malgré vos multiples occupations. Merci pour votre disponibilité constante et votre esprit critique tout au long de ce travail. Nous avons appris beaucoup à vos côtés. Nous vous remercions très sincèrement.*

**-A tous nos maîtres**

*À qui nous sommes redevables d'être conforté dans notre vocation, et qui nous ont appris que le serment d'Hippocrate n'est pas une simple formule rituelle ou protocolaire.*

**-Au Dr Apollinaire Wenceslas ZONGO,**

*Vous avez été pour moi un exemple dès mes premiers pas en médecine. Que le Seigneur bénisse votre carrière professionnelle et votre famille*

**-A Tonton Goungounga Dieudonné**

**-A la famille Nikièma,** *merci de m'avoir fait confiance et de m'intégrer déjà dans la famille. Recevez ce travail en signe de mon affection.*

***-A Fabrice Compaoré, et à Boly Dramane***

***-Au CMS (Christian's music school).***

***-A la JEC (Jeunesse Etudiante chrétienne) de l'UFR/SDS.***

***-A mes camarades internes: Guy, Loceni, Nadine, Fabrice, Goueta, Christelle, Mamadou, Alphonse, Ousmane, Michou, et à tous mes camarades de promotion.***

***-A tout le personnel du service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-YO et de l'ABBEF.***

***-A tous mes anciens camarades du Petit Séminaire de Pabré et du Collège de La Salle.***

***-Aux choristes de la cathédrale, et de la patte d'Oie pour les expériences vécues et partagées.***

***Exercice difficile que celui de remercier tout le monde sans avoir à en oublier.***

***Merci à tous.***

***Je demande sincèrement pardon à toute personne oubliée et la prie d'accepter ici ma gratitude.***

# HOMMAGES A NOS MAÎTRES ET JUGES

**A notre Maître et Président du jury, le Pr Si Simon TRAORE,**

**Vous êtes:**

**Professeur titulaire de Chirurgie Générale et Digestive à l'UFR/SDS**

**Chef de service de la Chirurgie Générale et Digestive au CHU-YO**

**Coordonnateur du DES de Chirurgie Générale et Digestive**

Cher maître,

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté et ce malgré vos innombrables tâches, de présider ce jury de thèse. Cela nous touche énormément et humblement nous vous disons merci.

Nous avons eu l'immense honneur de bénéficier de vos enseignements théoriques et pratiques au cours de notre formation. Vous nous avez toujours impressionnés par la clarté et l'aisance avec laquelle vous savez transmettre votre savoir. Votre grande simplicité et votre modestie font de vous un homme admiré et respecté de tous.

Présider ce jury de thèse est un grand privilège.

Trouvez ici, cher maître, notre profond respect et toute notre gratitude.

Que Dieu vous comble de ses bénédictions.

**A nôtre maître et directrice de thèse,  
Le professeur Blandine BONANE/THIEBA  
Professeur titulaire en gynéco-obstétrique de l'UFR/SDS  
Gynécologue obstétricien au CHUYO  
Directrice exécutive de la SOGOB  
Coordinatrice nationale de l'Alliance du Ruban Blanc (ARB)  
Chevalier de l'ordre national**

Chère maître,

C'est pour nous un grand honneur de vous avoir comme directrice de thèse. Merci d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos multiples occupations. Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements théoriques et de votre encadrement lors de notre stage pratique dans le service de gynéco-obstétrique du CHUYO. Votre abord facile, votre disponibilité, votre humilité, votre abnégation au travail associé à vos qualités de mère et de formatrice nous ont beaucoup séduits lors de notre passage dans le service. Sachez qu'au-delà de toute louange, vous êtes pour nous un modèle.

Chère maître, c'est l'opportunité pour nous de vous rendre un hommage mérité et de vous signifier notre profonde gratitude.

Que le seigneur vous bénisse.

**A notre maître et juge**

**Le Dr Souleymane Zan**

**Gynécologue-obstétricien au service de Gynécologie-Obstétrique du CHU-YO**

Cher Maître,

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

**A notre maître et juge,**

**Le Dr Amédée Prosper Djiguemdé**

**Médecin de Santé Publique à la Direction de la santé de la famille ;**

**Directeur Général de la Direction de la famille**

**Officier de l'Ordre National**

Cher maître

Sans hésitation vous avez accepté de siéger pour juger ce travail malgré vos multiples sollicitations. Nous sommes sensibles à cet insigne honneur que vous nous faites.

Trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Que la grâce du tout Puissant abonde dans votre vie et dans votre famille.

**« Par délibération, l'unité de formation et de recherche en science de la santé a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.»**

## LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

# Liste des figures et tableaux

## 1. Liste des figures

<b>Figure 1</b>	Descriptif des populations étudiées.....	47
<b>Figure 2</b>	Répartition des patientes selon l'âge (n=133).....	48
<b>Figure 3</b>	Répartition des patientes en fonction de l'activité professionnelle.....	49
<b>Figure 4</b>	Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction.....	50
<b>Figure 5</b>	Répartition des patientes en fonction du nombre de grossesse.....	51
<b>Figure 6</b>	Répartition des patientes en fonction de la parité.....	52

## 2. Liste des tableaux

<b>Tableau I</b>	Niveau de connaissance de la PF selon les caractéristiques sociodémographiques.....	54
<b>Tableau II</b>	Niveau de connaissance de la PF en fonction des antécédents obstétricaux et cliniques.....	55
<b>Tableau III</b>	Analyse multivariée des facteurs associés à la bonne connaissance de la PF post abortum.....	57
<b>Tableau IV</b>	Répartition des clientes reçues pour SAA en fonction de la méthode contraceptive choisie en post-abortum.....	59
<b>Tableau V</b>	Motivations du choix de la pilule.....	60
<b>Tableau VI</b>	Facteurs sociodémographiques associés à l'utilisation de contraception postabortum.....	62
<b>Tableau VII</b>	Antécédents, profils clinique et thérapeutique des clientes associés à l'utilisation de la contraception post abortum.....	64
<b>Tableau VIII</b>	Analyse multivariée des facteurs associés à l'utilisation de la contraception post-abortum.....	65

## **LISTE DES ABREVIATIONS ET DES SIGLES**



## Liste des abréviations et sigles

<b>ABBEF</b>	Association burkinabé pour le bien-être familial
<b>AMIU</b>	Aspiration manuelle intra utérine
<b>APC</b>	Avortement provoqué clandestin
<b>CHR</b>	Centre hospitalier régional
<b>CHUYO</b>	Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo
<b>CMA</b>	Centre médical avec antenne chirurgicale
<b>CSPS</b>	Centre de santé et de promotion sociale
<b>DIU</b>	Dispositif intra-utérin
<b>DSME</b>	Direction de la santé et de la mère et de l'enfant
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>EE</b>	Éthinylestradiol
<b>ENSP</b>	École nationale de santé publique
<b>Et al</b>	Et alii «et les autres»
<b>IC</b>	Intervalle de confiance
<b>INSD</b>	Institut national de statistique et de la démographie
<b>IPAS</b>	International products assistance services
<b>IPPF</b>	International planned parenthood family
<b>IST</b>	Infections Sexuellement Transmissibles
<b>IVG</b>	Interruption Volontaire de Grossesse
<b>JHPIEGO</b>	Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics
<b>MAMA</b>	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
<b>OMD</b>	Objectifs du millénaire pour le développement
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>OR</b>	Odds ratio

<b>PA/CIPD</b>	Plan d'Action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement
<b>PF</b>	Planification Familiale
<b>PNP</b>	Politique Normes et Protocoles
<b>RGPH</b>	Recensement général de la population et de l'habitation
<b>SAA</b>	Soins après avortement
<b>SIDA</b>	Syndrome d'immunodéficience acquise
<b>SR</b>	Santé de la reproduction
<b>TPC</b>	Taux de prévalence de la contraception
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience acquise

# TABLE DE MATIÈRE

## TABLE DE MATIERE

1. INTRODUCTION ET ENONCE DU PROBLEME .....	5
2. GENERALITES.....	8
2.1. GENERALITES SUR L'AVORTEMENT .....	8
2.1.1. DEFINITIONS.....	8
2.1.2. CLASSIFICATION.....	8
2.1.3. ÉTUDE CLINIQUE ET EVOLUTION DE L'AVORTEMENT.....	10
2.1.4. COMPLICATIONS DE L'AVORTEMENT .....	12
2.2. GENERALITES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE APRES AVORTEMENT.....	14
2.2.1. DEFINITION DES CONCEPTS.....	14
2.2.2. INTERETS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE .....	15
2.2.3. CRITERES D'EVALUATION DES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	16
2.2.4. LES DIFFERENTES METHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE...	17
2.3. CONCEPT DE SOINS APRES AVORTEMENT .....	22
2.3.1. LE TRAITEMENT D'URGENCE DES COMPLICATIONS .....	22
2.3.2. COUNSELING .....	22
2.3.3. PLANIFICATION FAMILIALE POST ABORTUM.....	26
2.3.4. LIENS AVEC LES AUTRES SERVICES DE SANTE DE LA REPRODUCTION .....	27
2.3.5. PARTENARIAT ENTRE LA COMMUNAUTE ET LES PRESTATAIRES DE SERVICES.....	28
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....	29
3. OBJECTIFS .....	31
3.1. OBJECTIF GENERAL .....	31
3.2. OBJECTIFS SPECIFIQUES .....	31
4. METHODOLOGIE.....	33
4.1. CADRE DE L'ETUDE.....	33
4.1.1. LE BURKINA FASO.....	33
4.1.2. LA VILLE DE OUAGADOUGOU .....	35

4.2. LES SITES D'ETUDE .....	36
4.2.1. LE SERVICE DE GYNECO-OBSTETRIQUE DU CHUYO .....	36
4.2.2. LA CLINIQUE DE L'ABBEF .....	38
4.3. TYPE ET PERIODE DE L'ETUDE .....	40
4.4. POPULATION D'ETUDE .....	40
4.4.1 CRITERES D'INCLUSION .....	40
4.4.2. CRITERES DE NON-INCLUSION .....	40
4.5. COLLECTE DES DONNEES .....	40
4.6. VARIABLES .....	41
4.7. SAISIE ET ANALYSE DES DONNEES .....	44
4.8. CONSIDERATIONS ETHIQUES .....	44
5. RESULTATS .....	46
5.1. POPULATION D'ETUDE .....	46
5.2. DESCRIPTION DES 133 PATIENTES REÇUES POUR SOINS APRES AVORTEMENT .....	48
5.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES .....	48
5.2.2. ANTECEDENTS ET PROFILS CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES PATIENTES .....	50
5.3. CONNAISSANCE ET PRATIQUE EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE .....	53
5.3.1. CONNAISSANCE DE LA PF SELON LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES .....	53
5.3.2. ANTECEDENTS, PROFILS CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES ASSOCIEES A LA CONNAISSANCE ET A LA PRATIQUE DE LA PF .....	55
5.3.3. MODELE DE LA REGRESSION LOGISTIQUE .....	56
5.4. PROPORTION DES PATIENTES AYANT ACCEPTEES D'UTILISER UNE CONTRACEPTION POST ABORTUM OU TAUX D'ACCEPTATION .....	58
5.5. DESCRIPTION DES FACTEURS ASSOCIES A L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES APRES AVORTEMENT .....	58
5.5.1. METHODES UTILISEES ET RAISONS DE CHOIX DES METHODES CONTRACEPTIVES .....	58
5.5.2. FACTEURS ASSOCIEES A L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES .....	61
6. DISCUSSION .....	66
6.1. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE .....	67

6.1.1. TYPE D'ETUDE.....	67
6.1.2. POPULATION CIBLE .....	67
6.2. DISCUSSION SUR LES RESULTATS.....	68
6.2.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES .....	68
6.2.2. ANTECEDENTS, PROFILS CLINIQUE ET THERAPEUTIQUE DES PATIENTES.....	71
6.2.3. CONNAISSANCE ET A LA PRATIQUE EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALE.....	74
6.2.4. UTILISATION ET PRATIQUE EN MATIERE DE PF .....	75
CONCLUSION.....	80
7. CONCLUSION.....	81
8. SUGGESTIONS.....	83
ANNEXES.....	85
RESUME .....	92

# **INTRODUCTION ET ENONCÉ DU PROBLÈME**

# 1. Introduction et énoncé du problème

La Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue au Caire en 1994, a reconnu la nécessité de mettre en place des services de santé de la reproduction de qualité. Pratiquement 180 pays y ont adhéré quelle que soit la position officielle du pays sur la légalité d'un avortement[22].

Un consortium réunissant Engender Health, International Planned Parenthood Family, International Products Assistance Services, John Hopkins Program International Education in Gynecology and Obstetrics, et Pathfinder International a identifié en 1994 les Soins Après Avortement (SAA), comme une composante importante de santé de la reproduction. En 2002, la mise en œuvre de ces soins a été reconnue par le consortium comme l'une des plus grandes réussites en matière de santé de la reproduction. En effet depuis cette période, les complications de l'avortement dans le monde et plus particulièrement dans les pays en développement ont connu une nette régression[27].

Sur 46 millions d'avortements pratiqués chaque année dans le monde, près de la moitié le sont dans de mauvaises conditions de sécurité avec pour conséquences un nombre important de décès maternels et de séquelles graves telle que la stérilité[41].

Beaucoup de femmes ayant eu un avortement risquent de nouveau d'être embarquées dans un engrenage de grossesse non-souhaitée et d'avortement provoqué. C'est dans l'optique de briser ce cercle vicieux de

l'avortement dangereux que la planification familiale après avortement a été introduite dans les soins après avortement [10,11,39].

L'accès aux services de planification familiale demeure cependant limité et, malgré une pratique de la contraception en hausse, la prévalence contraceptive globale reste faible[2].

Par ailleurs, au Burkina Faso, compte tenu de la législation restrictive, les rares données disponibles sur l'avortement sont principalement celles des hôpitaux [19]. Néanmoins une étude par la méthode des confidentes, effectuée en 2001 à Ouagadougou, au Burkina Faso a montré que le nombre annuel d'interruptions de grossesse était de 40 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, et de 60 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans[7].

En outre, les données disponibles montrent-ils qu'en dépit d'une large gamme de méthodes contraceptives, les taux d'utilisation de la contraception post-abortum restent faibles[21]. De 1997 à 2007, seulement 60,73% des patientes reçues pour des soins après avortement au Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo ont adopté une méthode contraceptive avant l'exéat [13]. De plus, une grande partie des avortements se déroule dans la clandestinité et les victimes ne bénéficient pas d'une prise en charge adéquate[21].

Ainsi, la présente étude avait pour objectif, de déterminer les facteurs déterminants l'utilisation des méthodes contraceptives en post-abortum afin de formuler des recommandations pour l'amélioration de la planification familiale après avortement.

# **GÉNÉRALITÉS**

## **2. Généralités**

### **2.1. Généralités sur l'avortement**

#### **2.1.1. Définitions**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'avortement est l'expulsion d'un produit de conception de moins de 22 semaines d'aménorrhée [41].

Au Burkina Faso, l'avortement est l'expulsion spontanée ou provoquée de l'embryon ou du fœtus avant la date de sa viabilité c'est-à-dire avant la 28<sup>ème</sup> semaine d'aménorrhée soit moins de 6 mois après la fécondation ou encore moins de 180 jours de grossesse (PNP Burkina Faso). Ce seuil tient compte des capacités du plateau technique à maintenir en vie un fœtus de cet âge [36].

#### **2.1.2. Classification**

Les avortements peuvent être classés selon l'âge de la grossesse, selon le mécanisme de survenue et selon les conditions de réalisations[51].

##### **2.1.2.1. Classification selon l'âge de la grossesse**

On distingue :

- Avortement ultra-précoce ou infra-clinique : désigne tout avortement au cours des sept à dix jours suivant l'implantation ovulaire ce qui correspond 8 à 17 jours post-conceptionnel.
- Avortement précoce : c'est un avortement survenu au cours des 12 premières semaines d'aménorrhée.

- Avortement tardif : expulsion d'un fœtus dont l'âge gestationnel est compris entre 13 et 27 semaines + 6 jours d'aménorrhée

### 2.1.2.2. Classification selon le mécanisme de survenue

On distingue :

- L'avortement spontané : il désigne l'expulsion non provoquée du produit de conception avant le terme de 28 semaines d'aménorrhée.
- L'avortement provoqué : il peut être
  - ❖ **légal** lorsqu'il est autorisé par la loi dans certains pays. On distingue :
    - L'avortement médical qui comporte
      - l'avortement thérapeutique lorsque les motivations sont de soustraire la mère d'un danger que la grossesse pourrait lui faire courir,
      - l'avortement eugénique en cas de forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.
    - Les avortements sociaux qui concernent :
      - une grossesse issue d'un viol,
      - une grossesse incestueuse
    - L'interruption volontaire de la grossesse. La loi dans certains pays comme la France, permet à la femme d'accéder à une interruption de grossesse normo-évolutive jusqu'à 12 semaines d'aménorrhée. L'interruption volontaire de grossesse est interdite au Burkina Faso[21].

- ❖ **Avortement illégal ou avortement provoqué clandestin (APC) :**  
c'est l'interruption volontaire de la grossesse non autorisée par la loi. Il est encore appelé avortement criminel.

### **2.1.2.3. Selon les conditions de réalisation**

Selon les conditions dans lesquelles ils sont réalisés on a :

- L'avortement médicalisé ou sécurisé : c'est l'avortement pratiqué par un prestataire de soins formé qui utilise une technique correcte répondant aux normes sanitaires rigoureuses.
- L'avortement non sécurisé : c'est un avortement pratiqué soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux à la fois.

### **2.1.3. Étude clinique et évolution de l'avortement**

L'avortement spontané se déroule en deux étapes : la menace d'avortement et l'avortement proprement dit :

### **2.1.3.1. Menace d'avortement**

Elle est caractérisée par de petites métrorragies, parfois minimes indolores tantôt de sang rouge, tantôt de sang noir, tantôt rosé mêlées de sérosités, toujours répétées. La femme peut se plaindre de discrètes douleurs à type de contractions utérines. A l'examen, le col reste long et fermé et la région isthmique est normale ; il faut compléter cet examen par une échographie pelvienne.

### **2.1.3.2. Avortement proprement dit**

Il est annoncé par l'importance des pertes sanguines et par l'apparition de douleurs ou par leur augmentation en fréquence, en intensité et en régularité. A l'examen, le col est ouvert, de longueur variable; la partie basse de l'utérus évasée est distendue par l'œuf.

L'avortement spontané a dans son évolution, les particularités suivantes :

❖ Il est naturel et en général complet. Il s'opère :

Soit en un temps, au cours des deux premier mois. L'œuf expulsé, quand il est très jeune, est du volume d'une châtaigne. Vers deux mois le placenta, localisé à l'un des pôles, est empli en général d'un liquide limpide. L'embryon est souvent absent, dissous. On parle d'œuf clair.

Soit en deux temps, vers le troisième ou quatrième mois, fœtus d'abord puis placenta. Lorsque le fœtus est mort in utero et qu'il a été retenu un certain temps, il peut naître momifié ou même macéré suivant l'âge de la grossesse.

Dans tous les cas, la caduque peut être expulsée en un temps séparé.

- ❖ Il est peu hémorragique, rarement compliqué d'infection.

Cependant des complications sont possibles surtout hémorragiques. Après l'avortement, l'involution utérine est rapide. Une montée laiteuse peut survenir après l'avortement de plus de trois mois. Les règles surviennent quatre semaines environ après l'accident.

Une autre évolution peut se voir en cas de certaines grossesses très jeunes. C'est la résorption complète de l'œuf après sa mort. Les métrorragies persistent mais elles sont en général discrètes. Les cycles se rétablissent par la suite.

## **2.1.4. Complications de l'avortement**

On distingue les complications précoces et tardives.

### **2.1.4.1. Les complications précoces**

Elles se subdivisent en :

#### **➤ Complications immédiates**

Elles sont fréquentes au cours de l'avortement à risque et engagent très souvent le pronostic vital de la patiente. Ce sont :

- ❖ l'hémorragie, d'abondance variable pouvant être responsable d'anémie voire de choc hypovolémique.
- ❖ La rétention ovulaire
- ❖ La perforation utérine souvent associée à des lésions cervicales et viscérales.
- ❖ L'embolie gazeuse et amniotique cause souvent une mort brutale

- ❖ La mort peut survenir dans un tableau de choc hémorragique, toxique ou réflexe. La mort par réflexe cervico-bulbaire s'observe dans les cas d'avortement par manœuvre endo-utérine. C'est un accident paroxystique imprévisible.
- **Complications secondaires**

Elles sont infectieuses. On peut citer :

  - ❖ l'endométrite, la salpingite, l'abcès du cul de sac de Douglas, le phlegmon des ligaments larges, de la gaine hypogastrique, la pelvipéritonite, et souvent la péritonite.
  - ❖ Le tétanos
  - ❖ La septicémie
  - ❖ L'hépatonéphrite toxique et ou infectieuse responsable d'insuffisance rénale aigue.
  - ❖ La phlébite, la thrombophlébite.

#### **2.1.4.2. Les complications tardives**

Elles comportent :

- la stérilité secondaire
- les grossesses extra-utérines
- les fausses couches
- le placenta prævia ou accreta
- les douleurs pelviennes chroniques
- les séquelles neuropsychiques : névrose dépressive, complexe de culpabilité ou d'indignité.

## 2.2. Généralités sur la planification familiale après avortement

### 2.2.1. Définition des concepts[33]

- **Planification familiale[34]** : ensemble de mesures techniques et éducatives qui permet aux couples de choisir le nombre de leurs enfants et le moment de leur naissance, tout en permettant la poursuite d'une activité sexuelle harmonieuse.
- **Contraception[8]** : ensemble de mesures permettant de rendre un rapport sexuel non fécondant, et ceci de façon temporaire et réversible.
- **Efficacité de la contraception** : se mesure par la proportion dans laquelle la fécondabilité naturelle se trouve réduite par l'emploi d'une méthode contraceptive donnée, en utilisant l'indice de Pearl
- **Efficacité pratique de la contraception** : efficacité d'usage de la contraception. Elle est liée à l'acceptabilité du procédé et à la motivation des couples qui l'utilisent.
- **Efficacité théorique de la contraception** : efficacité technique de la contraception. Elle implique l'utilisation d'une méthode de contraception de manière continue suivant les instructions données.
- **Indice de Pearl[53]** : est la mesure de l'efficacité de la contraception. Elle sert à exprimer le nombre de grossesses constatées sur 100 années (1200 mois) d'exposition à la grossesse. Elle exprime aussi le risque de grossesse chez 100 femmes pendant 12 mois. Cet indice « r » s'exprime par la formule suivante :

$$r = \frac{\text{nombre\_de\_grossesses\_non\_désirées}}{\text{nombre\_de\_mois\_d'exposition\_à\_la\_grossesse}}$$

- **Taux de Prévalence de la Contraception (TPC)[20]** : Pourcentage de femmes en âge de procréer actuellement mariées, veuves ou «en union» (15 à 49 ans) qui utilisent une méthode de contraception moderne. La formule est la suivante :

$$TPC = \frac{\text{nombre\_de\_couples\_utilisant\_la\_contraception\_moderne}}{\text{nombre\_total\_de\_couples\_éligibles}}$$

### 2.2.2. Intérêts de la planification familiale

Les dispensateurs des services de PF doivent être fiers de leur travail, parce que la PF aide tout le monde, en particulier[16] :

- les femmes en les protégeant contre les grossesses trop rapprochées (espace inter-général inférieur à 2 ans), les grossesses trop nombreuses et les grossesses non désirées qui représentent un facteur important de mortalité maternelle.
- les enfants, car elle sauve les vies d'enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année. Si tous les enfants naissaient à intervalle d'au moins 2 ans, 3 à 4 millions de ces morts seraient évitées;
- les hommes : la PF aide les hommes - et les femmes - à prendre soin de leur famille. Dans le monde entier, les hommes disent que la planification de leur famille les aide à leur assurer une meilleure existence;

- les familles, parce qu'elle améliore le bien-être familial. Les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de les nourrir, de les vêtir, de leur assurer un logement et de les scolariser;
- les nations, car dans les pays où les femmes ont beaucoup moins d'enfants que leur propre mère, la population voit s'améliorer sa situation économique plus rapidement qu'ailleurs;

### **2.2.3. Critères d'évaluation des méthodes de planification familiale[33]**

L'évaluation des méthodes contraceptives se fait selon cinq (5) critères :

- **Efficacité** : on distingue l'efficacité théorique, correspondant à une application parfaite de la méthode, et l'efficacité pratique, mesurée dans les conditions usuelles d'utilisation de la population. Elle se mesure classiquement par l'indice de Pearl, qui s'exprime en pourcentage par année-femme.
- **Acceptabilité** : c'est la proportion de couples restant fidèles à la méthode pendant une période donnée. Elle dépend des habitudes culturelles, de la tolérance, de la facilité d'emploi, de l'efficacité et des caractéristiques personnelles de la femme et du couple.
- **Innocuité** : la méthode doit être au maximum inoffensive et dépourvue d'effets secondaires graves immédiats ou tardifs.
- **Réversibilité** : une méthode de contraception ne doit pas avoir d'effet néfaste sur la fertilité ultérieure.

- **Coût :** dans le coût, on inclut le prix du traitement lui-même, mais aussi celui de la surveillance clinique et biologique, et du dépistage des contre-indications.

## **2.2.4. Les différentes méthodes de planification familiale**

Différents moyens sont utilisés dans la planification familiale. Il s'agit de méthodes contraceptives plus ou moins anciennes et plus ou moins efficaces[18, 38].

### **2.2.4.1. Méthodes de contraception hormonale**

- **Contraception orale**

C'est un moyen de contraception facile, efficace et réversible. Sa tolérance clinique et métabolique s'améliore, surtout avec les nouvelles molécules. La contraception orale a pour but d'empêcher la survenue d'une grossesse :

- ❖ soit en inhibant l'ovulation ;
  - ❖ soit en modifiant la structure de l'endomètre ;
  - ❖ soit encore en modifiant la glaire cervicale.
- Estroprogestatifs : Ils sont par définition faits d'un estrogène et d'un progestatif. L'estrogène est toujours de l'éthinylestradiol (EE). C'est une molécule à très forte activité estrogénique, ce qui explique les petites doses utilisées. Le progestatif utilisé est le plus souvent un dérivé de la nortestostérone.

– Les différentes catégories de pilules estroprogestatives sont :

▪ Estroprogestatifs séquentiels :

L'estrogène est seul pendant 7 à 15 jours; ensuite on a l'association estroprogestative pour le reste de la plaquette. Certains les utilisent en post-abortum, car on dit qu'ils favorisent la régénération endométriale (non démontré à ce jour).

▪ Estroprogestatifs combinés :

Tous les comprimés contiennent de l'EE et un progestatif à doses identiques. Ils associent les trois mécanismes d'action (blocage de l'ovulation, modification de la glaire cervicale et de l'endomètre).

▪ La classification des estroprogestatifs se fait en fonction du dosage d'EE et de la répartition des doses au cours du cycle :

Selon le dosage en EE on distingue les estroprogestatifs normo-dosés (les comprimés contiennent 50 µg (gammas) d'EE + un progestatif.) et les estroprogestatifs minidosés (les comprimés contiennent moins de 50 µg d'EE et un progestatif).

Selon la répartition des hormones dans le cycle on distingue d'abord les estroprogestatifs monophasiques; les doses sont identiques pour tous les comprimés. Ensuite, on distingue les estroprogestatifs biphasiques où la quantité de progestatif augmente en deuxième partie de cycle. Enfin on peut citer les estroprogestatifs triphasiques où l'EE et le progestatif varient selon trois paliers successifs.

– Progestatifs : on distingue deux sous-groupes.

▪ Les microprogestatifs administrés en continu dits « micropilule ». Ils bloquent inconstamment l'axe hypothalamo-hypophysaire, et donc l'ovulation. L'action contraceptive est assurée par les effets périphériques soit par ralentissement de la mobilité tubaire soit par

modification de la muqueuse endométriale la rendant impropre à la nidation soit par modification de la glaire cervicale, la rendant imperméable aux spermatozoïdes. Ils doivent être pris en continu, sans interruption entre les plaquettes, même pendant les règles, et à heure fixe (délai de sécurité : 1 heure !).

- Les progestatifs à fortes doses en discontinu : à ces doses, les progestatifs inhibent l'ovulation par leur action antigonadotrope, en plus de leur triple effet périphérique. Il faut les utiliser du 5ème au 25ème jour du cycle pour qu'ils soient efficaces. Ils ne sont pas considérés à proprement parler comme des contraceptifs oraux mais peuvent être utilisés pour leur effet contraceptif.

#### **2.2.4.2. Méthodes de contraception hormonales non orales**

##### ➤ Progestatifs injectables retard

En intramusculaire, ils ont le même mode d'action que les progestatifs fortement dosés. L'action est prolongée mais peut entraîner des anomalies des règles.

##### ➤ Dispositif intra-utérin contenant de la progestérone

##### ➤ Implants sous-cutanés de progestérone

Ils sont installés sous la peau, le plus souvent au niveau de la face interne du bras. Ils délivrent de la progestérone. La diffusion est constante, à des doses équivalentes des microprogestatifs oraux, d'où un mode d'action identique à celui de ces derniers. Ils offrent une protection d'environ trois ans.

##### ➤ Anneaux vaginaux délivrant de l'estradiol et un progestatif

### **2.2.4.3. Méthodes de contraception locale**

Leur action est purement locale. On distingue :

- Le dispositif intra-utérin (DIU ou stérilet) : Il existe deux types de DIU ; les stérilets dits inertes ou de première génération. Ils sont en polyéthylène simple. Puis les stérilets dits bioactifs ou de nouvelle génération; ils contiennent du cuivre, de l'argent ou des hormones.

Leur mode d'action est le suivant : soit par action antinidatoire simple pour les stérilets inertes soit par réaction à corps étranger provoquant une réaction inflammatoire endométriale empêchant la nidation pour les stérilets bioactifs. De plus, pour ces derniers, le cuivre interfère localement avec les enzymes utérines et la quantité d'ADN cellulaire ;

- les obturateurs féminins : le diaphragme ; les capes cervicales,
- les spermicides,
- les préservatifs.

### **2.2.4.4. Méthodes contraceptives dites naturelles**

Elles ne sont pas indiquées en post-abortum. On peut décrire :

- Retrait (coït interrompu) : il s'agit d'un retrait de la verge hors du vagin avant l'éjaculation.
- Méthodes de continence périodique :
  - ❖ Méthodes Ogino, Knaus : Elles sont fondées sur le principe que, chez une femme qui a des cycles réguliers, l'ovulation se produit

quatorze jours avant les règles. Donc, pour éviter une grossesse, il faut une période d'abstinence entourant l'ovulation. En fonction des différentes méthodes et de leur rigueur, la période d'abstinence varie de onze à quatorze jours par cycle.

- ❖ Courbe de température (méno-thermique) : elle est fondée sur l'hyperthermie provoquée par la progestérone sécrétée par le corps jaune en deuxième partie de cycle.
- ❖ Méthode Billings : Fondée sur l'auto-observation de la glaire cervicale par la patiente.
- ❖ Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée : Contraception en post-partum, l'allaitement constitue une bonne méthode de contraception si le nombre de tétées de 20 min est de plus de 5 par jour. Dans ces conditions, aucune contraception complémentaire n'est utile dans les 3 mois qui suivent l'accouchement

#### **2.2.4.5. La stérilisation chirurgicale**

En dehors des méthodes hormonales et locales, il existe d'autres méthodes. Chez la femme c'est la ligature des trompes ou stérilisation définitive. Il s'agit de coil tubaire par voie hystéroscopique. Dans nos pays la ligature se fait généralement, soit par mini-laparotomie, soit au cours d'une césarienne. Certains la font par voie vaginale. Chez l'homme c'est la ligature des déférents ou vasectomie. Ils ne sont pas à considérer comme un moyen de contraception, car ils ne sont que trop partiellement. Ils ne sont plus considérés comme des actes de mutilation et sont donc réalisables

légalement sous certaines contraintes tel qu'un délai de réflexion de plus de quatre mois.

## **2.3. Concept de soins après avortement**

Les SAA sont une approche pour :

- diminuer la morbidité et la mortalité découlant des complications de l'avortement à risque et de l'avortement spontané,
- et améliorer la vie et la santé sexuelle et reproductive des femmes.

Le modèle des SAA comporte plusieurs étapes[45] : le partenariat entre communauté et prestataires de services, le counseling, le traitement, la contraception et les services de PF, la santé reproductive et les autres services de santé

### **2.3.1. Le traitement d'urgence des complications**

Il comprend les soins de réanimation d'urgence classique et le traitement des complications. Après les soins d'urgence en fonction de l'état clinique de la patiente, l'évacuation utérine est effectuée, soit par aspiration, soit par curetage.

### **2.3.2. Le counseling**

Dans le cadre des soins post-abortum[13], l'information, le soutien verbal et counseling ont pour but :

- D'établir rapidement un climat de bonne relation afin de calmer l'angoisse et la préoccupation que les patientes pourraient éprouver.
- De rassurer la patiente et expliquer les différentes étapes de la prise en charge
- De donner les informations adaptées aux besoins de la patiente.
- Ces informations doivent être données même si l'évacuation utérine ne se fait pas par AMIU. Elles seront adaptées aux besoins de la patiente.

Pour atteindre ces objectifs [4], le prestataire doit respecter les principes et les étapes d'un bon counseling que nous rappelons :

- Accueillir la cliente : l'accueil commence quand la cliente prend contact avec le service de santé et finit à la sortie de la cliente.
- Accueillir la cliente de manière personnalisée
- Saluer la cliente ou répondre à la salutation selon l'usage
- L'inviter à s'asseoir
- Se présenter si nécessaire
- Poser une question ouverte pour découvrir le motif de la visite
- Aider la femme et le couple à mieux s'exprimer
- Avoir une écoute attentive et active et informer la cliente des différentes étapes de la consultation
- Demander à voir le carnet de santé si elle en possède un.
- Etre emphatique envers la cliente (se montrer disponible, se mettre à la place de la cliente)
- Rassurer la cliente sur la confidentialité de l'entretien

- Référencer la cliente si nécessaire
- Négocier le prochain rendez-vous
- Dire au revoir à la cliente.

### **2.3.2.1 Le counseling pré AMIU**

Il permet de :

- Informer la patiente du résultat de l'examen et la préparer pour la procédure s'il y a une indication d'AMIU ;
- Expliquer les principes de l'AMIU ;
- Expliquer les types de complications qui peuvent survenir au cours de la manœuvre.

### **2.3.2.2 Le counseling per AMIU**

Il consiste à :

- Expliquer chaque étape à la patiente avant de l'exécuter ;
- Parler avec la patiente tout au long de la procédure ;
- Adapter le counseling aux réactions de la patiente pour être sûr qu'elle ne ressent pas de gêne ou de douleur ;
- S'assurer de sa bonne collaboration ;
- La rassurer ;
- Etre à l'écoute de la patiente pour détecter le besoin de lui donner un antalgique.

### **2.3.2.3 Le counseling post AMIU**

Il implique :

- Informer la patiente sur les résultats de la procédure ;
- Informer la patiente sur les signes normaux de récupération et
- L'inviter à revenir au cas où d'autres signes apparaîtraient ;
- Lui donner des conseils d'hygiène ;
- Lui recommander l'abstinence jusqu'à l'arrêt des saignements ;
- L'informer que sa fécondité peut revenir 2 semaines après la procédure ;
- S'assurer de la prise en charge de la planification familiale avant sa sortie si elle le désire ;
- Expliquer à la patiente quels sont les signes et symptômes nécessitant une prise en charge immédiate ;
- S'assurer qu'elle a bien compris en lui demandant de répéter ce qu'on lui a dit ;
- L'orienter vers les autres services de SR si nécessaire.

### **2.3.3. Planification familiale post abortum**

Après tout avortement il y a nécessité d'une prise en charge immédiate en PF après un bon counseling[23].

En effet l'accès d'un plus grand nombre de femmes aux services de planification familiale aide à éviter les grossesses non désirées et à pratiquer l'espacement des naissances[42].

Les soins après avortement constituent de ce fait une porte d'entrée pour la PF.

Il s'agira donc de :

- Evaluer les besoins de la femme en matière de PF ;
- Vérifier les antécédents gynécologiques et obstétricaux ;
- S'assurer de ses souhaits en matière de reproduction ;
- Donner des informations sur la PF ;
- Décrire toutes les méthodes contraceptives et aider la cliente à choisir une méthode ;
- Donner des informations spécifiques sur la méthode choisie (mode d'utilisation, avantages et effets secondaires) ;
- Prescrire la méthode choisie par la cliente ;
- Administrer la méthode choisie ou référer ;
- Donner des instructions relatives à la méthode ;
- Donner le rendez-vous de suivi ;

#### **2.3.4. Liens avec les autres services de santé de la reproduction**

L'identification d'un lien entre les soins d'urgence après avortement et les autres services de santé de la reproduction est essentiel car il permet le dépistage et la prise en charge des IST, du VIH, des tumeurs gynécologiques ainsi que l'infécondité[23].

Pourtant ces services restent distinctement séparés. Cette séparation limite l'accès des femmes aux autres soins de santé de la reproduction et contribue de manière significative au mauvais état de santé des femmes.

Il est alors important d'identifier les services de santé de la reproduction dont chaque femme aurait besoin et de lui offrir un éventail de services aussi divers que possible. Il faudrait assurer une bonne liaison avec les autres services SR. Pour ce faire, il faut :

- prendre en charge les besoins de la cliente relevant de ses compétences ;
- référer les cas relevant d'autres services de SR au besoin.

### **2.3.5. Partenariat entre la communauté et les prestataires de services**

Ce partenariat a pour but de :

- Mobiliser les ressources pour aider les femmes à recevoir des soins appropriés ;
- Prévenir les grossesses non désirées et l'avortement insécurisé ;
- S'assurer que les services de santé satisfont aux attentes et aux besoins de la communauté.

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

## ***OBJECTIFS***

## **3. Objectifs**

### **3.1. Objectif général**

Etudier les facteurs déterminants l'utilisation des méthodes contraceptives en post- abortum dans le service de gynécologie obstétrique du CHUYO et à la clinique de l'Association burkinabé pour le bien-être familial.

### **3.2. Objectifs spécifiques**

1. Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patientes reçues pour soins après avortement dans le service de gynéco-obstétrique du CHUYO et à la clinique de l'ABBEF.
2. Evaluer les connaissances de ces patientes en matière de planification familiale.
3. Déterminer le taux d'acceptation de méthodes contraceptives après avortement.
4. Rechercher les facteurs influençant l'utilisation des méthodes contraceptives après avortement.
5. Formuler des recommandations pour une meilleure utilisation des méthodes contraceptives en post abortum.

## ***METHODOLOGIE***

## **4. Méthodologie**

### **4.1. Cadre de l'étude**

Notre étude s'est déroulée à Ouagadougou, région sanitaire du centre au Burkina Faso. Nous avons effectué notre étude dans deux centres de PF bien fréquentés de la ville de Ouagadougou.

#### **4.1.1. Le Burkina Faso**

##### **4.1.1.1. Cadre socio-économique**

Pays sahélien, enclavé, situé en Afrique de l'ouest, le Burkina Faso couvre une superficie de 274 200 km<sup>2</sup>. Il est limité à l'ouest et au nord par le Mali, à l'est par le Niger et au sud par le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte D'ivoire. Son climat est de type soudanien.

La population du Burkina Faso était estimée en 2006 à 14 017 262 habitants selon le recensement général de la population et de l'habitation. Le taux d'accroissement annuel moyen est de 3,1%, ce qui fait estimer la population à 16 189 938 habitants en 2011, année de réalisation de notre étude.

En 2006, les projections de population donnent une répartition par sexe qui révèle une prédominance des femmes sur l'ensemble de la population (51,71%).

La population vit à près de 90% en milieu rural. La structure de la pyramide des âges met en évidence l'extrême jeunesse de la population, puisque 49% de la population a moins de 15 ans. Le Burkina Faso est un pays en développement, en effet en 2003 46,4% de la population vivait en

dessous du seuil de la pauvreté estimé à 82.672 FCFA par adulte et par an. L'activité économique repose surtout sur l'agriculture et l'élevage[12].

L'indice de développement humain durable estimé qui était de 0,340 en 2003, se situait en dessous de la moyenne des autres pays d'Afrique subsaharienne[44].

Sur le plan social, l'analphabétisme, le faible niveau de revenu, les pesanteurs socioculturelles et la faible accessibilité aux structures de soins demeurent autant de freins pour l'amélioration de la santé des populations.

#### **4.1.1.2. La situation sanitaire**

Le Burkina Faso a souscrit à la déclaration d'Alma Alta en 1978 basée sur la mise en œuvre des soins de santé primaire[52].

Le système national de santé est de type pyramidal à trois niveaux aussi bien sur le plan administratif qu'opérationnel :

➤ l'organisation administrative

L'organisation administrative du système public de santé s'articule autour de trois niveaux [35] :

- ❖ le niveau central, organisé autour du cabinet du Ministre de la santé et du secrétariat général, est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.
- ❖ le niveau intermédiaire comporte 13 régions sanitaires chargées de la coordination et de l'appui aux districts.

- ❖ le niveau périphérique comprend 63 districts sanitaires dont les équipes cadres gèrent les services de santé de base.
- l'organisation opérationnelle

Les structures publiques de soins sont organisées en trois niveaux :

- ❖ les centres de santé et de promotion sociale (CSPS), niveau de premier contact entre les services de santé et la population et les centres médicaux avec antenne chirurgicale (CMA) sont les deux échelons du premier niveau ;
- ❖ les centres hospitaliers régionaux (CHR) représentent le deuxième niveau de soins.
- ❖ les centres hospitaliers universitaires (CHU) constituent le troisième niveau de soins.

#### **4.1.2. La ville de Ouagadougou**

Ouagadougou, capitale politique et administrative du BURKINA FASO a constitué notre cadre d'étude. Elle est le chef-lieu de la région du centre ainsi que de la province du Kadiogo, c'est une ville cosmopolite dont la population était estimée à 1.475.839 habitants en 2006 et qui doit 54,6% de sa croissance démographique au phénomène de l'exode rural[12].

Sur le plan administratif, elle est découpée en trente (30) secteurs et dix-sept (17) villages repartis entre les cinq arrondissements (Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongremassom et Sig-Nonghin). Tous les groupes ethniques du pays y sont représentés avec une majorité ethnique mossie[24].

La population est jeune avec une proportion de 22,8% de femme en âge de procréer. La prévalence contraceptive globale était légèrement plus élevée (30%) en 2003 à Ouagadougou que dans les autres villes du pays[25].

## **4.2. Les sites d'étude**

### **4.2.1. Le service de gynéco-obstétrique du CHUYO**

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

- une salle d'accouchement dotée de six tables d'accouchement et d'une table de réanimation pour nouveau-nés ;
- une unité de planification familiale ;
- un bloc opératoire avec trois salles d'intervention ;
- une unité d'Aspiration Manuelle Intra-utérine (A.M.I.U)
- une salle de staff pour le personnel ;
- une unité de puériculture ;
- une salle d'échographie ;
- un service de consultations externes ;
- un service de recouvrement ;
- un service administratif composé d'une unité d'état civil et d'un secrétariat ;
- un service d'hospitalisation d'une capacité de quatre-vingt-quatre (84) lits organisé en cinq (5) unités comme suit :
  - ❖ soins intensifs de neuf (9) lits;
  - ❖ réveil et réanimation post-opératoire de (14) lits
  - ❖ unité de grossesses pathologiques de neuf (9) lits ;

- ❖ unité de pré-AMIU de sept (7) lits ;
- ❖ unité de suites de couches de seize (16) lits ;

Le personnel du service de gynécologie obstétrique du CHU/YO se composait au moment de l'étude de :

- douze (12) médecins gynécologues obstétriciens dont deux (02) professeur titulaire, un (01) maître de conférence agrégé et deux (02) maîtres assistants ;
- un (01) médecin anesthésiste réanimateur ;
- quatorze (14) attachés de santé en anesthésie réanimation ;
- treize (13) attachés de santé en chirurgie ;
- trente-deux (32) sages-femmes ;
- cinq (05) maïeuticiens ;
- treize (13) infirmiers (ères) ;
- onze (11) garçons et filles de salle ;
- une (01) secrétaire et un (01) agent de l'état civil.
- En plus du personnel régulièrement affecté, le service contribue à la formation :
  - des médecins inscrits aux différents niveaux d'étude du Diplôme d'Études Spécialisés de gynécologie d'obstétrique ;
  - des étudiants en médecine et en pharmacie de l'Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé (UFR/SDS);et des étudiants en médecine de l'université Saint Thomas d'Aquin (USTA);
  - des élèves infirmiers, sages-femmes, maïeuticiens, aides opérateurs et aides anesthésistes de l'École Nationale de Santé Publique (ENSP);

L'unité de PF du CHU/YO est fonctionnelle depuis 1996, elle assure les prestations de santé de la reproduction suivantes :

- les consultations pour désir de contraception ;
- la dispensation des différentes méthodes contraceptives ;
- le suivi des femmes utilisatrices de méthodes contraceptives ;
- les consultations pour stérilité primaire et secondaire ;
- les consultations prénatales et postnatales ;
- le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- les consultations simples de médecine générale et de gynécologie - obstétrique avec références aux services spécialisés pour une meilleure prise en charge au besoin.

Son fonctionnement quotidien sous le couvert d'un médecin est à la charge d'une équipe composée d'une (01) attachée de santé en chirurgie, une (01) surveillante de l'unité, de deux (02) sages-femmes et de deux (02) filles de salle.

#### **4.2.2. La clinique de l'ABBEF**

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

Elle mène les activités suivantes pour parvenir à cet objectif:

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

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

Le personnel de la clinique se composait au moment de l'étude de :

- Personnels permanents:
  - ❖ Trois sages-femmes
  - ❖ Un maïeuticien
  - ❖ Deux animatrices
  - ❖ Deux infirmières
  - ❖ Une assistante
  - ❖ Un laborantin
  - ❖ Une fille de salle
  - ❖ Une hôtesse d'accueil.
- Personnels vacataires:
  - ❖ Un médecin gynécologue
  - ❖ Un psychologue

Les infrastructures se composent de:

- ❖ Deux salles d'examens
- ❖ Trois salles de counseling avec 1 salle d'accueil des clients.
- ❖ une infirmerie
- ❖ une salle d'AMIU (Aspiration Manuelle Intra-utérine)
- ❖ une salle de stérilisation
- ❖ un laboratoire

### **4.3. Type et période de l'étude**

Il s'est agi d'une étude prospective à visée analytique réalisée au cours de la période d'avril 2011 à décembre 2011.

### **4.4. Population d'étude**

Elle a concerné les patientes qui ont été prises en charge dans l'unité de soins après avortement, au cours de la période de l'étude.

#### **4.4.1 Critères d'inclusion**

Les critères d'inclusion des patientes étaient les suivants :

- Etre admise dans le service de gynécologie obstétrique ou à la clinique de l'ABBEF pour soins après avortement
- Accepter participer à l'étude

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

N'ont pas été incluses les patientes décédées suite aux complications de l'avortement.

### **4.5. Collecte des données**

Nous avons utilisé un questionnaire ``patiente``, adressé aux patientes reçues pour SAA. Les fiches de collecte ont été remplies à partir des dossiers cliniques des patientes, et d'interview avec elles. La première entrevue a été réalisée avec les patientes venues pour soins après avortement. Il leur a été posé des questions sur leurs connaissances en matière de PF et sur

l'utilisation des méthodes contraceptives. Puis des rendez-vous leurs ont été donnés, au quarante-cinquième jour post abortum pour rechercher les facteurs influents le choix des méthodes contraceptives puis à 3 mois nous avons évalué le suivi de l'utilisation de la contraception.

#### **4.6. Variables**

- **Age des patientes :**
  - ❖ Age inférieur à 30 ans
  - ❖ Age supérieur à 30 ans
- **Utilisation de la contraception:** il s'agit de l'utilisation après SAA d'une des différentes méthodes contraceptives modernes
- **Situation matrimoniale :** Deux situations ont été retenues : les célibataires et les femmes en union regroupant toutes celles qui étaient en concubinage, qui avaient fait un mariage religieux, traditionnel et ou civil.
- **Niveau d'instruction ou d'éducation :** il a été subdivisé en non scolarisée, scolarisée avec un niveau franco-arabe, primaire, secondaire, supérieure.
- **Profession :** c'est l'activité régulière exercée par les clientes de l'unité de SAA. Nous avons retenu les professions suivantes: élèves/étudiantes, ménagères, fonctionnaires (public ou privé), secteur informel.
- **Résidence :** c'est la demeure ou le logement habituel des clientes soit dans la ville de Ouagadougou, soit hors de Ouagadougou.
- **La religion :** Trois ont été retenues : musulmane, animiste et chrétienne regroupant les catholiques et protestantes.

- **Le nombre de grossesse :** c'est l'ensemble de grossesses contractées par une patiente.
  - ❖ Primigeste : il s'agit des patientes ayant eu une grossesse.
  - ❖ Paucigestes : désigne les patientes ayant eu 2 à 3 grossesses avant la consultation pour avortement.
  - ❖ Multigestes : désigne les patientes ayant eu 4 à 5 grossesses.
  - ❖ Grande multi geste : a été utilisé pour toute femme ayant eu au moins 6 grossesses.
  
- **La parité :** il s'agit du nombre de naissances après 28 semaines.
  - ❖ Nullipares : il s'agit des patientes n'ayant jamais accouché.
  - ❖ Primipares : il s'agit des patientes ayant accouché une fois
  - ❖ Pauci pares : désigne les patientes ayant accouché 2 à 3 fois avant la consultation pour avortement.
  - ❖ Multi pares : désigne les patientes ayant eu 4 à 5 pares
  - ❖ Grandes multi pares : a été utilisé pour toute femme ayant eu au moins 6 accouchements.
  
- **Le type d'avortement :** provoqué, spontané, médical.
- **Délai souhaité pour la prochaine grossesse (en mois)**
- **Type de contraception.** Nous avons distingué :
  - ❖ la contraception moderne : la contraception hormonale (pilule, implant, injectables), la Contraception non-hormonale (condom, DIU,). Les méthodes de contraception moderne se distinguent également en méthodes de longue durée d'action (DIU et implant) et en méthodes de courte durée d'action(les autres méthodes).

- ❖ la contraception naturelle traditionnelle (OGINO ou méthodes des cycles, ou de continence périodique, le retrait)
- **Le niveau de connaissance** sur les méthodes contraceptives après un avortement : il est évalué à partir de six critères cotés chacun à un (1) point que sont : la connaissance, le rôle, la conscience du bien-fondé et l'utilisation antérieure de la planification familiale.
  - ❖ **Satisfaisant** : lorsque le score sur le niveau de connaissance de la PF et de pratique après l'enquête est supérieur ou égal à 4/6.
  - ❖ **Insuffisant** : lorsque le score sur le niveau de connaissance de la PF après l'enquête est inférieur à 4/6.
- **Motivation du choix de la méthode**
  - ❖ Antécédent d'IST
  - ❖ Accessibilité financière aux produits contraceptifs
  - ❖ L'utilisation du produit : facile ou difficile
  - ❖ Les effets secondaires du contraceptif
  - ❖ Les complications du contraceptif
- **Observance de la contraception :**
  - ❖ continuation de la contraception initiale,
  - ❖ interruption,
  - ❖ arrêt.
  - ❖ Changement de méthode contraceptive

➤ **Activité rémunératrice**

- ❖ Avoir une activité rémunératrice : femmes du secteur public, privé ou informel,
- ❖ Ne pas avoir une activité rémunératrice : élèves, étudiantes, ménagères

#### **4.7. Saisie et analyse des données**

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées sur un microordinateur avec le logiciel Epi-Info version 3.5.1 et SPSS 20. Les tests statistiques d'indépendance de Chi<sup>2</sup>, de Fisher et la régression logistique ont été utilisés pour mettre en évidence la dépendance entre certaines variables.

#### **4.8. Considérations éthiques**

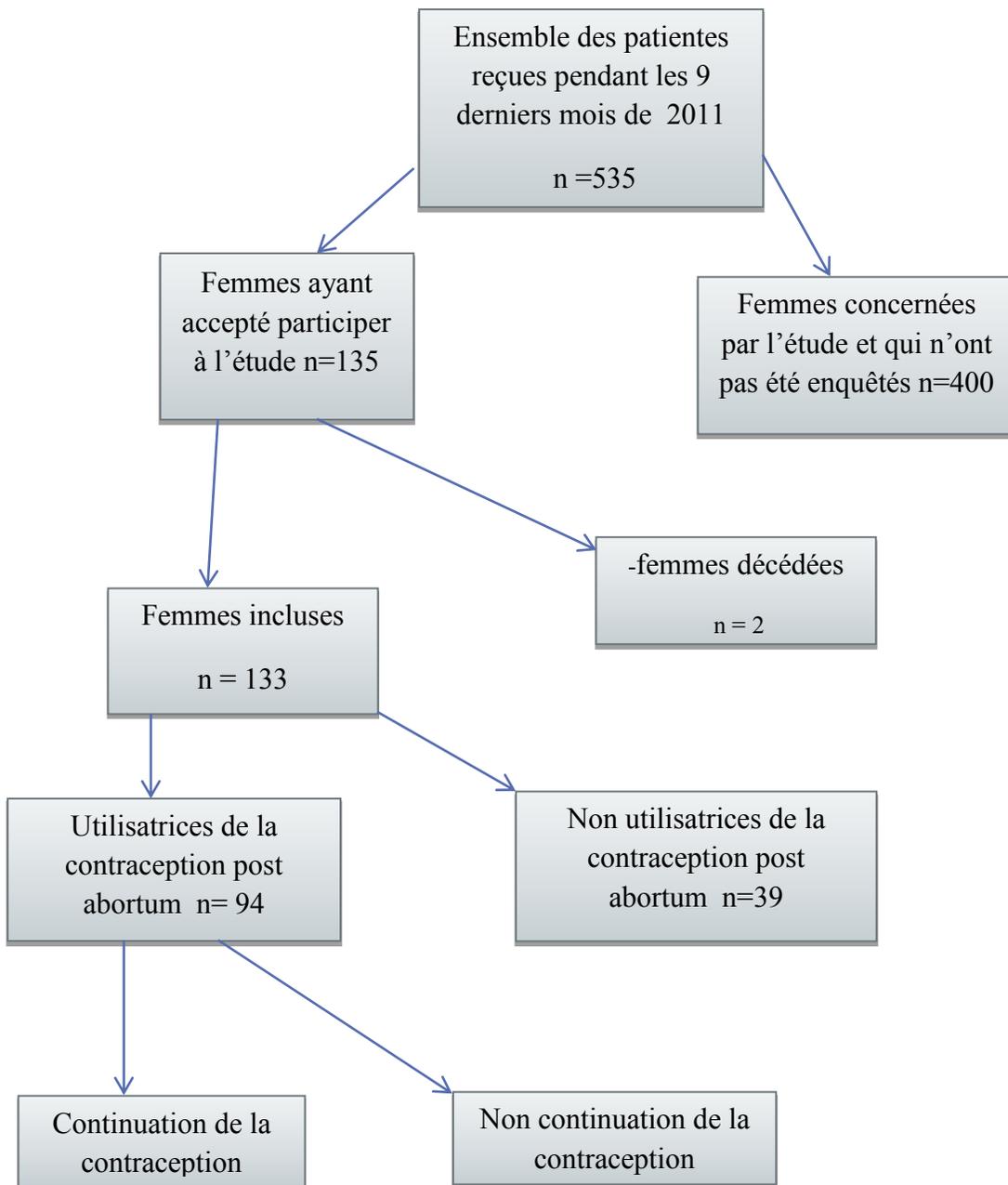
Au cours de la collecte, la confidentialité des informations a été scrupuleusement assurée et le restera après l'étude.

## ***RESULTATS***

## **5. Résultats**

### **5.1. Population d'étude**

Du 01 avril au 31 décembre 2011, 535 patientes ont été reçues pour soins après avortements soit 295 patientes au CHU-YO et 240 à la clinique de l'ABBEF. Parmi elles, cent trente-cinq patientes ont accepté participer à l'étude. Deux ont été exclues de l'échantillon initial pour cause de décès. Finalement 133 patientes ont été retenues pour l'étude. La figure 1 montre le schéma d'enrôlement des patientes dans l'étude.



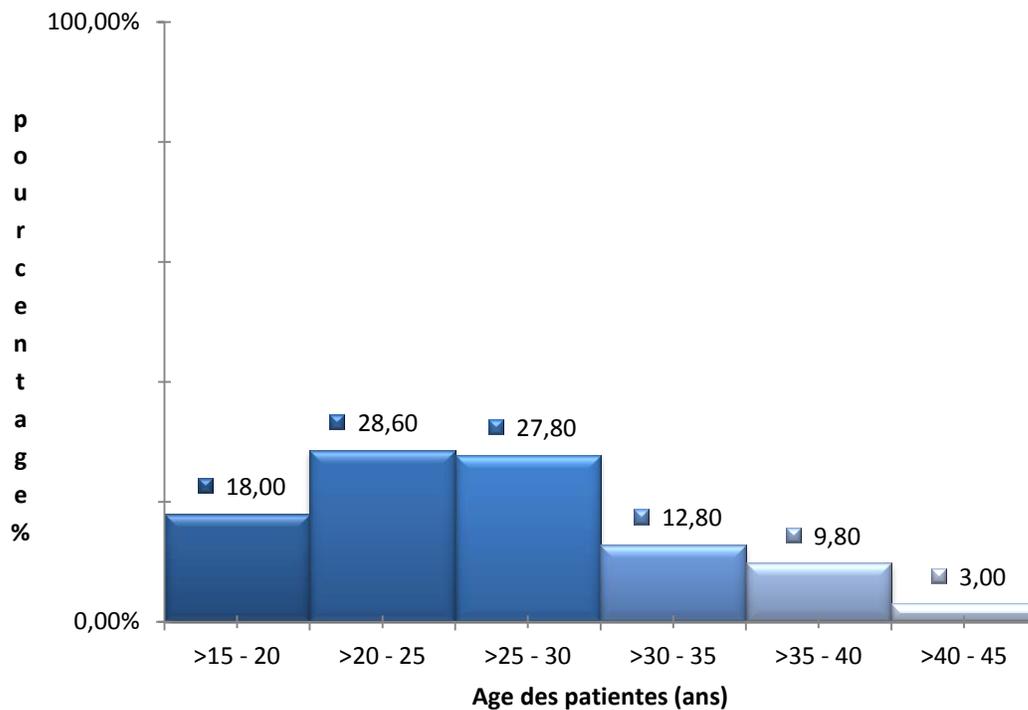
**Figure 1. Schéma d'enrôlement des patientes dans l'étude**

## 5.2. Caractéristiques des patientes reçues pour soins après avortement.

### 5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

#### 5.2.1.1. Age

L'âge moyen des patientes était de 27 ans avec des extrêmes de 17 ans et 44 ans. La figure 2 illustre la répartition des patientes reçues pour SAA en fonction des groupes d'âge.



**Fig2 : Répartition des patientes selon l'âge(n=133)**

La tranche d'âge de 20 à 25 ans représentait 28,6% des patientes; les femmes de plus de 40 ans ont représenté 3%.

### 5.2.1.2. Provenance

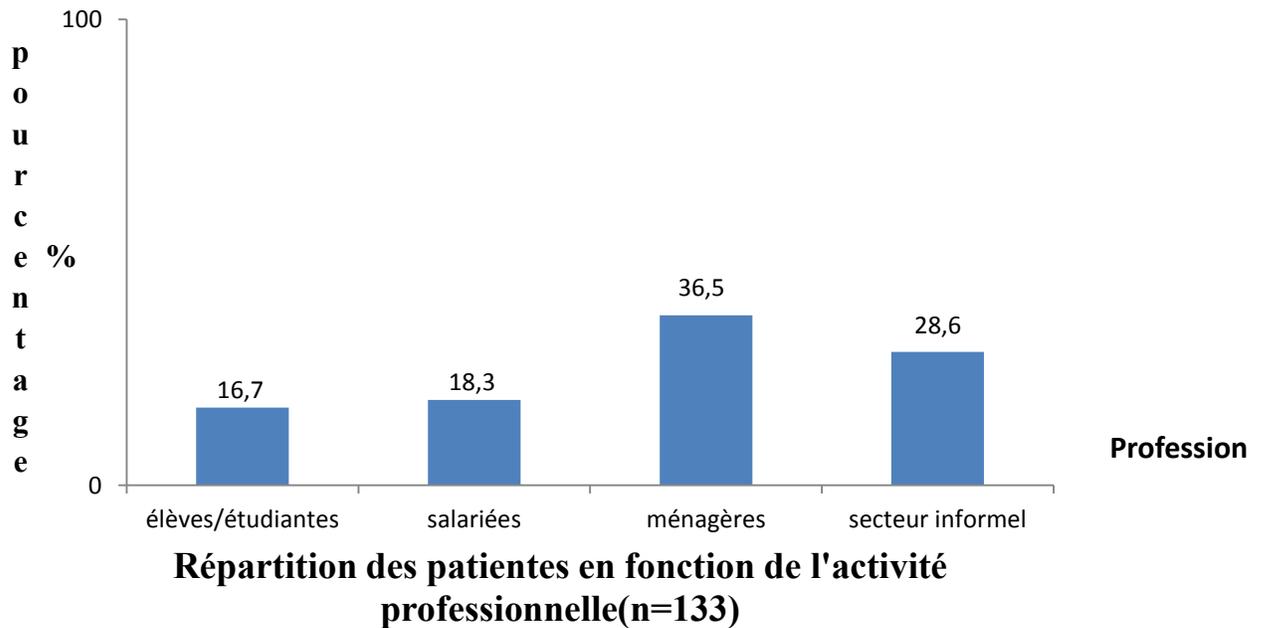
Les patientes provenaient de la ville de Ouagadougou dans 94,70 % soit 126 patientes. Sept patientes résidaient hors de Ouagadougou.

### 5.2.1.3. Religion

Les musulmanes représentaient 57,90% ; les chrétiennes comptaient moins de 50% de patientes avec 28,60% de catholiques et 13,50% de protestantes.

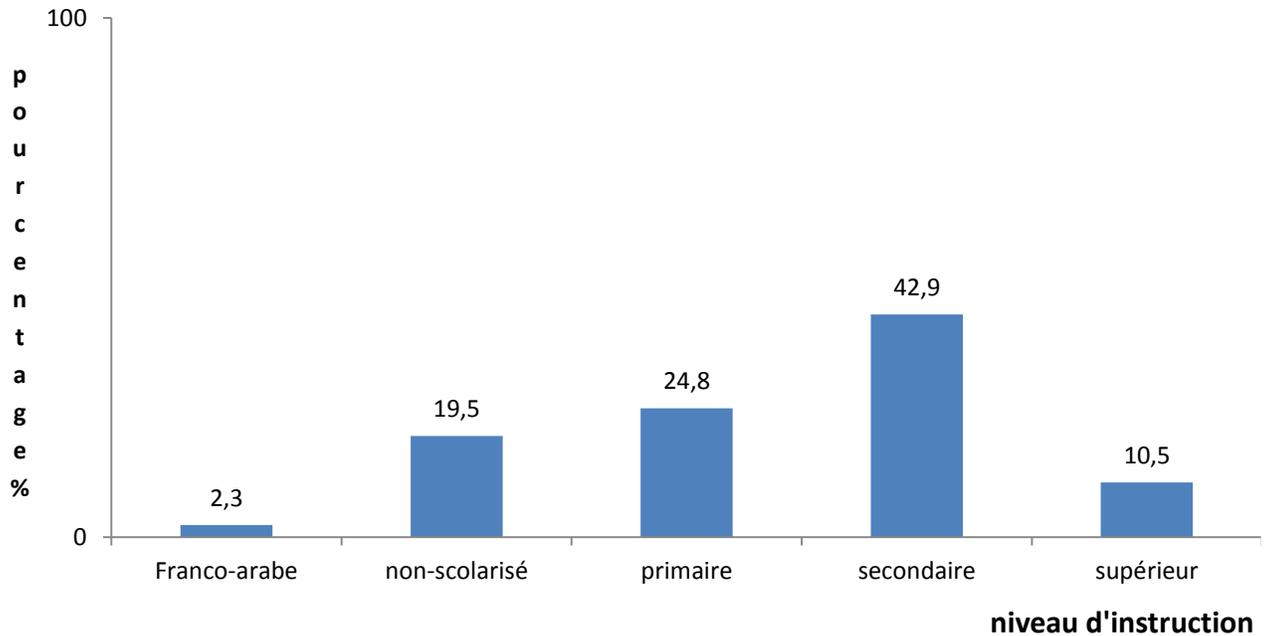
### 5.2.1.4. Profession

La répartition des patientes en fonction de l'activité professionnelle est illustrée dans la figure 3. Les ménagères représentaient 36,5%, les élèves et étudiants 16,7% ; les fonctionnaires du secteur public et privé représentaient respectivement 28,6% et 18,3%.



### 5.2.1.5. Niveau d'instruction

Les patientes non-scolarisées et celles du niveau primaire représentaient respectivement 19,5% et 24,8%. La figure 4 représente la répartition des patientes selon le niveau d'instruction.



**Fig4 : Répartition des patientes en fonction du niveau d'instruction(n=133)**

### 5.2.1.6. Statut matrimonial

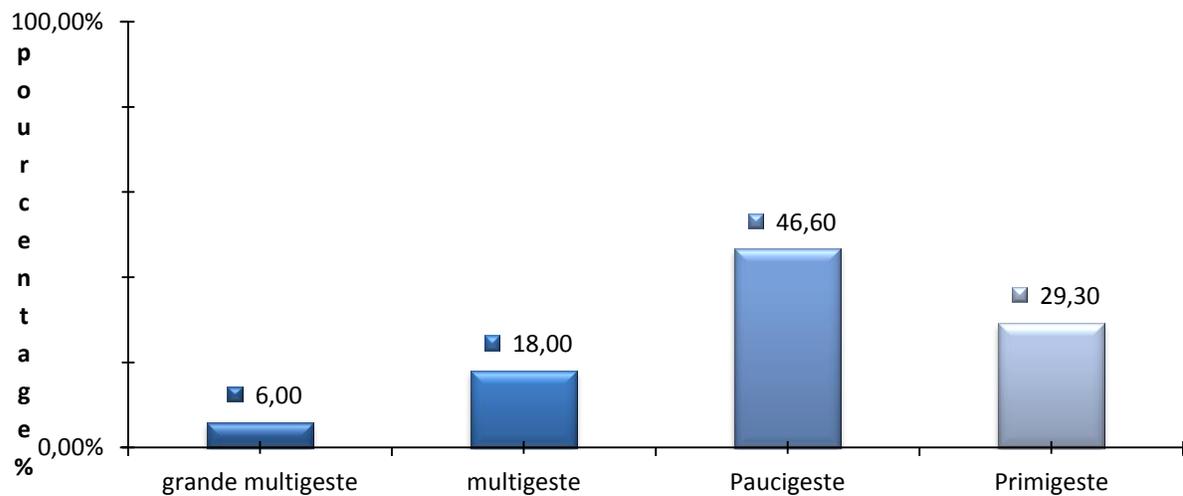
Les femmes en union étaient au nombre de 99 soit 74,40%.

## 5.2.2. Antécédents et profils clinique et thérapeutique des patientes

### 5.2.2.1. Antécédents gynécologiques et obstétricaux

➤ Nombre de grossesse

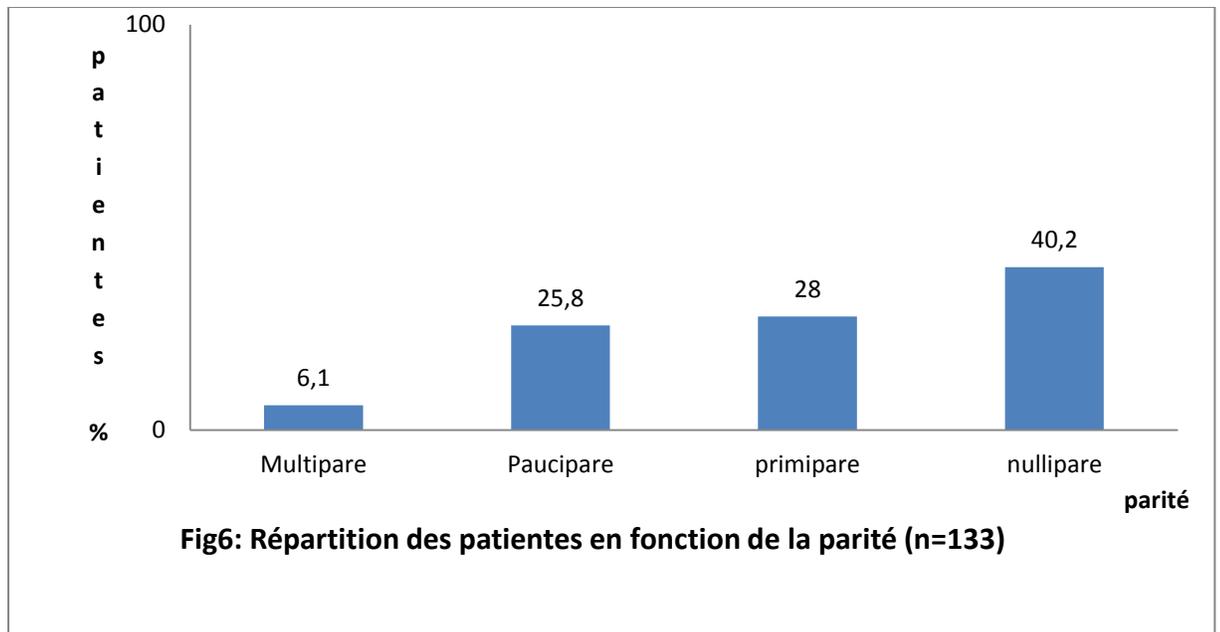
Le nombre moyen de grossesse était de 2,6 avec des extrêmes de 1 et 7 grossesses. Elles étaient paucigestes dans 46,60% et 29,30% étaient à leur première grossesse comme représenté dans la figure 5.



**Fig5: Répartition des patientes en fonction du nombre de grossesse (n=133)**

➤ La parité

Le nombre moyen de naissances par patiente était de 1,12 avec des extrêmes de 0 à 5. Les nullipares représentaient 40,20% patientes et 28% avaient accouchées une fois. La figure 6 montre la distribution de fréquence des patientes en fonction de la parité.



➤ Antécédents d'avortement

Le nombre moyen d'antécédents d'avortements était de 2,28 et 29,3% des patientes avaient au moins un antécédent d'avortement.

➤ Antécédent d'utilisation de la contraception

Près de 80% des patientes avaient déjà utilisées au moins une méthode contraceptive. Les méthodes les plus utilisées antérieurement étaient respectivement le condom 41,4%, la pilule 40,6%, OGINO 23,3%, injectable 21,1%, l'implant 9%, le DIU 2,3%.

### 5.2.2.2. Profils clinique et thérapeutique des patientes

➤ Type d'avortement

Parmi les patientes reçues pour soins après avortement 100 soit 75,20% ont fait un avortement spontané, chez 33 patientes l'avortement était provoqué dont 23 clandestins.

➤ Age gestationnel à l'admission

Il s'est agi chez 102 patientes soit 76,40 %, d'avortement au premier trimestre de la grossesse, et chez 31 patientes soit 23,30% d'avortement au second trimestre.

➤ Prise en charge

L'évacuation utérine s'est effectuée dans 63,9% par AMIU, le misoprostol a été utilisé chez 48 patientes soit 36,1%.

Nous avons enregistré chez sept patientes des complications secondaires ayant nécessité une hystérectomie pour gangrène utérine, cinq cas d'échec au misoprostol ayant nécessité une AMIU et une reprise du misoprostol pour complément.

### **5.3. Connaissance et pratique en matière de planification familiale**

#### **5.3.1. Connaissance et pratique de la PF selon les caractéristiques sociodémographiques**

**Tableau I : Niveau de connaissance selon les caractéristiques sociodémographiques.**

<b>Variables</b>	<b>Niveau de connaissance</b>		<b>X2</b>	<b>IC</b>	<b>P</b>
<b>Groupe d'âge</b>	satisfaisant %	Insuffisant%	2,1635	[0,061 ; 1,260]	0,0652
≤ 30ans	71,29	88			
>30ans	28,71	12			
<b>Provenance</b>			1,3854	[0,9424;1,2706]	0,122
Ouagadougou	96,29	88			
Hors de Ouagadougou	3,71	12			
<b>Religion</b>			0,0001	[0,6282;1,8048]	0,498
Chrétienne	42,59	40			
musulmane	57,40	60			
<b>Statut professionnel</b>			1,1481	[0,7362;3,6284]	0,141
Activité rémunératrice	50,9	44			
Sans activité rémunératrice	49,1	56			
<b>Statut matrimonial</b>			0,1852	[0,6098 ; 1,2689]	0,334
Non mariée	52,77	60			
Mariée	47,23	40			
<b>Niveau d'instruction</b>			15,4889	[1,56 ; 9,63]	0,00002
≤primaire	62,03	16			
>primaire	37,97	84			

En analyse univariée, seul le niveau d'instruction était la caractéristique associée au niveau de connaissance de la PF.

Les autres variables étudiées, l'âge, la provenance, le statut matrimonial, l'activité professionnelle n'ont pas eu d'influence sur le niveau de connaissance de la PF.

### 5.3.2. Antécédents, profils clinique et thérapeutique des patientes associées à la connaissance et à la pratique de la PF

**Tableau II : Niveau de connaissance de la PF en fonction des antécédents obstétricaux et cliniques**

Variables explicatives	TOTAL		Bonne connaissance		P*
Nombre de grossesses n=133	N=133	%100	Effectifs (n=108)	81,20%	0,219
1-3 grossesses	101	75,93	80	79,20	
>3 grossesses	32	24,06	28	87,50	
parité					0,2824
0-3accouchements	123	92,48	101	82,11	
>3accouchements	10	7,51	7	70	
Antécédent d'avortement					0,0258
Pas d'avortement antérieur	94	70,67	72	76,59	
≥1avortement antérieur	39	29,32	36	92,30	
Antécédent d'utilisation CO					0,0007
Oui	54	40,60	51	94,44	
Non	79	59,39	57	72,15	
Antécédent d'utilisation du condom					0,099
Oui	55	41,35	48	87,27	
Non	78	58,64	60	76,92	
Antécédent d'utilisation de OGINO					0,0005
Oui	31	23,30	31	100	
non	102	76,69	77	75,49	
Antécédent d'utilisation du DIU					0,532
Oui	3	2,25	3	100	
Non	130	97,74	105	80,76	
Antécédent d'utilisation des injectable					0,012
Oui	28	21,05	27	96,42	
Non	105	78,94	81	77,14	
Antécédent d'utilisation du collier					0,658
Oui	2	1,50	2	100	
Non	131	98,49	106	80,91	
Type d'avortement					0,557
Provoque	23	17,29	19	82,60	
Non provoque	110	82,70	89	80,90	

Le tableau II donne les résultats de l'analyse univariée entre la connaissance et la pratique de la PF et les antécédents, les facteurs cliniques et thérapeutiques. L'utilisation antérieure de la contraception injectable, de la méthode OGINO et de la pilule, le nombre d'avortement antérieur étaient significativement associés à la connaissance et à la pratique de la PF. Par contre la connaissance et la pratique de la PF n'étaient pas influencées par les facteurs suivants : le nombre de grossesse, la parité, le type d'avortement, l'utilisation antérieure du condom, du stérilet, du collier, de la méthode de retrait.

### **5.3.3. Analyse multivariée des facteurs associés au niveau de connaissance de la PF**

Le tableau III montre les résultats de l'analyse multivariée des facteurs associés à la bonne connaissance des méthodes de planification familiale post-abortum.

**Tableau III : Analyse multivariée des facteurs associés à la bonne connaissance de la PF post abortum.**

Variables	P‡	Odds ratio*	IC† de l'OR à 95%	
			Inférieur	Supérieur
Avoir une activité rémunératrice	0.003	26.584	3.037	232.702
>primaire	0.039	0.048	0.003	0.854
<=3avortements	0.265	0.355	0.057	2.194
Chrétiennes	0.865	0.860	0.150	4.942
marié	0.636	0.477	0.022	10.295
<=30ans	0.596	0.493	0.036	6.744
Ouagadougou	1.000	0.000	0.000	.
<b>Utilisation antérieure</b>				
DIU	0.998	0.000	0.000	.
Ogino	0.760	1.311	0.230	7.466
Condom	0.999	0.000	0.000	.
Implant	0.001	0.032	0.004	0.247
Pilule	0.098	0.086	0.005	1.569

L'analyse multivariée a permis d'identifier trois facteurs associés à la connaissance de la PF. Ce sont : avoir une activité rémunératrice, avoir un niveau d'instruction secondaire au moins et avoir un antécédent d'utilisation d'implant. (cf. tableau III).

Après ajustement sur l'activité rémunératrice et le niveau d'instruction, les femmes ayant utilisé antérieurement un implant semblaient

avoir une moins bonne connaissance de la PF (OR = 0,032 ; IC = [0,004 ; 0,247]).

Après ajustement sur l'antécédent d'utilisation d'un implant et de l'activité rémunératrice, les femmes de niveau d'instruction secondaire et plus connaissaient moins bien la PF que celles ayant un niveau d'instruction primaire (OR= 0,048 ; IC = [0,003 ; 0,854]. Les femmes ayant une activité rémunératrice avaient plus souvent une bonne connaissance de la PF que celles n'ayant pas d'activité après ajustement sur l'utilisation antérieure d'implant et le niveau d'éducation (OR= 26,584 ; IC = [3,037 ; 232,702]).

#### **5.4. Proportion des patientes ayant accepté d'utiliser une contraception post abortum**

Au cours de notre étude, environ 77% des patientes ont souhaité utiliser une méthode contraceptive. Cependant, le taux d'acceptation a été de 71,4 %.

#### **5.5. Description des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives après avortement.**

## 5.5.1. Méthodes utilisées et raisons de choix des méthodes contraceptives

### 5.5.1.1. Méthodes utilisées

**Tableau IV : Répartition des patientes en fonction de la méthode contraceptive choisie en post-abortum**

méthode choisie	Effectifs	Pourcentage
Aucune	35	26,30%
Condom	9	6,80%
Contraception orale	64	48,10%
DIU*	2	1,50%
Injectable	12	9,00%
Ogino	10	7,50%
Implant*	1	0,80%
Total	133	100,00%

\*méthode contraceptive de longue durée d'action

Le tableau IV illustre la répartition des patientes en fonction du choix de contraception en post abortum. La contraception orale a été choisie dans 48,10%, 1,5 % le DIU et 0,8% l'implant. Le choix de méthode contraceptive de longue durée d'action était de 2,3 %.

### 5.5.1.2. Raisons du choix des méthodes contraceptives

➤ Cas de la pilule

Le tableau V représente les raisons du choix de la pilule.

**Tableau V : motivations du choix de la pilule**

Variables	Pilule %	Autres choix %	X <sup>2</sup>	P
<b>Projet de grossesse imminent</b>				
Oui(23)	65,2	34,8	3,12	0,06
Non(109)	45	55		
<b>Antécédent d'IST</b>				
Oui(1)	0	100		0,51
Non(132)	48,5	51,5		
<b>Facilité d'utilisation</b>				
Oui(45)	75,6	24,4	20,03	0,000
Non(87)	34,5	65,5		
<b>Coût abordable</b>				
Oui(4)	75	25		0,28
Non(129)	47,3	52,7		
<b>Intervalle inter-génésique court</b>				
Oui(1)	0	100		0,51
Non(132)	48,5	51,5		
<b>Absence d'effets secondaires</b>				
Oui(23)	47,8	52,2	0,97	0,46
Non(109)	48,6	51,4		
<b>Respect du délai de récupération après avortement*</b>				
Oui(37)	83,8	16,2	26,11	0,000
Non(96)	34,4	65,6		
<b>Autres raisons</b>				
			21	0,15

\*après un avortement, il est recommandé d'attendre 3 mois avant une nouvelle grossesse.

La pilule pouvant être utilisée sur une courte période, les patientes désirant immédiatement une grossesse après cette période de récupération, la préfèrent.

En analyse univariée, la facilité d'utilisation et le respect du délai de récupération après avortement étaient les facteurs associés au choix de la contraception orale. Le projet de grossesses imminent, l'antécédent d'IST, le coût abordable, l'intervalle inter-génésique court, l'absence d'effets secondaires et les autres raisons n'étaient pas significativement associé aux choix de la pilule. Les autres raisons étaient l'antécédent de cardiopathie, le choix du conjoint, l'antécédent de dystrophie ovarienne, l'utilisation antérieure de la pilule, la non disponibilité d'autres méthodes.

## **5.5.2. Facteurs associées à l'utilisation des méthodes contraceptives**

### **5.5.2.1. Facteurs sociodémographiques associés à l'utilisation de la contraception post abortum**

**Tableau VI : Facteurs sociodémographiques associés à l'utilisation de contraception postabortum**

Variables	TOTAL		utilisatrices		Odds ratio (IC)	P
<b>Groupe d'âge</b> n=133	n=133	%100†	n=95	71,42%	0,7816[0,6417 ; 0,9520]	0,028
<=30ans	99	74,43	66	66,66%		
>30ans	34	25,56	29	85,29%		
provenance					1,7037[0,7195 ; 4,0341]	0,102
<b>Ouagadougou</b>	126	94,73	92	69,17		
Hors de Ouagadougou	7	5,26	3	2,25		
Religion					1,00[0,8044 ; 1,2432]	0,575
Chrétiens	56	42,10	40	30,07		
musulmans	77	57,89	55	41,35		
<b>profession</b>					1,23[0,9746 ; 1,5522]	0,071
Activité rémunératrice	66	49,62	28	56		
Sans activité rémunératrice	67	50,37	83	44		
Niveau d'instruction					1,2539[1,0003 ; 1,5717]	0,032
<=primaire	62	46,61	39	29,32		
>primaire	71	53,38	56	42,10		
Statut matrimonial					0,9025[0,7290 ; 1,1173]	0,229
mariée	61	45,86	46	34,58		
Non mariée	72	54,13	49	36,84		

Une analyse univariée entre l'utilisation de la contraception post abortum et les facteurs sociodémographiques montre que l'utilisation est influencée par l'âge, le niveau d'instruction. Les résultats sont représentés dans le tableau VI. Le lieu de résidence, la profession, la provenance et le statut matrimonial ne sont pas associés significativement à l'utilisation de la contraception.

#### **5.5.2.2. Antécédents, profils clinique et thérapeutique des clientes associés à l'utilisation de la contraception post abortum**

**Tableau VII : Antécédents, profils clinique et thérapeutique des clientes associés à l'utilisation de la contraception post abortum**

Variables	TOTAL		utilisatrices		Odds ratio(IC)	P
	n=133	%100†	n=95	71,42%		
<b>Nombre de grossesses n=133</b>					1,116[0,846 ; 1,472]	0,2678
<b>1-3 grossesses</b>	101	75,93	74	55,63		
<b>&gt;3 grossesse</b>	32	24,06	21	15,78		
<b>Parité</b>					1,206[0,718 ; 2,023]	0,3082
<b>0-3accouchement</b>	123	93,48	89	66,91		
<b>&gt;3accouchements</b>	10	7,51	6	4,51		0,0258541
<b>Antécédent d'avortement</b>						
<b>Pas d'avortement antérieur</b>	94	70,61	66	49,62		
<b>&gt;=un avortement antérieur</b>	39	29,32	29	21,80		
<b>Antécédent d'utilisation de la pilule</b>					1,031[0,516 ; 2,442]	0,125
<b>Oui</b>	54	40,60	42	31,57		
<b>Non</b>	79	59,39	53	39,84		0,468695
<b>Antécédent d'utilisation du condom</b>						
<b>Oui</b>	55	40,60	40	30,07		
<b>Non</b>	78	58,64	55	41,35		0,02007
<b>Antécédent d'utilisation OGINO</b>					1,3065[1,077 ; 1,584]	0,02007
<b>Oui</b>	31	23,30	27	20,30		
<b>Non</b>	102	76,69	68	51,12		0,638
<b>Antécédent d'utilisation du DIU</b>					0,9319[0,415 ; 2,08]	0,638
<b>Oui</b>	3	2,25	2	1,50		
<b>Non</b>	130	97,74	93	69,92		0,0129
<b>Antécédent d'utilisation des injectables</b>					1,2676[1,036 ; 1,549]	0,0129
<b>Oui</b>	28	21,05	24	18,04		
<b>Non</b>	105	78,94	71	53,38		0,491
<b>Antécédent d'utilisation du collier</b>					0,696[0,173 ; 2,797]	0,491
<b>Oui</b>	2	1,50	1	0,07		
<b>Non</b>	131	98,41	94	70,67		0,02587
<b>Type d'avortement</b>					0,691[0,460 ; 1,037]	0,02587
<b>Provoque</b>	33	24,81	12	9,02		
<b>Non provoque</b>	100	75,18	83	62,40		

Le tableau VII donne les résultats de l'analyse univariée entre l'utilisation de la contraception post abortum et les antécédents, les profils clinique et thérapeutique des clientes reçues pour SAA. Les antécédents

d'avortement, d'utilisation de la contraception injectable, de la méthode Ogino et le type d'avortement étaient significativement associés à l'utilisation. Par contre l'utilisation n'était pas influencée par le nombre de grossesse, la parité, l'utilisation antérieure de la pilule, du condom, du collier du DIU.

### 5.5.2.3 Synthèse des facteurs associés à l'utilisation de la contraception post-abortum

**Tableau VIII : Analyse multivariée des facteurs associés à l'utilisation de la contraception post-abortum**

Variables	P ‡	Odds ratio*	IC† pour Odds ratio 95%	
			Inférieur	Supérieur
Avoir une activité rémunératrice	0.449	0.683	0.255	1.833
>primaire	0.139	0.435	0.145	1.309
<=3avortements	0.815	1.140	0.381	3.413
Etre chrétienne	0.491	1.426	0.519	3.919
Etre mariée	0.708	1.194	0.473	3.015
<=30ans	0.458	1.610	0.458	5.652
Ouagadougou	0.281	2.923	0.416	20.542
<b>Utilisation antérieure</b>				
Diu	0.332	0.192	0.007	5.408
Ogino	0.138	2.797	0.720	10.870
condom	0.418	0.647	0.225	1.857
Implant	0.957	1.050	0.177	6.218
pilule	0.297	1.694	0.629	4.564
injection	0.370	1.864	0.477	7.279

En analyse multivariée, aucune variable n'était associée à l'utilisation de la contraception en post-abortum.

## **DISCUSSION**

## **6. DISCUSSION**

### **6.1. DIFFICULTES ET LIMITES DE L'ETUDE**

#### **6.1.1. Type d'étude**

L'étude de type transversale a permis de décrire le phénomène de la planification familiale post-abortum au cours de notre période d'enquête.

Une étude longitudinale aurait permis de cerner les comportements adaptatifs des femmes en matière de planification, quand elles entrent en contact avec les structures de SAA.

La petite taille de notre population d'étude par rapport au nombre de patientes ayant fréquenté les unités de SAA, peut être un biais dans l'analyse multivariée des facteurs associés à l'utilisation de la contraception post-abortum.

#### **6.1.2. Population cible**

La population cible de notre étude était les femmes venues pour SAA dans le service de gynéco-obstétrique du CHUYO et la clinique de l'ABBEF dans la période de avril à décembre 2011. Nos résultats ne sont extrapolables qu'à cette population.

Du reste, notre étude aurait gagné en robustesse si notre population était l'ensemble des femmes fréquentant les structures proposant des SAA toute l'année.

Enfin, la variable dépendante pourrait être sujette à un biais de classification étant donné que certaines femmes ont pu consulter leur médecin de famille dans les 42 jours suivant un avortement sans que la

clinique en soit avisée. Cependant, rien ne suggère que ce biais soit survenu de façon différentielle selon les différents facteurs étudiés. En conséquence, cette erreur de classification ne peut que diminuer la force des associations observées.

## **6.2. Caractéristiques sociodémographiques**

### **Age**

L'âge moyen dans notre population d'étude était 27 ans avec des extrêmes de 17 et 44 ans. Nos résultats sont comparables à ceux de Rose en Nouvelle Zélande et de Prata et al en Éthiopie qui rapportaient respectivement des âges moyens de 24,7ans et de 25 ans [37, 49].

Dans notre série, la tranche d'âge de 15 à 20 ans représentait 18% de notre population d'étude. Ce constat est proche de celui de l'Institut National de Statistique et de la Démographie(INSD) lors de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) IV, qui avait noté 19,4% pour la même tranche d'âge. Par contre les tranches d'âge de 20 à 25 ans et 25 à 30 ans comptaient respectivement 28,6% et 27,8%. Ces chiffres sont supérieurs à ceux de l'INSD qui avait noté 19,4% et 17,3%[25].

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'au Burkina Faso, le taux de fécondité atteint son maximum entre l'âge de 25 et 29 ans, soit 296‰ en 2010[25];

### **La religion**

La répartition des patientes dans les deux religions était presque identique avec 42,1 % de chrétienne et 57,90% de musulmanes. Ce constat

est différent de ceux de Guillaume et Desgrées du Lou en RCI en 1998 qui retrouvait 42,1% de chrétiennes, 19,7% de musulmanes et 38,2% pour les autres.

Cependant, il faut noter que les impératifs et les contraintes de la vie ont de nos jours plus d'influence sur la prise de décision de la pratique contraceptive que la religion. Ce qui amène souvent les couples à dépasser certaines considérations religieuses pour satisfaire le besoin de planifier la famille[2,21].

### **La profession**

Dans notre série nous avons retrouvé une prédominance des femmes au foyer (36,5%).

Cette prédominance a été également notée dans les études de Bonkian et Barra au Burkina, Diallo au Mali, qui retrouvaient respectivement 45,7%; 30,1%; 55,8% [6,15,47].

Notre résultat s'expliquerait par le fait que ces femmes seraient majoritaires dans la population générale des femmes en âge de procréer.

Le second groupe représentatif était les femmes du secteur informel qui constituaient 28,60% des patientes. Les efforts des autorités gouvernementales dans l'amélioration des conditions de vie par l'octroi des micro-crédits, et la multiplication des structures associatives féminines permettraient aux femmes de mener de plus en plus des activités rémunératrices. Ceci expliquerait également la diminution du nombre de femmes au foyer.

Quant à la faible représentativité des élèves et étudiantes, elle s'expliquerait par l'existence de centres pour jeunes où un cadre approprié leur est offert pour leur sensibilisation sur l'avortement, les grossesses indésirées, la planification familiale, les IST et le VIH-SIDA.

### **Le niveau d'instruction**

Dans notre étude, les patientes ayant un niveau secondaire étaient les plus représentées (42,90%). L'INSD en 2010 avait déjà montré que 99,3% des femmes du niveau secondaire bénéficient de soins prénatals recentrés. Cette prédominance est également constatée par Guillaume et Desgrées du Loù en Côte d'Ivoire qui retrouvaient une proportion de 51,0%. Ce constat est différent de ceux fait par Padmadas en Inde et par Moreau en France qui retrouvaient une minorité des femmes ayant un niveau secondaire (14,8% et 20,2%). [1, 2, 9, 25]

Cette prédominance des femmes du niveau secondaire traduit l'importance de l'éducation dans l'utilisation des services de santé.

Dans notre étude, 24,80% des patientes avaient tout au plus un niveau primaire, et 19,5% non-scolarisées.

Par contre, ce taux était plus élevé dans l'étude de IVO avec 71% non scolarisées. DIAWARA avait également relevé dans ses résultats que les femmes non scolarisées représentaient 43%[17, 46].

L'engagement des autorités gouvernementales dans la promotion de la scolarisation féminine pourrait expliquer cette différence de nos résultats par rapport à ceux des études antérieures.

## **Le statut matrimonial**

Nous avons noté une proportion des femmes en union de 74, 40%. Ce qui est proche du taux national des femmes en union était de 75,6% en 2010 d'après le rapport préliminaire EDS IV de l'INSD[25].

De façon générale, les femmes en union étaient moins représentées dans les études de Prata, à Addis Abeba en Éthiopie, de Biney à Accra, au Ghana, de Moreau et al en France qui rapportaient respectivement des taux de 44%% ; 13%; 44,8% [5,9,37].

En fait, ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les femmes en union sont plus sujettes à la procréation que les femmes célibataires.

### **6.3. Antécédents, profils clinique et thérapeutique des patientes**

#### **6.3.1. Antécédents gynéco-obstétricaux**

##### **Nombre de grossesse et parité**

Le nombre moyen de grossesses par patientes dans notre étude était de 2,6 avec des extrêmes de 1 et 7 grossesses. Le nombre moyen de naissances par patientes était de 1,12. Il ressort donc que beaucoup de grossesses ne parviennent à terme. Ce constat a été également fait par Prata et al, Barra et Bonkian qui retrouvaient un nombre moyen de grossesses de 2,2 ;  $2,9 \pm 1,65$  ;  $2,9 \pm 2,1$  et un nombre moyen de naissances vivantes de 0,8[6,37,47].

Ces résultats indiqueraient le rôle de l'avortement dans le contrôle de la fécondité.

### **Antécédents d'avortement**

Dans notre étude, 29,3% soit environ un tiers des femmes avaient un antécédent avortement ; le nombre moyen d'avortements par patiente était de 2,28.

D'autres études comme celles menées par Zamudio et Rubiano en Colombie, ont également démontré l'importance du rôle de l'avortement dans la baisse du taux de fécondité des pays en voie de développement où un accès restreint aux structures sanitaires et des valeurs culturelles négatives limiteraient la pratique contraceptive[29].

### **Antécédents d'utilisation de la contraception**

Près de 80% des patientes de notre étude avaient déjà utilisé une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle. Prata et al retrouvaient un taux d'utilisation contraceptive antérieure à l'avortement de 57%. Cependant le taux d'utilisation de la contraception est faible. D'après les résultats de l'EDS IV de l'INSD, 16 % des femmes de 15-49 ans en union utilisent actuellement une méthode contraceptive. Par rapport à 2003, ce taux d'utilisation chez les femmes en union a légèrement augmenté, passant de 14 % à 16 % mais demeure faible. Ce qui dénoterait de l'irrégularité dans l'utilisation des méthodes contraceptives [25, 37].

Les chiffres de notre étude s'expliqueraient non seulement par la mise en place de politiques de subvention des contraceptifs, par le gouvernement

mais aussi par le développement des structures associatives comme l'ABBEF où la contraception post-abortum est gratuite.

### **6.3.2. Profils clinique et thérapeutique des patientes**

#### **Type d'avortement**

Parmi nos patientes, 75,20 % ont consulté après un avortement spontané, 17,30% après un avortement provoqué clandestin et 7,50 % après un avortement médical.

Ces résultats sont similaires à ceux de Prata et al qui retrouvaient 82% d'avortement spontané et 18% d'avortement provoqué. Rosier et al à Ouagadougou avaient retrouvé que seulement 14 % des cas d'IVG ont donné lieu à un traitement en milieu hospitalier [7, 37].

Ils sont différents de ceux de Benie et al à Abidjan en Côte d'Ivoire qui avaient noté que 45 % des avortements étaient provoqués [28].

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait qu'un nombre élevé d'avortements se passent dans la clandestinité et qu'une grande partie des avortements déclarés spontanés seraient des avortements provoqués. Seules les patientes ayant eu des complications ou des malaises à la suite d'un avortement provoqué consultent.

Au Burkina Faso, le coût des SAA et surtout la peur de la dénonciation auprès des services judiciaires, ainsi que la stigmatisation de certains prestataires de soins limiteraient la fréquentation des services de SAA par les femmes ayant volontairement avorté.[19, 43, 50].

#### **Age gestationnel**

Les avortements au 1<sup>er</sup> trimestre de grossesse étaient les plus fréquents de notre étude car ils ont constitué 76,4 % des cas. Prata et al avaient aussi retrouvé comme Rose et al en Nouvelle Zélande, Zavier et Padmadas en Inde une prépondérance des avortements au premier trimestre avec respectivement des taux à 96 %, 88,2 % et 72,7 % [1,37,49].

#### **6.4. Connaissance et pratique en matière de planification familiale**

La recherche des facteurs sociodémographiques, cliniques, thérapeutiques et des antécédents associés au niveau de connaissance de la planification familiale post-abortum a montré que :

Les patientes avaient une connaissance satisfaisante de la PF dans 81,20 % des cas. La moitié des patientes (50,37 %) qui avaient un niveau d'instruction secondaire ou supérieur avaient une connaissance satisfaisante de la PF. Ces patientes avaient 20 fois moins de chance d'avoir une connaissance satisfaisante de la planification familiale que celles ayant un niveau d'instruction moins élevé. Nos résultats sont proches de ceux Guillaume et Desgrées du Lou en RCI, qui avaient trouvé que 96% des femmes avaient un niveau de connaissance satisfaisante de la PF. L'association négative entre le niveau de connaissance de la PF et le niveau d'instruction s'expliquerait par le fait que les patientes de niveau d'instruction élevé se marient plus tardivement. Les grossesses sont moins nombreuses et moins précoces dans ce groupe de femmes.

Elles seraient alors moins fréquemment en contact avec les centres de PF donc moins touchées par les politiques de sensibilisations sur la PF que mènent les centres de santé [2].

En outre, l'utilisation antérieure de la contraception injectable, de la méthode OGINO et de la pilule, le nombre d'avortement antérieur étaient significativement associés à la connaissance et la pratique de la PF. Mais l'analyse multivariée a fait ressortir que seules les femmes ayant déjà utilisé l'implant avaient 31 fois moins de chance d'avoir une connaissance suffisante de la PF. Cette différence avec les autres méthodes s'expliquerait par le fait que la plupart des femmes qui avaient eu l'expérience de l'implant étaient des patientes qui avaient des difficultés à prendre la pilule, les injectables et à expliquer leurs modalités de suivi.

En analyse bi-variée et en régression logistique, avoir une occupation professionnelle n'améliorait pas le niveau de connaissance de la PF. Ces résultats s'expliqueraient par le fait que la sensibilisation au cours du counseling PF ne tienne pas compte du niveau d'instruction. Les informations sont en général données à toutes les patientes en langue nationale au cours du counseling.

## **6.5. Utilisation et pratique en matière de PF**

### **6.5.1. Taux d'utilisation de la PF en post-abortum**

Dans notre étude, 77 % des patientes ont souhaité utiliser une méthode contraceptive en post-abortum. Cependant 71,4 % l'ont vraiment utilisé. Parmi eux, seulement 2,3% des utilisatrices ont opté pour une méthode de longue durée d'action.

Ces résultats sont similaires à ceux de Moreau en France, Ceylan et al en Turquie, Prata et al en Éthiopie, Kavanaugh et al aux États-Unis qui ont retrouvé respectivement 77 %, 80,1%, 86%, 67% de taux d'utilisation de la contraception en post-abortum. Les résultats de notre étude donnent des taux

d'utilisation de la contraception en post-abortum assez élevé par rapport à la population générale. En effet, l'EDS IV en 2010 donnent des taux de pratique contraceptive chez les femmes en union de 15 à 49 ans relativement bas, à 16,2% en générale et à 37,6 % à Ouagadougou. Zavier et Padmadas en Inde avaient retrouvé également un taux faible de pratique contraceptive à 29,6%. Nos résultats s'expliqueraient par le fait que l'avortement est une opportunité pour les services de santé de la reproduction de rehausser le taux de pratique contraceptive des femmes en âge de procréer [1,3,9,25,30].

### **6.5.2. Méthodes utilisées**

Dans notre étude, la contraception orale était la plus utilisée. 48,10% de nos patientes ont utilisé cette méthode. Les autres méthodes ont été utilisées dans les proportions suivantes : la contraception injectable à 9%, le condom à 6,80%, le DIU à 1,5% et l'implant à 0,8%. Le choix de méthode contraceptive de longue durée d'action était de 2,3%. D'autres auteurs comme Rose, Lawton et Brown en 2010 comptaient 17% utilisant le condom, 18% la contraception orale, seulement 1,17% pour l'implant et 1,76% patientes pour le DIU. Ces résultats révèlent surtout une faible utilisation des méthodes de longue durée d'action.

Dans notre contexte, on note une prédominance de la contraception orale surtout due à sa disponibilité mais aussi à son accessibilité en post-abortum. En effet la gratuité des contraceptifs en post abortum est effective à l'ABBEF grâce aux subventions de la prise en charge des SAA. Le retour de la fertilité post-abortum étant imprécis et pouvant survenir dans les 11 jours après l'avortement, la contraception naturelle n'est pas conseillé dans le cadre des SAA. Cependant nous avons constaté que 7,5% des patientes ont préféré recourir à ces méthodes, s'exposant à des grossesses itératives.

Néanmoins, une meilleure utilisation des contraceptifs de longue durée d'action devrait être recherchée dans le futur compte tenu du fait qu'elle améliorerait la pratique contraceptive à long terme [48, 49].

### **6.5.3. Motivations du choix de la pilule**

Parmi les motivations du choix de la pilule, la facilité d'utilisation et le respect de la période d'infécondité étaient statistiquement significatifs. 75,6% des patientes avaient choisi la contraception orale pour sa facilité d'utilisation et 83,8% pour respecter la période d'attente avant d'envisager une autre grossesse.

Nos résultats sont supérieurs à ceux de Bara au Burkina et Kavanaugh aux États-Unis. Ils retrouvaient respectivement 55,46% et 56% qui avaient choisi la pilule pour sa facilité d'utilisation. Mais Kavanaugh ajoute que ces patientes bénéficiaient de la contraception sans frais supplémentaires aux coûts des SAA [31, 47].

Cette différence s'expliquerait par la meilleure disponibilité de la pilule par rapport aux autres méthodes dans les deux centres où l'étude a été menée. Aussi, les prestataires des centres de PF proposeraient surtout les pilules aux patientes en première intention du fait de la facilité de sa livraison. En effet, il est plus facile et moins fatiguant pour le prestataire de délivrer la pilule que d'insérer un implant et ou un DIU.

### **6.5.4. Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives**

Dans notre étude, les résultats de l'analyse bivariée sur l'association entre l'utilisation de la contraception post-abortum et les facteurs sociodémographiques montraient une influence positive de l'âge et du niveau d'instruction. Par contre, le lieu de résidence, la profession et le statut matrimonial n'ont pas eu d'influence statistiquement significative. En analyse multivariée, aucune variable n'était associée à l'utilisation de la contraception post-abortum. Nos données sont différentes de celles de David, de Rogers et Kincand (2004), qui montrent qu'il existe une association entre les facteurs socioculturels, le genre, la religion et les coutumes locales. Cette différence s'expliquerait par le fait que leur échantillon a été constitué en fonction des différentes professions des femmes au Nigéria. Par contre notre étude a concerné uniquement des patientes reçues pour SAA [14].

Les conclusions d'Olaitan sont presque similaires aux nôtres. Cet auteur n'a retrouvé aucune association entre l'utilisation de la contraception et le statut socioéconomique, la religion et les valeurs culturelles des femmes. Par ailleurs, il ressort de son travail que le niveau d'éducation des partenaires et leur participation au choix des méthodes contraceptives influencent le choix des contraceptifs dans les couples[40].

En confrontant ces différents résultats on pourrait justifier nos résultats par le fait que les consultations pour SAA n'impliquent pas directement les conjoints. Non seulement les patientes consultent souvent sans leur conjoint ou leur partenaire mais aussi les prestataires n'impliquent pas souvent ces derniers à la prise en charge. La prise en charge de la planification familiale post abortum débute avec le counseling et devrait

surement être l'occasion de faire participer les conjoints dès cette étape importante[3].

En analyse multivariée, l'utilisation de la contraception post-abortum n'est pas statistiquement associée aux facteurs cliniques suivants : l'antécédent d'avortement, l'antécédent d'utilisation de la contraception, le type d'avortement, l'âge gestationnel, la méthode d'évacuation utérine. Le choix des méthodes contraceptives en post-abortum ne dépend pas vraiment des antécédents et de la prise en charge. Certains auteurs ont trouvé le rôle du conjoint dans la décision d'utiliser la contraception en post-abortum. Cependant, ce facteur n'a pas été pris en compte dans notre étude et pourrait être exploré au cours d'études ultérieures [26,30, 40].

## ***CONCLUSION***

## Conclusion

Il ressort de notre étude qu'il existe des facteurs influençant la bonne connaissance des méthodes contraceptives en post-abortum. Ce sont principalement le niveau d'instruction élevé et l'antécédent d'utilisation de l'implant.

Seul le niveau d'instruction de la patiente était la caractéristique la plus associée à l'utilisation de la contraception post abortum. Nous avons observé des faibles taux d'utilisation de la contraception à longue durée d'action. Aussi il arrive que les prestataires oublient le counseling involontairement et même souvent la prescription des méthodes contraceptives. D'autres ne proposent guère des méthodes contraceptives de longue durée à certaines patientes pour des raisons injustifiées telles que le jeune âge et le nombre d'enfants et le caractère récent de l'avortement. La disponibilité insuffisante en produits contraceptifs de longue durée dans les unités de prestations, contribue aussi à leur faible utilisation.

Fort de ces constats, nous pensons qu'une meilleure qualité des services de SAA, l'implication et le rôle des hommes pourraient être une piste pour améliorer l'utilisation de la contraception en post-abortum surtout celle de longue durée d'action.

Notre étude ayant été transversale n'a pas permis d'identifier avec certitude les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives de longue durée. Une étude de cohorte permettrait de mieux répondre à cette question.

## **SUGGESTIONS**

## 7. Suggestions

Au terme de cette étude nous suggérons

### 1. Au directeur général de la santé de la famille (DGSF) :

- Promouvoir des SAA de qualité en y assurant un plateau technique complet incluant la PF;
- Renforcer l'information et la sensibilisation des groupes cibles, y compris les hommes en matière de contraception de longue durée d'action;

### 2. Aux chefs de service de gynéco-obstétrique du CHUYO et de la clinique de l'ABBEF :

- Assurer la formation continue en counseling des prestataires des services de PF afin d'accroître la fréquentation des centres par les femmes;
- Organiser des séances de supervision du personnel sur le counseling en planification familiale au moins une fois par an;
- Améliorer la disponibilité des méthodes contraceptives de longue durée d'action dans le service;
- Réaliser une étude de cohorte sur la planification familiale post-abortum afin de mieux élucider les facteurs associés à l'utilisation et à la continuation de la contraception post-abortum.

### 3. Aux prestataires de soins en PF

- Améliorer la qualité des prestations de PF par un bon counseling;
- Administrer le plus tôt possible la contraception post-abortum aux patientes qui consultent pour SAA;

- Informer les couples de l'importance de la planification familiale dans l'amélioration de leur santé et de leur niveau de vie.

#### **4. Aux autorités coutumières et religieuses**

S'impliquer dans la sensibilisation de la communauté sur l'importance et la nécessité de la PF dans l'amélioration des conditions de vie en post-abortum.

#### **5. Aux patientes qui consultent pour SAA de**

- Consulter si possible accompagnées de leur partenaire
- Accepter les méthodes contraceptives pour planifier les naissances

## ***ANNEXES***

## **RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## 9. Références Bibliographiques

1. A.J. Francis Xavier, Padmadas SS. Postabortion contraceptive use and method continuation in India. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012;118:65-70. Epub 14 fevrier 2012.
2. Agnès Guillaume, Desgrées du Louè A. Limitation des naissances parmi les femmes d'Abidjan, en Côte d'Ivoire: contraception, avortement ou les deux? *Perspectives Internationales sur le Planning Familial*. 2002:4-11.
3. Ali Ceylan, Meliksah Ertem, Gunay Saka, Akdeniz N. Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use. *BioMed Central Public Health*. 2009;9:20.
4. Beja V, Leal I. Abortion counselling according to healthcare providers: a qualitative study in the Lisbon metropolitan area, Portugal. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15(5):326-35. Epub 2010/09/25.
5. Biney AAE. Exploring Contraceptive Knowledge and Use among Women experiencing Induced Abortion in the Greater Accra Region, Ghana. *Bioline International*. 2011;15:39.
6. Bonkian B. Bilan des activités de contraception à l'unité de planification familiale aux services de gynéco-obstétrique de la ville de Ouagadougou. Etude rétrospective [Thèse de Médecine]. Burkina Faso: Université de Ouagadougou; 2008.
7. C.Rossier, G.Guiella, A.Ouédraogo, B.Thiéba. Estimating clandestine abortion with the confidants method results from Ouagadougou, Burkina Faso. *Social Science and Medicine*. 2006;62:254-66.
8. Campana A. Planification familiale. Suisse2008 [cited 4.9.2008]; Available from: [http://www.gfmer.ch/Cours/Planification\\_familiale.html](http://www.gfmer.ch/Cours/Planification_familiale.html). Consulté le 16.05.2012
9. Caroline Moreau, James Trussell, Julie Desfreres, Bajos N. Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*. 2010;82:337-44. Epub 17 March 2010.
10. Carolyn Curtis, Douglas Huber, Moss-Knight T. Planification familiale après avortement: rompre le cycle des grossesses non planifiées et

avortements répétés. Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique. 2011:31-6.

11. Charlotte Hord, Wolf M. Breaking the Cycle of Unsafe Abortion in Africa. Bioline International. 2004;8(1):29-36. Epub 1 April 2004.

12. Compaore Georges, Namalgue G. Hubert, Bado AR. Recensement général de la population et de l'habitation – 2006. In: Comité national du recensement, editor. Burkina Faso: Ministère de l'économie et des finances; 2009. p. 1-200.

13. Dao AL. Soins après avortements : bilan de 11 années de pratique dans le service de gynécologie obstétrique du CHUYO du 1er octobre 1997 au 31 décembre 2007 [these médecine]. Burkina Faso: Université de Ouagadougou; 2008.

14. David O. Socio-Cultural and Norms Factors Influencing Family Planning Choices Among Couples in Ibadan Metropolis, Nigeria. European Journal of Scientific Research. 2008;3(2):212-8. EuroJournals Publishing, Inc.

15. Diabaté Diallo, Simiga Sy, M. Traoré, al. e. Connaissance attitude pratique de la planification familiale en zone rurale. Méd Afr noire. 1997;44:317-19.

16. Diallo SYK. la planification familiale en guinee : experience de l'association guineenne pour le bien-être familial (AGBEF) à Conakry, de 2003 à 2007 Guinée: Université de Conakry; 2009.

17. Diawara A. épouse Tamboura. Communication et planification familial au Burkina Faso.: Université BordeauxIII-Michel Montaigne; 1999.

18. Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique. Planification familiale : un element fondamental des soins post-avortement. Projet RESPOND, 2009.

19. Sedgh G. et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet. 2012;33:125-29.

20. Gendreau F. Démographie africaine : Savoir plus universités;1996.

21. Guillaume A. L'avortement en Afrique 10 ans après la Conférence du Caire. 2004:87-102.

22. Huntington D, editor. Recherches opérationnelles sur les soins post-abortum : Progrès et défis. Compte rendu d'une réunion mondiale. réunion mondiale en recherche opérationnelles sur les soins post-abortum; New York: population council. 19-21 janvier 1998;
23. Huntington D. Satisfaire les besoins de santé des femmes après avortement. Sénégal: Frontières en Santé de la Reproduction,, Population Council; 2001 1.
24. Institut national de la statistique et de la démographie. Monographie de la ville de Ouagadougou. In: Recensement général de la population et de l'habitation de 2006 (RGPH-2006), editor. Burkina Faso 2009. p. 130.
25. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Macro I. Enquête Démographique et de Santé (EDS-IV) et à Indicateurs Multiples (MICS) EDSBF-MICS IV 2010. Rapport Préliminaire. Ouagadougou, Burkina Faso: Ministère de l'économie et des Finances; 2011 Août 2011. Report No.
26. Ivankovich M. Examining the influence of socio-démographic variables on the use of contraception after abortion in the United States using the 2002 national survey of family growth. Centers for Disease Control. 2002.
27. John Bongaarts, F. Westoff C. The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*. 2000;31(3):193-202.
28. Joseph Benie Bi Vroh, Issaka Tiembre, Attoh-Toure H. Épidémiologie des avortements provoqués en Côte d'Ivoire. *Santé publique*. 2012;24:67-76.
29. L. Zamudio, N. Rubiano. Effet de l'avortement volontaire sur la réduction de la descendance en Colombie. *Maîtrise de la Fécondité et Planification Familiale au Sud*. 2000:235-50. IRD Editions.
30. Megan L. Kavanaugh, Elizabeth E. Carlin, Jones RK. Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. Elsevier. 2011;84:585-93. Epub 14 March 2011. Elsevier Inc.
31. Megan. L. Kavanaugh, Rachel. K. Jones, B. Finer L. How commonly do US abortion clinics offer contraceptive services? Elsevier. 2010;82(4):331-6. Epub 2010/09/21. Elsevier. Inc.

32. Merger R, Melchior J. Précis d'obstétrique: Masson; 2001.
33. Meyer L. Planification familiale : objectifs, moyens, réglementation, structures. La revue du praticien. 1991;41(17):1615-7.
34. Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale. Lexique des concepts usuels du secteur de l'action sociale. Burkina Faso: Institut national de la statistique et de la démographie; 2008.
35. Ministère de la santé. Plan stratégique du système national d'information sanitaire 2010-2020. Burkina Faso 2010. p. 1-41.
36. Ministère de la santé. Politiques et normes en matière de santé de la reproduction. Burkina Faso: UNFPA,OMS,UNICEF; 2010. p. 1-87.
37. N.Prata, S.Bell, M.Holston, C.Gerdts, Y.Melkamu. Factors associated with choice of post-abortion contraception in Addis Ababa, Ethiopia. African Journal of Reproduction Health. 2011;15(3):51-7. Epub 2012/05/12.
38. Nizard J. Contaception. La collection Hippocrate [Internet]. 2005; 1(27):[14 p.].
39. Noel McIntosh, Blumenthal PD. Guide de Poche a l'Intention des Prestataires de Services de Planification Familiale. 2e ed. Corporation J, editor: Elizabeth Oliveras; 1997.
40. Olaitan OL. Factors influencing the choice of family planning among couples in Southwest Nigeria. International Journal of Medicine and Medical Sciences. 2011;3(7):227-32. Epub 17 June, 2011.
41. Organisation mondiale de la santé. Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2004 [cited 2004. Available from: [www.who.int/reproductive-health](http://www.who.int/reproductive-health)].
42. Organisation mondiale de la santé. Division de la santé reproductive. Planification familiale après avortement: guide pratique à l'intention des responsables de programmes. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1999. 82 p.
43. Patrick Illboudo, Drabo S. Limited access to post-abortion care University of Oslo : Institute of Health and Society: Faculty of Medicine

2012 [cited 2011]. <http://www.med.uio.no/helsam/english/research/news-and-events/news/2011/post-abortion-treatment.html>

44. Ponty N. Indicateur de développement humain et IDH : le cas du Burkina Faso. 2005:1-8.

45. projet SARA, Bureau de l'Afrique de l'USAID. Questions aux soins après avortement : extension des services en Afrique francophone. USA: SARA; 2004.

46. S.Ivo. Profil épidémiologique, tolérance et acceptabilité en planification à Ouagadougou (à propos de 4 méthodes contraceptives): Université de Ouagadougou; 1998.

47. Salamata BARA épouse Tiendrebeogo. Déterminants du choix des méthodes contraceptives dans deux centres de prestation de planification familiale de la ville de Ouagadougou [these de médecine]. Burkina Faso: Université de ouagadougou; 2012:114p.

48. Sally B. Rose, A.Lawton B. Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 2012;206:37.e1-6.

49. Sally B.Rose, B. A.Lawton, A.Brown S. Uptake and adherence to long-acting reversible contraception post-abortion. Elsevier. 2010;82(4):345-53. Epub 2010/09/21.

50. Thierno Dieng, Mohamed Diadhiou, Nafissatou J. Diop, Faye Y. Assessment of Progress of the Postabortion Care Initiative in Francophone Africa. 2008 avril 2008. Report No.

51. World Health Organisation. Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems. Geneva2003.

52. World Health Organization, UNICEF. Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978: World Health Organization; 1978.

53. Yaël Blumental, Jérémie Belghiti, Driessen M. Gynécologie-Obstétrique. Coll Med ed 12-2008. 260 p.

## Résumé

**Titre :** Soins après avortement : aspects épidémiologiques et Facteurs associés à l'utilisation de la contraception post-abortum dans deux centres de soins après avortement de la ville de Ouagadougou.

**Objectif :** Identifier les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives en post-abortum afin de formuler des recommandations pour l'amélioration de la planification familiale après avortement.

**Population et Méthodes :** Il s'agissait d'une enquête transversale analytique en post-abortum. Le recueil des données eu lieu en deux temps à l'aide d'un questionnaire structuré dans deux centres de planification familiale de la ville de Ouagadougou. Nous avons comparé en post-abortum, le profil des utilisatrices de la contraception à celui des non-utilisatrices afin de dégager les facteurs qui pourrait influencer le choix des méthodes contraceptives dans le cadre des SAA. Une période de 6 mois a été consacrée à cet effet pour interroger 133 femmes et une période de 3 mois pour évaluer la continuation des méthodes contraceptives concernées.

**Résultats :** Parmi les 133 femmes reçues pour SAA, 77% souhaitaient utiliser la contraception en post-abortum, mais 71,40 % l'avaient finalement utilisé. L'âge moyen était de 27 ans. En analyse multivariée, les variables les plus fortement associées à la bonne connaissance de la planification familiale en post-abortum étaient le l'utilisation antérieurement d'implant, le niveau d'instruction élevé et la possession d'activité rémunératrice de revenus. Cependant, aucun facteur personnel, n'était associé à l'utilisation des contraceptifs en post abortum.

**Conclusion :** Une meilleure qualité de l'éducation des jeunes filles et une vulgarisation des contraceptifs de longue durée d'action pourraient être une piste pour améliorer l'utilisation de la contraception en post-abortum. Le bien-être économique des femmes sur l'utilisation contraceptive ne serait qu'un facteur confusionnel.

**Mots clefs :** Planification familiale, post-abortum, facteurs associés, Ouagadougou.

**Auteur:** Goungounga Juste Aristide Tel: 0022670082616/0022678101369

Email: [dedalum2002@yahoo.fr](mailto:dedalum2002@yahoo.fr) 01bp2327 Ouagadougou Burkina Faso

## **Summary**

**Title:** Postabortion care: epidemiological and factors associated with contraceptive use after abortion in two post abortion care centers of the city of Ouagadougou.

**Objective:** To identify factors associated with contraceptive use in post abortion in the obstetrics and gynecology department of CHUYO and in the clinical ABBEF.

**Population and Methods:** This was an analytical cross-sectional survey in post abortion. Data collection took place in two stages using a structured questionnaire in two family planning clinics in the city of Ouagadougou. We compared post-abortion, the profile of contraceptive users than among non-users to identify factors that might influence the choice of contraceptive methods as part of Post Abortion Care (PAC). A period of 6 months was devoted to this purpose to interview 133 women and a period of 3 months to evaluate the continuation of contraceptive methods involved.

**Results:** Among 133 women received for SAA, 77 % wanted to use contraception in post abortion, but 71.40 % had finally used it. Average age was 27 year old. In multivariate analysis, the variables most strongly associated with good knowledge of family planning in post abortion were using prior to implant, the highly educated and possession of gainful income. However, no personal factor was not associated with contraceptive use in post-abortion.

**Conclusion:** Better quality of education for girls and extension of long acting contraceptives could be an avenue to improve contraceptive use in post abortion. The economic well-being of women on contraceptive use

would be a confounding factor.

**Keywords:** Family Planning, post-abortion, associated factors,  
Ouagadougou

**Auteur:** Goungounga Juste Aristide Tel: 0022670082616/0022678101369

Email: [dedalum2002@yahoo.fr](mailto:dedalum2002@yahoo.fr) 01bp2327 Ouagadougou Burkina Faso

## **Serment d'Hippocrate**

<< En présence des Maitres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais de salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni favoriser les crimes.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maitres, je rendrai à leur enfant l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque>>