

Ministère des Enseignements
Secondaire, Supérieur et de la
Recherche Scientifique

Université de Bamako



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi

Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2008-2009

N° 35

Thèse

**CONTRIBUTION AU
REPOSITIONNEMENT DE LA
PLANIFICATION FAMILIALE A
COTONOU : EVALUATION DE DOUZE
ANNEES D'UTILISATION DU NORPLAN.
A propos de 600 cas**

Présentée et soutenue publiquement le/ 2008
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
d'Odonto-stomatologie

Par : Mlle Yeloï Charmance GUDENON

**Pour l'obtention du Doctorat en Médecine
(Diplôme D'Etat)**

Jury

Président : Pr. Amadou DIALLO

Membres : Pr. Mamadou TRAORE

Dr. Moustaphe TOURE

Directeur de thèse : Dr. Ibrahima TEGUETE

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 - 2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{eme} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALY	Médecine Interne
Mr Boufakassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahim TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie - Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie - Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUCO	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro-entérologie
Mme SIDIBE Assa TRAORE	Endocrinologie
Mr Adama D. KEITA	Radiologie
Mr Sounkalo DAO	Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA	Pédiatrie
Mme Habibatou DIAWARA	Dermatologie
Mr Daouda K. MINTA	Maladies Infectieuses
Mr Kassoum SANOGO	Cardiologie

Mr Seydou DIAKITE
 Mr Arouna TOGORA
 Mme KAYA Assétou SOUCKO
 Mr Boubacar TOGO
 Mr Mahamadou TOURE
 Mr Idrissa A. CISSE
 Mr Mamadou B. DIARRA
 Mr Anselme KONATE
 Mr Moussa T. DIARRA
 Mr Souleymane DIALLO
 Mr Souleymane COULIBALY
 Mr Cheick Oumar GUINTO
 Mr Mahamadoun GUINDO
 Mr Ousmane FAYE
 Mr Yacouba TOLOBA
 Mme Fatoumata DICKO
 Mr Boubacar DIALLO
 Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
 Mr Modibo SISSOKO
 Mr Ilo Bella DIALLO
 Mr Mahamadou DIALLO

Cardiologie
 Psychiatrie
 Médecine Interne
 Pédiatrie
 Radiologie
 Dermatologie
 Cardiologie
 Hépatogastro-Entérologie
 Hépatogastro-Entérologie
 Pneumologie
 Psychologie
 Neurologie
 Radiologie
 Dermatologie
 Pneumo-Phthisiologie
 Pédiatrie
 Médecine Interne
 Neurologie
 Psychiatrie
 Cardiologie
 Radiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
 Mr Ousmane DOUMBIA
 Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, Chef de D.E.R.
 Pharmacie Chimique
 Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
 Mr Alou KEITA
 Mr Benoît Yaranga KOUMARE
 Mr Ababacar I. MAIGA

Matières Médicales
 Galénique
 Chimie Analytique
 Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Rokia SANOGO
 Mr Yaya KANE
 Mr Saïbou MAIGA
 Mr Ousmane KOITA
 Mr Yaya COULIBALY
 Mr Abdoulaye DJIMDE
 Mr Sékou BAH
 Loséni BENGALY

Pharmacognosie
 Galénique
 Législation
 Parasitologie Moléculaire
 Législation
 Microbiologie-Immunologie
 Pharmacologie
 Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEUR

Mr Sanoussi KONATE

Santé Publique, Chef de D.E.R

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA
 Mr Jean TESTA
 Mr Mamadou Souncalo TRAORE

Santé Publique
 Santé Publique
 Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Goto DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souléyman GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

Contribution au repositionnement de la planification familiale à Cotonou : Evaluation de douze années d'utilisation du Norplant. A propos de 600 cas.

DEDICACES

« Ceux qui ont confiance dans le SEIGNEUR sont comme le Mont Sion qui sera toujours là, inébranlable » Ps 125-1

J'offre ce travail

- A L'ETERNEL MON DIEU

Tu as conduit chacun de mes pas sur le chemin de la vie, tu m'as inondé de tes grâces, tu es resté à mes côtés comme une ombre protectrice et lorsque je passais par la vallée obscure, je ne redoutais aucun mal. Que tes projets de paix et de bonheur s'accomplissent dans ma vie et que GLOIRE ET HONNEUR TE SOIENT RENDUS POUR LES SIECLES DES SIECLES.

AMEN !

- A MA TRES CHERE MERE LA SAINTE VIERGE MARIE

Chaque fois que je passais par toi pour obtenir une grâce auprès de DIEU, je l'obtenais. Merci pour ton perpétuel secours et pour tout ce que tu représentes dans ma vie. Que tes prières et tes intercessions m'accompagnent toujours et en tout lieu.

AMEN !

JE DEDIE CE TRAVAIL

- **A la plus gracieuse et la plus précieuse des femmes : ma mère MICHELINE GUEDENON NEE d'OLIVEIRA « In Memorium »**

J'aurais tellement voulu t'avoir à mes côtés en ce jour merveilleux, mais prématurément tu nous as quittés. Tu as été une mère merveilleuse, dévouée, attentive et soucieuse de mon bonheur et de mon avenir. Je me rappelle encore du premier jour de mon entrée à la faculté de Médecine où tu m'as conduit jusqu'au seuil de mon amphithéâtre. Aujourd'hui ton rêve se réalise, les fruits ont mûris, mais en ton absence. Ce travail est un hommage à ta mémoire. Puisse DIEU t'accorder le repos éternel et t'accueillir dans sa maison céleste et que tes prières nous accompagnent partout.

Repose en paix

- **A mon très cher père AUGUSTIN GUEDENON**

Ta participation à l'aboutissement de ce travail est inestimable. Par tes sacrifices et tes innombrables prières, tu t'es battu pour que nous tes enfants bénéficions d'un avenir florissant. Tu n'as jamais cessé de nous enseigner l'amour du travail bien fait dont tu es toi-même un exemple patent. Que DIEU fasse pleuvoir sur toi ses bénédictions et te garder en vie le plus longtemps possible afin que tu jouisses des fruits de tes semences. Reçois ce travail qui est tien.

Je t'aime papa !

- **A mes sœurs aînées NADINE ET CARINE**

Vous avez été pour moi des tutrices lorsque je vous ai rejoint au Mali. Vous m'avez toujours soutenue, réconfortée, témoignée de votre affection et avez supporté mes caprices. Merci infiniment pour tout et surtout pour ce temps passé loin des parents. Dieu vous le rendra au centuple. Bonne chance dans la vie !

Amour fraternel

- **A mon frère aîné Fabrice et mon jeune frère Aurel.**

Merci pour votre amour et vos soutiens moral et spirituel tout le long de ce travail. Je suis heureuse de vous avoir comme frères. Recevez ce travail comme une réussite collective. Puisses Dieu vous combler de ses grâces

Amour fraternel

- **A mon jeune frère Ange**

Mon frangin et ami, tu m'as toujours fascinée par ton humour, ton sens de la responsabilité, et tes réflexions. Merci pour tout ! Ce travail est aussi tien. Le Seigneur fera son œuvre dans ta vie.

Amour fraternel

- **A Mme et Mr GUIDIBI Georges**

Vous avez souvent l'habitude de me dire que vous m'aimez et que vous me considérez comme si j'étais votre propre fille. Vos comportements à mon égard ont toujours su confirmer cette phrase. Tous mes remerciements et ma profonde gratitude pour l'accueil chaleureux et bienveillant qui m'a toujours été réservé chaque fois que je viens chez vous. Recevez ce travail en signe de ma reconnaissance. Puisses Dieu vous combler de ses grâces bien au delà de vos attentes et vous accorder longue vie.

Tendre affection

- **A Christian Hermann GUIDIBI**

Mes sincères remerciements pour ton soutien et tes encouragements. Que Dieu te bénisses et te comble de ses bienfaits!

- **A Josué BABALOLA**

Dieu t'a mis sur mon chemin au moment où je m'attendais le moins.

Merci pour tes prières et tes encouragements.

Unions de prières

- **A Gafar Ismaël ASSANI**

Merci pour tout le soutien moral indéfectible que tu m'apportais pendant les moments de véritable stress des périodes d'examen. Tu as toujours été pour moi un véritable frère et ami. Je ne t'oublierai jamais !

Courage pour ta thèse, brillante carrière professionnelle et que le Seigneur te bénisses frangin !

Amour fraternel

- **A Edwige DEDJINOÛ, Hermione ZONON, Patrice HOUNDJE**

Pour ces moments de joies et de peines que nous avons passés ensemble, à nous soutenir et à nous conseiller mutuellement afin de parvenir à la réussite dans nos études. Rien ne vaut le trésor de tant de beaux souvenirs communs.

Courage pour vos thèses, brillante carrière professionnelle et que le Seigneur vous comble de ses bienfaits mes très chers amis !

Amour fraternel

REMERCIEMENTS

- A mon pays le BENIN

Très chère patrie, puisses ce travail contribuer à ton développement socio – sanitaire et à ton épanouissement.

- A la République du MALI

Terre d'accueil, j'ai beaucoup appris de tes fils. Merci pour tout

- A mes oncles, tantes, cousines et cousins

Soyez assurés de ma profonde affection.

- A Pierre – Claver A., Blanche A., Patricia A., Nély G., Euloge H., Géraud Amoussou, Mathieu

Merci pour tout. Que Dieu vous bénisse !

- A Madame Brahi Lambertine, Georgia Brahi, Alex A.

Merci pour votre soutien et vos prières.

- A Espérance KAYOSSI

Nous avons eu tant de beaux souvenirs communs. Je ne t'oublierai jamais.

- A Muriel MEHOBA

Nous voici enfin parvenues à la réussite finale tant désirée. Brillante carrière professionnelle et bonne chance dans la vie !

- Aux frères GUIDIBI: Joël, Carmen, Anaël, Auguste et à tous mes amis

Merci pour tout.

- Au personnel des centres de planification familiale de notre étude en particulier Docteur Serges KITIHOUN, Mme Micheline, Mme AGOUMBA, Mme HOUANGNI, Mme LOZES, Mme IDOHOU

Merci pour votre collaboration et votre entière disponibilité lors de la réalisation de ce travail.

- A la famille DOUYON

Merci pour tout.

- **Au Docteur Djamiou ALLI LIGALI**

Merci pour vos encouragements et vos multiples conseils.

- **A nos Co - directeurs de thèse Professeur Issifou TAKPARA et Professeur Sosthène ADISSO**

Vous nous avez fait un grand honneur en nous acceptant comme vos élèves. Vous nous avez suivis pas à pas dans l'élaboration de ce travail. Votre rigueur scientifique, votre amour du travail bien fait, vos qualités pédagogiques, votre dynamisme et votre disponibilité nous ont très émerveillés. Au-delà d'être nos maîtres, vous avez été comme un père pour nous. Vos sages conseils et vos enseignements nous manqueront. Nous sommes fières d'être vos élèves et nous espérons continuer à boire à la source intarissable de votre savoir.

Homages respectueux

- **A notre Directeur de thèse Docteur Ibrahima TEGUETE**

Mes sincères remerciements et ma profonde gratitude pour l'honneur que vous nous avez fait en dirigeant ce travail malgré vos multiples occupations. Votre dynamisme et vos qualités pédagogiques forcent notre admiration.

Homages respectueux

- **Aux membres du jury**

Veillez trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance pour l'honneur que vous nous faites en acceptant d'apprécier ce travail.

Homages respectueux

- **Au Professeur Amadou DOLO**

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury nous a profondément touchés. Votre simplicité, votre amour du travail bien fait, votre rigueur dans le travail, votre dynamisme, vos enseignements et votre encadrement nous ont, sans doute, conduit irrésistiblement vers vous pour présider ce jury.

Homages respectueux

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

Contribution au repositionnement de la planification familiale à Cotonou : Evaluation de douze années d'utilisation du Norplant. A propos de 600 cas.

- A notre maître et Président de Jury Professeur Amadou DOLO

Professeur titulaire en Gynécologie - Obstétrique

Chef de département des D.E.S de Gynécologie et d'Obstétrique

Secrétaire général de la SAGO

Chef de service de Gynécologie - Obstétrique du CHU Gabriel Touré

Enseignant de Gynécologie - Obstétrique à la FMPOS

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider notre jury nous a profondément touchés. Votre simplicité, votre amour du travail bien fait, votre rigueur dans le travail, votre dynamisme, vos enseignements et votre encadrement nous ont, sans doute, conduit irrésistiblement vers vous pour présider ce jury.

Veillez agréer, cher Maître l'expression de notre grande admiration et de notre profonde reconnaissance.

- A notre maître et Directeur de thèse Docteur Ibrahima TEGUETE

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Maître Assistant à la FMPOS

Mes sincères remerciements et ma profonde gratitude pour l'honneur que vous nous avez fait en dirigeant ce travail malgré vos multiples occupations. Votre dynamisme et vos qualités pédagogiques forcent notre admiration.

Veillez agréer, cher Maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

- **A notre maître et Juge Professeur Mamadou TRAORE**

Professeur Agrégé en Gynécologie - Obstétrique

Médecin chef du service de gynécologie – obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako

Enseignant de Gynécologie et d'Obstétrique à la FMPOS

Nous sommes très honorés de vous avoir dans ce jury malgré vos multiples occupations. Nous admirons votre simplicité, votre rigueur scientifique et votre dynamisme au travail.

Veillez accepter cher maître, nos sincères remerciements.

- **A notre maître et Juge Docteur Moustaphe TOURE**

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique

Médecin chef du service de gynécologie – obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune IV du district de Bamako

Assistant Chef de clinique à la FMPOS

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail malgré vos multiples occupations nous a profondément touchés.

Veillez trouver ici l'expression de notre vive reconnaissance.

ABREVIATIONS

ABPF	: Association Béninoise pour la Promotion de la Famille
CUGO	: Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
Cm	: Centimètre
COC	: Contraceptifs Oraux Combinés
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
EP	: Embolie Pulmonaire
FNUAP	: Fond des Nations Unies pour les Activités des Populations
FSH	: Folliculin Stimulin Hormon
Hg	: Mercure
HTA	: Hyper Tension Artérielle
IEC	: Information – Ecoute – Communication
IGH	: Infection Génitale Haute
IVG	: Interruption Volontaire de Grossesse
IST	: Infection Sexuellement Transmissible
Kg	: Kilogrammes
LH	: Lutein Hormon
Mm	: Millimètre
MSP	: Ministère de la Santé Publique
N	: Nombre
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PF	: Planification Familiale
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Acquise
TAD	: Tension Artérielle Diastolique
TAS	: Tension Artérielle Systolique
TVP	: Thrombose Veineuse Profonde
USA	: United States of America
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine
%	: Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du poids

Tableau II : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur profession

Tableau III : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur zone de résidence

Tableau IV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la gestité

Tableau V : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la parité

Tableau VI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre d'avortement provoqué

Tableau VII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre d'avortement spontané

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre d'enfant vivant.

Tableau IX : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des méthodes contraceptives antérieurement utilisées

Tableau X : Répartition des utilisatrices du Norplant selon qu'elles ont retiré ou non le Norplant au moment de l'enquête

Tableau XI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des différents effets secondaires cités comme raisons ayant motivé le retrait

Tableau XII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des complications lors du retrait du Norplant

Tableau XIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des différents types d'effets secondaires observés après l'insertion du Norplant

Tableau XIV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des troubles menstruels liés au port du Norplant

Tableau XV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du délai d'apparition des troubles menstruels après l'insertion du Norplant

Tableau XVI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du délai d'apparition de la prise de poids après l'insertion du Norplant

Tableau XVII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du délai d'apparition de la migraine après l'insertion du Norplant

Tableau XVIII: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre de visites effectués depuis l'insertion du Norplant.

Tableau XIX: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la connaissance d'autres méthodes contraceptives modernes

Tableau XX : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des raisons de choix du Norplant

Tableau XXI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la source d'information sur le Norplant

Tableau XXII: Répartition des utilisatrices du Norplant selon que le mari ou le conjoint soit au courant ou non de l'utilisation du Norplant.

Tableau XXIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la personne ayant suggéré au sein du couple l'utilisation du Norplant.

Tableau XXIV : Répartition des utilisatrices de Norplant en fonction des sources d'information du mari ou conjoint

Tableau XXV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des raisons avancées par les maris / conjoints pour leur suggérer l'utilisation du Norplant

Tableau XXVI: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur avis sur les canaux de communication susceptibles d'atteindre le plus grand nombre de femmes

Tableau XXVII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur avis sur les personnes pouvant mieux transmettre des informations sur le Norplant

Tableau XXVIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur avis sur les supports appropriés pour amener les femmes à adopter le Norplant.

LISTE DES FIGURES

Figure I : Répartition des acceptantes de méthodes contraceptives selon la méthode utilisée de Juin 1995 à Juin 2007 à la CUGO

Figure II : Répartition des utilisatrices de Norplant en fonction de l'âge

Figure III : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la religion

Figure IV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur situation matrimoniale.

Figure V : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur niveau d'instruction

Figure VI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du motif de retrait

Figure VII: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la durée de port du Norplant

Figure VIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur degré de satisfaction par rapport au Norplant

Sommaire

	Pages
Introduction	1 - 3
Objectifs	4 - 5
Généralités.....	6 - 33
Cadre et méthode d'étude	34 - 44
Résultats	45 - 75
Commentaire et revue de littérature	76 - 83
Conclusion et suggestions	84 - 88
Références bibliographiques	89 - 99
Annexe	100 - 108

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Depuis longtemps, nombreux sont les problèmes qui entravent le développement de l'Afrique et du Bénin en particulier. Parmi ces maux, celui des familles nombreuses disposant de très peu de moyens reste sans doute l'un des plus contraignants à résoudre. Cet effectif important de nos populations entraîne souvent, un certain nombre de conséquences tel que l'exode rural, le chômage et la pauvreté qui est elle-même source de malnutrition, de promiscuité, d'avortements provoqués par faute de moyen financier.

Par ailleurs malgré la mise en œuvre de multiples programmes de lutte contre la mortalité maternelle au Bénin, le ratio de mortalité maternelle est toujours élevé. Il est de 474,4 décès pour 100.000 naissances vivantes [1]. Or les problèmes obstétricaux et les suites d'avortements provoqués sont les premières causes de mortalité maternelle dans les pays en développement [2,3].

La planification familiale, tout en permettant aux femmes de décider du choix de la naissance d'un enfant et du moment de cette naissance, devrait normalement constituer la stratégie préventive la plus pertinente pour lutter contre ces différents maux. Cependant la prévalence contraceptive au Bénin reste faible à 12,5% [1], les besoins non couverts en contraception demeurent élevés à 64,8% [4], l'indice de fécondité reste élevé à 5.25% [1], le taux d'accroissement annuel de la population est élevé à 3.2% [1,5].

La contraception au Bénin rencontre donc un bon nombre d'obstacles. Or les objectifs fixés par la planification familiale tels que l'espacement et la limitation des naissances, l'éviction des grossesses non désirées, la réduction des maternités précoces, la lutte contre la mortalité maternelle et la double protection promue en vue d'une lutte contre le VIH /SIDA [6] sont autant d'éléments jouant un rôle déterminant et positif sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant et donc dans le développement économique de notre pays.

Face à cette situation il a été décidé d'introduire au Bénin, une méthode contraceptive peu contraignante pour les femmes, efficace, réversible et de

longue durée. Ainsi le Norplant à six capsules, qui confère une contraception de longue durée et dont le coût subventionné reste abordable et accessible aux populations a été retenu en Juin 1995 pour renforcer le programme national de planning familial.

Cette méthode, introduite au Bénin depuis douze (12) ans a un recul suffisant qui pourrait nous permettre après l'évaluation de son utilisation, de suggérer des mesures en vue du repositionnement de la planification familiale.

OBJECTIFS

OBJECTIFS

1- Objectif général

Evaluer l'utilisation du Norplant à Cotonou

2- Objectifs spécifiques

- Déterminer la prévalence de l'utilisation du Norplant par rapport aux autres méthodes contraceptives modernes de Juin 1995 à Juin 2007.
- Définir le profil épidémiologique des utilisatrices du Norplant
- Répertorier les raisons de choix et les motifs de retrait du Norplant.
- Déterminer le taux d'échec et le taux d'abandon de la méthode au cours de la période d'étude
- Déterminer les effets secondaires et les complications survenus chez les utilisatrices du Norplant.
- Déterminer la durée de port du Norplant
- Recueillir l'avis des femmes sur l'utilisation du Norplant

GENERALITES

I- GENERALITES

1- Définitions

1-1. Planification familiale:

1-Ensemble des moyens et méthodes qui permettent de conformer à la volonté des parents le nombre et l'espacement des naissances dans une famille [7].

2-Au Bénin la planification familiale est l'ensemble des mesures et moyens mis à la disposition des individus, des couples et de la communauté pour :

-permettre à chacun d'avoir le nombre d'enfant voulus au moment voulu

-offrir aux couples infertiles ou stériles la possibilité de procréer

-permettre une prise en charge responsable de la sexualité y compris la prévention des IST. [8]

1-2. Contraception :

Ensemble des procédés par lesquels un rapport sexuel est rendu non fécondant [7].

1-3. Besoins non couverts en contraception

C'est toute situation où un couple ou une femme devant espacer ou différer une grossesse, n'utilise aucune méthode de contraception [4,9].

1-4. Avortement

C'est l'expulsion du fœtus avant le 180^{ième} jour de la grossesse, date à partir de laquelle l'enfant né vivant est présumé pouvoir continuer à vivre et à se développer.

On distingue 4 sortes d'avortements :

- **L'avortement spontané** : c'est celui survenant de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire
- **L'avortement provoqué clandestin** : c'est celui réalisé soit par les personnes n'ayant pas les compétences requises, soit dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales élémentaires, soit les deux

- **L'interruption volontaire de grossesse** : c'est un avortement provoqué légal.

Certains pays ont préféré légaliser l'avortement sous forme d'IVG comme une technique de régulation des naissances. Le Japon est le premier pays à le reconnaître et l'a autorisé dans sa loi empirique de 1948 [10].

- **L'avortement thérapeutique** : c'est un avortement provoqué dans le but de soustraire la mère au danger que la grossesse censée lui faire courir.

1-5. La mortalité

C'est l'ensemble des décès enregistrés dans une population au cours d'une période donnée [11].

1-6. La mortalité maternelle

C'est le nombre de femmes qui meurent pendant la grossesse, au moment de l'accouchement ou dans les 42 jours des suites de couche, et dont la cause est directement liée à la grossesse, à l'accouchement ou aux suites de couches [72].

1-7. Le taux de mortalité maternelle

C'est le rapport du nombre de décès féminins pour causes puerpérales sur le nombre de naissances vivantes pendant une période donnée.

1-8. Le ratio de mortalité maternel

C'est le nombre de décès maternels pour 100.000 naissances vivantes.

1-9. La prévalence contraceptive

C'est le nombre de personnes qui utilisent une méthode contraceptive moderne au moment de l'observation (nouvelles et anciennes confondues) par rapport à la population cible.

1-10. Les ménorragies

Ce sont des règles prolongées et abondantes

1-11. Les hyperménorrhées

Ce sont des règles durant plus de huit (8) jours

1-12. Les métrorragies

Ce sont des hémorragies génitales cervico- utérines ou annexielles survenant en dehors des règles

1-13. Les aménorrhées

C'est l'absence des règles. Elles peuvent être primaire (absence d'apparition des premières règles après 16 ans) ou secondaire (absence des règles pendant trois mois ou plus chez une femme ayant déjà été réglée)

2- La planification familiale

2-1 Les composantes au Bénin [8]

La planification familiale au Bénin comporte :

- La contraception
- La prévention et le traitement de l'infertilité et de la stérilité
- La prévention et le traitement des pathologies sexuelles y compris les IST.

2-2 Les implications de la planification familiale

La PF a pour objectif global l'amélioration de la santé

-La santé des femmes

Plus de 500000 femmes meurent chaque année de causes en rapport avec la grossesse [13]. Dans la majeure partie du Sud de l'Asie, les femmes ont une chance sur 35 de mourir des suites d'un avortement, d'une grossesse ou d'un accouchement dangereux. Dans maintes régions d'Afrique ce risque est supérieur à 1 sur 20 [13]. La grossesse se répercute également sur la santé de la femme : pour chaque décès maternel, plus de 100 femmes souffrent de maladies en rapport avec la grossesse et la naissance (Koblinsky, 1993). Nombre de ces décès pourraient être évités par la mise en œuvre de moyens appropriés de la planification familiale : on estime ainsi que 100000 vies pourraient être épargnées si les femmes qui ne veulent plus avoir d'enfants pouvaient mettre leur décision à exécution (Banque Mondiale, 1993)

-La santé de l'enfant

D'après les estimations, l'extension des moyens contraceptifs propres à satisfaire les besoins des couples désireux d'éviter une grossesse mais qui ne

le font pas actuellement appel à la contraception, permettrait d'éviter chaque année quelque 850000 décès d'enfants de moins de cinq ans (Banque Mondiale, 1993). Pour réduire le taux de mortalité infantile, il faut espacer les naissances de manière adéquate. Il faut également empêcher ces naissances chez les très jeunes femmes et chez celles qui ont déjà mis au monde quatre enfants ou plus [14]. En effet la mortalité infantile est considérablement réduite lorsque l'on prévient les grossesses des adolescentes et qu'on espace les naissances [15]

- La santé familiale et communautaire

En donnant aux couples la possibilité d'avoir moins d'enfants, mais des enfants en meilleur santé, la PF contribue à alléger le fardeau émotionnel des parents. Les familles peuvent consacrer davantage de ressources à l'alimentation, l'habillement, le logement et l'éducation des enfants si ceux-ci sont moins nombreux et en meilleure santé [14]

2-3. Les méthodes contraceptives modernes

2-3-1. Les méthodes naturelles modernes

Ce sont des méthodes d'auto-observation :

- la méthode du calendrier ou d'OGINO KNAUS

Elle consiste à compter les jours à partir du premier jour des règles, afin de déterminer la période féconde pendant laquelle soit on pratique une abstinence sexuelle, soit on entretient des rapports sexuels protégés.

- la méthode de température

Elle consiste à prendre la température tous les jours à la même heure afin de déterminer la période fertile. Cette période se traduit par une légère élévation physiologique de la température.

- la méthode de la glaire cervicale ou de BILLINGS

Elle consiste à observer la glaire cervicale tout au long du cycle menstruel afin de détecter ses modifications en rapport avec la période fertile. Pendant la période non fertile, la glaire cervicale est collante et opaque ; elle empêche ainsi le passage des spermatozoïdes. Pendant la période fertile, elle est

filante, glissante ressemblant à du blanc d'œuf ; ce qui facilite le passage des spermatozoïdes.

- la méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA)

Il s'agit d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois. La succion permet alors une forte sécrétion de prolactine qui inhibe la sécrétion de FSH et LH et donc l'ovulation.

- la méthode du collier

Elle est semblable à la méthode du calendrier ; mais ici, on s'aide d'un collier portant des perles de différentes couleurs, chaque couleur correspondant à une période donnée du cycle menstruel.

2-3-2. Les méthodes barrières [16]

- le préservatif masculin

C'est une enveloppe de latex avec laquelle l'homme recouvre son pénis en érection. Il empêche l'entrée du sperme dans le vagin et protège contre les IST.

- le préservatif féminin

C'est une enveloppe faite de polyuréthane avec laquelle la femme recouvre son vagin. Il joue le même rôle que le préservatif masculin.

- la cape cervicale /le diaphragme

La cape cervicale est un dispositif circulaire en caoutchouc en forme de dé à coudre.

Le diaphragme est un dispositif circulaire en latex en forme de dôme.

Ils sont placés au niveau du col utérin dans les 60 minutes qui précèdent le rapport sexuel et empêchent la pénétration des spermatozoïdes.

- les spermicides

Ce sont des produits chimiques qui désactivent ou tuent les spermatozoïdes. Dans certaine mesure, ils agissent aussi comme barrière au niveau du col de

l'utérus. Les spermicides se présentent sous différentes formes : crèmes, gels, ovules, comprimés, aérosols.

2-3-3. Les dispositifs intra-utérins [16]

Ce sont des dispositifs qu'on place dans l'utérus ; ils empêchent la rencontre entre l'ovule et le spermatozoïde et rendent l'endomètre impropre à la nidation.

2-3-4. Les méthodes hormonales [16]

- les contraceptifs oraux (progestatifs purs et oestroprogestatifs)
- les contraceptifs injectables (noristérat[®], dépoprovéra[®])
- les implants sous cutanés

Les contraceptifs hormonaux épaississent la glaire cervicale, empêchant ainsi le passage des spermatozoïdes. Ils empêchent la libération des ovules matures.

2-3-5. La stérilisation chirurgicale volontaire [16]

Elle n'est pas une méthode contraceptive, bien qu'elle soit appelée habituellement contraception chirurgicale volontaire. Elle regroupe :

- la vasectomie chez l'homme
- la ligature des trompes chez la femme.

3- Les caractéristiques d'une bonne méthode contraceptive

Une bonne méthode contraceptive doit avoir les quatre caractères suivants :

3-1. Une innocuité totale

Une méthode contraceptive ne doit pas présenter de danger pour l'utilisatrice, elle doit être tolérée (ne doit pas avoir d'effets secondaires insupportables). Elle ne doit pas présenter de danger pour le produit de conception ultérieur.

3-2. L'efficacité

Elle fait recours à l'indice de Pearl qui exprime l'échec d'une méthode

après 12 mois d'exposition ou années-femmes.

$$IP = \frac{\text{Nombre de grossesses surprises}}{\text{Nombre total de mois d'exposition}} \times 1200$$

Lorsque l'indice est inférieur ou égal à 2%, on dit que la méthode est très efficace. S'il est supérieur à 2%, la méthode est dite non efficace [17].

3-3. La réversibilité

Une méthode contraceptive est dite réversible lorsqu'il y a retour à la fécondité à son arrêt dès les mois qui suivent.

3-4. L'acceptabilité

Elle regroupe plusieurs éléments :

- La facilité d'application en tout lieu et en tout temps.
- Le prix de revient et les facilités de réapprovisionnement.
- L'eupareunie doit être conservée pour les deux partenaires tant dans les préludes, que dans l'acte sexuel lui-même.

4- Le Norplant

4-1. Définition

Le Norplant (Lévonorgestrel) est un progestatif contenu dans six capsules que l'on implante sous la peau dans la partie supérieure du bras. C'est un contraceptif de longue durée qui protège pendant cinq voir sept ans [16].

4-2. Origine du mot Norplant et ses appellations [18,19]

« Population Council » qui est une organisation non gouvernementale des USA a formé le mot Norplant à partir des syllabes des mots « Norgestrel » (ancienne appellation du Lévonorgestrel) et « implant ».

Dans le monde entier, les femmes ont choisi leurs propres appellations ; certains noms évoquent l'aspect ou le lieu d'implantation. Ainsi, en Equateur, le Norplant est appelé « el abani co » qui signifie « éventail » du fait de sa forme lorsqu'il est sous la peau ; on l'appelle encore

la « mariposa » qui signifie « papillon » ou encore « tibitus » qui signifie « les petits tubes » ou parfois la « capsula » qui signifie « capsule ».

Au Sri Lanka, les femmes appellent le Norplant « Tampatah » qui signifie « le dessous » ou les « bâtons ».

En Indonésie, on l'appelle « Susuk » pour rappeler l'or ou les autres métaux qu'on implante traditionnellement sous la peau pour donner à leurs utilisateurs une puissance surnaturelle.

4-3. Historique du Norplant [18, 19, 20]

Le programme de recherche de développement qui a abouti au Norplant a commencé en 1966 au Centre de Recherche Biomédicale de Population Council.

CROXATTO Honracio et SHELDON Ségal ont entamé une série d'expériences sur la manière dont se dégagent des hormones stéroïdes contenues dans les tubes en caoutchouc au silicone.

Les résultats obtenus montraient que l'on pouvait maintenir des niveaux stables d'hormones chez l'animal pendant plus d'un an. C'est à partir de ces résultats que s'est constitué l'idée du Norplant, à savoir qu'un contraceptif stéroïde approprié conservé sous la peau dans les capsules de caoutchouc au silicone pouvait assurer une contraception efficace pendant plusieurs années.

La première expérience clinique d'un progestatif diffusé à partir de capsules de caoutchouc au silicone a été réalisée par CROXATTO à Santiago de Chili en 1968. Les premiers résultats ayant été encourageants, le Comité International de Recherche sur la contraception de « Population Council » a entamé un programme détaillé visant à choisir le stéroïde et les systèmes de diffusion les mieux adaptés, ainsi qu'à mener les recherches pré cliniques et cliniques les plus complètes.

En 1974, le système de silastic à six capsules était mis au point et le choix des progestatifs avait été réduit à trois substances dont le Lévonorgestrel. C'est ce dernier qui a ensuite été retenu pour son efficacité et sa très longue durée d'action.

En 1975, un essai international de longue durée a été lancé dans six pays : Finlande, Brésil, Danemark, Chili, République Dominicaine et Jamaïque.

En 1980, ont commencé les essais préalables à l'introduction du Norplant.

En 1983, la Finlande a été le premier pays à approuver la méthode dans sa régularisation et un accord a été conclu avec la société internationale Leiras Pharmaceuticals dont le siège est en Finlande, pour la fabrication et la distribution des implants.

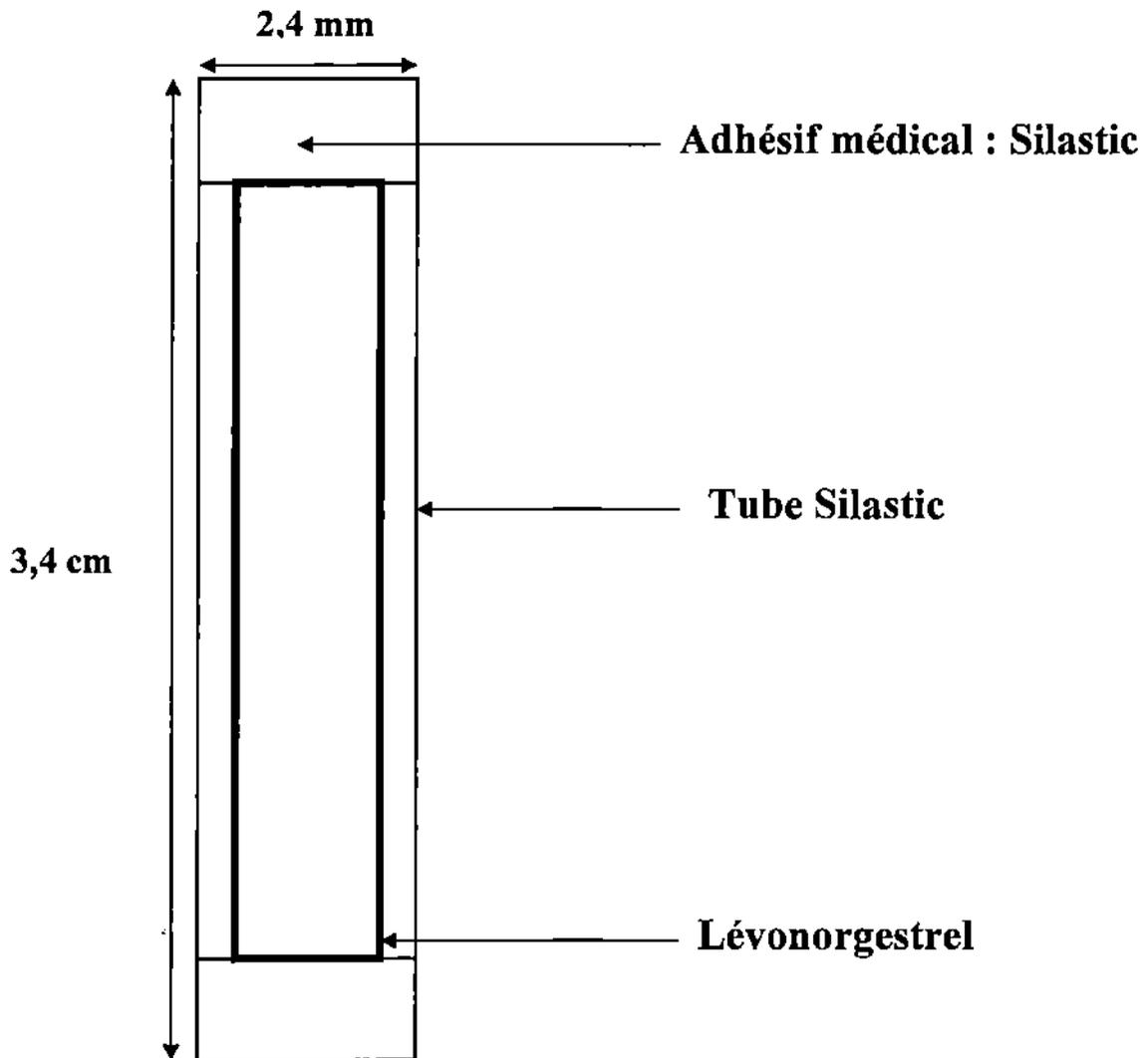
En octobre 1990, la méthode a été approuvée par seize pays.

Il y a environ un demi-million de femmes dans plus de quarante six pays qui ont essayé le Norplant au cours d'études cliniques ou d'essais préalables à l'introduction ou à la distribution dans les pays où la méthode a été approuvée. Le Norplant a été introduit au Bénin en Juin 1995.

4.4. Les différents types d'implants sous- cutanés [16]

Il existe trois marques d'implants disponibles sur le marché :

- **Le Norplant** qui est un système constitué de six capsules souples de Silastic. Chaque capsule, de 2,4 mm de diamètre sur 3,4 cm de long, contient une dose de 36 mg de Lévonorgestrel. Sa durée de validité est de cinq ans pouvant aller jusqu'à sept ans selon certains auteurs.
- **Le jadelle** est un système de seconde génération qui ne comprend que deux capsules en Silastic de 2,5 mm de diamètre et de 4,3 cm de long et libère la même quantité de Lévonorgestrel que le Norplant, c'est-à-dire 75 mg. Sa validité n'est que de trois ans.
- **L'implanon** est un implant à bâtonnet unique qui libère de l'étonogestrel et dont la durée d'action est de trois ans. Il mesure 40 mm de long et 2 mm de diamètre et contient 68 mg d'étonogestrel.



SCHEMA D'UNE CAPSULE NORPLANT®

4-5. Composition du Norplant [18, 19, 21]

Chacune des six capsules contient en moyenne 36 mg de Lévonorgestrel sous forme de cristaux secs. Elles mesurent 3,4 cm de long sur 2,4 mm de large. La capsule est scellée à chacune de ses extrémités au moyen d'un adhésif de qualité médicale, le silastic (polydiméthysiloxane). Les capsules sont contenues dans un sachet en plastique stérile.

4-6. Pharmacologie du Norplant [16, 22, 23, 24]

- Vitesse de libération du lévonorgestrel

Le taux sanguin du Lévonorgestrel voulu pour empêcher la conception est atteint quelques heures après l'insertion des implants, et maintenu à un niveau d'efficacité pendant cinq ans.

La dose de Lévonorgestrel diffusée par le jeu de six capsules avait d'abord été calculée à partir des taux de diffusion in vitro, puis déterminée par analyse du Lévonorgestrel restant dans les implants retirés des utilisatrices. Les données font penser que le taux de diffusion est d'environ 85 microgrammes par jour au départ. Ce taux baisse au cours des neuf premiers mois, pour atteindre environ 50 microgrammes par jour, et passe progressivement à 35 microgrammes environ au bout de dix huit mois et enfin 30 microgrammes par jour pour le reste des cinq années.

- Taux sanguin

Dans les 24 heures qui suivent l'insertion des implants Norplant sous la peau, il s'établit un taux sérique moyen de Lévonorgestrel entre 1 et 2 nanogrammes par millilitre. Ce taux se maintient pendant plusieurs jours, puis baisse rapidement au cours des premières semaines [25] pour se maintenir entre 0,25 et 0,4 nanogrammes par millilitre au bout de six mois. Il arrive souvent que la concentration circulante soit inférieure ou supérieure aux valeurs moyennes indiquées. Ces différences tiennent à plusieurs facteurs :

- d'une part, la manière dont le Lévonorgestrel est métabolisé varie d'une cliente à l'autre.

- d'autre part, le taux de globuline liant les hormones sexuelles est variable. A la différence de plusieurs autres progestatifs, le Lévonorgestrel présente une forte affinité pour la globuline circulante liant les hormones sexuelles, ce qui peut entraîner une plus forte concentration sanguine de Lévonorgestrel.

Enfin, on pense qu'il y a un facteur local qui joue pour la diffusion du Lévonorgestrel à partir des implants : il peut s'agir d'un enrobage fibreux de la capillarité locale ou de la présence de graisse sous cutanée.

Une fois les implants retirés, le taux de Lévonorgestrel dans le plasma n'est plus mesurable après quelques jours.

La protection contraceptive après retrait du Norplant est d'environ quarante heures.

4-7. Pharmacologie clinique

Des études concernant la surveillance à la recherche d'éventuels signes de modification des fonctions organiques chez les femmes utilisant le Norplant, n'ont mis en évidence aucune modification défavorable marquée des fonctions hépatique, rénale, surrénalienne ou thyroïdienne.

4-8. Mode d'action [22, 26, 27, 28]

Le Norplant :

- inhibe l'ovulation en agissant sur l'hypothalamus et l'hypophyse qui supprime la libération de LH responsable de l'ovulation ;
- entraîne un épaissement du mucus cervical ce qui empêche la migration des spermatozoïdes jusqu'aux trompes et par conséquent entrave l'accès de l'ovule pour les spermatozoïdes ;
- Supprime l'activité prolifératrice de l'endomètre utérin qui est sous contrôle oestrogénique, ce qui empêche la nidation. Cette suppression peut conduire à un certain degré d'atrophie utérine, mais permet une

protection contraceptive dans les rares cas où les effets de changement de la glaire cervicale et de la prévention de l'ovulation échouent.

4-9. Efficacité du Norplant [29,30]

L'évaluation la plus complète du comportement clinique du Norplant est issue d'études cliniques suivies de manière centralisée par la « Population Council ». Les premières études ont été réalisées au Brésil, au Chili, au Danemark, en République Dominicaine, en Finlande et à la Jamaïque.

Elles ont porté sur un total de 992 cas. Les taux de grossesses cumulés étaient de 0,3% au bout d'un an ; 1% au bout de trois ans et 2,6 % au bout de cinq ans. Le taux de grossesse annuel n'a jamais dépassé 1,6%.

Les données réunies à partir de l'ensemble des études du Comité International montrent que les taux de grossesses sont fortement influencés par le poids des utilisatrices. Une comparaison faite entre les taux cumulés de grossesse de l'ensemble de la population et les taux cumulés de grossesse des femmes pesant 70 kg montre que le taux d'échec est plus élevé chez les femmes dont le poids est supérieur à 70 kg.

4-10. Indications et contre - indications du Norplant [16, 31, 32]

*** Indications**

Le Norplant peut-être utilisé chez toutes les femmes en âge de procréer qui évitent une grossesse. Il est particulièrement bien adapté pour les femmes qui :

- souhaitent
 - a) une contraception continue
 - b) un espacement des naissances à long terme
 - c) une méthode qui n'oblige ni la femme, ni l'homme à accomplir un acte contraceptif avant les rapports sexuels
 - d) ne pas utiliser une méthode quotidienne de contraception
 - e) ne pas être stérilisées bien qu'ayant le nombre d'enfants voulu

- ne peuvent pas
- f) utiliser de contraceptif contenant de l'œstrogène.
- préfèrent
- g) le Norplant aux autres méthodes
- h) le Norplant parce que loin d'un centre d'approvisionnement régulier en contraceptifs.

* **Contre-indications**

Elles sont réparties en deux grands groupes :

- Contre indications absolues
 - a) troubles hépatiques chroniques ou aiguës
 - b) saignements vaginaux inexplicables dont le diagnostic n'est pas encore établi
 - c) thrombophlébite
 - d) embolie pulmonaire
 - e) grossesse
 - f) ictère
- Contre indications relatives
 - a) nodules mammaires
 - b) diabète
 - c) hypercholestérolémie
 - d) hypertension artérielle
 - e) épilepsie
 - f) dépression
 - g) affections de la vésicule biliaire
 - h) cardiopathie
 - i) néphropathie

4-11. Avantages et inconvénients [16, 29, 31, 33]

- Avantages

Le Norplant est une méthode contraceptive :

- a) très efficace

- b) facile à utiliser (une fois inséré, la femme n'a besoin de retourner à la clinique que pour les visites de suivi et pour faire retirer les implants)
- c) dont la cicatrice est peu visible
- d) qui offre une protection continue pendant cinq ans
- e) peu onéreuse au Bénin (500 F CFA)
- f) réversible à n'importe quel moment par un simple retrait des capsules
- g) dépourvu d'effets secondaires dus aux œstrogènes
- h) efficace dans les 24h qui suivent la pose.
- i) qui évite le recours à la méthode irréversible de stérilisation.

Inconvénients

Quelques inconvénients sont à noter :

- l'insertion et le retrait nécessitent une petite intervention chirurgicale qui fait appel à un personnel qualifié
- Ne protège pas contre les IST/SIDA
- les risques similaires à toutes les interventions de petite chirurgie (hématome, saignement et infection) existent également ici
- les implants peuvent être visibles sous la peau
- la cliente ne peut arrêter d'utiliser la méthode par elle-même
- interférence avec certains médicaments qui peuvent augmenter les capacités du foie à métaboliser le Lévonorgestrel, rendant ainsi le Norplant moins efficace dans la prévention de la grossesse.

Il s'agit notamment de :

- la rifampicine
- l'isoniazide
- les barbituriques
- la carbamazépine (Tegretol®)

4-12. Effets secondaires [22, 29, 31, 32, 33]

les troubles du cycle menstruel

Ce sont les effets secondaires les plus fréquents. Ces troubles sont liés à l'atrophie endométriale. Ce sont :

- l'aménorrhée

- les hyperménorrhées
- les polyménorrhées
- les meno metrorragies
- les spottings.

les troubles généraux

- les céphalées
- la nervosité
- la nausée
- l'anorexie
- les troubles de la libido
- la dépression

les troubles de la peau et des phanères

- la dermatite
- l'acné
- la perte des poils et des cheveux
- l'augmentation des poils et des cheveux
- l'hirsutisme

les troubles locaux

- douleur au point d'insertion
- infection ou hématome

les troubles cardio circulatoires et hématologiques

- Hypertension artérielle
- Palpitation
- Anémie liée aux hyperménorrhées
-

Les autres effets secondaires sont :

- les troubles endocriniens
- les kystes ovariens
- les mastodynies
- le gain ou la perte de poids

4-13. Critères d'éligibilité du Norplant [34, 35]

1) *Définition*

C'est l'ensemble des conditions requises pour l'utilisation d'une méthode contraceptive.

Système de classification de l'OMS.

La présence d'une condition spécifique affectant l'acceptabilité pour l'emploi d'une méthode contraceptive se range dans l'une des quatre catégories suivantes :

Classe 1 : Une condition pour laquelle il n'existe pas de restriction pour l'emploi de la méthode de contraception. (La méthode peut être utilisée dans n'importe quelle circonstance).

Classe 2 : Une condition pour laquelle les avantages liés à l'emploi de la méthode l'emportent généralement sur les risques théoriques ou prouvés. (La méthode peut-être utilisée.)

Classe 3 : Une condition pour laquelle les risques théoriques ou prouvés l'emportent généralement sur les avantages liés à l'emploi de la méthode. (La méthode généralement n'est pas recommandée à moins que d'autres méthodes plus appropriées ne soient pas disponibles ou acceptables).

Classe 4 : Une condition qui représente un risque de santé inacceptable lié à l'emploi de la méthode contraceptive. (La méthode ne devrait pas être utilisée).

Tableau des critères d'éligibilité médicale de l' OMS pour l'adoption du Norplant

ETAT	Classe
Grossesse	4
Age	
< 16 ans.....	2
16 à 19 ans.....	1
20 à 39 ans.....	1
≥ 40 ans.....	1
Tabagisme	
Age < 35.....	1
Age ≥ 35 :	
- Léger	1
- Prononcé (> 20 cigarettes/jour).....	1
Hypertension	
(140-159/90-99 mm Hg).....	1
(160-179/100-109 mm Hg).....	1
180+/110+ mm Hg	2
Antécédents d'hypertension (lorsque la tension artérielle ne peut pas être mesurée)	2
Diabète	
Antécédents de diabète gestationnel.....	1
Sans complication vasculaires non insulino-dépendant.....	2
insulino-dépendant.....	2
Autres complications vasculaires ou diabète depuis > 20 ans.....	2
Thrombose veineuse profonde (TVP/embolie pulmonaire (EP))	
TVP/EP actuelle	1
Antécédents de TVP/EP	1
Cardiopathie ischémique	
Cardiopathie ischémique actuelle	2
Antécédents de cardiopathie ischémique	2

Valvulopathie cardiaque	
Sans complications	1
Avec complication	1
Varices	1
Thrombophlébite superficielle	1
Chirurgie lourde	
Avec immobilisation prolongée ou intervention sur les jambes ...	1
Sans immobilisation prolongée	1
Accidents vasculaire cérébral (antécédents d'accident vasculaire cérébral).....	2
Céphalées	
Légères.....	
Sévères :	1
- récurrentes, dont migraine sans symptômes neurologiques focaux	2
- récurrentes, dont migraine avec symptômes neurologiques focaux	2
Saignements vaginaux	
Saignements irréguliers peu abondants	2
Saignements abondants ou prolongés (y compris réguliers)	2
Saignements vaginaux inexplicables	4
Cancer du sein	
Actuel	4
Cancer passé, sans signe de pathologie depuis 5 ans	3
Grossein du sein non diagnostiquée	2
Mastopathie bénigne	1
Antécédents familiaux de cancer du sein	1
Cancer du col de l'utérus	2
Néoplasie intraépithéliale du col de l'utérus	2
Cancer de l'endomètre ou de l'ovaire	1
Tumeur ovarienne bénigne (dont kystes)	1
Infection génitale haute (IGH) ou risque d'IGH	
IGH passée (sans facteur de risque actuel de MST)	
- avec grossesse ultérieure	1
- sans grossesse ultérieure	1
IGH actuelle ou au cours des 3 derniers mois	1

MST	
MST actuelle (dont cervicite purulente)	1
MST au cours des 3 derniers mois (après traitement, pas de symptômes actuelles)	1
Vaginite sans cervicite purulente	1
Risque accru de MST	1
VIH/SIDA	
Sérologie positive pour le VIH	1
Risque élevé de VIH	1
SIDA	1
Affection des voies biliaires	
Actuelle	1
traitée médicalement	1
Asymptomatique ou traitée par cholécystectomie	1
Antécédents de cholestase	
En rapport avec la grossesse	1
Liés à l'utilisation passée de COC	2
Hépatite virale	
Evolutive	3
Chez sujet porteur	1
Cirrhose	
Légère (compensée)	2
grave (décompensée)	3
Tumeur du foie	
Bénigne (adénome)	3
Maligne (hépatome)	3
Fibrome de l'utérus	1
Antécédents de grossesse extra-utérine	1
Obésité	1
Affections de la thyroïde	
Goitre simple	1
Hyperthyroïdie	1
Hypothyroïdie	1
Thalassémie.....	1
Maladie trophoblastique	
Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne	1
Maladie trophoblastique gestationnelle maligne	1

Drépanocytose	1
Troubles de la coagulation (caillots)	
Anémie ferriprive	
- Hémoglobine 7 g/dl - 10 g/dl	1
- Hémoglobine < de 7 g/dl	1
Epilepsie	1
Schistosomiase	
Sans complications	1
Fibrose du foie	1
Fibrose du foie sévère	3
Paludisme	1
Interactions médicamenteuses	
Antibiotiques (rifampicine et griséofulvine)	3
Autres antibiotiques	1
Autre anticonvulsivants pour traiter l'épilepsie, sauf l'acide valproïque	3
Parité	
Nullipare	1
Primipare/multipare	1
Dysménorrhée sévère	1
Tuberculose	
Non génito-urinaire	1
Génito-urinaire-avérée	1
Endométriose	1
Allaitement au sein	
< 6 semaines après l'accouchement	
6 semaines à 6 mois (allaitement principalement au sein)	3
> 6 mois	1
Postpartum (chez les femmes non allaitantes)	
< 21 jours après l'accouchement	1
21 jours après l'accouchement	1
Post-abortum	
Avortement au premier trimestre	1
Avortement au deuxième trimestre	1
Immédiatement après un avortement avec complications infectieuses	1

4-14. Counseling [34]

4-14-1. Définition

On entend par Counseling les renseignements et le soutien offerts à la cliente pour l'aider à prendre une décision sur ses besoins en matière de santé de la reproduction.

Conseiller, c'est aider la cliente à prendre une décision en connaissance de cause.

Quand le Counseling est bien mené, la cliente se sent encouragée à :

- α Poser des questions sur la méthode qu'elle a choisie
- α Retourner au dispensaire si elle a des problèmes
- α Changer de méthode en toute liberté si elle n'est pas satisfaite de la première choisie

4-14-2. Les droits de la cliente [17, 36]

1. *Information* sur la planification familiale
2. *Accès* à tous les systèmes de prestation de services et à tous les prestataires de soins de santé.
3. Le *choix* d'adopter, de changer ou d'arrêter la méthode
4. L'utilisation sans risques de la planification familiale
5. Le caractère *privé* lors des discussions et des examens Physiques
6. Le caractère *confidentiel* de toute l'information
7. Etre traitée avec *dignité*, courtoisie, considération et prévenance
8. *Confort* en recevant les services
9. *Continuité* des soins aussi longtemps que la cliente le souhaite

10. Exprimer son *opinion* sur la qualité des services reçus

4-14-3. Objectifs du counseling

- Fournir des renseignements complets et exacts, expliqués de manière compréhensible pour la cliente
- Dissiper toute crainte éventuelle de la cliente
- Exposer toutes les méthodes contraceptives avec leur efficacité, avantages et inconvénients
- Aider la patiente à choisir la méthode qui lui conviendrait
- Suggérer à la patiente qu'elle interrompe la méthode pour des raisons médicales ou personnelles
- Indiquer à la patiente la date du retrait du Norplant, par rapport à la date d'insertion.

4-14-4. Différents types de Counseling pour les utilisatrices de Norplant

Pour les utilisatrices du Norplant, il se fera en trois phases :

- **Conseils préalables à l'insertion**

Après que la cliente ou le couple ait été renseigné et ait choisi le Norplant comme méthode contraceptive (en insistant sur les principales caractéristiques du Norplant, le caractère réversible, ses avantages et inconvénients, ses effets secondaires), on doit lui faire toucher les implants, l'informer de la procédure d'insertion ; lieux d'insertion, petite incision pratiquée. L'informer de ce qu'elle ne ressentira qu'une légère douleur au moment de l'injection de l'anesthésique locale au site d'insertion.

- **Conseils après l'insertion**

Immédiatement après l'insertion, informer la patiente que le pansement ne devra pas être mouillé, elle doit le protéger lors de ses baigns. La bande apposée sur le bras sera enlevée par la patiente elle-même le 3^{ème}

jour et le 8^{ème} jour elle reviendra dans le centre de santé pour enlever le pansement. L'informer des signes qui nécessitent un retour rapide au dispensaire (douleurs insupportables, saignement au point d'insertion, signes d'infection). Les trois premiers jours après l'insertion, après l'effet de l'anesthésique locale utilisé, elle peut ressentir une légère douleur au site d'insertion, un analgésique permettra de calmer la douleur.

- **Conseils de suivi**

Les conseillers écouteront attentivement toute question touchant quelque problème éprouvé par la patiente et seront prêts à y répondre. Lorsqu'on répond à ses questions, la cliente fait mieux face aux problèmes ou effets secondaires. Rassurer la cliente en lui redisant qu'elle peut se faire enlever les implants sur demande.

4-15. Insertion du Norplant [22]

4-15-1. Quand faut-il insérer le Norplant ?

Les capsules de Norplant peuvent être insérées à n'importe quel moment du cycle menstruel, si on peut s'assurer que la cliente n'est pas enceinte. Les meilleurs moments pour insérer le Norplant sont :

- pendant la menstruation ou dans les sept jours après le début des règles ;
- la période du post-partum, dans les trois à quatre semaines si la cliente n'allaite pas au sein ;
- après un avortement, immédiatement ou pendant les sept premiers jours ;
- pendant la période d'allaitement, après la sixième semaine du post-partum.

4-15-2. Qui peut se faire insérer le Norplant ?

Toutes les femmes peuvent utiliser des implants, quel que soit leur âge, qu'elles aient ou non des enfants.

4-15-3. Matériel recommandé pour l'insertion

- Une table d'examen sur laquelle la cliente peut s'allonger
- Un support de bras (facultatif)
- Un jeu de six capsules de Norplant non périmées stériles dans un sachet stérile
- Des champs opératoires stériles et cupules pour recueillir les capsules de Norplant
- Une paire de gants stériles
- Un savon pour laver le bras
- Une pince à badigeonner
- Un antiseptique : Bétadine dermique
- Un anesthésique local (à 1% sans adrénaline)
- Une seringue de 5 ou 10 ml et une aiguille de 2,5 à 4 cm
- Une lame de bistouri N°11 et une manche de bistouri N°11
- Un trocart de calibre 10 avec son mandrin
- Du sparadrap ordinaire ou gaze stérile et sparadrap chirurgical
- Des gazes et compresses stériles

4-15-4. Technique d'insertion

Elle se fait à la face antéro interne du bras. Après avoir lavé la peau avec de l'eau et du savon, badigeonner avec un antiseptique et injecter un anesthésique local. On pratique ensuite une incision peu profonde qui pénètre tout juste la peau à 6 à 8 cm au-dessus du pli du coude.

Les capsules sont introduites dans l'incision grâce au trocart spécialement conçu de calibre 10. Elles sont insérées dans le trocart et placées une à une en éventail juste sous la peau, avec l'ouverture de l'éventail à l'opposé du coude. Après insertion, un simple bandage suffit.

4-15-5. Soins et suivi après insertion

A la fin de l'insertion, il convient d'expliquer à la cliente :

- que la zone d'insertion sera probablement sensible pendant un ou deux jours, après résorption de l'anesthésique. Le site d'insertion pourra changer de couleur, être ecchymotique et œdématié pendant les premiers jours ; toutefois, cela ne devrait pas perturber ses activités normales.
- Qu'elle devra faire attention de ne pas heurter ni mouiller le point d'insertion pendant trois jours. Le pansement de gaze devra rester en place pendant 48 heures et le petit sparadrap pendant au moins trois à cinq jours, jusqu'à ce que l'incision soit cicatrisée.
- La cliente pourra reprendre immédiatement ses activités normales, à condition qu'elle maintienne à l'abri de l'eau la région d'insertion.
- Qu'en cas de signe d'infection (fièvre, rougeur et chaleur) par exemple au niveau du site de l'insertion ou des douleurs persistantes pendant plusieurs jours, elle devrait retourner à la clinique.

Après cicatrisation du site d'insertion, un suivi régulier à la clinique n'est pas indispensable. La cliente pourra y retourner si :

- elle a des problèmes liés à la méthode qui la préoccupent.
- elle désire faire retirer les capsules pour quelque raison que ce soit.

4-16. Retrait du Norplant [22]

4-16-1. Quand faut-il retirer les capsules ?

- Le retrait se fait à la demande de la cliente pour quelque raison que ce soit.

- Le retrait se fera également en cas de grossesse
- Le retrait se fera aussi cinq ans après insertion du Norplant

4-16-2. Matériel recommandé pour le retrait

- Une table d'examen sur laquelle la cliente peut s'allonger
- Un support de bras (facultatif)
- Des champs opératoires stériles et une cupule
- Une paire de gants stériles
- Du savon pour laver le bras
- Une pince à badigeonner
- Un antiseptique : Bétadine dermique
- Un anesthésique local
- Une seringue de 5 ou 10 cc ou ml et une aiguille de 2,5 à 4 cm
- Une lame de bistouri N°11 et une manche de bistouri N°11
- Deux pinces (moussquito et cryle)
- Du sparadrap ordinaire ou gaze stérile et du sparadrap chirurgical
- Gaze et compresses stériles.

4-16-3. Technique

Il est bon de commencer par localiser les capsules avec les doigts non gantés. Ensuite, on lave la région avec du savon et on badigeonne avec un antiseptique avant d'injecter un anesthésique local à l'endroit où l'incision sera faite.

On pratique une petite incision par laquelle on retirera les six capsules. L'incision ne devrait pas dépasser 4 mm, et on la fera à un endroit le plus équidistant possible du bout de toutes les capsules. On commence par retirer les capsules les plus faciles à atteindre. Le temps total de retrait ne devrait pas dépasser 30 mn. Enfin, on fait un pansement.

CADRE ET METHODE D'ETUDE

II- CADRE ET METHODE D'ETUDE

2-1. Cadre de l'étude

L'étude a été réalisée à la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) du Centre Hospitalier et Universitaire Hubert K.MAGA de Cotonou et à la clinique de l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) de Sikècodji

2-1-1. Présentation de la République du Bénin

La République du Bénin est un pays francophone situé au Sud-Ouest de l'Afrique Occidentale, dans le Golf du Bénin. Elle a une superficie de 114.763 km² [37]. Elle est limitée au Nord-Ouest par le Burkina-Faso, au Nord-Est par le Niger, au Sud par l'Océan Atlantique, à l'Est par le Nigeria et à l'Ouest par le Togo.

Son relief peu accidenté est constitué d'une bande côtière sablonneuse suivie de deux zones de plateaux massifs de l'Atacora au Nord où tous les fleuves prennent leur source. Le plus long des trois fleuves qui irriguent le pays est l'Ouémé.

Le Bénin connaît deux types de climat :

- Au Sud le climat Sub-Equatorial caractérisé par deux saisons de pluies et deux saisons sèches.
- Au Nord un climat tropical peu humide avec une saison de pluies et une saison sèche.

Sa population est estimée à 6.169.084 [38] pour l'an 2000 et 51,32% de cette population vit en milieu rural. L'activité économique prédominant dans le pays est l'agriculture ; elle occupe 56% de la population active.

La population béninoise est jeune et en majorité constituée de femmes (51% dont 44% en âge de procréer, avec un âge compris entre 15 et 49 ans).

Le taux d'accroissement annuel de la population est de 3,2%. Il est très élevé par rapport à la moyenne du groupe des pays les moins avancés dont le Bénin fait partie.

Le taux de natalité global est de 47,4 pour mille.

L'administration territoriale repose sur une structure pyramidale organisée comme suit :

12 départements ; 77 communes ; 517 arrondissements ; 3400 villages et quartiers de ville. Sa capitale économique est Cotonou et Porto-Novo est la capitale politique.

L'organisation sanitaire est calquée sur le découpage administratif avec une structure pyramidale à trois niveaux : niveau central ou national, niveau intermédiaire ou départemental et le niveau périphérique.

Au Bénin, il existe plusieurs ethnies et religions qui cohabitent pacifiquement permettant ainsi une meilleure intégration socioculturelle des contraceptifs. Les religions chrétiennes sont prédominantes et la religion catholique est la plus pratiquée : 31,7% de la population.

Le Gouvernement béninois autorise les activités de planification familiale ; il met en œuvre depuis 1992 un projet dénommé « Santé maternelle et infantile / Planification Familiale » rebaptisé « Santé de la reproduction et Planification Familiale » en 1995. Ce projet bénéficie de l'appui du FNUAP. La volonté de promouvoir et de soutenir la planification familiale des autorités politiques est officiellement manifestée en mai 1996 par l'adoption de la déclaration de la politique de population.

2-1-2. La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO)

Créée en 1978 et rénovée en 2005, la CUGO est la maternité de référence au plan national.

2-1-2-1. Les infrastructures:

La CUGO est divisée en quatre grands secteurs de fonctions bien distinctes

❖ **Le secteur de la consultation** dans lequel se déroulent :

- les consultations pré et post natales
- les consultations gynécologiques
- les vaccinations des gestantes et nourrissons

- les activités de planification familiale
- les examens échographiques et coloscopiques
- ❖ **Le secteur du bloc technique** qui comporte
 - Le bloc d'accouchement et ses dépendances
 - Le bloc opératoire et ses dépendances
 - Le bloc de réception des urgences comprenant deux salles
- ❖ **Le secteur d'hospitalisation** qui englobe :
 - Le bloc d'hospitalisation fait de trois catégories de salles
 - Une unité de soins intensifs
 - Une unité de néonatalogie
- ❖ **Le secteur du système d'information** qui regroupe le pool informatique et le service de statistique médical.

Dans la salle où se fait l'insertion et retrait du Norplant, on a le matériel de bureau suivant :

- un climatiseur
- un ventilateur
- un petit lavabo
- un bureau
- de deux chaises et deux petits tabourets
- une table d'examen gynécologique
- une table pour poser le bras lors des insertion/retrait des implants Norplant
- une table pour le matériel d'insertion/retrait

2) 2-1-2-2. Les ressources humaines

Le personnel de la CUGO est composé de :

- Deux enseignants de rang magistral
- Quatre professeurs assistants
- Quatre médecins gynécologues
- Un médecin anesthésique attaché au service
- Une pédiatre hématologue et son équipe (à temps partiel)

- Un pédiatre néonatalogue et son équipe (à temps partiel)
- Quarante quatre sages femmes
- Dix sept infirmiers d'Etat
- Trente deux aides-soignants
- Deux secrétaires
- Cinq agents administratifs

Des élèves sages-femmes et infirmiers, des étudiants en médecine et des médecins en spécialisation contribuent au fonctionnement du service tout en apprenant.

Le personnel s'occupant des activités de planification familiale est composé de trois sages – femmes formées en planification familiale et pour l'insertion/retrait du Norplant, trois gynécologues intervenant à temps partiel pour les insertions et les retraits du Norplant

Notons par ailleurs que la consultation pour la Planification Familiale est gratuite.

3) 2-1-2-3. Le Matériel

4) Il est constitué de :

- Une pèse personne
- Une lampe baladeuse
- Trois boîtes de spéculums contenant au total 31 spéculums
- Quatre tambours de champs troués et non troués
- Deux tambours de serviettes
- Deux stéthoscopes
- Deux tensiomètres
- Des gants et doigtiers
- Une boîte de pinces contenant quatre pinces de Péan, trois pinces à disséquer, une pince de Kocher, trois pinces à badigeonner, quatre pinces de Pozzi, des pinces de Mousquito et des pinces de Cryle
- Quatre haricots
- Du matériel d'asepsie
- De la Bétadine dermique

- Des seringues de 5 cc et de 10 cc à usage unique
- De la xylocaïne 1% sans adrénaline
- Douze trocarts pour insertion de Norplant
- Deux boîtes de retrait de Norplant contenant quatorze pinces hémostatiques, quatre pinces à disséquer, huit manches de bistouri
- Du sparadrap et des bandes de gaze
- Six kits d'insertion/retrait de DIU. Chaque Kit contient : un hystéromètre, deux pinces à badigeonner, une pince de Pozzi, un spéculum et une paire de ciseaux

2-1-2-4. Les activités à la CUGO

Les activités menées dans ce service sont :

- les prestations de services
- les activités de formation (formation des médecins inscrits en spécialisation, des étudiants en médecine, des élèves sages-femmes et infirmiers)
- les travaux de recherche menés en collaboration avec le Centre de Recherche en Reproduction Humaine et en Démographie (CERRHUD) : recherches opérationnelles d'appui aux prestations de services de la CUGO et celles d'autres institutions du pays, et au Ministère de la Santé.

2-1-2-5. L'approvisionnement en Norplant

La CUGO achète les implants Norplant à 500 F CFA l'unité à la Direction de la Santé Familiale du Ministère de la Santé. Ces implants sont fournis aux clientes au même prix.

2-1-3. la clinique de l'Association Béninoise pour la Promotion de la Famille (ABPF) de Sikècodji

La clinique de l'ABPF a été créée en 1972. C'est une clinique de référence en santé de la reproduction.

2-1-3-1. Les infrastructures

Elle comporte :

- Deux salles de Counseling
- Un hall d'attente où sont conduites des séances journalières de causerie, de projection sur écran téléviseur de cassettes vidéo, suivies de commentaires et discussions
- Deux salles de consultation
- Un bureau affecté au Directeur des services médicaux
- Une pharmacie
- Un laboratoire d'analyses biomédicales
- Une cabine de soins
- Un bureau affecté à l'assistance administrative et financière
- Une bibliothèque

Dans la salle où se fait l'insertion/retrait du Norplant on a :

- Une table d'examen gynécologique
- Une table support de bras lors de l'insertion/retrait
- Une table pour le matériel d'insertion/retrait
- Un tabouret et une chaise
- Un lavabo

2-1-3-2. Les ressources humaines

Le personnel est constitué de :

- Une assistante sociale
- Une animatrice de clinique
- Trois sages- femmes
- Un médecin généraliste
- Un technicien de laboratoire
- Une aide laborantine
- Une assistante administrative et financière
- Des agents d'entretien

2-1-3-3. Le matériel

Il est constitué de :

- Une boîte de champs troués
- Une boîte de serviettes
- Une boîte de champs non troués
- Une lampe baladeuse
- Une pèse personne
- Deux stéthoscopes, deux tensiomètres
- Une boîte contenant 37 spéculums
- Une boîte de pinces de tout genre au nombre de 26 pinces
- Des seringues de 5 cc, 10 cc à usage unique
- Une boîte de compresses stériles, du sparadrap, des compresses
- De la xylocaïne 1% sans adrénaline
- De la Bétadine dermique
- Une boîte de gants non stériles
- Une boîte contenant 31 trocarts
- Des lames de bistouri N°11 et des manches de bistouri N°11
- Un poupinel

2-1-3-4. Les prestations

- Conseils et planification familiale
- Consultations de médecine générale, gynécologiques et obstétricales (pré et post- natales)
- Prévention et prise en charge psycho médico-sociale des IST
- Conseils prénuptiaux
- Analyses médicales
- Vente de médicaments

2-1-3-5. L'approvisionnement en Norplant

L'ABPF achète les implants Norplant à 500F et les revend aux clientes à 600 F CFA.

2-2. Méthode d'étude

2-2-1. Nature et durée de l'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective et prospective couvrant respectivement les périodes allant de Juin 1995 à Juin 2007 et du 1^{er} Avril au 30 Mai 2008.

2-2-2. Population d'étude

Nous avons effectué un recrutement rétrospectif des utilisatrices du Norplant durant la période de Juin 1995 à Juin 2007.

La période du 1^{er} Avril au 30 Mai a été consacrée à un recrutement prospectif des utilisatrices du Norplant.

Notons que ce dernier recrutement a été effectué essentiellement dans le but de rechercher les données que nous n'avons pas pu obtenir au cours du recrutement rétrospectif

a) Recrutement rétrospectif

Il a été réalisé à la CUGO.

Critère d'inclusion :

Ont été retenues :

- Les femmes chez qui le Norplant a été inséré dans le service et qui utilisent le Norplant comme unique méthode contraceptive.
- Les femmes ayant bénéficié de l'insertion du Norplant et qui sont

revenues pour le retrait.

Critères d'exclusion

Ont été exclues :

- Les utilisatrices de Norplant non suivies dans le service
- Les utilisatrices de Norplant suivies dans le service mais n'ayant pas un dossier complet

b) Recrutement prospectif

Il a été réalisé à l'ABPF à cause de la fréquentation élevée de ce centre.

Critère d'inclusion

Ont été retenues toutes les femmes venues pour adopter le Norplant pendant la période d'enquête

Critères d'exclusion

Ont été exclues les femmes non consentantes.

2-2-3. Taille de l'échantillon

a) Recrutement rétrospectif

La taille de l'échantillon a été obtenue par la formule de SCHWARTZ

$$N = \frac{Z^2}{I^2} p q$$

$$Z = 1,96 \text{ pour } \alpha = 5\%$$

$$p = \text{prévalence de l'utilisation du Norplant qui est de } 21.6 \%$$

$$q = \text{complémentaire de la probabilité} = 1 - p$$

$$I = \text{marge d'erreur acceptée soit } 5 \%$$

$$N = 260,2$$

Nous avons donc choisi arbitrairement une taille de 500 compte tenu de nos ressources.

b) Recrutement prospectif

La taille de l'échantillon a été obtenue par un recrutement exhaustif de tous les cas répondant aux critères d'inclusion.

Nous avons recruté au total 100 femmes.

2-2-4. Technique de collecte

Nous avons exploité les registres des services de planification familiale et les dossiers des clientes utilisatrices de Norplant pendant la période allant de Juin 1995 à Juin 2007. Puis nous avons eu un entretien avec les clientes utilisatrices de Norplant venues à la planification familiale du 1^{er} Avril au 30 Mai 2008.

2-2-5. Outils de collecte

Nous avons utilisé :

- une fiche de dépouillement des dossiers avec son code pour le recrutement rétrospectif.
- un guide d'entretien avec son code pour le recrutement prospectif.

2-2-6. Traitement des données

Les données recueillies ont été codifiées, saisies dans le logiciel Excel, vérifiées et corrigées. Puis, elles ont fait l'objet d'une analyse statistique sur la base des objectifs d'étude et à l'aide du logiciel Epi info 3.3.2.

RESULTATS

III- RESULTATS

A- Etude rétrospective

1- Prévalence de l'utilisation du Norplant par rapport aux méthodes contraceptives modernes utilisées à la CUGO de Juin 1995 à Juin 2007

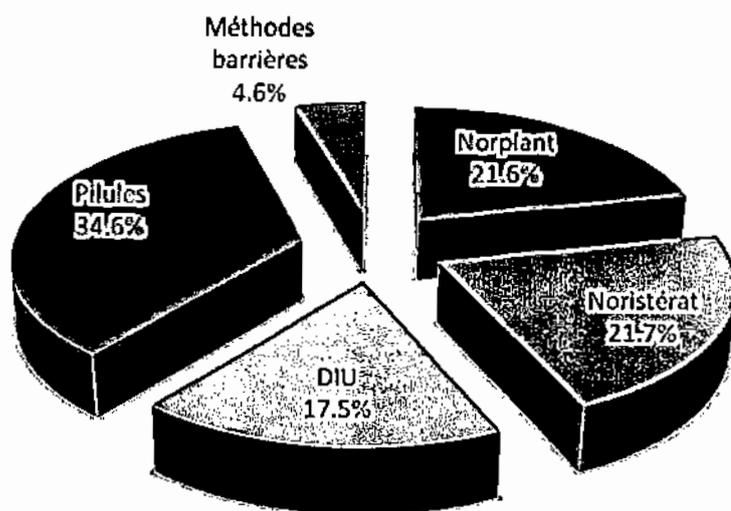


Figure I : Répartition des acceptantes de méthodes contraceptives selon la méthode utilisée de Juin 1995 à Juin 2007 à la CUGO

Le Norplant occupe le 3^{ème} rang parmi les méthodes contraceptives utilisées par les femmes à la CUGO.

2- Profil épidémiologique des utilisatrices du Norplant

2-1. Age

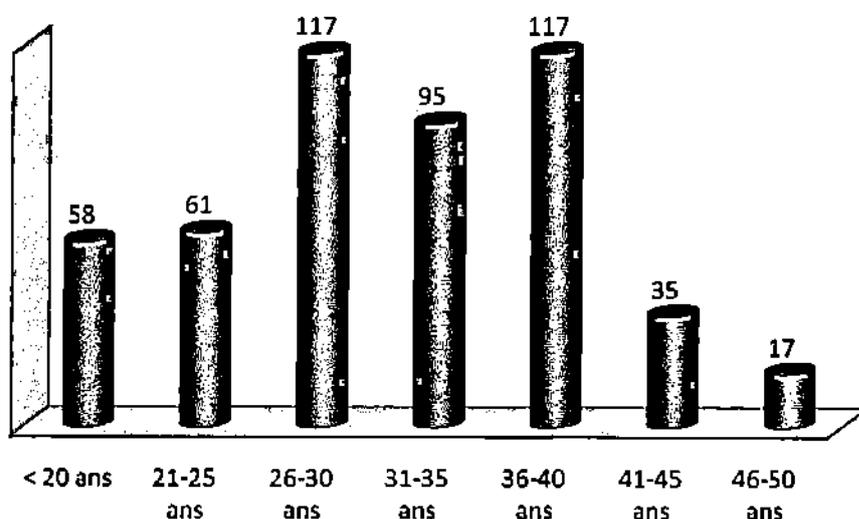


Figure II : Répartition des utilisatrices de Norplant en fonction de l'âge

L'utilisatrice de Norplant la moins âgée a 13 ans et la plus âgée a 50 ans ; l'âge moyen étant de 31,3 ans.

Les femmes qui ont un âge compris entre 26 et 40 ans représentent 329 sur 500 soit 65,8%

2-2. Poids

Tableau I : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du poids

	N	%
< 40 kg	01	0,2
40 -49kg	07	01,4
50 -59kg	118	23,6
60 -69kg	271	54,2
70 -79kg	73	14,6
80 -89kg	23	04,6
≥ 90 kg	07	01,4
Total	500	100

Le poids le plus faible est de 39 kg et le poids le plus élevé est de 108kg pour l'ensemble de l'échantillon ; le poids moyen étant de 63,1 kg

Les femmes ayant entre 60 et 69 kg sont les plus nombreuses : 271 cas sur 500 soit 54,2% des cas

2-3. Religion

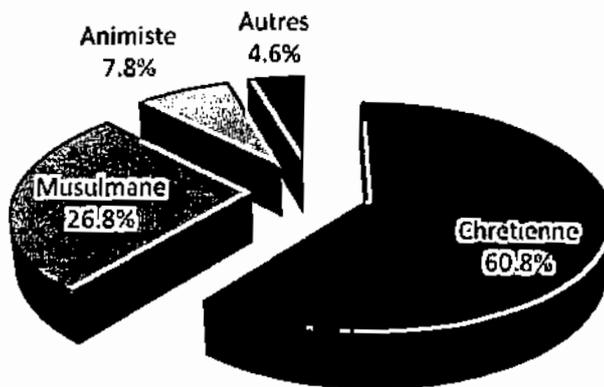


Figure III : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la religion

Les chrétiennes sont les plus nombreuses dans notre échantillon : 304 femmes sur 500 soit 60,8% des cas. Les autres religions regroupent : Eckankar, et athée

2-4. Situation matrimoniale

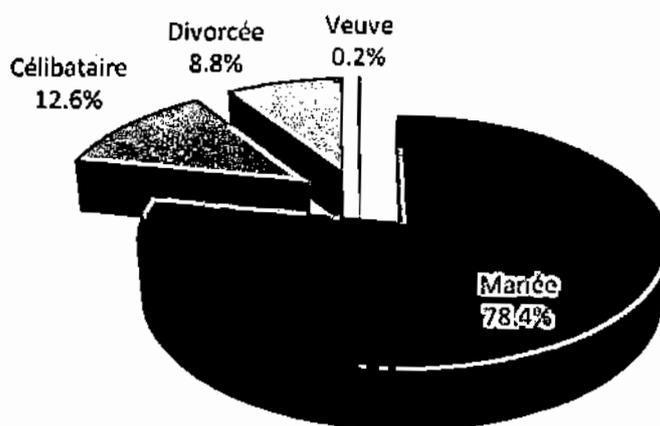


Figure IV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur situation matrimoniale.

La majorité des femmes de notre échantillon sont des mariées : 78,4 des cas.

2-5. Profession

Tableau II : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur profession

	N	%
Vendeuse/commerçante	226	45,0
Ménagère	72	14,4
Artisane	56	11,2
Paysanne	02	0,4
Apprentie	16	03,2
Elève/ Etudiante	45	09,0
Fonctionnaire	83	16,6
TOTAL	500	100

Les vendeuses et les commerçantes sont les plus nombreuses à utiliser le Norplant : 226 femmes sur 500 soit 45% des cas ; viennent ensuite les fonctionnaires (16,6%) puis les ménagères (14,4%) et les artisanes (11,2%)

2-6. Niveau d'instruction

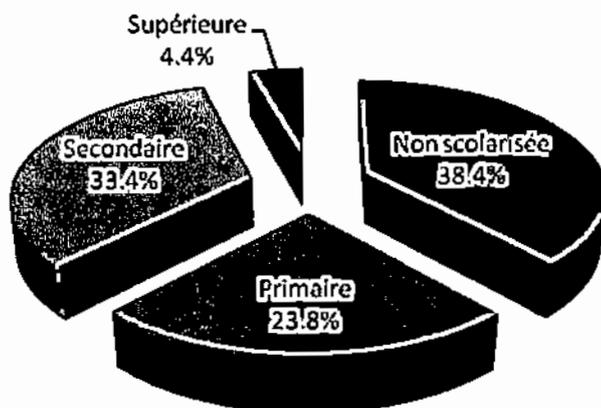


Figure V : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur niveau d'instruction

Les femmes scolarisées sont les plus nombreuses dans notre échantillon : 308 femmes sur 500 soit 61,6% des cas, 33,4% des femmes ont un niveau scolaire secondaire tandis que 23,8% ont un niveau scolaire primaire

2-7. Zone de résidence

Tableau III : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur zone de résidence

	N	%
Urbaine	480	96
Rurale	20	4,0
TOTAL	500	100

La plupart des utilisatrices du Norplant vivent en milieu urbain : 96% des cas

2-8. Antécédents gynéco - obstétricaux

2-8-1. Gestité

Tableau IV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la gestité

	N	%
0	42	08,4
1	35	07,0
2 - 3	191	38,2
≥ 4	232	46,4
TOTAL	500	100

Les multigestes sont les plus nombreuses : 232 cas sur 600 soit 46,4 % des cas.

Le nombre maximum de grossesse est de 12 et concerne 2 femmes sur 500 soit 0,4 % des femmes. La médiane de gestité est : 3

2-8-2. Parité

Tableau V : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la parité

	N	%
Nullipare (0)	61	12,2
Primipare (1)	34	06,8
Paucipare (2-3)	197	39,4
Multipare (4-5)	158	31,6
Grande multipare	50	10,0
TOTAL	500	100

Les paucipares sont les plus nombreuses : 197 sur 500 soit 39,4% des cas, viennent ensuite les multipares (31,6%). La médiane de parité est : 3

2-8-3. Avortements provoqués

L'antécédent d'avortement provoqué est retrouvé chez 113 utilisatrices du Norplant sur 500 soit 22,6 % des femmes.

Tableau VI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre d'avortement provoqué

	N	%
1	84	74,3
2 -3	28	24,8
4	01	0,90
TOTAL	113	100

Parmi les 113 femmes qui ont un antécédent d'avortement provoqué, 84 sur 113 soit 74,3% ont eu à faire un cas avortement provoqué.

2-8-4. Avortements spontanés

L'antécédent d'avortement spontané est retrouvé chez 64 utilisatrices du Norplant sur 500 soit 12,8 % des cas

Tableau VII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre d'avortement spontané

	N	%
1	34	53,1
2	30	46,9
TOTAL	64	100

Parmi les 64 femmes qui ont un antécédent d'avortement spontané, 34 sur 64 soit 53,1% ont eu un cas d'avortement spontané, tandis que 46,9% des femmes ont eu 2 cas d'avortements spontanés

2-8-5. Nombre d'enfants vivants

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre d'enfant vivant.

	N	%
0	25	05,0
1-2	124	24,8
3-4	257	51,4
5-6	89	17,8
≥ 7	05	01,0
TOTAL	500	100

La plupart des femmes de notre échantillon ont eu 3 à 4 enfants : 257 sur 500 soit 51,4% des femmes, 29,8% ont eu moins de 3 enfants tandis que 18,8% ont eu plus de 4 enfants

2-8-6. Méthodes contraceptives antérieurement utilisé

66 femmes sur 500 soit 13,2 % des enquêtées ont eu à utiliser antérieurement une méthode contraceptive avant la première insertion du Norplant. Les autres ont déclaré n'avoir utilisé aucune méthode contraceptive avant la première insertion du Norplant.

Tableau IX : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des méthodes contraceptives antérieurement utilisées.

	N	%
Noristérat	33	50,0
Pilule	28	42,4
DIU	03	04,6
Préservatif	02	03,0
TOTAL	66	100

Les méthodes les plus utilisées par les utilisatrices du Norplant avant la première insertion du Norplant sont le Noristérat et la Pilule.

2-9. Antécédents médicaux

Parmi les 500 femmes, 101 avaient des antécédents médicaux.

Les antécédents susceptibles d'influencer l'utilisation du Norplant sont l'hypertension artérielle (HTA) : 11,4% des femmes ayant d'antécédent médicaux ; et le diabète (14,6%)

3- Complications au site d'insertion

Parmi les 500 utilisatrices du Norplant de notre échantillon, 1 femme soit 0,2 % des femmes ont signalé des complications après insertion du Norplant. Il s'agissait de démangeaison au site d'insertion.

99,8% des femmes n'ont eu aucune complication au site d'insertion

4- Retrait du Norplant

4-1. Nombre des utilisatrices ayant déjà retiré le Norplant

Tableau X : Répartition des utilisatrices du Norplant selon qu'elles ont retiré ou non le Norplant au moment de l'enquête

	N	%
Oui	78	15,6
Non	422	84,4
TOTAL	500	100

78 utilisatrices du Norplant sur 500 soit 15,6% avaient déjà retiré le Norplant au moment de l'enquête tandis que 422 utilisatrices soit 84,4% portent encore le Norplant.

Chez les 78 chez qui le Norplant a été retiré, 24 soit 30,8% aimeraient le remettre.

4-2. Motif de retrait du Norplant

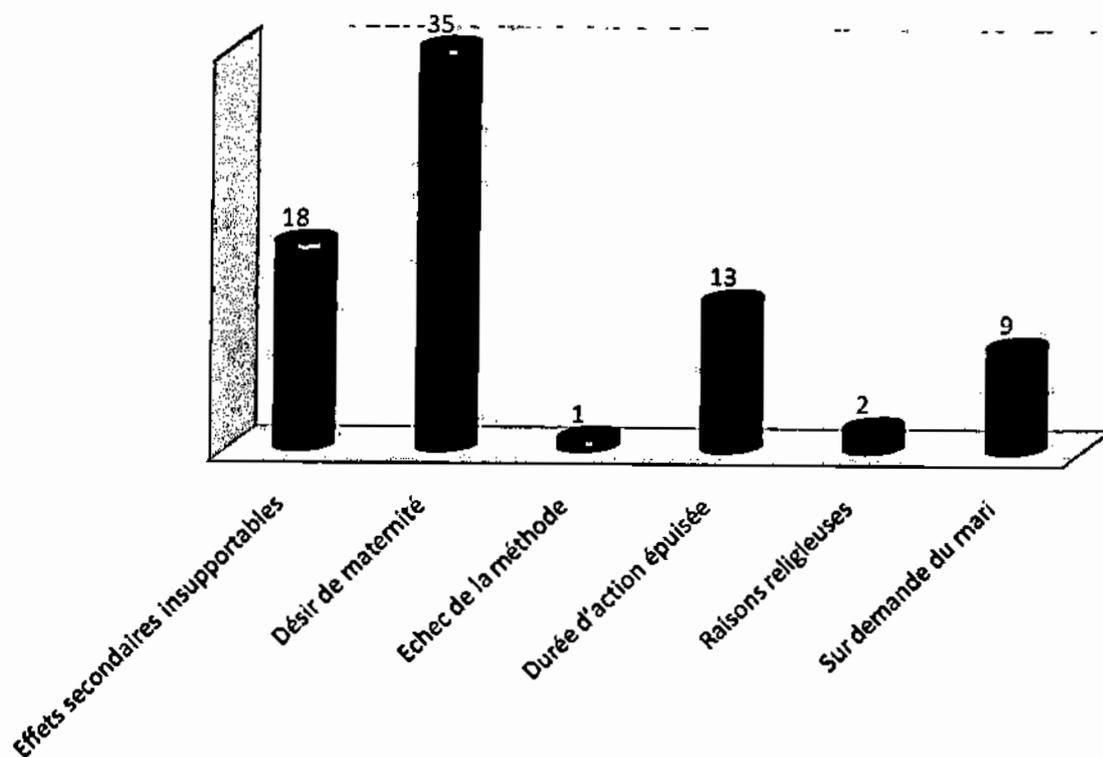


Figure VI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du motif de retrait

Le désir de maternité (35 femmes sur 78 soit 44,9%) représente le motif de retrait le plus cité ; viennent ensuite les effets secondaires insupportables : 23,1% ; et la durée d'action épuisée : 16,7%

4-3. Les effets secondaires ayant motivé le retrait

Tableau XI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des différents effets secondaires cités comme raisons ayant motivé le retrait

	n =78	%
Métrorragies	10	12,8
Prise de poids	07	08,1
Aménorrhée	02	02,6
Migraine	02	02,6
Frigidité	01	01,3
Hyperménorrhée	09	11,5
Spotting	08	10,3
Douleur au bras d'insertion	01	01,3

Plusieurs effets secondaires ont été parfois cités par la même femme. Les effets secondaires les plus cités sont les métrorragies (12,8%), l'hyperménorrhée (11,5%), les spotting (10,3%) et la prise de poids (08,1%).

4-4. Complications liées au retrait

Tableau XII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des complications lors du retrait du Norplant

	N	%
Aucune complication	73	93,6
Difficulté à l'ablation	03	03,8
Rétention d'un bout du Norplant	02	02,6
TOTAL	78	100

Chez les 78 femmes chez qui le Norplant a été retiré, 73 soit 93,6 % n'ont eu aucune complication lors du retrait du Norplant tandis que 5 femmes soit 06,4% ont eu des complications. Les principales complications observées sont : la difficulté liée à l'ablation et la rétention d'un bout du Norplant

5- Effets secondaires du Norplant

5-1. Les différents types d'effets secondaires

Tableau XIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des différents types d'effets secondaires observés

	N	%
Troubles menstruels	100	62,5
Prise de poids	30	18,8
Diminution du poids	03	01,9
Frigidité	02	01,2
Nervosité	05	03,1
Migraine	20	12,5
TOTAL	160	100

Plusieurs effets secondaires du Norplant ont été signalés par la même patiente. Les troubles menstruels sont les plus cités : 62,5 % de tous les effets secondaires ; viennent ensuite la prise de poids (18,8%) et les migraines (12,5%)

Les troubles menstruels sont représentés par les aménorrhées, les métrorragies, les ménorragies, les hyperménorrhées et les spotting.

5-2. Etude des différents types d'effets secondaires

5-2-1. Les troubles menstruels liés au port du Norplant

Tableau XIV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des troubles menstruels liés au port du Norplant

	N	%
Aménorrhée	30	30
Métrorragies	13	13
Ménorragie	05	05
Hyperménorrhée	17	17
Spotting	35	35
TOTAL	100	100

Parmi les 100 femmes qui se sont plaintes de troubles menstruels, 30 soit 30% présentaient des aménorrhées ; les spotting étaient signalés par 35 % des femmes ; 17% des femmes présentaient des hyperménorrhées, et 13% avaient plutôt les métrorragies.

5-2-2. Délai d'apparition des troubles menstruels après l'insertion du Norplant

Tableau XV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du délai d'apparition des troubles menstruels après l'insertion du Norplant

	N	%
< 1 an	25	25
1 - 2 ans	70	70
> 2 ans	05	05
TOTAL	100	100

Parmi les 100 femmes qui se sont plaint de troubles menstruels, 70 % l'ont observé entre la 1^{ère} et la 2^{ème} année après l'insertion du Norplant, tandis que 25% l'ont observé moins d'un an après l'insertion.

5-2-3. Délai d'apparition de la prise de poids après l'insertion du Norplant

Tableau XVI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du délai d'apparition de la prise de poids après l'insertion du Norplant

	N	%
< 1 an	16	53,3
1 - 2 ans	08	26,7
3 - 4 ans	06	20,0
TOTAL	30	100

Parmi les 30 femmes qui ont eu comme effet secondaire la prise de poids, la majorité (53,3%) a observé cette prise de poids moins d'un an après insertion du Norplant ; 60% de ces femmes ont eu un gain pondéral de 1 à 4 kg, 30,5% ont eu un gain pondéral de 5 à 9 kg tandis que 9,5% ont eu un gain pondéral de plus de 9 kg.

Le gain pondéral minimal est de 1 kg et gain pondéral maximal est de 16 kg

5-2-4. Délai d'apparition de la migraine après l'insertion du Norplant

Tableau XVII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du délai d'apparition de la migraine après l'insertion du Norplant

	N	%
< 1 an	05	25
1 - 2 ans	14	70
3 ans	01	05
TOTAL	20	100

Parmi les 20 femmes qui se sont plaintes de migraines après insertion du Norplant, 70 % l'ont observé entre la 1^{ère} et la 2^{ème} année après l'insertion du Norplant, tandis que 25% des femmes ont eu ces migraines moins d'un an après l'insertion.

5-2-5. Délai d'apparition de la diminution du poids après l'insertion du Norplant

Les 03 femmes qui ont maigri après insertion du Norplant, ont constaté cet amaigrissement 3 ans après l'insertion ; 02 femmes sur 03 soit 66,7% des femmes ont perdu entre 1 et 3 kg tandis que 33,3% de ces femmes ont perdu 4 kg.

5-2-6. Délai d'apparition de la frigidité après l'insertion du Norplant

Toutes les 02 femmes qui ont eu une frigidité après insertion du Norplant l'ont observé 1 an après un retrait- réinsertion du Norplant

5-2-7. Délai d'apparition de la nervosité après l'insertion du Norplant

Parmi les 05 femmes qui se sont plaintes de nervosité après insertion du Norplant :

- 70,2 % l'ont eu entre la 3^{ème} année et 4^{ème} année après l'insertion
- 19% l'ont eu entre la 2^{ème} et la 3^{ème} année non incluse
- 10,8 % l'ont eu moins d'un an après l'insertion

6- Durée de port

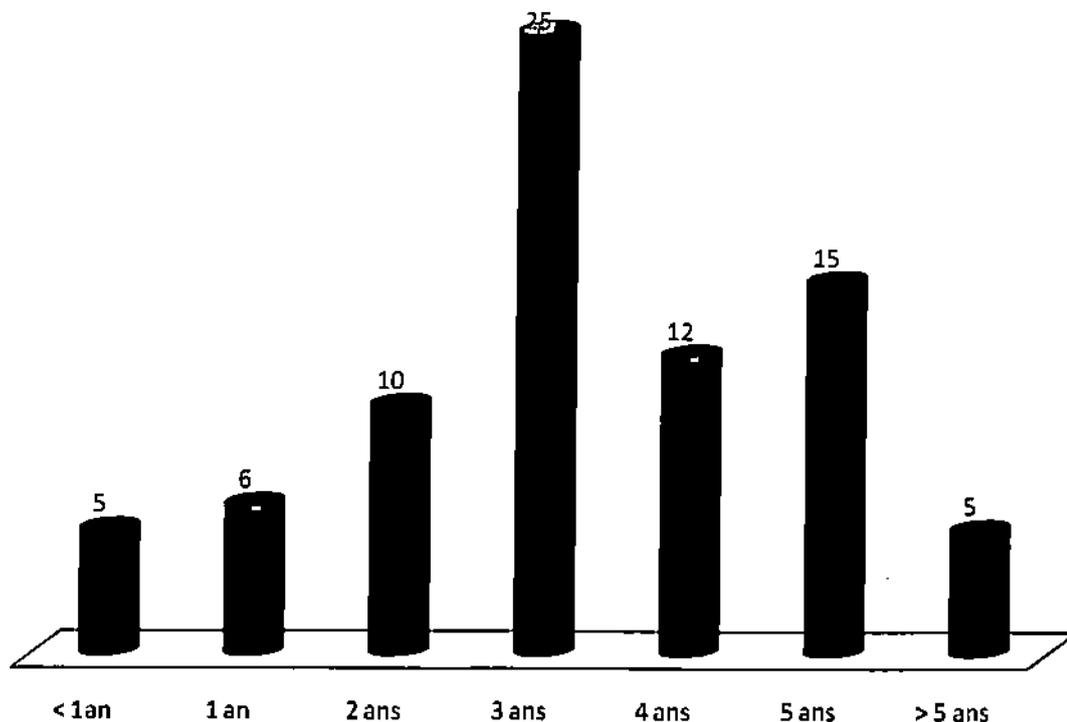


Figure VII: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la durée de port

Parmi les 78 femmes qui ont eu à retirer le Norplant, 58 soit 74,4 % ont retiré le Norplant avant 5 ans tandis que 25,6 % des femmes ont gardé le Norplant pendant 5 ans et plus

7- Taux d'abandon du Norplant

Parmi les 500 utilisatrices de Norplant recensées pendant le recrutement rétrospectif, 58 ont retiré le Norplant avant la durée d'action. Le taux d'abandon est donc de 11,6%.

8- Taux d'échec de la méthode

Sur 500 femmes nous avons eu 1 cas de grossesse sous Norplant soit un taux d'échec de 0,2%.

Il s'agit d'une utilisatrice de 33 ans, mariée sixième geste, troisième pare avec 3 enfants vivants, une fausse couche provoquée et deux fausses couches spontanées.

Les antécédents médicaux retrouvent des troubles neurologiques pour lesquels elle a été mise sous phénobarbital.

Le Norplant a été inséré chez cette patiente le 03 juillet 2000 et le retrait a été fait le 13 février 2002 après confirmation d'une grossesse évolutive. La durée de port chez cette cliente a été de 19 mois

9- Nombre de visites effectués

Tableau XVIII: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction du nombre de visites effectuées depuis l'insertion du Norplant.

	N	%
0-3	250	50
4-7	200	40
8-11	35	07
12-16	15	03
TOTAL	500	100

90 % des utilisatrices de Norplant ont effectué 0-7 visites, tandis que 10 % des utilisatrices ont effectué plus de 7 visites.

B- Etude prospective

1- **Connaissances d'autres méthodes contraceptives modernes par les clientes**

Tableau XIX: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la connaissance d'autres méthodes contraceptives modernes

	n = 100	%
Pilules	97	97
Contraceptifs injectables	96	96
DIU/ Stérilet	92	92
Préservatifs	100	100
Spermicides	42	42

Les utilisatrices du Norplant connaissent plusieurs méthodes contraceptives modernes en dehors du Norplant. Elles ont plus de connaissances sur les préservatifs (100%), les pilules (97%) et les contraceptifs injectables (96%). Le spermicide est le moins connu

2- Raisons du choix du Norplant

Tableau XX : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des raisons de choix.

	n = 100	%
Longue durée d'action	99	99
Peu contraignant	97	97
Limiter les naissances	20	20
Espacer les naissances	97	97
Moins d'effets secondaires	01	01
Efficace	04	04
Coût abordable	05	05
Essai pour désir de contraception	01	01
Discrétion	03	03

Plusieurs raisons ont été citées à la fois par les patientes. La plupart des utilisatrices du Norplant l'ont choisi à cause de sa longue durée d'action (99%), de son caractère peu contraignant (97%), et pour espacer les naissances (97%)

3- Sources d'information sur le Norplant

Tableau XXI : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur source d'information.

	N	%
Centres de santé	31	31
Parents / amies	52	52
Mass média	16	16
Service /marché	01	01
TOTAL	100	100

Les parents et amies (52%) et les centres de santé (31%) demeurent les principales sources d'informations citées par les utilisatrices du Norplant. Les autres sources d'information sont les mass médias (16%) et les lieux de travail tels que les services et les marchés (1%)

4- Implication du mari ou du conjoint dans l'utilisation du Norplant

4-1. Mari / Conjoint au courant

Tableau XXI I: Répartition des utilisatrices du Norplant selon que le mari ou conjoint soit au courant ou non de l'utilisation du Norplant.

	N	%
Oui	82	82
Non	18	18
TOTAL	100	100

82% des maris ou conjoints sont au courant que leurs épouses/conjointes utilisent le Norplant ; tandis que 18% des maris des femmes utilisatrices du Norplant ne le sont pas.

4-2. Personne ayant suggéré le port du Norplant

Tableau XXIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de la personne ayant suggéré au sein du couple l'utilisation du Norplant.

	N	%
Utilisatrice elle même	49	49
Mari de l'utilisatrice	33	33
Amie de L'utilisatrice	18	18
TOTAL	100	100

Dans 33 cas sur 100, l'utilisation du Norplant a été suggérée par le mari, tandis que dans 49% des cas l'initiative vient de la femme elle-même.

4-3 Sources d'information du mari ou conjoint

Tableau XXIV : Répartition des utilisatrices de Norplant en fonction des sources d'information du mari ou conjoint

	N	%
Télévision	01	04,3
Radiodiffusion	04	17,4
Centre de santé	08	34,8
Ami	08	34,8
Par l'utilisatrice même	02	08,7
TOTAL	23	100

Sur les 33 femmes dont les maris ont suggéré l'utilisation du Norplant, 23 ont pu répondre à cette question. Les 10 autres ignorent la source d'information de leurs maris. Celles qui connaissent la source d'information de leurs maris ont déclaré que leurs maris ont eu l'information sur le Norplant principalement auprès des amis (34,8%) et dans les centres de santé (34,8%)

4-4. Raisons avancées par les maris / conjoints pour suggérer l'utilisation du Norplant à leur épouses / conjointes

Tableau XXV : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction des raisons avancées par les maris / conjoints pour leur suggérer l'utilisation du Norplant

	N	%
Efficacité	1	03,0
Limiter les naissances	5	15,2
Espacer les naissances	20	60,6
Longue durée d'action	6	18,2
Coût abordable	1	03,0
TOTAL	33	100

Parmi les 33 maris qui ont suggéré le port du Norplant à leurs femmes, 75,8% l'ont suggéré pour limiter ou espacer les naissances, tandis que 18,2% ont suggéré le Norplant pour sa longue durée d'action.

5- Avis des femmes sur l'utilisation du Norplant

5-1. Satisfaction par rapport au Norplant

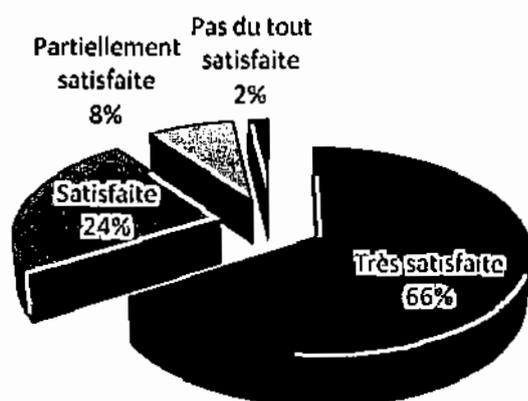


Figure VIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur degré de satisfaction par rapport au Norplant

90% des utilisatrices sont satisfaites du Norplant aux plans d'efficacité, et de tolérance ; tandis que 10 femmes sur 100 soit 10% des femmes sont partiellement satisfaites ou pas du tout satisfaites. Ces dernières ont justifié leur déception soit par la sensation d'être toujours malade, soit par l'existence des saignements génitaux prolongés affectant la vie sexuelle, soit par la frigidité et autre.

5-2. Canal de communication susceptible d'atteindre le plus grand nombre de femmes

Tableau XXVI: Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur avis sur les canaux de communication susceptibles d'atteindre le plus grand nombre de femmes

	N	%
Mass média	47	47
Causerie	15	15
Centre de santé	27	27
Visite à domicile	09	09
ONG	02	02
TOTAL	100	100

47% des utilisatrices de Norplant pensent que les mass médias sont les canaux de communication les plus appropriés dans leur localité tandis que 27 utilisatrices sur 100 soit 27% ont préféré les centres de santé ; les causeries (15%), les visites à domicile et les ONG ont également été cités par certaines femmes comme étant les canaux de communication les plus crédibles.

5-3. Personnes pouvant mieux transmettre des informations sur le Norplant

Tableau XXVII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur avis sur les personnes pouvant mieux transmettre des informations sur le Norplant

	N	%
Utilisatrice satisfaite	76	76
Association de femmes	07	07
Agent de santé	17	17
TOTAL	100	100

Il ressort de ce tableau que les personnes pouvant mieux transmettre des informations sur le Norplant sont les utilisatrices satisfaites (76%), les agents de santé (17%) et les associations de femmes.

5-4. Supports appropriés pour amener les femmes à adopter le Norplant

Tableau XXVIII : Répartition des utilisatrices du Norplant en fonction de leur avis sur les supports appropriés pour amener les femmes à adopter le Norplant.

	N	%
Mass média	52	52
Causerie	43	43
Association de jeunes	05	05
TOTAL	100	100

52% des utilisatrices du Norplant pensent que les mass média sont appropriés pour amener beaucoup de femmes à adopter le Norplant, tandis que 43% des utilisatrices signalent que la causerie entre femmes et personnel de santé serait plus approprié.

COMMENTAIRE ET REVUE DE LITTÉRATURE

Commentaire et revue de littérature :

4.1. Prévalence de l'utilisation du Norplant par rapport aux autres méthodes contraceptives modernes utilisées par les femmes à la CUGO :

Le Norplant occupe le 3^{ème} rang parmi les méthodes contraceptives utilisées par les femmes à la CUGO. Dans l'étude de NAAH [39], il a occupé le 2^{ème} rang. Ce recul pourrait être du à la propagation des fausses rumeurs et à l'insuffisance d'information relative à l'utilisation du Norplant (avantages et inconvénients).

L'information constituant un volet très important de toute méthode contraceptive, les prestataires de santé devraient redoubler d'efforts pour informer les utilisatrices sur l'utilisation du Norplant, ses avantages, ses inconvénients et surtout ses effets secondaires. Ceci permettrait d'augmenter le nombre des utilisatrices.

4.2. Profil épidémiologique des utilisatrices de Norplant :

4.2.1. Age :

Dans notre échantillon, les utilisatrices de Norplant ont un âge moyen de 31,3 ans. Ceci est proche des 31,8 ans retrouvé par NAAH [39] et des 32 ans retrouvé par KONE [15] au Burkina - Faso par HAMA ZAOUÏ [40] en Tunisie, et par MOREAU [41] au Sénégal ; mais inférieur aux 27 ans rapportés par RALISATA [42] au Madagascar, aux 27,2 ans de SIVIN [43] aux USA et aux 24,7 ans rapportés par CULLINS [44]. Les femmes bénéficiant du Norplant sont donc relativement jeunes.

Dans notre série, les utilisatrices de Norplant dont l'âge varie entre 26 et 40 ans sont les plus nombreuses ; tandis que dans la série de VEKEMANS en Belgique [45], la tranche d'âge la plus représentée est de 25 à 29 ans.

4.2.2. Poids :

Dans notre série, le poids moyen est de 63,1 kg. Ce poids moyen se rapproche des 63 kg retrouvé par CHRAÏBI [46] au Maroc, mais est supérieur aux 60 kg et aux 61,8 kg retrouvé respectivement par KONE [47] et NAAH [39].

Les femmes ayant un poids entre 60 et 69 kg sont les plus nombreuses dans notre échantillon : 54,2%. NAAH [39] a par contre trouvé que les clientes ayant un poids entre 50 et 59 kg sont les plus nombreuses dans sa série.

4.2.3. Religion :

Les chrétiennes sont les plus nombreuses dans notre échantillon : 60,8%. Cette majorité chrétienne avait également été signalée par ARGINA [48] en Ethiopie et par NAAH [39].

Malgré les attitudes hostiles de certaines religions face aux méthodes contraceptives, on pourrait être tenté de dire que la religion ne semble guère avoir d'impact sur l'utilisation du Norplant.

4.2.4. Situation matrimoniale :

La majorité des femmes de notre échantillon sont des mariées : 78,4%. Ce pourcentage de mariées est légèrement inférieur à celui retrouvé par NAAH [39] et RALISATA [42] qui sont respectivement de 84,4% et de 82%.

Les femmes mariées sont donc celles qui ont le plus sollicités le Norplant. Ceci s'expliquerait par le fait que cette méthode contraceptive est de longue durée, peu contraignante et leur permet de vivre librement leur sexualité tout en ayant la possibilité de décider du choix de la naissance d'un enfant et du moment de cette naissance.

4.2.5. Profession :

Les vendeuses et les commerçantes sont les plus nombreuses à utiliser le Norplant dans notre série : 45%. NAAH [39] a également signalé cette prédominance des vendeuses et des commerçantes dans son étude. RALISATA [42], KONE [15] et ARGINA [48] ont quant à eux remarqué que les ménagères étaient plutôt les plus nombreuses à utiliser le Norplant.

4.2.6. Niveau d'instruction :

Les femmes scolarisées sont les plus nombreuses dans notre échantillon : 61,6% dont 23,8 % de niveau primaire, 33,4 % de niveau secondaire et 4,4 % de niveau supérieur. Ces résultats se rapprochent de ceux de NAAH [39] qui a remarqué que 61% des utilisatrices de Norplant de sa série étaient scolarisées. Par ailleurs KONE [15], HAMA ZA OUI [40], et RALISATA [42] ont également signalé que la majorité des utilisatrices de Norplant de leurs séries étaient scolarisées. Le rôle du niveau d'instruction est non négligeable

pour l'adoption d'une méthode contraceptive. Une étude menée par HODONOU [49] au Togo, démontre l'attitude positif des enseignants mariés vis-à-vis de la contraception.

4.2.7. Zone de résidence :

La plupart des utilisatrices de Norplant de notre échantillon résident en milieu urbain. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que l'étude a été réalisée en zone urbaine. NAAH [39] et CHRAIBI [46] ont également signalé que presque toutes les femmes de leurs séries vivaient en milieu urbain.

4.2.8. Les antécédents gynéco- obstétricaux :

4.2.8.1. La gestité :

Les multigestes sont les plus nombreuses dans notre échantillon. NAAH [39] a également remarqué la prédominance de multigestes dans son étude. Les nulligestes représentent 8% de notre échantillon. Ceci prouve que ces dernières peuvent bien utiliser le Norplant comme méthode contraceptive.

4.2.8.2. La parité :

Dans notre série, les paucipares sont les plus nombreuses. NAAH [39] a également signalé cette prédominance de paucipares dans son étude. RALISATA [42] a quant à lui signalé que les femmes de plus de trois enfants prédominaient dans sa série : 76,5% des cas. KONE [15] a par ailleurs remarqué dans son étude que les multipares ont le plus bénéficié du Norplant.

La parité moyenne dans notre étude est égale à 3, ce qui se rapproche de celle de CHELLI [50] qui est de 3,5 ; mais inférieur à celle de MOREAU [41] au Sénégal qui est de 4. KLIKPEZO [51] a déclaré dans sa thèse que : « le décès maternel augmente avec chaque enfant mis au monde au-delà de la quatrième naissance ». Il serait donc intéressant de proposer aux clientes qui aimeraient limiter les naissances sans toute fois être stérilisées, le Norplant comme méthode contraceptive de longue durée efficace et peu contraignante. Ainsi

HAGGAI [52] affirme qu'après dix ans d'introduction du Norplant au Nigéria, il y a eu une augmentation progressive des femmes utilisant le Norplant et une baisse considérable des femmes qui subissaient la stérilisation

4.2.8.3. Le nombre d'avortement :

L'antécédent d'avortement provoqué est retrouvé chez 22,6% des femmes de notre échantillon. Ceci reste préoccupant et s'explique par le faible taux de l'utilisation de contraceptif au Bénin comme le souligne MODJO [9]. RALISATA [42] a remarqué dans sa série que 45,4% des utilisatrices de Norplant présentaient un ou plusieurs antécédents d'avortements.

4.2.8.4. Nombre d'enfants vivants :

Plus de la moitié (51,4%) des femmes de notre échantillon ont 3 à 4 enfants vivants. NAAH [39] a également signalé cela dans son étude.

4.2.8.5. Raisons de choix du Norplant :

Les raisons de choix identifiées sont multiples, mais la plupart des utilisatrices de Norplant l'ont choisi à cause de sa longue durée d'action (99% des femmes), de son caractère peu contraignant (97% des femmes), et pour espacer les naissances (97% des femmes). HATCHER [31], et RONALD [32], avaient déjà signalé que le caractère peu contraignant et la longue durée d'action étaient les avantages de la méthode.

4.3. Sources d'information sur le Norplant :

Plus de la moitié (52%) des utilisatrices de Norplant de notre série ont eu les informations sur le Norplant auprès des parents et amies, tandis que 31% des femmes ont reçu ces informations dans les centres de santé. NAAH [39] a également signalé que les principales sources d'information pour les utilisatrices de Norplant étaient les amis puis les centres de santé.

Argina [48] a plutôt remarqué que le personnel médical était la première source d'information pour les utilisatrices de Norplant.

4.4. Implication du mari ou du conjoint :

La majorité des maris (82%) ou des conjoints sont au courant de l'utilisation du Norplant par leurs épouses ou conjointes ; 33% des maris/conjoints ont été les premiers à suggérer le port du Norplant à leurs épouses/conjointes. NAAH [39] a signalé dans son étude que 31,5% des maris ont été les premiers à suggérer à leurs épouses l'utilisation du Norplant.

Il est heureux de constater cette contribution des maris car pendant longtemps, le mari a représenté l'obstacle principal à la contraception féminine. En effet KOUTONDJI [53] dans sa série a trouvé que 59,6% des

hommes sont défavorables à la contraception féminine. TOSSOU [54] quant à lui, a trouvé que 27,3% des hommes détestent les méthodes modernes de contraception.

4.5. Complications au site d'insertion :

La quasi-totalité (99,8%) des femmes de notre échantillon n'a eu aucune complication au site d'insertion. Par contre, aux Etats-Unis, WYSOWSKI [55] a signalé que 24 femmes ont été hospitalisées pour complications infectieuses entre 1991 et 1993.

Nos résultats sont liés à la compétence des prestataires bien formés.

4.6. Motif de retrait :

Dans notre échantillon, le principal motif de retrait du Norplant est le désir de maternité : 45,5% des cas. Ce résultat est semblable à celui de NAAH [39]. ZENGER [56], RALISATA [42] ont signalés dans leur étude que les troubles du cycle menstruel ont été les plus fréquents motifs de retrait dans leur.

Dans notre série, les effets secondaires constituent le second motif de retrait des implants, tandis que dans la série de MUSHAM [57], les effets secondaires représentent la raison fondamentale de retrait. Parmi les principaux effets secondaires qui ont motivé le retrait dans notre échantillon, nous pouvons citer par ordre de fréquence les métrorragies, l'hyperménorrhée, les spotting et la prise de poids.

4.7. Durée du port du Norplant :

Dans notre échantillon, parmi les 78 femmes qui ont déjà retiré le Norplant, 74,4% l'ont fait avant la cinquième année. Ceci est légèrement supérieur aux 64% de retrait avant la cinquième année signalé par KONE [15].

Eu égard à cela nous pensons que la sensibilisation sur cette méthode n'a pas été suffisante et que les efforts restent à fournir dans ce domaine. En effet, les utilisatrices devraient recevoir de la part des prestataires de service de planification familiale toutes les informations relatives à l'utilisation du Norplant (avantages et inconvénients). Ceci permettra d'éviter les retraits injustifiés avant la cinquième année d'insertion.

4.8. Taux d'échec du Norplant :

Sur 500 femmes recensées au cours de notre enquête rétrospectif, nous avons eu un seul cas de grossesse, soit un taux d'échec de 0,2 %. Cette grossesse était due à l'utilisation du phénobarbital.

MOREAU [41] a eu quatre cas de grossesse parmi lesquels une psychopathe traitée aux barbituriques, tandis que KONE [15] a trouvé deux cas de grossesse chez des patientes qui étaient sous traitement antituberculeux.

Ceci s'explique par le fait que les barbituriques et certains antituberculeux, notamment la rifampicine et l'isoniazide augmentent les capacités du foie à métaboliser le Lévonorgestrel, rendant ainsi le Norplant moins efficace dans la prévention de la grossesse [29].

GRUBB [58] dans sa série a trouvé un taux cumulatif de grossesse inférieur 1,5% au bout de deux ans, dans 17 pays d'Amérique Latine, d'Asie et d'Afrique. Par contre MARTEY [59], CHRAIBI [46], KATO [60], et RALISATA [42] n'ont eu aucun cas de grossesse.

Eu égard à tout ceci, nous pouvons dire que le Norplant est une méthode efficace, et acceptable. Ce constat rejoint ceux de MARTEY [59] au Ghana et de CHRAIBI [46] au Maroc. Il ne peut d'ailleurs en être autrement, d'autant plus que le taux de grossesse ou indice de Pearl au cours de la contraception par les implants Norplant est de 1% à cinq ans d'utilisation [61].

4.9. Les effets secondaires :

Les effets secondaires les plus fréquents dans notre échantillon (troubles menstruels) sont ceux relevés par la plupart des auteurs [6,15, 40, 44, 45, 61, 62, 64,65]. Il s'agit surtout de l'hyperménorrhée, du spotting, de l'aménorrhée, des métrorragies et des ménorragies.

NAAH [39] a signalé dans sa thèse que la prise de poids représente l'effet secondaire prédominant : 32,3% et que les troubles des règles viennent en deuxième position. Dans l'étude de KATO [60], la prise de poids a également été le principal effet secondaire, mais ce sont plutôt les céphalées qui ont occupé la deuxième position. Dans la série de LANKOANDE [47], les effets secondaires étaient plutôt dominés par les troubles du cycle menstruel et les céphalées.

WAGNER [66] a trouvé dans son étude des cas de dépression sous Norplant, survenues après le troisième mois d'utilisation des implants, tandis que la chute des cheveux, l'irritabilité, les nervosités signalées étaient moins fréquentes.

CONCLUSION ET SUGGESTION

CONCLUSION

Notre étude a porté sur 500 dossiers d'utilisatrices du Norplant durant la période allant de Juin 1995 à Juin 2007 et sur 100 utilisatrices de Norplant durant la période du 1^{er} Avril au 30 Mai 2008. Elle a aboutit aux conclusions suivantes :

- Le Norplant occupe le 3^{ème} rang parmi les autres méthodes contraceptives utilisées par les femmes venues à la CUGO.
- Les utilisatrices de Norplant sont le plus souvent mariées, âgées en moyenne de 31,3 ans et pesant en moyenne 63,1 kg.
- Ce sont pour la plupart des femmes de religion chrétienne, commerçantes, scolarisées et résidant en milieu urbain.
- Parmi ces femmes 22,6% ont fait au moins un avortement provoqué et 12,3% ont eu à faire au moins un avortement spontané
- La parité moyenne ainsi que la gestité moyenne de ces femmes est égale à 3 et plus de la moitié des femmes ont entre 3 à 4 enfants vivants.
- La plupart de ces femmes (86,8%) n'ont utilisé antérieurement aucune méthode contraceptive avant la première insertion du Norplant, et ont eu l'information sur le Norplant auprès des parents et amis dans 52% des cas.
- Ces femmes ont choisi le Norplant surtout à cause de sa longue durée d'action ; de son caractère peu contraignant, pour espacer et limiter les naissances.
- Les principaux motifs de retrait sont le désir de maternité (45,5%), les effets secondaires insupportables (23,2%), la durée d'action épuisée (16,2%)
- Par ordre de fréquence, les principaux effets secondaires ayant motivé le retrait sont : les métrorragies, l'hyperménorrhée, le spotting et la prise de poids.
- Les troubles menstruels sont les effets secondaires du Norplant, généralement signalés par les femmes (62,5% de tous les effets secondaires)

- Le taux d'abandon de la méthode est de 11,6%, tandis que le taux d'échec est de 0,2%.
- Au total 90% des utilisatrices sont satisfaites du Norplant.
- S'agissant des canaux de communication, les utilisatrices pensent que les canaux susceptibles d'atteindre le plus grand nombre des femmes dans leur localité sont surtout les mass médias, les centres de santé, et les causeries. Pour elles, les personnes les mieux indiquées pour transmettre les informations sur le Norplant sont les utilisatrices satisfaites, les agents de santé, les associations de femmes.

SUGGESTIONS

Au terme de notre étude sur l'évaluation des douze années d'utilisation du Norplant à Cotonou, nous faisons les suggestions suivantes :

- A l'endroit des autorités politico- administratives et des partenaires au développement
 - Intensifier la vulgarisation des implants sur toute l'étendue du territoire en utilisant les canaux adéquats tels que les mass médias (séances de causerie, conférences, etc....)
 - Former les agents de santé sur les techniques de counseling et veiller à ce qu'ils les pratiquent bien.
 - Equiper les formations sanitaires en matériel audio- visuel adéquat pour les séances d'IEC
 - Encourager la scolarisation des filles car, plus elles sont instruites, plus elles acceptent d'adopter une méthode contraceptive moderne
 - Vulgariser au Bénin le Jadelle dont la durée de port est de trois ans. Ce type d'implant correspondrait mieux à nos clientes car beaucoup d'entre elles sollicitent le retrait après trois ans de port du Norplant.
 - Eviter les ruptures de stock des produits contraceptifs en général et des implants en particulier

- A l'endroit des prestataires du Norplant
 - Apporter aux populations une information suffisante et éclairée en matière de contraception en générale et sur les implants en particulier
 - Faire de l'IEC à la population sur les avantages de l'insertion du Norplant, assurer la prise en charge des effets secondaires signalés par les femmes et faire le counseling pour ces effets secondaires de façon continue. Ceci pourrait réduire les retraits précoces et augmenter de ce fait la durée moyenne de port.

- Organiser des séances de counseling aux époux compte tenu de leur rôle dans la prise de décision et amener ceux dont les femmes sont satisfaites du Norplant à témoigner de son efficacité.
- A l'endroit de la population
- Recourir aux centres de planification familiale pour avoir les informations complètes et fiables

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

REFERENCES

1. Annuaire des statistiques sanitaires 2006

Ministère de la santé, édit cot.nov 2007,202 p

2. Adjahoto EO, Kossi AS, Hodonou et Al

Contraception et avortement provoqué en milieu africain.

Med.af noire 1999, 46(8 /9):416-20.

3. Aubeny E., Brunerie J., Cesbron P. et Al

Complications des avortements provoqués.

Encycl. Méd. Chir (Paris- France) Gynécol 1989;3- 476 A10 : 1-16

4. Klikpezo R.

Besoins en contraception non couverts (BCNC). Préliminaire pour une approche en Information Education (IE) en matière de contraception.

Thèse de médecine Cotonou(Bénin), 2000 N°899

5. Annuaire des statistiques sanitaires 2005

Ministère de la santé, édit cot. Août 2006,184p.

6. Prime II publications

Improving the performance of primary providers of family planning and reproductive health.

PRIME II, 1999-2004, 60p.

7. Fondation genevoise pour la formation et la recherche familiale

La planification familiale.

Edit 2004,13p

8. MSP/DSF

Politique Normes et Standards

Network, 1998, 75p.

9. Modjo K. L.

Approche des besoins en contraception non couverts(BCNC), son utilisation dans la communication pour le changement de comportement(CCC)
Thèse de médecine Cotonou, 2001 N°956.

10. Allodehou H.

Place de la Clinique pilote du Comité National du Bénin pour la promotion de la famille (CNBFF) dans les activités de la planification familiale à Cotonou.
Thèse de médecine Cotonou, 1998 N° 371.

11. Manuila A., Manuila L., Nicole M., Lambert H.

Dictionnaire français de médecine et de biologie Tome 1.
Masson édit Paris, 1990

12. OMS

Maternité sans risque. Appel à l'action.
Nairobi 1987, 10-3. OMS édit Genève, 1987

13. OMS

Maternal mortality ratios and rates
Edit 1991, 50p.

14. MSP/OMS

La planification familiale un gage de santé
Network, 1995, 35p

15. Kone B., Lankoande J., Ouédraogo C.M.R., Ouédraogo A., Bonane B., Touré B., et Al

La contraception par les implants sous cutané de Levonorgestrel (Norplant®).Expérience africaine du Burkina Faso.
Médecine d'Afrique Noire 1999,46(3) :136-39.

16. Fédération Internationale pour la Planification Familiale

Directives Médicales et de prestations des services. Santé sexuelle et reproductive.

IPPF. Edit 2004,445p

17. The Johns Hopkins University.

Programme de planification familiale: Améliorer la qualité.

Population reports, Baltimore Nov. 1998 ; 3(26).

18. Anonymous

Norplant training curriculum.

The population Council New York NN100170USA.

19. Anonyme

A propos d'un contraceptif implantable : Mémoire d'une réunion de l'OMS.

Bulletin de l'OMS 1986, 63 (5) : 859 – 69

20. Alain K.

Les effets secondaires et les abandons des implants Norplant au Lévonorgestrel au Burkina Faso. Protocole de recherche.

Mémoire Online 2007.

21. Croxatto H.B. and Al

Clinical assessment of subdermal implants of megestrol acetate, al-morgestrel and norethindrome as a long term contraceptive in women.

Contraception. 1975 12: 615 – 9

22. Mc Intosh N., Riseborgough P., Davis C.

Norplant. Guide pratique à l'intention des programmes de planification Familiale.

Johns Hopkins University. JHPIEGO Corporation, Baltimore Jan. 1993

23. Robertson D. N., Sivin I., Nash A., Braun J., Dinn I.

Release rates of Levorgestrel from silastic capsules, homogenous rods and covered rods in humans.

Contraception. May 1993 27 (5): 483 – 95

24. Sivin I.

International experience with Norplant I and Norplant II Contraceptives

Studies in family planning Mar.-Apr 1988 19(2): 51 – 94

25. Duminy PC.

Norplant in south Africa:the first 100 patients.

S-Afr-Med-j.1997 Feb; 87(2suppl):226-7

26. Fédération Internationale pour la Planification Familiale

Déclaration sur le système Norplant®, un implant contraceptif sous cutané.

IPPF 1995

27. Brache V., Fraudes A., Johansson E. and Alvarez F.

An ovulation inadequate luteal phase and poor sperm penetration in cervical mucus during prolonged use of Norplant implant

Contraception. 1985 31 (3): 261 – 78

28. Croxatto H., Diaz S., Salvatierra A. M., Morales P. E., Bensperger C. and Brandeis A.

Treatment with Norplant subdermal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro

Contraception. 1987 36(2): 193-201

29. The Johns Hopkins University

L'heure des décisions pour les programmes de Norplant

Population reports, Baltimore Nov. 1992

30. Olsson S.E. and Al

Androgen levels in women using Norplant implants
Contraception. 1985 (In Press)

31. Hatcher R. A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J. S., Shelton J. D.

Eléments de la technologie de la contraception. Baltimore, programme
d'information sur la population.
Université Johns Hopkins, 2000.

32. Ronald L. K.

Contraception hormonale.
IPPF 1991.

**33. Fédération Internationale pour la Planification Familiale. Région
Afrique (FIPF - RA) IPPF - RA. Programme de technologie appropriée
pour la santé (PTAS)**

Mise à jour à l'usage des contraceptifs
Regal Press Naïrobie oct. 1996 : 74

34. MSP

Atelier des formateurs en counseling et en technique d'insertion /retrait du
Norplant.
MSP/DSF. Juil. 1998

35. OMS

Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification
familiale : critère de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation
continue des méthodes contraceptives.
OMS edit Genève 1996

36. Huevo C. M., Malhotra U.

Choice and use continuation of methods of contraception: a multicentre study

London. International Planned Parenthood Federation, 1993 (151)

37. Ministère du plan

Déclaration politique de population de la République du Bénin

Ministère du Plan éditeur, 1996

38. PNUD

Rapport sur le développement humain au Bénin.

PNUD édit Cotonou, 1998

39. Naah R.

Contraception de longue durée : Etude statistique et épidémiologique de l'utilisation du Lévonorgestrel (Norplant®) dans la ville de Cotonou.

Thèse de médecine Cotonou, 2002.

40. Hamazaoui R., Derbel S., Gorgob K. et Al

La contraception par les implants sous-cutanés de Lévonorgestrel .Une étude tunisienne.

Presse Méd. 1996 ; 25 :1063-5

41. Moreau JC., Bagueye M., Sangaré M., Israël A., Sokal D., Diadhiou F.

Contraception par les implants sous-cutanés Norplant. A propos de 300 cas.

Contraception, Fertilité, Sexualité. 1998 Avril ; 26 (4) :297-9.

42. Ralisata Ravolamanana L., Randaoharison P.G., Razafintsalama D.L.

La contraception par les implants sous cutanés de Lévonorgestrel (Norplant®) au CHU de Mahajanga Madagascar. Résultats préliminaires.

Médecine d'Afrique Noire. 2000 ; 47(10) :410-15.

43. Sivin I., Mishell DR., Damey P. et Al

Levonorgestrel Capsule implants in the United States: a 5 year study.
Obstet.Gynécol.1998; 92:337-44

44. Cullins VE, Remsburg RE, Blumenthal PD, Huggins GR.

Comparaison of adolescent and adult experiences with Norplant
Levonorgestrel contraceptive implants.
Obstet. Gynecol 1994;83(6) 1026-32.

45. Vekemans M., Tissot B.

Contraception par un implant sous-cutané, le Norplant®.
Rev.Méd.Brux.,1992,13 :292-98

46. Chraïbi C., Khachani M., Alami MH., et Al

Norplant: two year's experience at the Orangers maternity clinic in Rabat.
Contraception, fertilité, sexualité. 1997 oct. 25(10):789-92.

**47. Kone B., Lankoande J., Ouédraogo A., Dao B., Ouedraogo CL.,
Bonane B.**

Evaluation de la pré introduction de la contraception par les implants sous-
cutanés de Lévonorgestrel au Burkina Faso.
Dakar Médical; 1998; 43(1): 79-82

48. Argina H., Lukman HY.

Norplant implants in Ethiopia
East - Afr - Med- J. 1997 Apr; 74(4): 258-62

49. Hodonou Kas, Adjahoto EO., Kodo K. et Al

Connaissances, attitudes et pratiques des enseignants mariés de la
commune de Lomé (Togo) en matière de contraception.
Med. Afr Noire 1999; 46(8 /9): 410-15

50. Chelli H., Zouari F., Habib H., Rouis M., Messaad J., Ouerghemmi R., Abed A., Khrouf M.

Contraception par Norplant.
Contraception, fertilité. 1995

51. Klikpezo R.

Besoins en contraception non couverts(BCNC). Préliminaire pour une approche en Information Education(IE) en matière de contraception.
Thèse de médecine Cotonou(Bénin), 2000 N°899

52. Haggai DNP

The Norplant Experience in Zaria: a ten year review.
Rev Afr 2003; 7(2)20-24

53. Koutondji D.

Contraception chez l'homme: Connaissance, attitude et pratique chez les ouvriers en milieu urbain.
Thèse de médecine Cotonou, 1997 N°702

54. Tossou J.

La contraception en milieu rural dans les communes de PAHOU et d'AVLEKETE.
Thèse de médecine Cotonou, 1989 N°460

55. Wysowski DK. Green L.

Serious adverse events in Norplant uses reported to the food and drug administration's
Medwatch spontaneous reporting systems.

56. Zenger E., Shuhua Q., Huimin F.

Introduction of Norplant in four countries of rural China: Two years evaluation.
Contraception.1995 Dec; 52(6):349-55

57. Musham C., Darr EG., Strossner ML.

A qualitative study of the perceptions of dissatisfied Norplant users.

J-Fam - Pract. May 1995; 40 (5): 465-70

58. Grubb GS., Moore D., Anderson NG.

Pre - introductory clinical trials of Norplant Implants: a comparison of seventeen countries experiences.

Contraception 1995 Nov; 52(5): 287-96

59. Martey JO., Turkson SO., Djan JO., Dunson TR., Amatya R., Krueger S.

Clinical evaluation of Norplant in Kumassi, Ghana.

East-Afr-Med-J.1996 Jun; 72(6):381-5.

60. Kato K., Joachim A., Nielsen P., Habib N. D.

Norplant and its side effects

Rechtliche - Gynakol. 1995; 117 (5) : 260-2

61. Damey PD.

Hormonal implants: contraception for a new country.

Am J. Obstet Gynecol 1994;170:1536-46

62. Aguiillaume CI., Sivin I., Barin C.W.

Les implants Norplant ® : la 1^{ère} génération de contraceptifs sous-cutanée féminins.

R.G.O. 1994, 2(3):268-80.

63. Berenson AB., Wemann CM., Rickerr V., et Al

Contraceptive outcomes among adolescents prescribed Norplant® implant versus oral contraceptives after one year use.

Am J. Obstet Gynecol;1997,176:586-92.

64. Faundes A. Croxato H., Alvarez F., Diaz S., Brache V., Segal S. J.

Contraception hormonale par les implants sous cutanés.

Contraception-fertilité-sexualité, 1993,11(6): 15-20.

65. Kirkman RJ., Bromham DR., O'connor TP., Shota JE.

Prospective multicenter syudy comparing levonorgestrel implants with a combined contraceptive pill:final results

Br. J. Fam .Plann.1999; 25(2):36-40.

66. Wagner KD.

Mayor depression and anxiety disorders associated with Norplant

J - Clin - Psychiatry. 1996 Apr; 57 (4): 152 - 7

ANNEXE

FICHE DE DEPOUILLEMENT

I- Identification

- 1- Date :
- 2- Numéro de la fiche :.....
- 3- Numéro du dossier de l'enquêtée.....
- 4- Adresse de l'enquêtée :.....

II- Renseignements généraux

- 5- Age :.....
- 6- Poids :
- 7- Religion : Chrétien Musulman Animiste Autres (à préciser)
- 8- Situation matrimoniale : Mariée Célibataire Divorcée
Autres (à préciser).....
- 9- Niveau d'instruction :
Non scolarisée Primaire Secondaire Supérieure
- 10- Profession : Vendeuse/commerçante Ménagère Artisane
Paysanne Apprentie Elève/Etudiante Fonctionnaire
Autres (à préciser)

III- Antécédents gynéco obstétricaux

- 11- Gestité :.....
- 12- Parité :
- 13- Troubles du cycle menstruel
13-a) Oui Non
- 13-b) Si oui, s'agit-il d'une :
Aménorrhée Oligoménorrhée Polyménorrhée
Spanioménorrhée Dysménorrhée Autres (à préciser)
- 14- Métrorragie : Oui Non
- 15- Nombre d'avortements provoqués.....
- 16- Nombre d'avortements spontanés :.....
- 17- Nombre de césariennes :
- 18- Nombre d'enfants vivants.....
- 19- Méthodes contraceptives antérieurement utilisé : Oui Non
Si oui, préciser :

IV- Antécédents médicaux

20-a) Aviez vous des antécédents médicaux ?

Oui Non

20-b) Si oui, s'agit il de :

HTA Drépanocytose Obésité Cardiopathie Diabète

Autres (à préciser).....

V- Données cliniques de contrôle

21- Date d'insertion du Norplant.....

22- Nombre de visites effectuées.....

23- Effets secondaires observés

23-a) Oui Non

23-b) Si oui, s'agit il de :

Troubles menstruels (Aménorrhée, métrorragie, ménorragie, polyménorrhée,

Spanioménorrhée, ménométragie)

Maux de tête Prise de poids Nervosité

Nausée Amaigrissement Anorexie Augmentation de l'appétit

Apparition d'acné Chute des cheveux Pousse des cheveux

Autres (préciser)

23-c) Précisez la date d'apparition des effets secondaires

24- Complications au site d'insertion

24-a) Oui Non

24-b) Si oui, s'agit il de

Douleurs Démangeaison Suppuration Expulsion de

capsules Chéloïdes Autres (préciser).....

VI- Retrait du Norplant

25- Portez- vous encore le Norplant ? Oui Non

26- Si non, donnez la date de retrait :.....

27- Motif de retrait

Effets secondaires insupportables Désir de maternité

Grossesse Sur demande du mari Raisons religieuses

Autres (préciser).....

28- Avez-vous eu des complications liés au retrait du Norplant ?

Oui Non

29- Si oui, citez - les :

GUIDE D'ENTRETIEN A L'ENDROIT DES UTILISATRICES DE NORPLANT

I- Identification

- 1- Date :
- 2- Numéro de la fiche :.....
- 4- Adresse de l'enquêtée :.....

II- Renseignements généraux

- 5- Age :.....
- 6- Poids :
- 7- Religion : Chrétien Musulman Animiste
Autres (à préciser)
- 8- Situation matrimoniale : Mariée Célibataire Divorcée
Autres (à préciser)
- 9- Niveau d'instruction :
Non scolarisée Primaire Secondaire Supérieure
- 10- Profession : Vendeuse/commerçante Ménagère Artisane
Paysanne Apprentie Elève/Etudiante Fonctionnaire
Autres (à préciser).....

III- Antécédents gynéco obstétricaux

- 11- Gestité :.....
- 12- Parité :
- 13- Troubles du cycle menstruel
13-a) Oui Non
13-b) Si oui, s'agit-il d'une :
Aménorrhée Oligoménorrhée Polyménorrhé
Spanioménorrhée Dysménorrhée Autres (à préciser)
- 14- Métrorragie : Oui Non
- 15- Nombre d'avortements provoqués.....
- 16- Nombre d'avortements spontanés :.....
- 17- Nombre de césariennes :
- 18- Nombre d'enfants vivants.....
- 19- Méthodes contraceptives antérieurement utilisé : Oui Non
Si oui, préciser :

IV- Antécédents médicaux

20-a) Aviez vous des antécédents médicaux ?

Oui Non

20-b) Si oui, s'agit il de :

HTA Drépanocytose Obésité Cardiopathie Diabète

Autres (à préciser).....

V- Connaissances d'autres méthodes contraceptives modernes par les clientes

21 -Connaissez-vous d'autres méthodes contraceptives modernes ?

Oui Non

Si oui, préciser : Pilules Contraceptifs injectables DIU/Stérilet

Préservatifs Spermicides Autres (à préciser)

VI- Raisons du choix du Norplant

22- Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à choisir le Norplant ?

Longue durée d'action. Peu contraignant Coût abordable

Limiter/Espacer les naissances Moins d'effets secondaires Efficace

Curiosité/Expérimentation Discrétion

VII- Sources d'information sur le Norplant

23- Où avez-vous entendu parler du Norplant pour la première fois ?

Centres de santé Parents/amies Mass média

Service /Marché Autres (à préciser).....

VIII- Personnes ayant suggéré le port du Norplant

24- Qui a été le premier à suggérer le port du Norplant

L'acceptrice même Mari de l'acceptrice L'amie de l'acceptrice

Autre (préciser).....

IX- Implication du mari dans l'utilisation du Norplant

25- Votre mari est- il au courant que vous utilisé le Norplant :

Oui Non

26- Si oui, qui parmi vous deux a été le premier à suggérer l'utilisation du Norplant :

Mari Femme

27- Si c'était votre mari le premier à suggérer l'utilisation du Norplant, où a-t-il eu l'information : Télé Radio Centre de santé

Chez des amis Journal Par vous-même Autres (préciser).....

28- Si c'était votre mari le premier à suggérer l'utilisation du Norplant, quelle raison a-t-il avancé :

Efficacité Limiter/espacer les naissances Longue durée d'action

Coût abordable Autres (préciser).....

X- Satisfaction par rapport au Norplant

29- Quelle est votre degré de satisfaction ?

Très satisfaite Satisfaite Partiellement satisfaite

Pas du tout satisfaite (déçue)

XI- Canal de communication susceptible d'atteindre le plus grand nombre de femmes

30- Dans votre milieu, quel est selon vous, le canal de communication le plus crédible

Mass média Crieur public Causerie

Délégué du quartier Visite à domicile

ONG (groupement ou association) Autres (préciser)

XII- Personnes pouvant transmettre les informations

31- Qui selon-vous est bien placé pour transmettre des informations sur le Norplant :

Utilisatrice satisfaite Association de femmes

Mari Médecin

Sage- femme Infirmier

Autorité politico administrative ONG de santé

Presse écrite Autres (préciser).....

XIII- Supports appropriés

32- Quel est (sont) selon vous le ou les supports approprié (s) pour amener les femmes à adopter le Norplant :

Mass média Radio Télé Causerie Amie

Association des jeunes Autres (préciser).....

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : GUEDENON

Prénoms: Yéloï Charmance

Titre : CONTRIBUTION AU REPOSITIONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE A COTONOU : EVALUATION DE DOUZE ANNEES D'UTILISATION DU NORPLANT

Année universitaire : 2008-2009

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Benin

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMPOS

Résumé:

Introduction

L'implant sous – cutané au Lévonorgestrel (Norplant®) est une méthode contraceptive de longue durée qui contribue à la réduction de la mortalité maternelle. Introduite au Bénin depuis Juin 1995, cette méthode connaît depuis quelques années un recul suffisant qui pourrait nous permettre après l'évaluation de son utilisation, de suggérer des mesures en vue du repositionnement de la planification familiale.

Cadre et méthode

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective ayant couvert une période de douze ans (Juin 1995 à Juin 2007) menée à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du CNHU HKM ; associée à une étude prospective menée à la clinique de l'Association Béninoise de la Promotion de la Famille (ABPF) du 1^{er} Avril au 30 Mai. Cette étude a porté sur 600 femmes utilisatrices du Norplant.

Résultats

Le Norplant occupe le 3^{ème} rang parmi les méthodes contraceptives utilisées par les femmes venues à la CUGO. Le poids moyen des utilisatrices était de 63,1 kg et leur âge moyen était de 31,3 ans. Les femmes appartenant à la tranche d'âge de 26 – 40 ans étaient les plus concernées avec 65,8% des cas. La plupart de ces femmes était des chrétiennes (60,8%) était des mariées (78,4%) et vivait en milieu urbain (96%). Les utilisatrices du Norplant étaient des vendeuses / commerçantes dans 45% des cas et étaient scolarisées dans 61,6% des cas. Elles avaient une parité moyenne ainsi qu'une gestité moyenne égal à 3 et plus de la moitié de ces femmes (51,4%) avait eu 3 à 4 enfants. L'antécédent d'avortement provoqué existait chez 22,6% de ces femmes et 86,8% des femmes de notre série n'avaient utilisé antérieurement aucune méthode contraceptive avant la 1^{ère} insertion du Norplant. La plupart des utilisatrices du Norplant l'avait surtout choisi à cause de sa longue durée d'action (99%), de son caractère peu contraignant (97%) et pour espacer les naissances (97%). Les parents et amis étaient dans 52% des cas, les principales sources d'information citées par les utilisatrices du Norplant et dans 33% des cas, l'utilisation du Norplant avait été suggérée au sein du couple par le mari. Au total 78 retraits ont été effectués et les motifs de retrait les plus cités ont été par ordre de fréquence le désir de maternité (44,9%), les effets secondaires insupportables (23,1%), la durée d'action épuisée (16,7%). Par ailleurs, les principaux effets secondaires ayant motivé le retrait étaient les métrorragies (12,8%), l'hyperménorrhée (11,5%), le spotting (10,3%) et la prise de poids (08,1%). Les effets secondaires du Norplant les plus cités par les utilisatrices étaient les troubles menstruels (62,5%), la prise de poids (18,8%) et la migraine (12,5%). Le taux d'abandon du Norplant était de 11,6% et le taux d'échec de 0,2%. Parmi les utilisatrices du Norplant de notre échantillon, 90% affirment avoir été satisfaites du Norplant aux plans d'efficacité et de tolérance, 47% pensent que les mass médias sont les canaux de communication susceptibles d'atteindre le plus grand nombre des femmes, 76% signalent que les personnes pouvant mieux transmettre des informations sur le Norplant sont les utilisatrices satisfaites.

Conclusion

Le Norplant est une méthode contraceptive efficace bien tolérée et acceptée par les femmes béninoises. Une campagne d'information et de sensibilisation devrait être menée avant l'insertion afin d'augmenter le nombre des utilisatrices et de diminuer les retraits avant la 5^{ème} année d'utilisation.

Mots clés : Norplant, utilisatrices

Contribution au repositionnement de la planification familiale à Cotonou : Evaluation de douze années d'utilisation du Norplant. A propos de 600 cas.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu 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.

JE LE JURE