

# Points de vue de femmes sur l'aménorrhée induite par la contraception au Burkina Faso et en Ouganda

**CONTEXTE:** Les inquiétudes des femmes à l'égard des changements menstruels induits par la contraception peuvent conduire à l'arrêt ou à la non-utilisation de la méthode et contribuer ainsi au besoin non satisfait de contraception. La recherche sur les perceptions des femmes de l'aménorrhée liée aux méthodes de longue durée d'action et dans les pays à revenu faible est limitée.

**MÉTHODES:** Les données sont extraites d'enquêtes de ménage nationales représentatives et de discussions de groupe avec des femmes en âge de procréer, menées au Burkina Faso et en Ouganda en 2016 et 2017. Les caractéristiques sociodémographiques et reproductives associées aux attitudes des femmes concernant l'aménorrhée induite par la contraception (n=2 673 pour le Burkina Faso et 2 281 pour l'Ouganda) ont été examinées en tableaux croisés bivariés et par analyses de régression logistique multivariée. Les déterminants de la santé menstruelle ont aussi été examinés pour le Burkina Faso. L'analyse des données qualitatives obtenues des discussions de groupe a permis de cerner les raisons à la base des attitudes des femmes et leur influence sur les décisions contraceptives prises.

**RÉSULTATS:** Soixante-cinq pour cent des femmes burkinabè et 40% de leurs homologues ougandaises ont déclaré qu'elles choisiraient une méthode dont la pratique causerait l'aménorrhée. Au Burkina Faso, la probabilité prédite d'acceptation de l'aménorrhée s'est avérée supérieure pour les femmes âgées de 15 à 19 ans (par rapport à leurs aînées), vivant en milieu rural, mariées ou en union (par rapport à celles qui n'avaient jamais été mariées), pratiquant actuellement la contraception (par rapport à celles qui ne l'avaient jamais pratiquée) et d'origine Mossi (par rapport à Gourmantché). Les pratiques de santé menstruelle, disponibles uniquement pour les femmes burkinabè, n'étaient pas associées à l'acceptabilité de l'aménorrhée. En Ouganda, l'analyse quantitative a révélé la plus haute probabilité prédite d'acceptation de l'aménorrhée parmi les femmes les moins riches (51%). L'analyse qualitative a révélé diverses raisons à la base des attitudes des femmes à l'égard de l'aménorrhée ainsi que certaines différences suivant le pays, mais la relation entre ces attitudes et la décision contraceptive s'est avérée similaire dans les deux pays.

**CONCLUSIONS:** La résolution des idées fausses concernant la menstruation induite par la contraception pourrait conduire à une prise de décision contraceptive mieux éclairée dans le choix des méthodes.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2020, <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2020/12/womens-perspectives-contraceptive-induced-amenorrhea-burkina-faso-and-uganda>

Les préoccupations des femmes concernant les effets secondaires réels ou perçus de la contraception ou les autres effets potentiels de sa pratique sur leur santé sont un facteur important du besoin non satisfait de planification familiale. Les données d'Enquêtes démographiques et de santé menées en Afrique subsaharienne révèlent que ces effets sont la raison la plus fréquente de non-utilisation de la contraception parmi les femmes mariées qui présentent ce besoin non satisfait<sup>1-3</sup>. Les effets secondaires et les préoccupations de santé sont aussi le plus souvent cités comme raison d'arrêt de la contraception dans plus de 90% des pays d'Afrique subsaharienne<sup>4</sup>.

Certaines méthodes contraceptives – dont la pilule, les injectables, l'implant et le DIU – peuvent avoir pour effet secondaire le changement du cycle menstruel. Avec les méthodes hormonales, l'aménorrhée ou l'interruption temporaire des règles est possible<sup>5-8</sup>. Comme l'ont observé

Polis et ses collègues dans une étude récente, ces changements menstruels induits par la contraception – y compris l'aménorrhée – peuvent amener les femmes à arrêter leur méthode ou à ne pas en utiliser du tout<sup>9</sup>.

La recherche récente sur l'aménorrhée induite par la contraception concerne presque exclusivement les femmes des pays à revenu intermédiaire ou élevé, et étudie largement la question dans le contexte de l'utilisation continue de la pilule (c'est-à-dire, les changements menstruels qui arrivent quand la femme ne prend pas les pilules placebo prévues sur les tablettes mensuelles de contraceptifs oraux combinés)<sup>9-16</sup>. L'étude récente de Polis et collègues aborde cette recherche en détail<sup>9</sup>. En résumé, les opinions sur l'aménorrhée induite par la contraception sont souvent liées à la manière dont les femmes et les communautés envisagent la menstruation au sens large: les préoccupations des femmes peuvent refléter la peur qu'elles ont d'effets

Par Amelia C.L. Mackenzie, Siân L. Curtis, Rebecca L. Callahan, Elizabeth E. Tolley, Ilene S. Speizer, Sandra L. Martin et Aurélie Brunie

Au moment de l'étude, Amelia Mackenzie était candidate au doctorat au Department of Maternal and Child Health, Gillings School of Global Public Health, University of North Carolina à Chapel Hill (Caroline du Nord, États-Unis). Siân Curtis est professeure adjointe, Ilene Speizer est professeure et Sandra Martin, professeure et présidente adjointe à la recherche – toutes trois au Department of Maternal and Child Health, Gillings School of Global Public Health. Rebecca Callahan est directrice adjointe au Department of Contraceptive Technology Innovation, Elizabeth Tolley est directrice de la division Behavioral, Epidemiological and Clinical Sciences, et Aurélie Brunie est chercheuse à la division Health Services Research – toutes trois chez FHI 360, Durham (Caroline du Nord, États-Unis).

ultérieurs de santé causés par l'aménorrhée, en particulier l'infertilité<sup>10,13,14,17,18</sup>. Certaines femmes perçoivent l'aménorrhée comme contraire à la nature et craignent que le sang s'accumule dans leur corps si elles n'ont pas leurs règles<sup>10,14,17</sup>. Le sang menstruel étant souvent considéré comme « sale » ou « empoisonné » et la menstruation, comme un moyen de purifier le corps, cette accumulation inquiète souvent les femmes et est perçue telle une menace à leur santé<sup>13,14,17,19,20</sup>. De plus, comme la plupart des femmes qui pratiquent la contraception le font pour éviter de concevoir, l'absence de règles peut être alarmante si elle est interprétée comme un signe de grossesse, en particulier pour les femmes qui n'ont pas aisément accès à un test de grossesse qui permettrait de les rassurer<sup>13,14</sup>.

Une partie de cette recherche sur l'aménorrhée induite par la contraception s'est penchée sur le rapport entre l'acceptabilité de cette absence de règles et diverses caractéristiques sociodémographiques et reproductives. Les études ont observé un lien entre l'âge, l'éducation, le nombre d'enfants et les intentions de fécondité, d'une part, et, d'autre part, l'acceptabilité de l'aménorrhée comme effet secondaire, mais les résultats ne sont pas constants<sup>11,14,17,20,21</sup>. Un souci de charge financière des produits d'hygiène menstruelle peut aussi amener les femmes à accepter davantage l'aménorrhée induite par la contraception<sup>18,22</sup>. De plus, le souvenir de certains symptômes et tendances ordinaires de la menstruation vécus avant l'adoption de la contraception (par exemple, la douleur des crampes menstruelles, les règles prolongées ou abondantes, et le stress) peut rendre les femmes plus susceptibles d'accepter l'aménorrhée<sup>15,16,20,22,23</sup>.

Dans l'ensemble, la littérature publiée sur l'acceptabilité de l'aménorrhée en cours de la pratique contraceptive n'est pas concluante et la recherche est limitée par sa concentration sur les pays à revenu intermédiaire ou élevé et sur l'utilisation continue de la pilule<sup>9</sup>. Ainsi cette étude se propose-t-elle, afin de combler ces lacunes particulières, d'examiner les points de vue des femmes sur l'aménorrhée associée à la pratique d'une méthode contraceptive dans deux pays de faible revenu d'Afrique subsaharienne: le Burkina Faso et l'Ouganda. Nous avons eu recours aux données d'enquêtes de ménage et à des discussions de groupe pour examiner les facteurs associés aux attitudes des femmes concernant l'aménorrhée, les raisons à l'origine de ces attitudes et leur influence sur la décision contraceptive des femmes.

## MÉTHODES

Les données utilisées proviennent d'une étude séquentielle transversale – à méthodes mixtes effectuée par FHI 360 au Burkina Faso et en Ouganda – pour éclairer le développement de six nouvelles méthodes de longue durée d'action<sup>24,25</sup>. Le but de notre étude est de comprendre les besoins, les préférences et les points de vue d'utilisatrices potentielles de la contraception, de prestataires, d'agents de mise en œuvre des programmes et de décideurs politiques. L'étude de FHI 360 a été menée en partenariat avec l'Institut Supérieur des Sciences de la Population de

l'Université de Ouagadougou au Burkina Faso, la faculté de la School of Public Health de l'Université de Makerere en Ouganda et l'initiative Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) du Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health à la faculté de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Elle a reçu l'approbation du comité d'éthique Protection of Human Subjects Committee de FHI 360, du Comité d'éthique pour la recherche en santé au Burkina Faso et, en Ouganda, de la School of Public Health Higher Degrees, Research and Ethics Committee de l'Université de Makerere et du National Council for Science and Technology. Cette analyse secondaire a été exemptée de l'examen de révision institutionnelle par l'Office of Human Research Ethics à l'University of North Carolina à Chapel Hill (États-Unis).

## Pays soumis à l'étude

Le Burkina Faso et l'Ouganda ont été sélectionnés en raison de leur participation dans le programme des enquêtes de santé reproductive « PMA2020 », et de leurs contextes distincts sur le plan géographique, socioculturel et de la planification familiale. Au moment de la collecte des données par PMA2020, parmi la totalité des femmes âgées de 15 à 49 ans dans les deux pays, la pratique contraceptive était faible (23% au Burkina Faso et 31% en Ouganda); le besoin non satisfait de planification familiale était élevé (24% pour chacun); et la proportion de grossesses qui étaient non planifiées était remarquable (32% au Burkina Faso et 44% en Ouganda)<sup>26,27</sup>. Les deux pays se distinguaient cependant en termes d'éventail de méthodes contraceptives et de contexte de prestation des services. Au Burkina Faso, les trois méthodes les plus courantes parmi les utilisatrices étaient l'implant, les injectables et la pilule (43%, 30% et 11%, respectivement); en Ouganda, il s'agissait des injectables, de l'implant et des méthodes traditionnelles (47%, 13% et 12%)<sup>26,27</sup>. Sur l'ensemble des utilisatrices de la contraception moderne au moment de l'enquête PMA2020, la proportion de celles qui avaient obtenu leur méthode dans le secteur public était de 87% au Burkina Faso et de 60% en Ouganda, tandis que la proportion de celles qui avaient payé les services de contraception obtenus était de 66% au Burkina Faso et de 42% en Ouganda<sup>28,29</sup>. Toutes les structures du secteur public échantillonnées au Burkina Faso proposaient au moins cinq méthodes contraceptives, par rapport à 42% seulement en Ouganda<sup>28,29</sup>. De plus, au Burkina Faso, les agents de santé communautaire offraient seulement le préservatif et la pilule (réapprovisionnement), alors qu'en Ouganda, ces agents pouvaient offrir le préservatif, la pilule et les injectables.

L'accès à l'avortement sécurisé est limité aussi dans les deux pays. Au Burkina Faso, l'avortement est légal pour sauver la vie et préserver la santé de la femme, ainsi qu'en cas de viol, d'inceste ou de grave malformation fœtale. La connaissance de la loi est cependant rare et la plupart des avortements sont clandestins, souvent pratiqués dans des

conditions non sécurisées<sup>30</sup>. En Ouganda, l'avortement n'est légal que pour sauver la vie de la femme. Comme au Burkina Faso, toutefois, les lois et les politiques ougandaises relatives à l'avortement ne sont guère interprétées de manière uniforme et l'accès à des services sécurisés reste limité<sup>31</sup>. Les taux d'avortement, estimés à 25 pour 1 000 femmes âgées de 15 à 49 ans au Burkina Faso en 2012 et à 39 pour 1 000 en Ouganda en 2013, sont conformes aux estimations régionales<sup>30-32</sup>.

### Analyse quantitative

• **Données.** Les données quantitatives proviennent d'enquêtes de ménage PMA2020 nationalement représentatives. Elles ont été collectées entre novembre 2016 et janvier 2017 au Burkina Faso (vague 4) et entre avril et mai 2016 en Ouganda (vague 4). Dans chaque pays, un échantillon probabiliste de ménages a été sélectionné selon un plan par grappes à deux phases – avec stratification urbaine-rurale au Burkina Faso, et urbaine-rurale et sous-régionale en Ouganda<sup>26,27</sup>. Dans chaque ménage sélectionné, une enquête a été effectuée et toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans qui étaient résidentes de facto du foyer (pour y avoir passé la nuit précédant l'enquête) ont été admissibles à répondre au questionnaire destiné aux femmes. Parmi les femmes admissibles, les utilisatrices potentielles de la contraception (soit celles qui ne pratiquaient pas une méthode permanente ayant déclaré qu'elles envisageraient d'utiliser dans le futur une méthode nouvellement développée et, au Burkina Faso, celles ayant déclaré penser qu'elles utiliseraient une méthode quelconque dans le futur) ont été invitées à répondre à un module de 12 questions ajoutées par FHI 360 à la fin de leur questionnaire.

La proportion des femmes ayant répondu au questionnaire des femmes PMA2020 et aussi au module supplémentaire s'est élevée à 86% au Burkina Faso (n=2 743) et à 63% en Ouganda (n=2 403), soit 99,8% et 100% des femmes admissibles à répondre au module, respectivement. Dans les deux pays, les femmes plus jeunes, celles qui avaient un plus grand nombre d'enfants, celles qui désiraient encore en avoir et celles actuellement enceintes présentaient une probabilité prédite nettement supérieure d'être admissibles à participer; au Burkina Faso, il en allait de même pour les femmes des milieux ruraux et suivant l'appartenance ethnique du ménage (non indiqué).

• **Mesures.** Les questions du module supplémentaire demandaient aux femmes sur les attributs des méthodes contraceptives affectant leur décision de les utiliser, et si elles seraient intéressées par six méthodes actuellement en développement. Une question les invitait à exprimer ce qu'elles pensaient de l'aménorrhée: « Avec certaines méthodes contraceptives, les femmes n'ont pas leurs règles, mais les règles et la fertilité reviennent quand elles arrêtent la méthode. Choisiriez-vous une méthode qui arrêterait vos règles? » Nous avons considéré les femmes qui avaient répondu à l'affirmative comme estimant l'aménorrhée acceptable ou désirable. Nous avons désigné cette réponse affirmative comme variable dépendante de l'analyse, large-

ment sous l'appellation « l'aménorrhée acceptable ». On remarquera toutefois que, bien que la définition clinique de l'aménorrhée désigne généralement une période de 90 jours sans saignements menstruels, la question de l'étude ne précisait pas la durée de l'absence de règles. Cette distinction spécifique n'est probablement pas très utile aux femmes, surtout dans le contexte de l'aménorrhée induite par la contraception par rapport à l'aménorrhée de nature pathologique. Il apparaît du reste que les femmes et les prestataires interprètent différemment l'aménorrhée et ses implications<sup>18,33</sup>.

Au Burkina Faso, l'enquête PMA2020 a également collecté des données sur les pratiques d'hygiène menstruelle des femmes qui avaient eu leurs règles au cours des 90 jours ayant précédé l'enquête et qui n'étaient pas enceintes (soit 67% des femmes ayant répondu aux questions du module supplémentaire; n=1 847). Les questions d'hygiène menstruelle utilisées dans notre analyse demandaient aux femmes ce qu'elles avaient utilisé pour recueillir ou absorber le flux menstruel lors de leurs dernières règles. Les interrogeaient également sur les installations sanitaires ou autres endroits où elles changeaient, lavaient, séchaient ou éliminaient la protection utilisée. De plus, les femmes ont été invitées à indiquer quoi d'autre elles auraient besoin pour mieux gérer leur menstruation (c'est-à-dire, si elles avaient le besoin d'hygiène menstruelle non satisfait).

• **Analyse.** Pour examiner les caractéristiques sociodémographiques et reproductives associées aux attitudes relatives à l'aménorrhée dans chaque pays, nous avons utilisé des tableaux croisés bivariés et réalisé les tests Rao-Scott ajustés au plan et régression logistique multivariée. Nos modèles comprenaient des variables catégorielles de caractéristiques sociodémographiques: tranche d'âge, résidence urbaine ou rurale, éducation (primaire ou moins, ou secondaire ou plus), bien-être économique (en tertiles pour le Burkina Faso et en quintiles pour l'Ouganda) et situation matrimoniale (jamais mariée, mariée et vivant sous le même toit, mariée mais ne vivant pas sous le même toit et précédemment mariée). Des variables catégorielles ont aussi été incluses pour les caractéristiques reproductives: nombre d'enfants (0, 1, 2-4, 5-7, ≥8 enfant(s) au Burkina Faso et 0, 1, 2-3, 4-5, ≥6 en Ouganda), intentions de fécondité (si les femmes désiraient avoir plus d'enfants ou non), pratique contraceptive (jamais, pratique passée ou pratique actuelle d'une méthode de contraception quelconque), activité sexuelle durant le dernier mois écoulé (oui ou non) et état de grossesse (oui ou non/ne sais pas). Le modèle pour l'analyse du Burkina Faso comptait quelques données sociodémographiques supplémentaires qui n'avaient pas été collectées en Ouganda (langue dans laquelle le questionnaire avait été administré, et religion et ethnie du chef du ménage). L'échantillon complète d'analyse des femmes sur l'ensemble des covariables comptait 2 673 femmes au Burkina Faso (97% des femmes qui avaient répondu au module de questions supplémentaires) et 2 281 femmes en Ouganda (95%). Toutes les

covariables présentaient moins de 1% de données manquantes sauf pour l'activité sexuelle, où le manque se mesurait à 1,5% au Burkina Faso et à 3,4% en Ouganda. Pour identifier les pratiques d'hygiène menstruelle associées aux attitudes des femmes burkinabè concernant l'aménorrhée, nous avons conçu un second modèle multivarié avec les femmes qui avaient eu récemment leurs règles. Pour ce second modèle, uniquement au Burkina Faso, l'échantillon d'analyse comptait 1 834 femmes (99%).

Pour tous les modèles multivariés, toutes les covariables ont été incluses, indépendamment de leur importance statistique dans les tableaux croisés bivariés. Nous avons utilisé Stata 14 et toutes les analyses ont été corrigées pour tenir compte de la complexité du plan d'échantillonnage et la non-réponse unitaire au questionnaire des femmes au moyen des commandes *svy* avec les variables d'échantillonnage et les pondérations fournies avec les données et selon les méthodes appropriées pour l'analyse de sous-population (l'option *subpop*, par exemple). Nous avons considéré les valeurs *p* inférieures à un *alpha* de 0,05 comme statistiquement significatives.

#### Analyse qualitative

- **Données.** Les données qualitatives proviennent de groupes de discussion avec des femmes. Dans le but d'obtenir un échantillon avec une étendue d'expériences contraceptives distinctes, les femmes étaient sélectionnées à dessein et stratifiées suivant la région du pays et la pratique contraceptive au moment de l'étude. Les groupes de discussion ont été organisés entre avril et mai 2016 au Burkina Faso et en février 2016 en Ouganda. Au Burkina Faso, parmi les 16 groupes de discussion, six rassemblaient des femmes qui actuellement pratiquaient la contraception et 10, des femmes qui ne la pratiquaient pas. Les groupes ont été menés dans cinq des 13 régions du pays (Boucle du Mouhoun, Est, Nord, Ouagadougou et Sud-Ouest) avec un total de 132 femmes. En Ouganda, 30 groupes de discussion ont été organisés – 10 avec des femmes utilisant une méthode réversible de longue durée d'action (c'est-à-dire, l'implant ou le DIU), 10 avec des utilisatrices des méthodes hormonales de courte durée d'action (la pilule et les injectables) et 10 avec des femmes qui ne pratiquaient pas la contraception. Au total, 239 femmes ont participé dans les quatre régions du pays (Centre, Est, Nord et Ouest) plus la capitale (Kampala). Au sein des régions, les groupes de discussion ont été organisés dans les secteurs de recensement du programme PMA2020.

Les femmes admissibles à participer à l'étude qualitative devaient être âgées de 18 à 49 ans, ou de 15 à 17 ans si étaient mariées. Les femmes n'appartenant pas à la population cible de l'étude de FHI 360 – celles opposées à la planification familiale ou qui ne pratiquaient pas la contraception parce qu'elles essayaient de concevoir – ont été exclues. Les participantes ont été identifiées par l'intermédiaire des prestataires de centres de santé locaux au Burkina Faso, et principalement par les agents de santé communautaire en Ouganda. Les groupes de discussion ont été menés dans

les langues locales, à l'aide de guides de discussion semi-structurés, par des animatrices formées, avec enregistrement audio et prise de notes pendant la discussion; les autres détails sont publiés ailleurs<sup>24,25</sup>. Des antécédents sociodémographiques et reproductives ont également été collectés. Les animatrices et les rapporteuses chargées de la prise de notes ont traduit et transcrit les enregistrements audio en français au Burkina Faso et en anglais en Ouganda.

- **Analyse.** Pour cette analyse secondaire, nous avons utilisé une partie du guide de discussion qui interrogeait les femmes sur leur expérience contraceptive passée et actuelle – concernant en particulier le problème qu'elles verraient dans les méthodes causant l'aménorrhée. Comme pour les données quantitatives, aucune durée spécifique d'absence de saignements n'était spécifiée dans le guide. Nous avons utilisé NVivo 11 et Excel pour l'analyse qualitative.

Une équipe de quatre codeurs ont codé indépendamment les transcriptions des discussions pour l'étude de FHI 360 selon un *codebook* (livre des codes) constitué de codes déductifs issus des guides de groupe de discussion et de codes inductifs révélés en cours d'analyse. Nous avons utilisé les parties des transcriptions codées qui avaient trait aux changements menstruels induits par la contraception pour cette analyse secondaire. Les parties retenues pour le Burkina Faso ont été traduites du français en anglais. La première auteure a élaboré un *codebook* initial de sous-codes de changement menstruel induit par la contraception, mis à jour itérativement au fil de l'examen des transcriptions et ayant ensuite servi au sous-codage. Pour chaque groupe de discussion, les données relatives à chaque mention codée de l'aménorrhée ont été extraites dans une matrice détaillée d'évaluation de trois paramètres dictés par notre question de recherche: attitudes relatives à l'aménorrhée, raisons de ces attitudes et impact éventuel sur la décision d'utiliser une méthode contraceptive. Les composantes et catégories de ces paramètres ont été développées itérativement au cours du processus d'analyse.

D'après la terminologie spécifique utilisée lors des discussions, nous avons regroupé les attitudes relatives à l'aménorrhée induite par la contraception en trois catégories: inacceptable (un problème, préoccupante, pas une bonne chose), acceptable (pourrait s'en accommoder, pas un problème, pas inquiétante) ou désirable (bonne chose, serait bienvenue, serait un soulagement ou un apaisement). Si les femmes n'utilisaient pas une terminologie spécifique, l'attitude n'a pas été inférée mais a plutôt été catégorisée comme non exprimée.

Les raisons discutées concernant les attitudes des participantes à l'égard de l'aménorrhée ont été rassemblées selon les thèmes développés itérativement lors de l'analyse des transcriptions (par exemple, impacts de l'aménorrhée sur la santé, conseil du prestataire sur l'aménorrhée, inquiétudes du partenaire). Le grand thème des impacts de santé a été catégorisé en sous-rubriques en indiquant la nature distincte (par exemple, douleurs, effets sexuels, changements de force ou d'énergie). Toutes les discussions sur les attitudes à l'égard de l'aménorrhée n'ont pas néces-

sairement donné des raisons de ces attitudes. Du fait que la plupart des raisons pouvaient être envisagées sous un jour positif aussi bien que négatif, elles n'ont pas été réparties en tant que telles. Par exemple, le gain de poids pouvait être vu comme une raison de désirer l'aménorrhée ou de la trouver inacceptable.

Nous avons réparti les différents impacts des attitudes relatives à l'aménorrhée sur la décision contraceptive discutée dans les groupes en trois catégories de risque de grossesse non planifiée – faible, moyen et élevé – selon chaque décision contraceptive possible. Dans la catégorie de décision contraceptive à faible risque de grossesse, nous avons inclus la continuation ou la disposition à utiliser la méthode contraceptive en cas d'aménorrhée, ou ne considérer pas l'aménorrhée comme un obstacle à la pratique contraceptive. Dans la catégorie de décision à risque moyen de grossesse, nous avons inclus le changement de méthode, la possibilité d'arrêt ou de changement de méthode, l'interruption temporaire de la pratique contraceptive ou le choix d'une méthode moins efficace en cas d'aménorrhée. Enfin, la catégorie de décision à risque élevé de grossesse comprenait la non-utilisation, l'arrêt ou le refus d'utiliser la méthode en cas d'aménorrhée, ou la perception de l'aménorrhée comme un obstacle à la pratique contraceptive. Toutes les discussions des attitudes concernant l'aménorrhée n'ont pas nécessairement fait état d'un impact sur la décision contraceptive.

Dans les discussions où les participantes avaient exprimé plusieurs attitudes à l'égard de l'aménorrhée induite par la contraception, les raisons correspondantes et les impacts éventuels sur leur décision ont été attribués séparément à chaque attitude. Par exemple, une participante aurait pu dire qu'elle appréciait l'aménorrhée parce qu'elle souffrait généralement de crampes menstruelles douloureuses; mais elle aurait pu dire aussi que ses règles soient abondantes après l'aménorrhée et que ce souci l'empêcherait d'utiliser une méthode qui l'induirait. Dans un tel cas, l'attitude favorable exprimée par cette participante serait attribuée au sentiment de soulagement pour ses règles ordinaires, sans avoir créé un impact sur la décision de la pratique contraceptive. L'attitude négative serait sa crainte de problèmes au retour de ses règles et à l'impact de la non-utilisation (risque plus élevé de grossesse).

## RÉSULTATS

### Données quantitatives

- *Résultats descriptifs et bivariés.* Dans les deux pays, environ 60% des femmes comprises dans nos échantillons avaient moins de 30 ans (59% au Burkina Faso et 64% en Ouganda; Tableau 1); trois quarts étaient mariées (76% et 73%, respectivement); et plus de trois quarts avaient au moins un enfant (78% et 82%). Dans les deux pays, environ 80% des femmes vivaient en milieu rural (76% et 83%), mais une plus grande proportion d'Ougandaises étaient instruites au niveau secondaire (30% par rapport à 20% au Burkina Faso). Une plus grande proportion d'Ougandaises avaient également déjà utilisé une méthode

**TABLEAU 1. Répartition en pourcentage des femmes âgées de 15 à 49 ans qui étaient utilisatrices potentielles de la contraception, et pourcentage de celles qui choisiraient une méthode qui cause l'aménorrhée — tous deux par caractéristiques socio-démographiques et de santé reproductive, enquêtes PMA2020, Burkina Faso 2016–2017 et Ouganda 2016**

Caractéristique	Burkina Faso		Ouganda	
	% (n=2 673)	% aménorrhée acceptable (n=1 528)	% (n=2 281)	% aménorrhée acceptable (n=880)
<b>Âge (ans)</b>				
15–19	21,6	63,0	19,1	38,0
20–24	18,9	63,5	25,6	39,1
25–29	18,9	66,8	19,5	36,1
30–34	14,8	68,5	16,6	45,9
35–49	25,7	63,8	19,3	41,6
<b>Résidence</b>				
Urbaine	23,8	42,0	17,2	27,2
Rurale	76,2	72,0	82,8	42,6
<b>Niveau d'éducation</b>				
≤primaire	79,9	68,0	70,4	43,3
≥secondaire	20,1	52,3	29,6	31,8
<b>Tertile/quintile de bien-être économique†</b>				
Le plus bas	34,0	68,8	19,3	52,7
Deuxième	s/o	s/o	18,8	44,8
Moyen	32,2	73,0	21,2	41,0
Quatrième	s/o	s/o	20,5	37,7
Le plus élevé	33,8	53,1	20,2	24,1
<b>Situation matrimoniale</b>				
Jamais mariée	20,1	50,4	17,9	33,1
Mariée et cohabitante	67,0	69,1	61,0	42,5
Mariée et non cohabitante	9,2	66,2	11,6	41,3
Précédemment mariée	3,7	63,0	9,5	34,1
<b>Nbre d'enfants‡</b>				
0	22,1	53,3	18,3	33,9
1	13,4	65,0	17,1	32,2
2–4/2–3	35,5	70,1	26,2	40,9
5–7/4–5	21,4	65,8	19,4	44,4
≥8/≥6	7,5	70,9	19,1	46,6
<b>Désire plus d'enfants</b>				
Oui	17,9	64,0	28,6	41,2
Non	82,1	65,0	71,4	39,4
<b>Pratique contraceptive</b>				
Jamais	55,6	65,0	38,0	37,6
Passée	17,7	62,2	25,7	40,7
Actuelle	26,6	66,3	36,3	41,8
<b>Rapports sexuels 30 derniers jours</b>				
Non	41,9	61,2	32,1	37,2
Oui	58,1	67,5	67,9	41,2
<b>Enceinte</b>				
Non/ne sais pas	90,6	64,0	86,6	39,7
Oui	9,4	72,9	13,4	41,5
<b>Langue de l'enquête</b>				
Mooré	42,3	66,3	s/o	s/o
Français	11,0	39,3	s/o	s/o
Autre	46,7	69,5	s/o	s/o
<b>Religion du chef de ménage</b>				
Musulmane	62,1	64,7	s/o	s/o
Autre	37,9	65,0	s/o	s/o
<b>Ethnie du chef de ménage</b>				
Mossi	46,4	65,8	s/o	s/o
Gourmantché	12,5	64,3	s/o	s/o
Fulfuldé/Peul/Touareg/Bella	7,1	66,3	s/o	s/o
Dioula/Bobo/Sénoufo/autre	11,1	56,4	s/o	s/o
Autre burkinabè	22,9	66,7	s/o	s/o
<b>Total</b>	100,0	64,8	100,0	39,9

\*p≤0,05. \*\*p≤0,01. \*\*\*p≤0,001. †Bien-être économique en tertiles pour le Burkina Faso et en quintiles pour l'Ouganda. ‡Première étendue pour le Burkina Faso, seconde pour l'Ouganda. NB: Les « utilisatrices potentielles de la contraception » étaient les femmes qui n'utilisaient pas une méthode contraceptive permanente au moment de l'étude et qui considéreraient utiliser une méthode nouvellement développée (et, au Burkina Faso, une méthode quelconque) dans le futur. Les pourcentages sont pondérés. Valeurs p de la statistique Rao-Scott F comparent l'aménorrhée acceptable et l'aménorrhée inacceptable. La somme des pourcentages de répartition n'atteint pas toujours exactement 100,0 pour cause d'arrondissement. s/o=sans objet.

**TABLEAU 2. Au Burkina Faso, répartition en pourcentage des utilisatrices potentielles de la contraception qui avaient eu récemment leurs règles, et pourcentage de celles qui choisiraient une méthode qui cause l'aménorrhée — tous deux par caractéristiques d'hygiène menstruelle lors des dernières règles**

Caractéristique	% (n=1 834)	% aménorrhée acceptable (n=977)
<b>Principal espace utilisé pour l'hygiène menstruelle‡</b>		**
Espace sommeil/autre pièce	45,3	59,2
Principales installations sanitaires du ménage	20,8	52,8
Autres installations sanitaires§	26,2	73,2
Espace en arrière/buissons/aucun espace/autre	7,7	61,6
<b>Installations privées, sûres et verrouillables‡</b>		†
Non	80,7	64,0
Oui	19,3	52,3
<b>Installations propres avec eau et savon disponibles‡</b>		
Non	90,0	61,6
Oui	10,0	63,0
<b>Protections hygiéniques utilisées††</b>		***
Tissu	59,4	68,7
Produit d'hygiène menstruelle‡‡	17,3	52,3
Autre protection jetable	16,3	43,2
Autre protection réutilisable/aucune	3,1	79,5
<b>Besoin d'hygiène menstruelle non satisfait§§</b>		***
Non	22,5	45,1
Oui	77,5	66,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>61,7</b>

\*\*p≤0,01. \*\*\*p≤0,001. †p≤0,10. ‡Installations sanitaires ou autres espaces de changement, lavage, séchage ou élimination des protections hygiéniques. §Au foyer du ménage, au travail ou à l'école ou installations publiques. ††Servant à recueillir ou à absorber le flux menstruel. ‡‡Tampons ou serviette hygiénique. §§Les réponses reçues ont inclus les besoins de: eau propre, savon ou protections absorbantes; meilleure connaissance/sensibilisation; argent; soulagement de la douleur/analgsique; et espace privé ou sûr, ou endroit où acheter des protections propres et absorbantes ou où se débarrasser des protections utilisées. NB: Les « utilisatrices potentielles de la contraception » étaient les femmes qui ne pratiquaient pas de méthode permanente au moment de l'étude mais qui considéreraient utiliser une méthode nouvellement développée ou une méthode quelconque dans le futur. Les « femmes qui avaient eu récemment leurs règles » sont celles qui avaient eu leurs règles au cours des 90 derniers jours écoulés et qui n'étaient pas enceintes. Les pourcentages sont pondérés. Valeurs p de la statistique Rao-Scott F comparent les réponses de l'aménorrhée acceptable contre inacceptable. Les distributions de pourcentage n'atteignent pas toujours exactement 100,0 pour cause d'arrondissement.

contraceptive (62% contre 44%). Au Burkina Faso, l'appartenance ethnique Mossi et la langue Mooré représentaient la pluralité (43% et 47%, respectivement) et 63% des femmes étaient musulmanes; aucune donnée d'appartenance ethnique, de langue et de religion n'a été collectée en Ouganda.

Soixante-cinq pour cent des femmes burkinabè et 40% des Ougandaises ont indiqué qu'elles choisiraient une méthode dont la pratique causerait l'aménorrhée. Dans les analyses bivariées, cette acceptabilité de l'aménorrhée s'est avérée supérieure parmi les femmes des milieux ruraux plutôt qu'urbains (72% contre 42%, respectivement, au Burkina Faso et 43% contre 27% en Ouganda), parmi celles instruites au niveau primaire ou sans éducation formelle par rapport à celles ayant atteint le niveau secondaire ou supérieur (68% contre 52%, et 43% contre 32%) et parmi celles mariées par rapport à celles qui ne l'avaient jamais été (66–69% contre 50%, et 41–43% contre 33%). Dans les deux pays, l'acceptabilité augmentait aussi dans une mesure inverse au bien-être économique mais parallèle au nombre d'enfants. De plus, au Burkina Faso, l'acceptabilité était supérieure parmi les femmes qui avaient été

sexuellement actives pendant le dernier mois qui étaient enceintes ou qui avaient répondu au questionnaire dans une langue autre que le français.

Concernant les pratiques d'hygiène menstruelle parmi les femmes récemment réglées au Burkina Faso, l'espace le plus généralement utilisé pour la prise en charge de la menstruation était l'espace où elles dormaient ou une autre pièce du foyer (45%; Tableau 2). La plupart ont cependant indiqué que l'espace utilisé n'était pas privé, sûr ni verrouillable (81%), et qu'il n'était pas propre, n'y avait ni eau ni savon (90%). Cinquante-neuf pour cent utilisaient un tissu pour absorber leur flux menstruel et 17% utilisaient un produit prévu à cet effet, comme un tampon ou une serviette hygiénique. Vingt-trois pour cent des femmes seulement ont indiqué avoir tout ce dont elles avaient besoin pour gérer leurs règles.

Dans les analyses bivariées, l'acceptabilité de l'aménorrhée comme effet secondaire s'est révélée plus grande chez les femmes qui n'utilisaient pas les installations sanitaires principales du ménage pour gérer leurs règles (59–73% contre 53%). L'acceptabilité variait aussi suivant le type de protection utilisée pour l'absorption du flux menstruel, de 43% parmi les femmes indiquant utiliser une protection jetable autre qu'un produit prévu à cet effet, à 80% parmi celles qui utilisaient une protection réutilisable autre qu'un produit prévu à cet effet ou qui ne disposaient d'aucune protection. Une plus grande proportion des femmes présentant un besoin d'hygiène menstruelle non satisfait, par rapport à celles que ne présentaient pas ce besoin, étaient disposées à accepter l'effet secondaire de l'aménorrhée (67% contre 45%).

• **Résultats multivariés.** L'importance statistique de certaines associations bivariées a changé dans les modèles multivariés tenant compte d'autres covariables (Tableau 3). Au Burkina Faso, les femmes âgées de 15 à 19 ans présentaient une plus grande probabilité prédite d'accepter l'aménorrhée que leurs aînées (effets différentiels moyens de 9–14 points de pourcentage), bien que l'association ne soit que marginalement significative pour celles de la tranche de 30 à 34 ans. Les femmes des milieux ruraux avaient une probabilité prédite supérieure à celles des milieux urbains d'accepter l'aménorrhée (différentiel de 23 points de pourcentage), de même que celles mariées vivant en couple par rapport à celles qui n'avaient jamais été mariées (12 points de pourcentage). De plus, la probabilité prédite de l'acceptabilité de l'aménorrhée était supérieure de six points de pourcentage chez les femmes qui utilisaient la contraception au moment de l'étude, par rapport à celles qui ne l'avaient jamais pratiquée. L'acceptabilité était plus grande chez les femmes vivant dans les ménages Mossi que chez celles des ménages Gourmantché (différentiel de 19 points de pourcentage). Parmi les femmes qui avaient eu récemment leurs règles au Burkina Faso, après correction des caractéristiques sociodémographiques et reproductives, les probabilités prédites d'accepter l'aménorrhée ne différaient pas significativement suivant l'espace utilisé pour l'hygiène menstruelle, la protection utilisée ou

**TABLEAU 3. Probabilités prédites et effets différentiels moyens de l'acceptabilité de l'aménorrhée parmi les utilisatrices potentielles de la contraception, par caractéristiques sociodémographiques et reproductives, le Burkina Faso et l'Ouganda**

Caractéristique	Burkina Faso		Ouganda	
	Probabilité prédite (n=2 673)	Effet différentiel moyen	Probabilité prédite (n=2 281)	Effet différentiel moyen
<b>Âge</b>				
15-19	0,734	réf	0,470	réf
20-24	0,634	-0,101 (-0,172 à -0,030)**	0,425	-0,045 (-0,127 à 0,038)
25-29	0,632	-0,102 (-0,183 à -0,021)*	0,347	-0,123 (-0,225 à -0,021)*
30-34	0,642	-0,092 (-0,184 à 0,000)†	0,403	-0,067 (-0,200 à 0,066)
35-49	0,590	-0,144 (-0,240 à -0,048)**	0,353	-0,116 (-0,258 à 0,026)
<b>Résidence</b>				
Urbaine	0,474	réf	0,352	réf
Rurale	0,703	0,229 (0,086 à 0,372)**	0,407	0,055 (-0,043 à 0,153)
<b>Niveau d'éducation</b>				
≤primaire	0,644	réf	0,403	réf
≥secondaire	0,665	0,021 (-0,056 à 0,098)	0,390	-0,013 (-0,077 à 0,052)
<b>Tertile/quintile de bien-être économique‡</b>				
Le plus bas	0,643	réf	0,508	réf
Deuxième s/o		s/o	0,440	-0,068 (-0,183 à 0,047)
Moyen	0,678	0,035 (-0,036 à 0,106)	0,397	-0,112 (-0,244 à 0,021)†
Quatrième s/o		s/o	0,374	-0,134 (-0,282 à 0,015)†
Le plus élevé	0,627	-0,016 (-0,132 à 0,101)	0,275	-0,234 (-0,406 à -0,062)**
<b>Situation matrimoniale</b>				
Jamais mariée	0,556	réf	0,380	réf
Mariée et cohabitante	0,672	0,115 (0,009 à 0,221)*	0,410	0,029 (-0,062 à 0,120)
Mariée et non cohabitante	0,658	0,102 (-0,019 à 0,223)†	0,413	0,032 (-0,089 à 0,153)
Précédemment mariée	0,692	0,136 (-0,011 à 0,283)†	0,346	-0,035 (-0,162 à 0,093)
<b>Nbre d'enfants§</b>				
0	0,595	réf	0,334	réf
1	0,623	0,029 (-0,067 à 0,124)	0,306	-0,029 (-0,118 à 0,060)
2-4/2-3	0,685	0,090 (-0,017 à 0,197)†	0,406	0,072 (-0,031 à 0,176)
5-7/4-5	0,637	0,042 (-0,089 à 0,174)	0,446	0,112 (-0,019 à 0,243)†
≥8/≥6	0,704	0,110 (-0,028 à 0,247)	0,487	0,153 (-0,022 à 0,328)†
<b>Désire plus d'enfants</b>				
Non	0,640	réf	0,378	réf
Oui	0,650	0,010 (-0,070 à 0,090)	0,408	0,030 (-0,030 à 0,090)
<b>Pratique contraceptive</b>				
Jamais	0,635	réf	0,366	réf
Passée	0,615	-0,020 (-0,085 à 0,045)	0,408	0,042 (-0,046 à 0,130)
Actuelle	0,696	0,061 (0,005 à 0,116)*	0,428	0,062 (-0,020 à 0,144)
<b>Rapports sexuels 30 derniers jours</b>				
Non	0,638	réf	0,408	réf
Oui	0,656	0,018 (-0,035 à 0,070)	0,395	-0,012 (-0,070 à 0,045)
<b>Enceinte</b>				
Non/ne sais pas	0,643	réf	0,397	réf
Yes	0,704	0,062 (-0,003 à 0,126)†	0,415	0,018 (-0,070 à 0,106)
<b>Langue de l'enquête</b>				
Mooré	0,583	réf	s/o	s/o
Français	0,571	-0,011 (-0,146 à 0,123)	s/o	s/o
Autre	0,717	0,134 (-0,035 à 0,303)	s/o	s/o
<b>Religion du chef de ménage</b>				
Musulmane	0,638	-0,027 (-0,103 à 0,049)	s/o	s/o
Autre	0,665	réf	s/o	s/o
<b>Ethnie du chef de ménage</b>				
Mossi	0,715	réf		s/o
Gourmantché	0,529	-0,186 (-0,362 à -0,011)*	s/o	s/o
Fulfuldé/Peul/Touareg/Bella	0,600	-0,115 (-0,275 à 0,044)	s/o	s/o
Dioula/Bobo/Sénoufo/autre	0,545	-0,170 (-0,362 à 0,022)†	s/o	s/o
Autre burkinabè	0,618	-0,097 (-0,281 à 0,088)	s/o	s/o

\*p≤0,05. \*\*p≤0,01. †p≤0,10. ‡Bien-être économique en tertiles pour le Burkina Faso et en quintiles pour l'Ouganda. §Première étendue pour le Burkina Faso, seconde pour l'Ouganda. NB: Les « utilisatrices potentielles de la contraception » étaient les femmes qui ne pratiquaient pas de méthode permanente au moment de l'étude et qui considéraient utiliser une méthode nouvellement développée (et, au Burkina Faso, une méthode quelconque) dans le futur. Les chiffres entre parenthèses représentent les intervalles de confiance à 95%. réf= groupe de référence. s/o=sans objet.

**TABLEAU 4. Nombre de groupes de discussion dans lesquels les attitudes à l'égard de l'aménorrhée ont été discutées, par caractéristiques sélectionnées, le Burkina Faso et l'Ouganda**

Caractéristique	Burkina Faso (n=16)	Ouganda (n=30)
<b>Situation d'utilisation/type de méthode utilisée</b>		
Non-utilisatrice	10	10
Utilisatrice	6	s/o
MLD	s/o	10
MCD	s/o	10
<b>Nbre médian de participantes par groupe</b>		
	8	8
<b>Âge médian (ans)</b>		
15 à 29	7	13
≥30	9	17
<b>Nbre médian d'enfants</b>		
0-3	6	10
≥4	10	20
<b>Attitude discutée sur l'aménorrhée†</b>		
Désirable	7	10
Acceptable	10	14
Inacceptable	14	26

†Plusieurs attitudes ont été discutées dans les groupes de discussion. Désirable = par ex., bonne chose, serait bienvenue, serait un soulagement ou un apaisement. Acceptable = par ex., pourrait s'en accommoder, pas un problème, pas inquiétante. Inacceptable = par ex., un problème, préoccupante, pas une bonne chose. NB: MLD=méthode de longue durée d'action (implant et DIU). MCD = méthode de courte durée d'action (injectables et pilule). s/o=sans objet.

le besoin non satisfait (voir le Tableau annexe 1, page 14).

En Ouganda, les femmes âgées de 15 à 19 ans présentaient une plus grande acceptabilité de l'aménorrhée que celles âgées de 25 à 29 ans (effet différentiel moyen, 12 points de pourcentage; Tableau 3). L'acceptabilité semblait augmenter à mesure que le bien-être économique diminuait, en ce que les femmes du quintile le plus bas présentaient la plus forte probabilité prédite d'accepter l'aménorrhée (51%), nettement supérieure à celle des femmes du quintile le plus riche (différentiel de 23 points de pourcentage). Une tendance à la hausse de l'acceptabilité a aussi été observée à mesure que le nombre d'enfants augmentait, bien qu'aucune association plus que marginalement significative ne soit apparue.

### Données qualitatives

L'aménorrhée comme effet secondaire a été discutée dans chaque groupe de discussion dans les deux pays. Le Tableau 4 présente une information descriptive des discussions de groupe et le nombre de groupes où les femmes ont parlé explicitement de leurs attitudes à l'égard de l'aménorrhée. De nombreuses attitudes, raisons et impacts sur la décision contraceptive ont été discutés dans les groupes. Pour chaque catégorie d'attitude sur l'aménorrhée (désirable, acceptable ou inacceptable), les raisons et l'impact sur la décision contraceptive sont présentés au Tableau annexe 2, page 15. La plupart des groupes ont aussi eu

des discussions où l'attitude n'a pas été exprimée explicitement et toutes les discussions sur les attitudes n'ont pas nécessairement indiqué de raison ou d'impact sur la décision contraceptive (voir le Tableau annexe 3, page 16).

- **Attitudes à l'égard de l'aménorrhée.** Comme indiqué au Tableau 4, plus de discussions avaient qualifié d'inacceptable l'aménorrhée induite par la contraception (14 sur 16 au Burkina Faso, et 26 sur 30 en Ouganda) que désirable (sept sur 16 et 10 sur 30, respectivement) ou acceptable (10 sur 16 et 14 sur 30). En Ouganda, cependant, les attitudes favorables à l'aménorrhée (jugée désirable ou acceptable) étaient plus courantes dans les groupes composés d'utilisatrices de la contraception (méthodes de longue durée d'action ou de courte durée d'action; non représenté).

- **Raisons des attitudes relatives à l'aménorrhée.** Dans les deux pays, la raison la plus fréquente de l'attitude favorable à l'aménorrhée (catégorie « désirable ») tenait à sa capacité de soulager les problèmes de la menstruation ordinaire (voir le Tableau annexe 2). Certaines femmes percevaient l'aménorrhée comme bénéfique du fait de leur aversion à l'égard de la menstruation en général ou de leurs règles généralement problématiques. Par exemple, une participante ougandaise en a dit:

« Personnellement, je serais contente [si mes règles s'arrêtaient complètement avec la contraception]... Je le vois comme un avantage parce que, quand j'ai mes règles, je saigne trop (abondamment) et si je ne les ai pas, je pense que j'aurai la paix. » – *ancienne utilisatrice des injectables, 37 ans, région de l'Est, Ouganda*

D'autres femmes estimaient l'aménorrhée désirable car elle permettait les activités souvent limitées ou interdites pendant la menstruation. Par exemple, bien qu'il n'existe aucune raison biologique ou médicale contraire à l'activité sexuelle pendant la menstruation, une participante burkinabè a exprimé l'avantage de pouvoir avoir des rapports à tout moment en l'absence de règles:

« Moi, dans mon cas, ce qui me plaît dans l'absence de règles est le fait que mon mari peut avoir des rapports sexuels avec moi à tout moment. Mais, physiquement, je ne me sentais pas bien. » – *ancienne utilisatrice de l'implant, 27 ans, Ouagadougou, Burkina Faso*

Cette dernière citation illustre autre observation importante: les attitudes à l'égard de l'aménorrhée et leurs raisons étaient plurielles et s'inscrivaient dans le contexte d'autres effets secondaires, préférences et normes. Nous reparlerons de ce constat plus bas.

Au Burkina Faso, une autre raison souvent avancée pour laquelle l'aménorrhée était désirable ou acceptable était de savoir qu'elle était temporaire et que les règles réapparaîtraient après l'arrêt de la méthode. De plus, la raison la plus fréquente de l'acceptabilité au Burkina Faso consistait à assimiler erronément l'aménorrhée à l'efficacité de la méthode. Ces deux raisons sont décrites par une participante burkinabè:

« Pour moi, quand on utilise une méthode, c'est pour éviter une grossesse. Donc, le fait que les règles s'arrêtent

veut dire que le produit a vraiment mis la procréation en suspens... Donc, pour moi, quand on prend une méthode, les règles s'arrêtent, et quand on arrête la méthode, les règles reviennent et on peut de nouveau [concevoir]. » – *non-utilisatrice de 40 ans, région du Sud-Ouest, Burkina Faso*

Bien que certaines femmes du Burkina Faso, comme celle citée ci-dessus, voyaient dans l'aménorrhée une indication que la méthode empêchait la conception, le souci qu'il s'agissait plutôt d'un premier signe de grossesse était une raison moins fréquente de son inacceptabilité.

En Ouganda, le conseil du prestataire a souvent été discuté comme raison de trouver l'aménorrhée désirable ou acceptable. En général, la discussion avait trait au conseil reçu lors d'un retour au prestataire après l'arrêt de la menstruation, et non au moment de l'adoption de la méthode. Par exemple, une participante ougandaise a expliqué que ses prestataires lui avaient décrit l'avantage d'une charge réduite de lavage des protections hygiéniques, revenant aussi à l'aménorrhée comme moyen de soulager les problèmes de la menstruation ordinaire:

« Moi, je suis allée à l'hôpital pour demander pourquoi mes règles s'étaient arrêtées et on m'a simplement demandé si j'avais envie de laver mes linges souillés [faisant référence au lavage des protections utilisées pour absorber les règles]. Maintenant je sais que ce n'est pas grave si [mes règles] s'arrêtent... » – *utilisatrice du DIU, 37 ans, région du Nord, Ouganda*

La discussion sur les raisons des attitudes contraires à l'aménorrhée (jugée inacceptable) était généralement moins spécifique au Burkina Faso qu'en Ouganda, où peu de raisons ont d'ailleurs été discutées (voir le Tableau annexe 3, page 16). Au Burkina Faso, deux des raisons les plus discutées concernant l'inacceptabilité de l'aménorrhée étaient son impact sur la santé en général et des préoccupations ou craintes générales (voir le Tableau annexe 2). Les femmes burkinabè ont parlé de l'aménorrhée comme cause de mauvais état général, de problèmes de santé ou de « cause de maladie », comme le discours de cette participante illustre:

« Si tes règles s'arrêtent et que tu n'as pas de problèmes de santé, ça peut aller; d'un autre côté, si tes règles s'arrêtent et que tu ne te sens plus bien, c'est peut-être dû à l'arrêt de tes règles et c'est préoccupant. » – *non-utilisatrice de 23 ans, région du Sud-Ouest, Burkina Faso*

Cette citation met aussi en lumière une perception discutée dans quelques autres groupes: l'observation que les effets de santé sont causés par l'aménorrhée même, plutôt que tous les effets – y compris l'aménorrhée – sont causés par la méthode contraceptive.

Dans un autre groupe de discussion au Burkina Faso, une participante a décrit sa perception de l'impact de l'aménorrhée sur la santé en général:

« On ne sait pas si l'absence de règles sera cause de maladie ou non. Tant qu'on n'a pas ses règles, on n'a pas la paix... On est inquiète parce qu'on a l'impression que les règles s'accumulent au bas du ventre. Et le jour où elles commenceront à s'écouler, hum, si personne n'est là pour

t'aider... » – *non-utilisatrice de 28 ans, Ouagadougou, Burkina Faso*

Cette citation, parmi d'autres ci-dessous, illustre une autre observation importante. Dans les deux pays, les participantes ont parlé de leur perception que le flux menstruel s'accumule dans le corps en période d'aménorrhée, et de leur inquiétude subséquente que lorsque les règles reprendront, elles seront problématiques (par exemple, abondantes, de longue durée ou imprévisibles). Les femmes ont parlé des implications négatives que ce type de règles problématiques pourrait avoir sur leur vie (par exemple, difficulté de les gérer, impossibilité de travailler, impossibilité d'avoir des rapports sexuels avec leur mari), en particulier sans l'assistance d'autrui.

En Ouganda, la discussion des raisons d'inacceptabilité de l'aménorrhée était généralement plus descriptive qu'au Burkina Faso. Les trois raisons les plus fréquentes étaient liées à son effet sur la force et l'énergie; la perception que les femmes doivent avoir leurs règles chaque mois et l'impact de la douleur (voir le Tableau annexe 2). L'effet de l'aménorrhée sur la force et l'énergie était perçu comme cause de faiblesse, de sueurs et de fatigue, comme l'a expliqué une utilisatrice du DIU âgée de 25 ans dans la région de l'Ouest ougandais:

**Participante:** Quand on n'a pas ses règles, ce sang [menstruel] ne s'évacue pas du corps. On se sent tout le temps fatiguée, on prend du poids et on n'a pas la force de marcher même de courtes distances.

**Animatrice:** Vous pensez donc que les femmes qui n'ont pas leurs règles rencontrent ce problème?

**Participante:** Oui, elles prennent beaucoup de poids et elles ne peuvent pas s'en empêcher. Elles ont chaud, leur cœur bat très vite et elles ne peuvent pas gravir de côtes. Elles sont complètement désarçonnées.

La perception que les règles mensuelles sont « normales », « saines » ou « naturelles » a souvent été discutée en Ouganda. Par exemple, une participante a décrit que les règles, chaque mois, sont considérées comme relevant de la loi religieuse générale:

« On dit que c'est la loi que chaque femme doit évacuer ce flux [menstruel] chaque mois. Je ne sais pas si la loi est donnée dans la Bible ou dans le Coran. » – *ancienne utilisatrice des injectables, 37 ans, région de l'Est, Ouganda*

Une autre participante ougandaise a expliqué que la menstruation lui avait été apprise comme un signe de santé de la femme:

« Le problème est qu'en grandissant, on nous a dit qu'une femme en bonne santé doit avoir ses règles tous les mois. Il doit donc y avoir un problème si on n'a pas ses règles pendant toute une année, non? Ce qui sort [le flux menstruel], où va-t-il? » – *non-utilisatrice de 36 ans, Kampala, Ouganda*

• **Impact des attitudes relatives à l'aménorrhée sur la décision contraceptive.** Nous avons observé un rapport similaire entre les attitudes à l'égard de l'aménorrhée et la décision sur la pratique contraceptive dans les deux pays (voir le Tableau annexe 2, page 15). Parmi les groupes de

discussion dont les femmes avaient parlé de la décision contraceptive, les attitudes favorables à l'aménorrhée (jugée désirable ou acceptable) aboutissaient uniquement sur une décision contraceptive à faible risque de grossesse non planifiée (par exemple, la continuation de la méthode). Les attitudes défavorables (jugant l'aménorrhée inacceptable) conduisaient à une décision contraceptive à risque moyen de grossesse (par exemple, changement de méthode ou choix de méthodes moins efficaces) ou haut (par exemple, non-utilisation ou arrêt) dans les discussions de certains groupes. Dans la moitié de ces groupes, toutefois, une décision à faible risque de grossesse non planifiée persistait malgré l'attitude contraire.

Les raisons de cette discordance entre l'attitude et la décision ont été discutées dans plusieurs groupes. Par exemple, il avait été conseillé aux femmes aménorrhéiques de continuer leur pratique contraceptive et que la prévention de la grossesse était le plus importante. Mais les préoccupations souvent subsistaient, comme décrite par une utilisatrice des injectables dans la région centrale d'Ouganda:

« Quand j'ai commencé la planification familiale, mes règles se sont arrêtées... Je suis allée [à une séance d'éducation sanitaire] où je me suis informée sur cette situation. L'animatrice nous a dit qu'avoir ses règles chaque mois n'est pas ce qui importe vraiment. Ce qui importe, c'est la protection que les méthodes nous donnent contre les grossesses non désirées. Elle a dit que pour les effets secondaires, il faut être patiente et les supporter... Mais on nous dit que quand on n'a pas ses règles chaque mois, le sang reste bloqué dans l'utérus et on attrape des tumeurs, qu'il faut parfois opérer... C'est si effrayant, surtout pour moi qui suis célibataire, sans un homme qui puisse m'emmener à l'hôpital [du district] pour une opération si ce sang va faire des caillots dans mes trompes. »

Dans certains cas, cependant, la prévention de la grossesse était jugée moins importante que l'aménorrhée, comme l'a expliqué une autre participante ougandaise:

« Moi, je veux l'enlever [mon implant] parce que je l'utilise depuis longtemps et je pense que c'est à cause de lui que je n'ai plus mes règles. Et nous ne sommes pas en bons termes, mon mari et moi. Mon mari a un problème [elle explique plus tard qu'il est malade et alité]. Nous ne sommes plus heureux, et j'ai l'impression que ça me dérange. Je n'ai plus mes règles et je n'ai plus non plus de rapports sexuels avec lui. » – *ancienne utilisatrice de l'implant, 33 ans, région de l'Est, Ouganda*

Dans d'autres groupes de discussion, les femmes ont parlé de continuer leur méthode contraceptive en attendant que leurs règles ordinaires reviennent après un certain temps, ou de demander l'aide d'un prestataire. Par exemple, une participante burkinabè a expliqué qu'elle prenait la pilule combinée pour traiter l'aménorrhée causée par les injectables:

« Et quand on va au centre de santé, on vous dit que [le changement dans les règles] est un effet secondaire de la méthode contraceptive [injectables]. On vous conseille de prendre la pilule pour que [vos règles] reviennent comme

d'habitude. Quand on prend la pilule aussi, c'est comme si on prenait deux méthodes. On a eu l'injection [et] on prend la pilule pour réduire les effets secondaires de l'injection, mais c'est comme deux projets en même temps dans votre [corps]... » – *ancienne utilisatrice des injectables, 40 ans, région de la Boucle du Mouhoun, Burkina Faso*

## DISCUSSION

Ces résultats aident à mieux comprendre les points de vue des femmes sur l'aménorrhée induite par la contraception. Ils renforcent la littérature existante sur quatre plans importants. D'abord, les données proviennent de deux pays d'Afrique subsaharienne et s'ajoutent ainsi à celles jusqu'à limitées en provenance de contextes à faible revenu. Étant donné que les perceptions de l'aménorrhée et de la menstruation dépendent du contexte social et culturel, la recherche qui a été axée sur les pays à revenu intermédiaire ou élevé n'est pas extrapolable à la situation de ceux à faible revenu. Deuxièmement, nos données ne limitent pas au contexte de la prise continue de la pilule, comme dans le cas d'une grande partie de la littérature existante. L'aménorrhée en tant qu'effet secondaire des injectables, de l'implant ou du DIU est souvent imprévisible et, si elle est inacceptable aux yeux de l'utilisatrice, elle requiert l'intervention d'un prestataire pour l'apport d'un traitement ou – pour les méthodes de longue durée d'action – le retrait de la méthode. Cette situation est fort différente de celle avec l'utilisation de la pilule, méthode que les femmes peuvent arrêter à tout moment; elles également peuvent omettre les pilules placebo pour retarder ou éviter les métrorragies.

En troisième lieu, les données qualitatives nous ont permis d'examiner les points de vue sur l'aménorrhée induite par la contraception de manière plus nuancée, ainsi que d'explorer les raisons données et leur impact sur la décision contraceptive. Enfin, en quatrième lieu, notre étude comportait une analyse multivariée, importante en ce qu'elle a révélé une différence notable entre nos résultats bi- et multivariés.

Nous avons observé quelques différences et ressemblances intéressantes entre les deux pays. Dans l'ensemble, un plus haut niveau d'acceptabilité de l'aménorrhée comme effet secondaire est apparu au Burkina Faso, par rapport à l'Ouganda, dans l'analyse quantitative aussi bien que qualitative. L'analyse multivariée a aussi révélé tendances différentes au niveau des caractéristiques associées aux attitudes des femmes concernant l'aménorrhée. Au Burkina Faso, son acceptabilité était plus généralement liée au moment où se trouvaient les femmes dans leur vie reproductive (âge, situation matrimoniale et pratique de la contraception) et à leur lieu de résidence. Par contre en Ouganda, il y avait un rapport inverse entre le niveau de bien-être économique et l'acceptabilité de l'aménorrhée. De plus, les raisons données pour expliquer l'inacceptabilité de l'aménorrhée étaient plus vagues et générales au Burkina Faso que celles plus spécifiques données en Ouganda. Ces différences reflètent peut-être une plus large utilisation des méthodes induisant l'aménorrhée en

Ouganda et, par conséquent, une plus grande expérience effective de la gestion des effets réels et perçus de l'aménorrhée. Si tel est le cas, il existe peut-être aussi une transition dans les perceptions de l'aménorrhée, d'une plus grande acceptabilité quand l'utilisation des méthodes hormonales est plus faible à une moindre acceptabilité à mesure que l'expérience et l'utilisation augmentent. Autre interprétation serait que les données qualitatives laissent entendre la possibilité de normes plus fortes concernant la nécessité de règles mensuelles en Ouganda, ce qui pourrait aussi expliquer la acceptabilité plus faible de l'aménorrhée et les raisons différentes données.

Malgré ces différences entre les deux pays, le rapport entre les attitudes et la décision sur la pratique contraceptive s'est révélé similaire au Burkina Faso et en Ouganda. Les attitudes jugeant l'aménorrhée désirable ou acceptable n'ont été discutées qu'en rapport avec le choix d'une méthode contraceptive à faible risque de grossesse. Bien que certaines attitudes liées à l'inacceptabilité de l'aménorrhée se soient accompagnées du choix d'une méthode à risque moyen ou haut, la moitié du temps, ces attitudes ont toujours été discutées en rapport avec une décision d'une méthode à faible risque de grossesse. Cette observation met fortement en garde contre l'assimilation de la pratique et de la continuation d'une méthode à la satisfaction ressentie à son égard. D'autres recherches ont identifié une discordance similaire entre les attitudes déclarées des femmes et leur choix de méthode<sup>34-36</sup>. Nos résultats révèlent comment les femmes trouvent l'équilibre entre leurs préférences concurrentes et leur désir d'éviter une grossesse. Ce rapport peut aussi être lié à la disponibilité et à la légalité de services d'avortement. La dynamique de cet équilibre et considération des différents facteurs offrent un sujet de recherche intéressant pour l'avenir, peut-être par expériences de choix discret et par exercices de classement.

### Limites

Cette étude présente plusieurs limites. En premier lieu, l'analyse est limitée à la population cible concernée par l'étude de FHI 360 – les utilisatrices potentielles de la contraception. Bien que les données PMA2020 soient nationalement représentatives, notre échantillon d'analyse ne comprenait que les femmes admissibles à répondre aux questions supplémentaires de l'étude. La plupart des différences entre ces femmes et celles non admissibles sont attendues chez les utilisatrices potentielles de la contraception (plus jeunes, beaucoup d'enfants, notamment). Cela dit, au Burkina Faso, des différences sont également apparues suivant le lieu de résidence urbain ou rural et suivant l'appartenance ethnique du ménage. Dans l'échantillon qualitatif, les femmes opposées à la contraception ou qui cherchaient à concevoir ont été exclues. Bien qu'à cause de ces restrictions nous ne pouvons pas généraliser nos résultats ni les transférer aux autres contextes, les points de vue de ces utilisatrices potentielles présentent un grand intérêt. Les moyens de répondre au besoin d'éviter une

grossesse non planifiée chez les femmes qui n'ont pas l'intention de pratiquer la contraception méritent une étude approfondie.

Une seconde limite liée à la première tient à la capacité imparfaite de l'individu à prédire de manière exacte son propre comportement. Considérant en particulier les femmes sans expérience de l'aménorrhée induite par la contraception, et peut-être même plus largement celles dotées d'une expérience contraceptive limitée, il peut être difficile de prédire les attitudes à l'égard de l'aménorrhée et leur effet éventuel sur la décision en matière de la contraception.

Quant à la mesure dans laquelle nos résultats s'étendent à l'estimation du recours futur aux méthodes actuelles qui induisent l'aménorrhée, il faut noter que ni nos données quantitatives, ni celles qualitatives, ne couvrent explicitement les questions de prévisibilité de l'aménorrhée et du retour à la menstruation après l'arrêt de la méthode. Cette distinction est particulièrement pertinente pour les méthodes de plus longue durée d'action qui peuvent causer l'aménorrhée, d'autres changements menstruels ou aucun changement. Ces questions devront par conséquent faire l'objet d'une recherche future.

### CONCLUSIONS

Nos résultats sont porteurs d'implications sur le plan du conseil des prestataires et des messages à communiquer pour le changement social et comportemental sur l'aménorrhée induite par la contraception. D'abord, nous avons observé que le conseil des prestataires joue un rôle dans l'acceptabilité de l'aménorrhée aux yeux des femmes, le plus notablement en Ouganda. Ce conseil semblait cependant absent avant l'adoption d'une méthode par les femmes. De meilleurs outils de conseil, aux mains des prestataires, sur les changements menstruels induits par la contraception pourraient réduire ce déficit<sup>37</sup>. De plus, bien que le conseil rassurant d'un prestataire puisse soulager adéquatement les préoccupations de certaines femmes sur l'aménorrhée, il ne doit pas effacer la nécessité de reconnaître pleinement ces inquiétudes et, si la femme le désire, la décision d'arrêter ou de changer de méthode.

Deuxièmement, une raison fréquemment donnée dans les deux pays pour que le l'aménorrhée soit désirable était son potentiel de soulager des problèmes de menstruation ordinaire des femmes. Il faut cependant noter que nous avons observé au Burkina Faso un lien significatif entre les pratiques d'hygiène menstruelle et l'acceptabilité de l'aménorrhée seulement dans l'analyse bivariée, et pas dans celle multivariée. Le conseil concernant ces types d'avantages de « mode de vie » ou de « bien-être » et leur promotion pourraient améliorer l'acceptabilité de l'aménorrhée, mais il faut noter que beaucoup de ces avantages ne peuvent être concrétisés que lorsque l'aménorrhée est prévisible et constante. Mais ce n'est pas toujours le cas avec l'aménorrhée induite par la contraception, en particulier avec les méthodes de longue durée d'action actuelles<sup>5,8</sup>. Les efforts de conseil en matière de la contraception au sujet de l'aménorrhée – en particulier si elle est temporaire et

imprévisible – et d'autres changements menstruels pourraient être facilités par l'intégration de l'offre de produits d'hygiène menstruelle à la prestation des services de planification familiale. De plus, le marketing ou le conseil relatif aux méthodes induisant l'aménorrhée ne doit pas être mené de manière à renforcer davantage la stigmatisation des règles. Il faut répondre aux besoins non satisfaits d'hygiène menstruelle plus larges qui expliquent peut-être la raison pour laquelle certaines femmes cherchent à éviter la menstruation par la contraception.

Troisièmement, nous avons observé un nombre important d'idées fausses sur le fonctionnement de la contraception, les raisons de l'aménorrhée et la menstruation en général. En dissipant ces perceptions erronées par l'éducation et le conseil, on pourrait améliorer les attitudes de certaines femmes à l'égard de l'aménorrhée induite par la contraception. De plus, en instruisant les femmes et en les aidant à mieux comprendre ces questions, on en fera vraisemblablement des utilisatrices de la contraception mieux avisées.

Enfin, nos résultats peuvent guider utilement le développement de nouvelles méthodes contraceptives. Ils indiquent un marché ouvert à de nouvelles méthodes qui causent l'aménorrhée – idéalement de manière prévisible – dans les pays à faible revenu où certaines femmes la trouvent acceptable et même désirable. Nos observations aussi soutiennent la nécessité d'autres nouvelles méthodes qui offrent différentes options aux femmes qui ne désirent pas l'aménorrhée.

Dans l'ensemble, les efforts d'amélioration du conseil des prestataires et de la communication pour le changement social et comportemental sur l'aménorrhée induite par les méthodes existantes, répondront mieux aux besoins des femmes et des couples. Le développement de nouvelles méthodes améliorées doit être sensible aux préférences exprimées par les femmes à cet égard. Ainsi, les individus pourront exercer leur droit de déterminer si et quand ils choisissent d'avoir des enfants.

## RÉFÉRENCES

1. Sedgh G, Ashford LS et Hussain R, *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*, New York: Guttmacher Institute, 2016, <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>.
2. Darroch JE, Sedgh G et Ball H, *Contraceptive Technologies: Responding to Women's Needs*, New York: Guttmacher Institute, 2011, [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/contraceptive-technologies.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/contraceptive-technologies.pdf).
3. Sedgh G et Hussain R, Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries, *Studies in Family Planning*, 2014, 45(2):151–169, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x>.
4. Programme Enquêtes démographiques et de santé (EDS), STATcompiler, 2016, <http://www.statcompiler.com>.
5. Hubacher D et al., Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA: systematic review and evidence-based comparisons, *Contraception*, 2009, 80(2):113–118, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.02.008>.

6. Hickey M et d'Arcangues C, Vaginal bleeding disturbances and implantable contraceptives, *Contraception*, 2002, 65(1):75–84, [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824\(01\)00292-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824(01)00292-X).
7. Bachmann G et Korner P, Bleeding patterns associated with non-oral hormonal contraceptives: a review of the literature, *Contraception*, 2009, 79(4):247–258, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2008.10.012>.
8. Sergison JE et al., Levonorgestrel intrauterine system associated amenorrhea: a systematic review and meta-analysis, *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2019, 220(5):440–448.e8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2018.12.008>.
9. Polis CB, Hussain R et Berry A, There might be blood: a scoping review on women's responses to contraceptive-induced menstrual bleeding changes, *Reproductive Health*, 2018, 15(1):114, <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-018-0561-0>.
10. Association of Reproductive Health Professionals (ARHP), *Menstruation and Menstrual Suppression Survey*, Washington, DC: ARHP, 2006, <https://www.arhp.org/publications-and-resources/studies-and-surveys/menstruation-and-menstrual-suppression-survey>.
11. Makuch MY et al., Opinion and experience of Brazilian women regarding menstrual bleeding and use of combined oral contraceptives, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2012, 117(1):5–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2011.11.018>.
12. Rose JG, Chrisler JC et Couture S, Young women's attitudes toward continuous use of oral contraceptives: the effect of priming positive attitudes toward menstruation on women's willingness to suppress menstruation, *Health Care for Women International*, 2008, 29(7):688–701, <http://dx.doi.org/10.1080/07399330802188925>.
13. Clark LR et al., Menstrual irregularity from hormonal contraception: a cause of reproductive health concerns in minority adolescent young women, *Contraception*, 2006, 74(3):214–219, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2006.03.026>.
14. Estanislau do Amaral MC et al., Menstruation and amenorrhea: opinion of Brazilian women, *Contraception*, 2005, 72(2):157–161, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2005.02.013>.
15. Edelman A et al., Acceptability of contraceptive-induced amenorrhea in a racially diverse group of US women, *Contraception*, 2007, 75(6):450–453, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2007.02.005>.
16. Newton V et Hoggart L, Menstruation and contraception: social and cultural issues on young women's decision making, *Contraception*, 2015, 92(4):403, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.06.193>.
17. WHO task force on psychosocial research in family planning, Special programme of research, development and research training in human reproduction, A cross-cultural study of menstruation: implications for contraceptive development and use, *Studies in Family Planning*, 1981, 12(1):3–16, <http://dx.doi.org/10.2307/1965859>.
18. Tolley EE et al., Preferences for a potential longer-acting injectable contraceptive: perspectives from women, providers, and policy makers in Kenya and Rwanda, *Global Health, Science and Practice*, 2014, 2(2):182–194, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00147>.
19. Das M, Socio-cultural aspects of menstruation: an anthropological purview, *Eastern Anthropologist*, 2008, 61(2):227–240.
20. Glasier AF et al., Amenorrhea associated with contraception—an international study on acceptability, *Contraception*, 2003, 67(1):1–8, [http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824\(02\)00474-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-7824(02)00474-2).
21. den Tonkelaar I et Oddens BJ, Preferred frequency and characteristics of menstrual bleeding in relation to reproductive status, oral contraceptive use, and hormone replacement therapy use, *Contraception*, 1999, 59(6):357–362, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10518229>.
22. Hardy E et al., Association between characteristics of current menses and preference for induced amenorrhea, *Contraception*, 2009, 80(3):266–269, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.06.010>.

23. Snow R et al., Women's responses to menses and nonbleeding intervals in the USA, Brazil and Germany, *Contraception*, 2007, 76(1):23–29, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2007.03.008>.
24. Callahan RL et al., Potential user interest in new long-acting contraceptives: results from a mixed methods study in Burkina Faso and Uganda, *PLOS ONE*, 2019, 14(5):e0217333, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0217333>.
25. Brunie A et al., Developing acceptable contraceptive methods: mixed-method findings on preferred method characteristics from Burkina Faso and Uganda, *Gates Open Research*, 2019, 3:1205, <http://dx.doi.org/10.12688/gatesopenres.12953.2>.
26. Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020), *PMA2016/Burkina Faso Vague 4: Aperçu des indicateurs*, 2018, [https://fr.pmadata.org/sites/default/files/data\\_product\\_indicators/BFR4\\_SOL\\_FR\\_0.pdf](https://fr.pmadata.org/sites/default/files/data_product_indicators/BFR4_SOL_FR_0.pdf).
27. PMA2020, *PMA2016/Uganda Round 4 Snapshot of Indicators*, 2016, [https://www.pmadata.org/sites/default/files/data\\_product\\_indicators/PMA2020-Uganda-R4-FP-SOI.pdf](https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_indicators/PMA2020-Uganda-R4-FP-SOI.pdf).
28. PMA2020, *PMA2016/Burkina Faso V-4: Planification Familiale*, 2017, [https://fr.pmadata.org/sites/default/files/data\\_product\\_results/PMA2020-Burkina-R4-FP-Brief-FR.pdf](https://fr.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/PMA2020-Burkina-R4-FP-Brief-FR.pdf).
29. PMA2020, *PMA2016/Uganda Round 4 Family Planning Brief*, 2018, [https://www.pmadata.org/sites/default/files/data\\_product\\_results/PMA2020-Uganda-R4-FP-brief.pdf](https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/PMA2020-Uganda-R4-FP-brief.pdf).
30. Guttmacher Institute, Avortement au Burkina Faso, *Fiche d'information*, 2014, <https://www.guttmacher.org/fr/fact-sheet/avortement-au-burkina-faso>.
31. Guttmacher Institute, Abortion and postabortion care in Uganda, *Fact Sheet*, 2017, <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-and-postabortion-care-uganda>.
32. Sedgh G et al., Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends, *Lancet*, 2016, 388(10041):258–267, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4).
33. Tolley E et al., The impact of menstrual side effects on contraceptive discontinuation: findings from a longitudinal study in Cairo, Egypt, *International Family Planning Perspectives*, 2005, 31(1):15–23, <https://www.guttmacher.org/journals/ipsrh/2005/03/impact-menstrual-side-effects-contraceptive-discontinuation-findings>.
34. Marshall C et al., Young women's contraceptive decision making: do preferences for contraceptive attributes align with method choice? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2016, 48(3):119–127, <http://doi.wiley.com/10.1363/48e10116>, doi:10.1363/48e10116
35. He K et al., Women's contraceptive preference-use mismatch, *Journal of Women's Health*, 2017, 6(6):692–701, <http://online.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2016.5807>.
36. Gomez A et Clark J, Method mismatch: discrepancies between young women's contraceptive preferences and current method choice, *Contraception*, 2013, 88(3):459–460, <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.05.112>.
37. Rademacher KH et al., Menstrual bleeding changes are NORMAL: proposed counseling tool to address common reasons for non-use and discontinuation of contraception, *Global Health, Science and Practice*, 2018, 6(3):603–610, <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00093>.

## Remerciements

Cette analyse secondaire fait partie du projet de recherche de thèse doctorale de la première auteure. Une bourse doctorale Cynthia H. Cassell Doctoral Dissertation Award in Maternal and Child Health at UNC a servi au financement de la traduction par Amelia Maytan-Joneydi, aux fins de cette analyse secondaire, de segments des discussions de groupe transcrites pour le Burkina Faso. Les auteurs remercient les chercheurs locaux de l'étude FHI 360, Georges Guiella et Madeleine Wayack-Pambè au Burkina Faso, et Frederick Makumbi et Simon Kibira en Ouganda; l'équipe PMA2020 à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, en particulier Linnea Zimmerman; et Claire Brennan, Dominika Fiolna, Saskia Guerrier, Anna Lawton et Seth Zissette pour leur soutien de l'analyse qualitative. L'étude de FHI 360 a bénéficié d'une subvention de la Bill & Melinda Gates Foundation (OPP1055878, the Contraceptive Technology Innovation Initiative). Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans l'analyse des données, la décision de publier ni la préparation du manuscrit.

**Coordonnées de l'auteur:** [amackenzie@fhi360.org](mailto:amackenzie@fhi360.org)

**TABLEAU ANNEXE 1. Probabilités prédites et effets différentiels moyens de l'acceptabilité de l'aménorrhée parmi les utilisatrices potentielles de la contraception âgées de 15 à 49 ans et qui avaient eu leurs règles récemment, par caractéristiques sociodémographiques, reproductives et d'hygiène menstruelle, Burkina Faso**

Caractéristique	Probabilité prédite (N=1 834)	Effet différentiel moyen
<b>Âge (ans)</b>		réf
15-19	0,675	réf
20-24	0,569	-0,106 (-0,191 à -0,020)*
25-29	0,589	-0,086 (-0,180 à 0,009)†
30-34	0,616	-0,059 (-0,158 à 0,041)
35-49	0,607	-0,068 (-0,193 à 0,058)
<b>Résidence</b>		réf
Urbaine	0,470	réf
Rurale	0,679	0,208 (0,064 à 0,353)**
<b>Niveau d'éducation</b>		réf
≤primaire	0,613	réf
≥secondaire	0,629	0,016 (-0,072 à 0,105)
<b>Tertile de bien-être économique</b>		réf
Le plus bas	0,619	réf
Moyen	0,646	0,028 (-0,057 à 0,112)
Le plus élevé	0,595	-0,024 (-0,136 à 0,089)
<b>Situation matrimoniale</b>		réf
Jamais mariée	0,568	réf
Mariée et cohabitante	0,640	0,073 (-0,037 à 0,182)
Mariée et non cohabitante	0,588	0,021 (-0,104 à 0,146)
Précédemment mariée	0,680	0,112 (-0,044 à 0,269)
<b>Nbre d'enfants</b>		réf
0	0,588	réf
1	0,614	0,026 (-0,096 à 0,148)
2-4	0,636	0,048 (-0,081 à 0,177)
5-7	0,602	0,014 (-0,136 à 0,164)
≥8	0,711	0,123 (-0,043 à 0,289)
<b>Désire plus des enfants</b>		réf
Non	0,595	réf
Oui	0,622	0,027 (-0,068 à 0,122)
<b>Pratique contraceptive</b>		réf
Jamais	0,588	réf
Passée	0,604	0,016 (-0,071 à 0,102)
Actuelle	0,675	0,086 (0,028 à 0,145)**
<b>Rapports sexuels 30 derniers jours</b>		réf
Non	0,607	réf
Oui	0,624	0,018 (-0,049 à 0,084)
<b>Langue de l'enquête</b>		réf
Mooré	0,583	réf
Français	0,521	-0,062 (-0,191 à 0,068)
Autre	0,679	0,096 (-0,079 à 0,272)
<b>Religion du chef de ménage</b>		réf
Musulmane	0,606	-0,030 (-0,104 à 0,044)
Autre	0,635	réf
<b>Ethnie du chef de ménage</b>		réf
Mossi	0,676	réf
Gourmantché	0,525	-0,151 (-0,336 à 0,034)
Fulfuldé/Peul/Touareg/Bella	0,565	-0,111 (-0,273 à 0,050)
Dioula/Bobo/Sénoufo/autre	0,516	-0,161 (-0,326 à 0,005)†
Autre burkinabè	0,593	-0,084 (-0,278 à 0,111)
<b>Principal espace utilisé pour l'hygiène menstruelle‡</b>		réf
Espace sommeil/autre pièce	0,594	réf
Principales installations sanitaires du ménage	0,626	0,032 (-0,041 à 0,105)
Autres installations sanitaires§	0,670	0,076 (-0,018 à 0,169)
Espace en arrière/buissons/aucun espace/autre	0,560	-0,034 (-0,147 à 0,078)
<b>Installations privées, sûres et verrouillables‡</b>		réf
Non	0,622	réf
Oui	0,599	-0,023 (-0,133 à 0,087)
<b>Installations propres avec eau et savon disponibles‡</b>		réf
Non	0,613	réf
Oui	0,653	0,040 (-0,100 à 0,180)
<b>Protections hygiéniques utilisées††</b>		réf
Tissu	0,622	réf
Produit d'hygiène menstruelle‡‡	0,664	0,042 (-0,044 à 0,128)
Autre protection jetable	0,548	-0,073 (-0,175 à 0,028)
Autre protection réutilisable/aucune	0,621	-0,001 (-0,108 à 0,105)
<b>Besoin d'hygiène menstruelle non satisfait§§</b>		réf
Non	0,579	réf
Oui	0,629	0,050 (-0,022 à 0,121)

**TABLE NOTES**

\*p≤0,05. \*\*p≤0,01. †p≤0,10. ‡Installations sanitaires ou autres espaces de changement, lavage, séchage ou élimination des protections hygiéniques. §Au foyer du ménage, au travail ou à l'école ou installations publiques. ††Servant à recueillir ou à absorber le flux menstruel. ‡‡Tampons ou serviette hygiénique. §§Les réponses reçues ont inclus les besoins de: eau propre, savon ou protections absorbantes; meilleure connaissance/sensibilisation; argent; soulagement de la douleur/analgésique; et espace privé ou sûr, ou endroit où acheter des protections propres et absorbantes ou où se débarrasser des protections utilisées. NB: Les « utilisatrices potentielles de la contraception » étaient les femmes qui ne pratiquaient pas de méthode permanente au moment de l'étude mais qui considéreraient utiliser une méthode nouvellement développée ou un méthode quelconque dans le futur. Les « femmes qui avaient eu récemment leurs règles » sont celles qui avaient eu leurs règles au cours des 90 derniers jours écoulés et qui n'étaient pas enceintes. Les chiffres entre parenthèses représentent les intervalles de confiance à 95%. réf = groupe de référence

**TABLEAU ANNEXE 2. Nombre de groupes de discussion dans lesquels les raisons des attitudes relatives à l'aménorrhée et leur impact sur la décision contraceptive ont été discutés, le Burkina Faso et l'Ouganda**

Raison/impact	Burkina Faso			Ouganda		
	Désirable	Acceptable	Inacceptable	Désirable	Acceptable	Inacceptable
<b>RAISONS D'ATTITUDE†</b>						
<b>Impact sur la santé (quelconque)</b>	1	1	9	3	6	19
Santé générale	1	1	7	3	2	6
Douleurs	0	0	4	0	2	9
Changements de force ou d'énergie	0	0	1	1	2	10
Changements utérins ou du bas-ventre‡	0	0	0	1	0	4
Gain ou perte de poids	0	0	1	1	0	3
Changements de l'appétit	0	0	1	0	1	3
Sensation de « lourdeur »	0	0	0	0	0	5
Fibromes	0	0	0	0	1	3
Effets cardiovasculaires	0	0	0	0	0	2
Effets sexuels	0	0	0	0	1	2
<b>Préoccupations ou craintes générales</b>	1	2	7	0	0	8
<b>Accumulation du sang des règles</b>	0	1	7	1	1	8
<b>Problèmes au retour des règles</b>	0	2	4	0	2	7
<b>Les règles mensuelles sont normales</b>	0	0	2	1	0	10
<b>Signe de grossesse</b>	0	0	4	1	0	4
<b>Soulagement des règles ordinaires</b>	2	1	0	5	3	1
<b>Conseil de prestataire</b>	0	2	0	4	4	2
<b>Compatibilité de méthode</b>	0	1	1	0	3	2
<b>Mesuré par rapport au désir d'éviter la grossesse</b>	0	0	1	1	3	3
<b>Efficacité de méthode</b>	1	4	0	0	2	0
<b>Temporaire pendant l'utilisation de la méthode</b>	2	2	1	1	1	0
<b>Influence d'autrui</b>	0	1	0	1	1	3
<b>Impact sur le travail</b>	0	0	0	0	1	1
<b>Autre raison</b>	1	2	1	1	1	3
<b>DÉCISION CONTRACEPTIVES</b>						
<b>Faible risque de grossesse non planifiée</b>	5	8	7	8	10	13
<b>Risque moyen de grossesse non planifiée</b>	0	0	4	0	0	4
<b>Haut risque de grossesse non planifiée</b>	0	0	2	0	0	4
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>26</b>

†Les raisons suivantes n'ont été données que dans un groupe de discussion par pays ou dans un seul groupe au total: impact sur le partenaire et, parmi les impacts de santé, ballonnement ou gonflement, impact sur la fertilité ou autre raison de santé. ‡Les changements utérins ou du bas-ventre (douleur, « mouvement »/crampes ou ballonnement/gonflement) comprennent ceux concernant lesquels les femmes ont spécifiquement mentionné l'utérus ou le bas-ventre. Les effets sur la santé qui ne n'étaient pas liés explicitement à l'utérus — les douleurs, maux de ventre ou autres problèmes — ont été classés sous « douleurs générales » et le ballonnement ou gonflement du ventre ou du corps, sous « ballonnement ou gonflement » général. §Faible risque: continuer d'utiliser la méthode, utiliserait une méthode ou pas un obstacle à la pratique contraceptive. Risque moyen: passage à une autre méthode, interruption de la méthode, choix d'une méthode moins efficace, possibilité d'arrêt ou de remplacement. Haut risque: non-utilisation, arrêt, n'utiliserait pas. NB: De nombreuses attitudes, raisons et impacts sur la pratique ou la décision contraceptive ont été discutés dans les groupes.

**TABLEAU ANNEXE 3. Nombre de groupes de discussion dans lesquels les raisons et l'impact sur la décision contraceptive ont été discutés sans considération de catégorie d'attitude à l'égard de l'aménorrhée, le Burkina Faso et l'Ouganda**

Raison/impact	Burkina Faso	Ouganda
<b>RAISONS D'ATTITUDE</b>		
<b>Impact sur la santé (quelconque)</b>	12	26
Santé générale	10	14
Douleurs	6	17
Changements de force ou d'énergie	1	12
Changements utérins ou du bas-ventre†	0	8
Ballonnement ou gonflement	2	4
Gain ou perte de poids	2	4
Changements de l'appétit	1	5
Sensation de « lourdeur »	1	5
Fibromes	1	4
Effets cardiovasculaires	0	5
Impact sur la fertilité	2	2
Effets sexuels	0	3
Autre raison de santé	0	1
<b>Préoccupations ou craintes générales</b>	9	9
<b>Accumulation du sang des règles</b>	9	9
<b>Problèmes au retour des règles</b>	4	12
<b>Les règles mensuelles sont normales</b>	2	14
<b>Signe de grossesse</b>	6	8
<b>Soulagement des règles ordinaires</b>	3	9
<b>Conseil de prestataire</b>	3	8
<b>Compatibilité de méthode</b>	4	6
<b>Mesuré par rapport au désir d'éviter la grossesse</b>	2	7
<b>Efficacité de méthode</b>	6	2
<b>Temporaire pendant l'utilisation de la méthode</b>	4	2
<b>Influence d'autrui</b>	1	4
<b>Impact sur le partenaire</b>	2	2
<b>Impact sur le travail</b>	0	2
<b>Autre raison</b>	5	5
<b>DÉCISION CONTRACEPTIVE‡</b>		
<b>Faible risque de grossesse non planifiée</b>	13	24
<b>Risque moyen de grossesse non planifiée</b>	5	8
<b>Haut risque de grossesse non planifiée</b>	6	7
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>30</b>

†Les changements utérins ou du bas-ventre (douleur, « mouvement »/crampes ou ballonnement/gonflement) comprennent ceux concernant lesquels les femmes ont spécifiquement mentionné l'utérus ou le bas-ventre. Les effets sur la santé qui n'étaient pas liés explicitement à l'utérus — les douleurs, maux de ventre ou autres problèmes — ont été classés sous « douleurs générales » et le ballonnement ou gonflement du ventre ou du corps, sous « ballonnement ou gonflement » général. ‡Faible risque: continuer d'utiliser la méthode, utiliserait une méthode ou pas un obstacle à la pratique contraceptive. Risque moyen: passage à une autre méthode, interruption de la méthode, choix d'une méthode moins efficace, possibilité d'arrêt ou de remplacement. Haut risque: non-utilisation, arrêt, n'utiliserait pas. *NB:* De nombreuses attitudes, raisons et impacts sur la pratique ou la décision contraceptive ont été discutés dans les groupes. Ce tableau représente la discussion de l'aménorrhée sans indication explicite d'attitude.