REPUBLIQUE DU BENIN

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

------*

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

------*----*

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

--------*----*----*----*

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

--------*----*----*----*----*

Année : 2023 N°2601

CONTRACEPTION DU POST-PARTUM :

Prévalence et facteurs associés à leurs utilisations en 2023 à la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM

THESE

présentée et soutenue publiquement le 18 décembre 2023 pour l'obtention du grade de :
Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)
Par:

Nach-at ABDALLAH MOHAMED MAHADALI
Née le 08 Avril 1999 à Mutsamudu (Comores)

DIRECTEUR DE THESE
MCA Moufalilou ABOUBAKAR

CO-DIRECTEUR
MA DANGBEMEY Patrice

PRESIDENTE DU JURY
Pr TONATO BAGNAN Angéline

MEMBRES DU JURY
Pr TSHABU AGUEMON Christiane
MCA ABOUBAKAR Moufalilou
MCA ANAGONOU LARY Lucrèce

Année académique : 2022-2023

REPUBLIQUE DU BENIN

*****

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossèssi

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowel Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Annee : 2023-2024 (version octobre 2023)

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr ADJIBABI Wassi	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi	Chirurgie Viscérale
3.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
4.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi	Biophysique, Médecine Nucléaire
5.	Dr FIOGBE Michel Armand	Chirurgie Pédiatrique
6.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
7.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou	Médecine Physique et de Réadaptation
8.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette	Ophtalmologie
9.	Dr ZOUMENOU Eugène	Anesthésie-Réanimation
10.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
11.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
12.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
13.	Dr AFFOLABI Dissou	Bactériologie-Virologie
14.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules	Pédiatrie et Génétique Médicale
15.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix	Dermatologie- Vénérologie
16.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin	Physiologie
17.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie	Pédopsychiatrie
18.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A	Gynécologie-Obstétrique
19.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
20.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille	Parasitologie
21.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
22.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
23.	Dr ALAMOU Soulé	Ophtalmologie
24.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache	Pharmacologie Clinique
25.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
26.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
27.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
28.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin	Gynécologie Obstétrique
29.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique
30.	Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
31.	Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida	Imagerie Médicale
32.	Dr AGUEMON Badirou Din	Santé Publique
33.	Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
34.	Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi ..... Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl..... Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle ..... Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu..... Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè..... Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence..... Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo..... Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou ..... Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud..... Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique..... Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence..... Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès..... Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A..... Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS



1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry ..... Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold ..... Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou ..... Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François..... Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie..... Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules..... Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose..... Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis..... Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli..... Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A..... Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban ..... Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane..... Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor..... Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice..... Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis..... OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle ..... Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I. .... Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle..... Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert..... Chimie Analytique

OCTOBRE 2023

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin..... Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard..... Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana..... Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald..... Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean ..... Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles..... Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe ..... Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M. ..... Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou ..... Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D. ..... Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué ... Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar..... Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin..... Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon..... Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie..... Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien..... Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher..... Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard..... Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René..... Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim..... Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty..... Toxicologie et Analyse du risque

Le Doyen,

Université d'Abomey-Calavi • LE DOYEN • Faculté des Sciences de la Santé

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

OCTOBRE 2023

ACTION DE GRÂCE

Au nom d'Allah, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux

Louange à Allah Seigneur de l'univers, le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, Maître du jour de la résurrection. C'est Toi **(seul)** que nous adorons, et c'est Toi **(seul)** dont nous implorons secours. Guide-nous dans le droit chemin, le chemin de ceux que Tu as comblés de ta faveur, non pas de ceux qui ont encouru Ta colère ni des égarés.

(Coran-Sourate 1)

Au nom d'Allah le Tout Miséricordieux, le Très Miséricordieux, je rends grâce et toute gratitude à l'Etre suprême de m'avoir créée, d'avoir guidé mes pas, et de m'avoir accordée la santé physique.

Je demande par sa grâce de m'accorder longue vie afin de pouvoir accomplir cette noble mission sur la terre, celle de soigner les humains, en me donnant la lumière en gynécologie-obstétrique.

DEDICACES

- **À ma Mère *Kalathoune AHMED BOUTEY*.**

. Très Chère Maman, après 7 années de sacrifice, ta fille sort d'une école avec des expériences nouvelles. En ce moment solennel, je te dédie amour et prière pour que le Seigneur t'accorde santé et grâce.

- **À mon Père Abdallah MOHAMED MAHADALI.**

Tu ne cesses de montrer le chemin. Je remercie Dieu de m'avoir donné un père qui consent autant d'efforts pour moi. Ce travail est ton œuvre.

Allahhouma barik lahou wa yassir hayatahou

- **À ma sœur Amiriat et mon frère Mouhammad**

Ces dernières années loin de vous ont été difficiles, mais l'attente en valait la peine. Je remercie le Tout Puissant et Tout Miséricordieux pour votre présence dans ma vie. Qu'Allah nous unisse davantage. Amine

REMERCIEMENTS

- **À mes oncles, mes tantes, mes cousins et cousines ;**

Vos conseils et assistances tout au long de mon parcours ne sont plus à démontrer. Que le Tout Puissant vous bénisse.

- **À Mr Youssouf ABDOUL HALIM et sa femme Clara TCHIBOZO ;**

Merci pour votre accueil ici au Bénin, votre accompagnement et vos conseils inestimables.

- **Au Docteur Sêna Phycol WHENU ;**

Merci pour votre soutien tout au long du cursus.

- **À Mr Ryann AMOUSSOUVI ;**

Merci pour votre soutien affectif et moral.

- **À mes compatriotes qui sont au Bénin**

J'ai une doléance à vous faire : œuvrons pour l'unité et la solidarité.

- **Au Docteur Humble KPANOU ;**

Merci pour l'accompagnement et la patience dans ce travail ; brillante carrière à vous ; que Dieu vous bénisse.

- **Au Docteur Arielle KEMGNE ;**

Tu as été plus qu'une amie ; une sœur.

- **À mes promotionnaires**

Nous avons passé ensemble sept années d'études universitaires. Puisse Dieu nous guide dans nos choix ! Excellente carrière à tous !

- **À tous mes collègues du groupe de stage d'internat**

Nous avons vécu des moments inoubliables, et ensemble nous avons beaucoup appris. Nous sommes restés soudés malgré des désaccords et les incompréhensions. Que Dieu bénisse nos carrières !

HOMMAGES

- **À notre Maître, le Maître de Conférences Agrégé, Moufalilou ABOUBAKAR.**

Cher Maître,

Vous avez franchement contribué à notre formation et vous resterez pour nous un modèle de rigueur et un exemple par la clarté et la richesse de votre enseignement, par votre dynamisme, et votre simplicité.

Recevez cher maître nos sincères remerciements ainsi que notre profonde gratitude.

- **À notre Maître, Dr DANGBEMEY Patrice**

C'est avec beaucoup d'émotion, que nous vous remercions pour la qualité d'enseignement et de recherche que nous avons eue de votre part.

Soyez rassuré cher Maître que cela sera inoubliable durant toute notre carrière.

- **Au Président du Jury,**

Vous nous faites un grand honneur d'accepter de présider notre jury de soutenance de thèse. Votre grande expérience, vos conseils et vos recommandations nous serviront à l'amélioration de ce travail.

Hommages respectueux.

- Aux **membres du jury**

C'est un honneur et un grand plaisir pour nous de vous avoir dans ce jury.

Merci pour toutes vos critiques. Nous en tiendrons totalement compte pour l'amélioration de ce travail.

Trouvez ici l'expression de notre reconnaissance.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

Abréviations	Expressions complètes
AMM	Autorisation de mise sur le marché
AMPR	Acétate de médroxyprogestérone retard
ANAES	Agence National d'Accréditation en Santé
APC	Anticoagulant de la Proteine C
ATCD	Antécédent
AVK	Antivitamines K
BERCER	Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour
CNHU-HKM	Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou Maga
COC	Contraceptifs oraux combinés
COP	Contraceptifs oraux progestatifs
CP	Contraceptifs progestatifs
CPF	Consultation en Planning Familial
CPN	Consultation Prénatale
CPoN	Consultation Post-Natale
CPP	Contraception du post-partum
CUGO	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DGS	Direction Générale de la Santé
DIU	Dispositif intra utérin
DIU-Cu	Dispositif intra-utérin au cuivre
DIU-LNG	Dispositif intra-utérin
EE	Ethinyl-oestradiol
EN-NET	Enanthate de noresthistérone
GEU	Grossesse extra-utérine
GS/RH	Groupage Sanguin / Rhésus

HAS	Haute Autorité de Santé
HIA	Hôpital d'instruction des armées
HIV	Human Immuno-déficience Virus
HPV	Human Papilloma Virus
HTA	Hypertension Artérielle
IEC	Information Education Communication
IMC	Indice de Masse corporelle
IST	Infection Sexuelle Transmissible
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
Kg	Kilogrammes
LNG	Lévonorgestrel
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MTEV	Maladie Thrombo-Embolique Veineuse
NFS	Numération Formule Sanguine
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OP	Oestroprogestatifs
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
PF	Planification Familiale
PFPP	Planification Familiale dans le post-partum
PP	Post Partum
PTME	Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PVVIH	Personne Vivant avec le Virus de l'immunodéficience Humaine
SA	Semaines d'aménorrhée
SIDA	Syndrome d'immunodépression acquise
TSH	Thyréostimuline Hormone
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
µg	Microgrammes

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Avantages et inconvénients du condom 21
Tableau II: Avantages et inconvénients du diaphragme et de la cape 24
Tableau III: Avantages et inconvénients des spermicides 25
Tableau IV : Répartition des enquêtées selon la profession 54
Tableau V : Répartition des enquêtées selon la zone de résidence, la nationalité et l'ethnie 55
Tableau VI : Répartition des enquêtées selon la religion 56
Tableau VII : Répartition des enquêtées selon la profession du conjoint 57
Tableau VIII : Répartition des utilisatrices de contraception selon le type d'effet secondaire 60
Tableau IX : Répartition des enquêtées selon la Gestité, la parité et le nombre d'enfants 61
Tableau X : Répartition des enquêtées selon le déroulement de la grossesse ... 63
Tableau XI : Répartition des enquêtées selon le terme et la voie d'accouchement 63
Tableau XII : Répartition des enquêtées selon le pronostic maternel 64
Tableau XIII : Répartition des enquêtées selon le pronostic néonatal 65
Tableau XIV: Répartition des enquêtées selon le motif d'adhésion de la contraception en post-partum 68
Tableau XV : Répartition des acceptantes selon le type de contraception choisi 69
Tableau XVI : Récapitulatif des raisons ayant motivé le refus de la contraception 71
Tableau XVII : Corrélation entre le type de contraception et le niveau d'instruction 71
Tableau XVIII : Corrélation entre le type de contraception et l'âge de la femme 72

Tableau XIX : Corrélation entre le type de contraception et la qualification du prescripteur 73
Tableau XX : Corrélation entre le type de contraception et le nombre d'enfants vivants..... 74
Tableau XXI : Facteurs influençant l'utilisation du CPP (1/2) 75
Tableau XXII : Facteur influençant l'utilisation de la contraception (2/2)..... 76

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Coupe sagittale des organes génitaux féminins internes [18] 8
Figure 2: Vue externe des organes génitaux féminins [18] 9
Figure 3: Phase du cycle menstruel et influence des hormones ovariennes 11
Figure 4: Algorithme de prescription d'une contraception en post-partum 39
Figure 5 : Répartition des enquêtées selon l'âge..... 53
Figure 6 : Répartition des enquêtées en fonction du niveau d'instruction..... 54
Figure 7 : Répartition des enquêtées selon de la situation matrimoniale..... 56
Figure 8 : Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel du ménage..... 58
Figure 9 : Répartition des enquêtées selon le type de contraception antérieure 59
Figure 10 : Répartition des enquêtées en fonction des antécédents médicaux .. 62
Figure 11 : Répartition des enquêtées en fonction des suites de couches..... 65
Figure 12 : Répartition des enquêtées selon le moment du counseling 67
Figure 13 : Diagramme de flux de l'acceptation de la CPP..... 67
Figure 14 : Répartition des acceptantes selon la qualification du prescripteur . 69
Figure 15 : Répartition des acceptantes en fonction de la période d'administration de la méthode choisie..... 70

LISTE DES ICONOGRAPHIES

Iconographie 1 : Méthode des jours fixes : Collier (CUGO/CNHU)..... 19
Iconographie 2 : Préservatif masculin (CUGO/CNHU) 22
Iconographie 3 : Préservatif féminin (CUGO/CNHU) 23
Iconographie 4 : Spermicides (CUGO/CNHU)..... 25
Iconographie 5 : Contraceptifs oraux combinés (CUGO/CNHU) 26
Iconographie 6 : Contraceptifs oraux progestatifs (CUGO/CNHU)..... 28
Iconographie 7 : Implants sous-cutanés (CUGO/CNHU)..... 31
Iconographie 8 : Progestatifs injectables (CUGO/CNHU) 33
Iconographie 9 : Dispositif intra-utérin (CUGO/CNHU) 34
Iconographie 10 : Séances de collecte à la CUGO..... h

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

1. GENERALITES.....5

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE.....45

3. RESULTATS.....52

4. DISCUSSION.....77

PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS.....91

CONCLUSION.....93

REFERENCES 95

ANNEXES..... a

TABLE DES MATIERES.....i

INTRODUCTION

Depuis les temps anciens, la fécondité est une preuve de richesse. Beaucoup de croyances religieuses considèrent qu'avoir beaucoup d'enfants est une œuvre de gloire. Selon le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), la santé de la reproduction signifie que les gens sont en mesure d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et dépourvue de danger et qu'ils ont à la fois les moyens de procréer et la liberté de décider, quand et avec quelle fréquence ils le font[1].

Dans le monde près de 100 millions de grossesses non planifiées sont enregistrées annuellement dont la moitié aboutit à des avortements réalisés dans des conditions souvent dramatiques notamment dans les pays à législation restrictive [2].

Au Bénin, le ratio de mortalité maternelle demeure encore élevé. Ce ratio de 498 pour 100 000 naissances vivantes se traduisait par le décès d'au moins 1400 femmes chaque année des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches[3]. Au nombre des stratégies pour lutter contre la mortalité maternelle figure la planification familiale.

Quelle qu'en soit l'issue, la grossesse est une opportunité d'offrir une contraception efficace aux couples motivés pour éviter une nouvelle grossesse. Mais dans le monde, en particulier dans les pays en développement, les femmes pensent qu'une femme ne peut pas tomber enceinte à moins qu'elle n'ait ses premières menstruations post-partum. Environ 79 % des grossesses conçues au cours de la première année suivant l'accouchement ne sont pas désirées et 50 % des couples déclarent avoir eu des rapports sexuels non protégés avant le premier rendez-vous post-partum de routine [4]. Les grossesses non désirées sont associées à des avortements à risque et à d'autres résultats défavorables. L'Organisation Mondiale de la Santé recommande depuis longtemps des intervalles entre les grossesses d'au moins 6 mois après une fausse couche et de 1 à 2 ans après l'accouchement afin de réduire le risque d'issue défavorable de la grossesse [5].

En Afrique subsaharienne, les besoins non satisfaits en planification familiale dans le post-partum (PFPP) peuvent atteindre 75%, comme en Afrique de l'Ouest et du Centre malgré les avantages bien connus de la PFPP. En effet, plus de 30% des décès maternels, 21% des décès juvéniles et 10% des décès infantiles pourraient être évités en espaçant efficacement les intervalles naissance-grossesse d'au moins deux ans. Pourtant, en 2018, l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) estimait à 214 millions le nombre de femmes qui avaient des besoins non satisfaits en planification familiale dans le monde. Au Burkina Faso, malgré un taux de progression moyenne annuelle de 3,2 points dans le taux de prévalence contraceptive auprès des femmes mariées ou vivant en union (18% en 2014 contre 30,1% en 2017), des efforts restent à faire pour augmenter l'utilisation des méthodes contraceptives. Ces fortes proportions de besoins non satisfaits expliquent les études qui ont tenté d'apporter des solutions novatrices pour augmenter l'adhésion des femmes aux méthodes contraceptives en testant une ou plusieurs interventions[6]. Selon une étude réalisée au Cameroun sur le risque de grossesse et l'utilisation des contraceptifs en post-partum en 2018 sur 3007 femmes en post-partum [7]. Au cours des 6 premiers mois post-partum, seulement 8 % des femmes étaient pleinement à risque (c'est-à-dire que les rapports sexuels et les menstruations avaient repris, mais pas d'utilisation de contraceptifs), passant à 24 % entre 6 et 11 mois après l'accouchement, puis à 30 % entre 12 et 17 mois. Bien que 89% souhaitaient retarder la prochaine naissance d'au moins 1 an, seuls 17% utilisaient une méthode moderne.

La contraception, par ses nombreux bénéfices est une pratique clé en santé sexuelle et reproductive pouvant répondre aux besoins de plusieurs groupes de femmes [8,9].

Les données françaises les plus récentes montrent qu'environ 2 % des femmes ayant eu recours à une IVG ont eu une naissance vivante dans les 6 mois précédents l'IVG et 4 % ont eu un enfant six à douze mois auparavant. Chez les femmes qui n'allaitent pas, le plus court délai médian rapporté du retour à une

ovulation est de 39 jours après l'accouchement. Il est donc recommandé de débuter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse rapprochée , et de la prescrire à la sortie de la maternité (accord professionnel) [10].

Notre étude vise à améliorer l'accès à la contraception post-partum afin de réduire le risque de grossesse non désirée et permettre aux femmes et aux couples de contrôler l'espacement des naissances.

OBJECTIFS

Objectif général

Etudier la prévalence et les facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne en post-partum à la CUGO.

Objectifs spécifiques

- Décrire le profil sociodémographique des accouchées.
- Calculer la prévalence de l'utilisation de la contraception en post-partum à la CUGO.
- Déterminer les facteurs associés à l'utilisation de la contraception en post-partum à la CUGO.

1. GENERALITES

1.1. Définitions des concepts

1.1.1. Contraception

L'OMS définit la contraception comme « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » [11]. C'est l'ensemble des méthodes visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde, ou s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé [12].

De façon générale, c'est l'utilisation des méthodes ou moyens anticonceptionnels pour éviter une grossesse.

1.1.2. Période post-partum

C'est la période qui s'étend sur environ les six (06) semaines qui suivent l'accouchement. Elle se termine par le retour de la menstruation sauf dans les cas d'aménorrhée physiologique de nourrice [13].

1.1.3. Contraception du post-partum

C'est l'ensemble des méthodes visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ; ou s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé dans les six (06) semaines qui suivent un accouchement [14].

1.1.4. Prévalence contraceptive

La prévalence contraceptive est le pourcentage de femmes qui utilisent actuellement, ou dont le partenaire sexuel actuel utilise actuellement, au moins une méthode de contraception, quelle qu'elle soit, par rapport à la population cible[15].

1.1.5. Fécondité

La fécondité est la capacité de se reproduire, elle peut être définie comme la qualité de ce qui est fécond. Le terme s'applique d'abord aux êtres vivants, et

notamment à l'Homme, dans le domaine de la santé reproductive ou de la démographie[12].

1.1.6. Planification familiale

C'est l'ensemble des mesures techniques, psychosociales et éducatives qui permettent aux individus et aux couples de réguler les naissances [16].

1.1.7. Définitions opérationnelles

- Gestité : c'est le nombre de grossesses chez la femme
- Primigeste : femme enceinte pour la première fois
- Paucigeste : femme ayant été enceinte deux ou trois fois
- Multigeste : femme ayant été enceinte quatre ou cinq fois
- Grande multigeste : femme ayant été enceinte plus de cinq fois
- Parité : c'est le nombre d'accouchements chez la femme
- Nullipare : femme qui n'a jamais accouché
- Primipare : femme ayant accouché une fois
- Paucipare : femme ayant accouché deux ou trois fois.
- Multipare : femme ayant accouché quatre ou cinq fois
- Grande multipare : femme ayant accouché plus de cinq fois
- Post-partum immédiat : c'est la période qui s'étend de la délivrance à la 24ème heure après l'accouchement
- Post-partum tardif : c'est la période qui s'étend de la 24ème heure à la 6ème semaine après un accouchement
- Le counseling est un processus de communication interpersonnelle par lequel le prestataire aide un(e) client(e) à choisir une méthode de contraception qui lui convient. Le counseling est une partie vitale de la planification familiale.

1.2. Rappels

1.2.1. Anatomie de l'appareil génital féminin [17]

L'appareil génital féminin est composé des organes génitaux internes et des organes génitaux externes.

- Les organes génitaux internes sont :
  - Les ovaires
  - Les trompes de Fallope
  - L'utérus
- Les organes génitaux externes sont :
  - La vulve
  - Le vagin

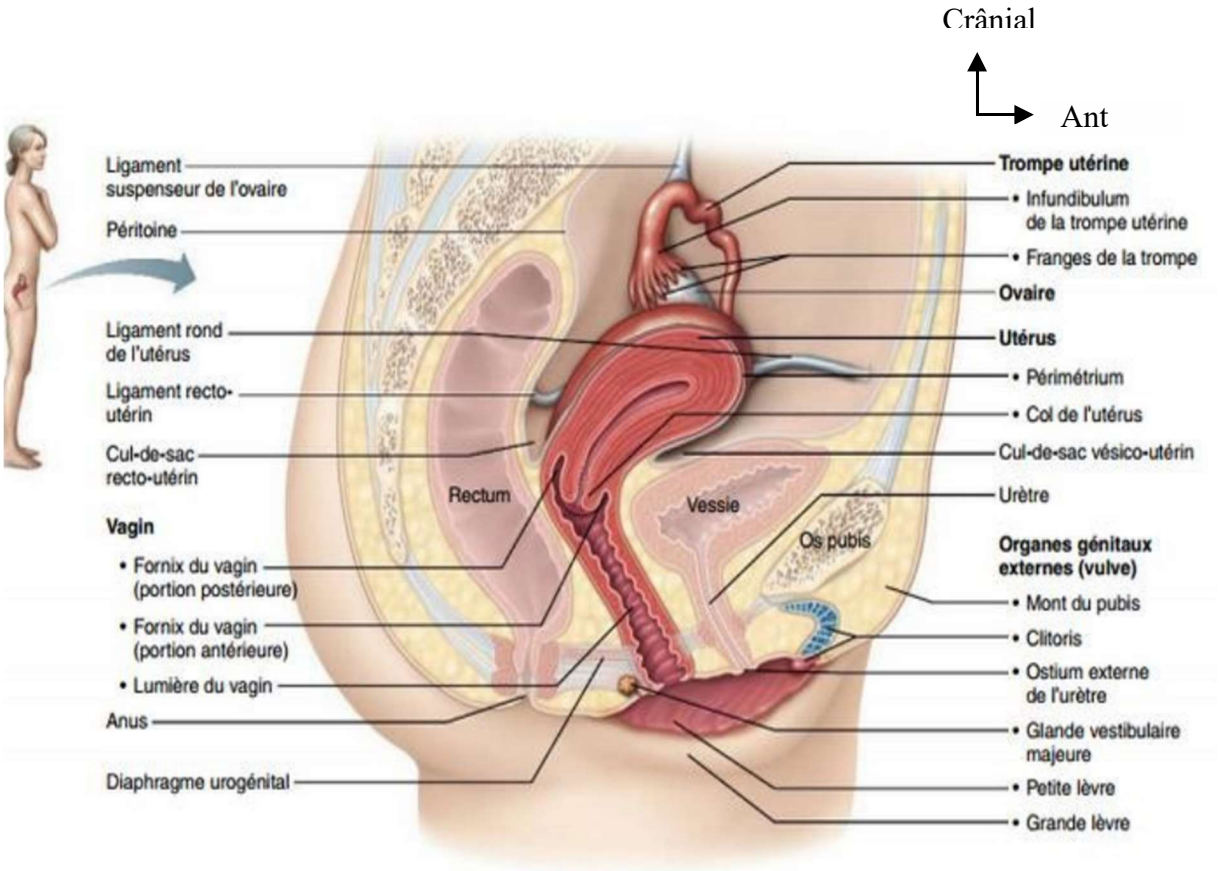


Figure 1: Coupe sagittale des organes génitaux féminins internes [18]

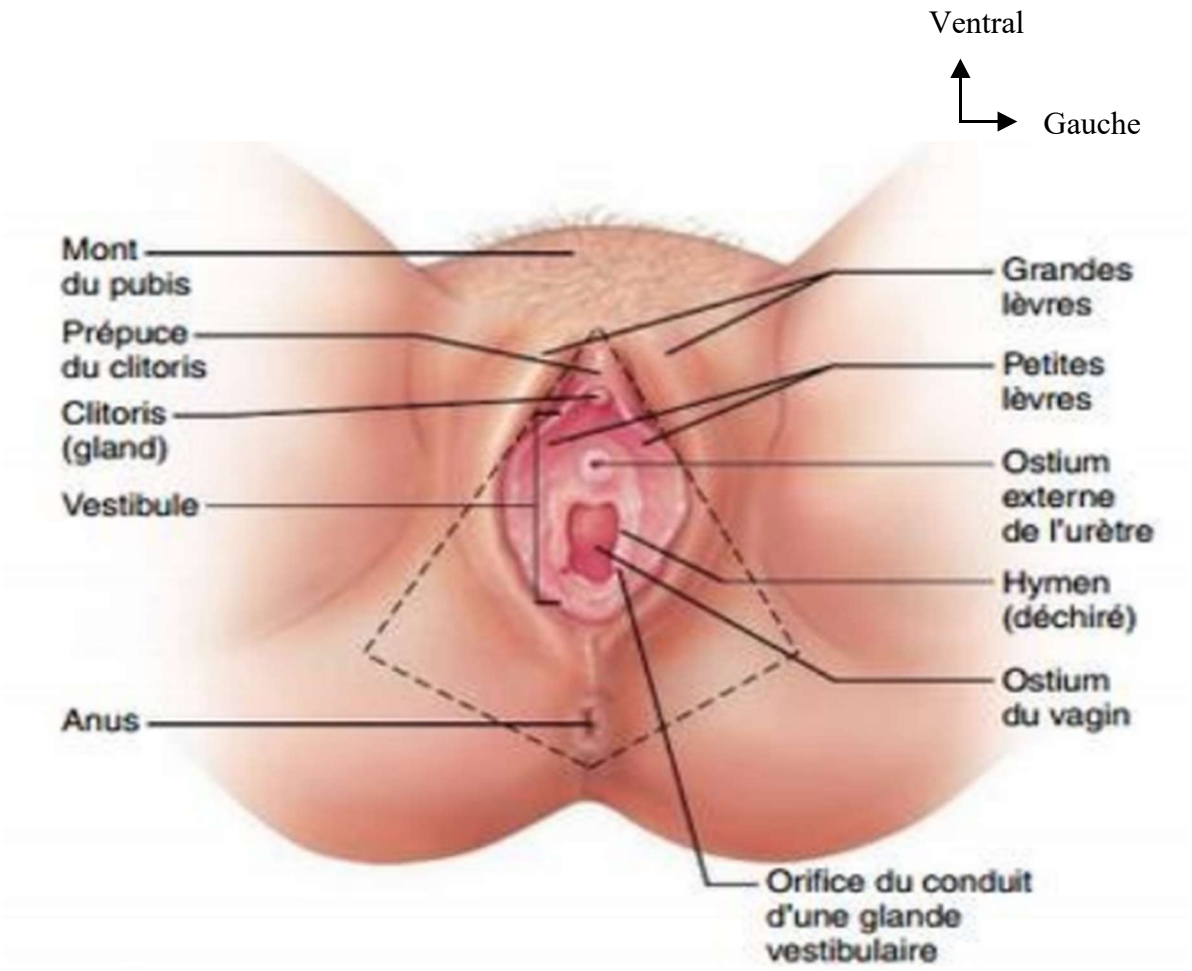


Figure 2: Vue externe des organes génitaux féminins [18]

1.2.2. Physiologie du cycle menstruel [18]

Le cycle menstruel est une série de modifications cycliques subies par l'organisme de la femme chaque mois en réponse aux variations des concentrations sanguines des hormones ovariennes. En effet, les modifications de l'endomètre sont coordonnées avec les phases du cycle ovarien.

Ce sont les changements des taux d'hormones stéroïdes ovariennes qui régissent les événements du cycle menstruel

Le cycle menstruel est divisé en trois phases :

- La phase menstruelle ou menstruation : desquamation de la couche fonctionnelle de l'endomètre.

- La phase proliférative : reconstitution de la couche fonctionnelle de l'endomètre
- La phase sécrétoire : commence immédiatement après l'ovulation pour préparer l'endomètre à accueillir l'embryon

La phase menstruelle et la phase proliférative ont lieu avant l'ovulation et, ensemble, elles correspondent à la phase folliculaire du cycle ovarien. La phase sécrétoire correspond à la phase lutéale du cycle ovarien.

❖ Le cycle ovarien : les modifications structurales dans les follicules ovariques au cours du cycle ovarien sont en relation avec les changements qui ont lieu dans l'endomètre durant le cycle menstruel. Il faut se rappeler que seuls les follicules ovariques murs sont hormono-dépendants. Les follicules primaires ne le sont pas et se développent par vague.

❖ Fluctuation des taux d'hormones ovariennes

Les fluctuations des taux d'hormones ovariennes (œstrogène et progestérone) provoquent les modifications de l'endomètre au cours du cycle menstruel.

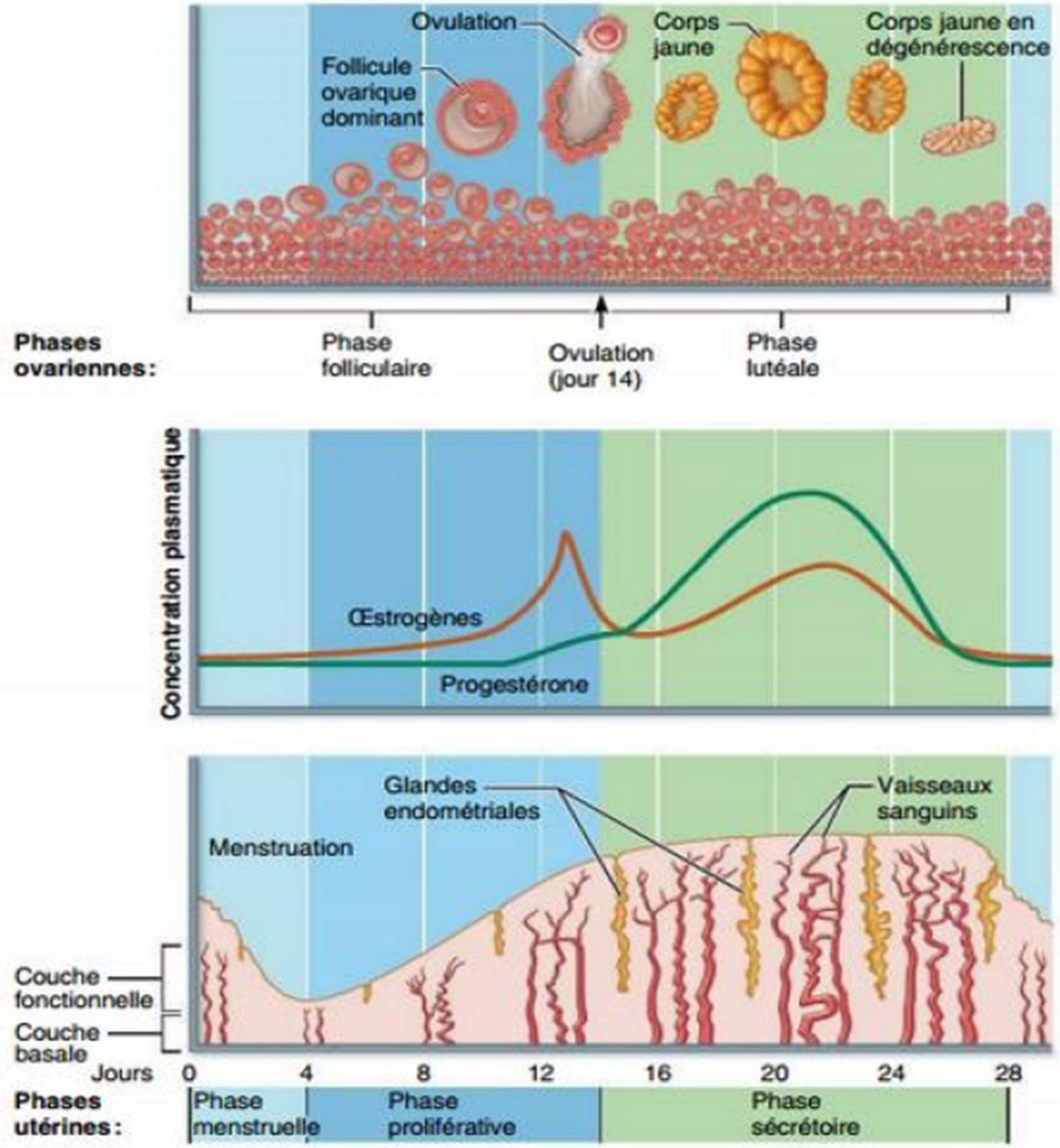


Figure 3: Phase du cycle menstruel et influence des hormones ovariennes

1.2.3. Qualités d'une contraception

La qualité d'une contraception réside en son efficacité, sa réversibilité, sa tolérance [19–21]

- **Efficacité**

Aucune des méthodes contraceptives n'a une efficacité de 100% de succès. L'efficacité d'une méthode est habituellement évaluée par l'indice de PEARL.

Cet indice est utilisé normalement dans l'évaluation de la fertilité du couple. Dans un groupe de femmes fertiles n'utilisant aucune méthode contraceptive et ayant eu un an de rapports sexuels, 80 femmes sur 100 tombent enceintes. Le taux de grossesses attendues normalement est donc 80 pour cent années-femmes.

L'indice de Pearl (I.P) : C'est le nombre de grossesses accidentelles survenues chez 100 femmes exposées pendant 12 cycles ou mois.

$$I.P = \frac{\text{Nombre de grossesses involontaires}}{\text{Nombre de mois de l'étude}} \times 1200$$

Le résultat est exprimé en grossesses pour cent femmes par an et s'interprète de la façon suivante :

- Taux inférieur à 2% années-femmes : méthode très efficace.
- Taux compris entre 2 et 10% années-femmes : méthode relativement efficace.
- Taux supérieur à 10% années-femmes : méthode peu efficace.

Selon cette méthode, la probabilité mensuelle demeure constante dans le temps, ce qui ne correspond pas à la réalité.

- **Réversibilité**

Elle est le caractère fondamental de la contraception. Une méthode contraceptive est réversible lorsque dès l'arrêt de son utilisation, la fécondation est possible sans aucune intervention.

- **Tolérance**

La tolérance d'une contraception désigne la capacité de l'organisme de la femme à supporter de manière durable la méthode choisie. Elle ne doit pas interférer dans la croissance du nouveau-né, son ossification et la maturation de son axe hypothalamo-hypophysaire. Elle est aussi valable pour la vie du couple entier. Ce choix doit tenir sur le long terme.

- **Innocuité**

Elle se définit par le caractère à ne pas être dangereux, ni pour les utilisateurs, ni pour les enfants appelés à naitre en cas d'échec de la méthode ou après son arrêt.

- **Acceptabilité**

L'acceptabilité est une notion subjective : elle intègre l'idée de contrainte qu'implique la méthode envisagée. Elle varie selon chaque individu. Plusieurs facteurs interviennent :

- La facilité d'application en toute circonstance de temps ou de lieu. Ce facteur est très important car toute méthode contraceptive doit être utilisable immédiatement, répondre à une demande urgente.
- La religion et la morale peuvent constituer un obstacle.
- Le prix de revient et la facilité d'approvisionnement permettront une bonne acceptabilité.

1.3. Historique et Revue de littérature

1.3.1. Historique

De tout temps, les femmes ont tenté de maîtriser leur fertilité et le nombre d'enfants correspondant à leur projet parental. Dès l'antiquité, les manuscrits romains ou égyptiens décrivaient déjà des méthodes abortives, mais aussi contraceptives. Plus généralement, les mélanges d'épines d'acacia, de dattes et de miel utilisés sur des « tampons de fibres » placés dans le vagin constituaient une des méthodes de contraception bien décrites chez les Égyptiens [22]. Dans l'antiquité, la contraception, l'avortement, l'infanticide et l'abandon des nouveau-nés étaient des pratiques courantes. Mais ces diverses méthodes pour éviter la survenue d'une reproduction naturelle, ont rencontré de la part des autorités politiques, une vive résistance, pour des raisons démographiques. Les autorités religieuses s'y opposaient pour des raisons morales et éthiques.

L'idée de la planification à grande échelle date du Pasteur théologien économiste Malthus THOMAS ROBERT qui élabora sa célèbre théorie sur la cause de la pauvreté. Pour lui, la population croît en proportion géométrique tandis que les ressources économiques croissent en proportion arithmétique. Donc la solution à l'éradication de la famine et des épidémies résiderait dans la limitation des naissances[23].

Mais avant Malthus, les peuples à travers les âges avaient recours à différentes méthodes pour empêcher la survenue des grossesses indésirées.

En France, c'est Lucien Neuwirth qui réussit, après plusieurs propositions de loi repoussées (onze propositions en 10 ans), à faire adopter, non sans des débats parlementaires extrêmement violents, le 28 décembre 1967, un texte de loi autorisant la contraception et abrogeant la loi du 31 juillet 1920[22].

En Égypte, depuis fort longtemps, ils connaissaient la plupart des méthodes contraceptives modernes.

On retrouve les premières traces de préservatifs vers 1350 avant JC en Égypte qui étaient utilisés sur les momies par les embaumeurs, mais on ne sait pas si c'était pour des raisons sacrées ou sexuelles.

On a aussi connaissance de préservatifs fabriqués à partir de membranes intestinales de moutons, surtout utilisés contre les maladies infectieuses.

Au Bénin dans le royaume d'Abomey, les amazones étaient soumises à un mode de contraception des breuvages anticonceptionnels[24].

1.3.2. Revue de littérature

Selon une étude communautaire en 2018 sur la contraception en post-partum réalisée au Nord du Bénin par Hounkponou et al. sur 453 femmes en post-partum, 13% utilisaient une méthode contraceptive. Les contraceptifs injectables étaient la méthode la plus couramment utilisée (25,4%). Les facteurs associés à l'utilisation de la contraception dans la période post-partum comprenaient les

antécédents d'utilisation de la contraception, la reprise des rapports sexuels , la discussion avec le partenaire à propos de la méthode contraceptive ; besoin de l'accord du partenaire avant d'adopter une méthode contraceptive et de conseil pendant la grossesse, en salle d'accouchement et lors des visites postnatales [25].

Abou C. au Burkina-Faso en 2018 avait noté sur une population de 260 femmes une fréquence de 55% d'utilisation de méthodes contraceptives modernes adaptées contre 30% de femmes utilisant des méthodes à action prolongée ou permanente [6].

Diarra B. au Mali en 2022 a réalisé une étude sur 3673 femmes avec une fréquence de 8,54% soit 314 femmes ayant bénéficié de CPP. La moitié du counseling était réalisé pendant les CPN et l'implant était la méthode la plus choisie (47,1%). Les sages-femmes étaient les prescriptrices les plus retrouvées et plus de la moitié des méthodes était utilisée dans le post-partum tardif. Les femmes étaient suivies dans 50,3% avec une fréquence de 03% d'effets secondaires et 4,1% d'abandons [5].

Wassihun B. en Éthiopie a réalisé une étude sur 408 patientes en 2019 [26]. Dans l'ensemble, 44 % de ces femmes ont recours à une contraception en post-partum. Avoir une visite de soins prénatals, avoir planifié une grossesse, être mariés, et avoir un statut scolaire secondaire ou supérieur ont été significativement associés à l'utilisation de la planification familiale du post-partum.

Rose Jalango et al. au Kenya en 2017 [27] ont réalisé une étude sur 365 femmes et plus des trois quarts (86,3 %) des femmes ont utilisé des contraceptifs dans l'année suivant l'accouchement, les établissements publics étant la source la plus courante. Il y avait une association significative ($p \leq 0,05$) entre l'adoption de la planification familiale postnatale et l'âge inférieur, le fait d'être marié, le niveau d'enseignement supérieur, d'être employé et d'obtenir des contraceptifs dans un établissement de santé.

Notons qu'en 2013, Pourtier E. a rapporté dans son étude, en ce qui concerne les raisons d'abandon, que le post-partum représente une période de vulnérabilité où

certaines méthodes hormonales peuvent révéler la présence d'une pathologie sous-jacente.

Dans son étude sur 110 femmes à Paris en 2016, Yogesparan K. a relevé que les femmes en situation de précarité sont moins informées que celles de la population générale sur l'utilisation des méthodes contraceptives, leur mode d'action et leur efficacité. Les conditions socio-économiques défavorables, les représentations erronées et la barrière linguistique notamment compliquent l'utilisation optimale d'une méthode contraceptive chez ces femmes. Cependant, à trois mois de l'accouchement, la précarité n'a pas d'impact sur l'observance en raison de l'accompagnement et de l'information reçue en post-partum [28].

1.4. Classification

Elles sont classées en plusieurs groupes :

- **Les contraceptions naturelles**
  - L'abstinence périodique
    - ✓ La méthode du calendrier ou Ogino-Knauss
    - ✓ La méthode des températures
    - ✓ La méthode de la glaire cervicale
    - ✓ La méthode sympto-thermique
    - ✓ La méthode du collier
  - Le coït interrompu
  - La méthode MAMA (méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée)
- **Méthodes locales et de barrière**
  - Les préservatifs
  - Le diaphragme et la cape cervicale
  - Les spermicides

- **Méthodes hormonales**
  - Les contraceptifs oestroprogestatifs
    - ✓ Les contraceptifs oestroprogestatifs oraux ou pilules
    - ✓ Autres formes galéniques de contraceptifs oestroprogestatifs
      - o Le patch contraceptif
      - o L'anneau vaginal
  - Contraceptifs hormonaux par progestatifs seuls
    - ✓ Les microprogestatifs
    - ✓ Les macroprogestatifs
    - ✓ Les implants sous-cutanés
      - o Nexplanon
      - o Le Jadel
      - o Le Norplant
  - Contraceptifs injectables à base de progestatif seul ou oestroprogestatif
- **Dispositifs intra-utérins**
- **Méthodes contraceptives chirurgicales ou stérilisation à visée contraceptive**
- **Cas particuliers**
  - Contraception d'urgence
  - Contraception du post -partum
  - Contraception du sujet à l'antécédent d'accident thrombo-embolique
  - Contraception pour les jeunes
  - Contraception après 40ans

1.4.1. Méthodes naturelles

Il s'agit des méthodes contraceptives fondées sur l'observation des signes de fécondité (ovulation) et le coït interrompu.

1.4.1.1. L'abstinence périodique

Elle est fondée sur des critères scientifiques et date de 1929 [29]. L'abstinence périodique consiste à déterminer la période de fécondité soit par :

- **La méthode du calendrier ou Ogino-knauss**

C'est une méthode basée sur des calculs numériques. OGINO, un médecin japonais a montré qu'au cours d'un cycle la femme ovule généralement le 14ème jour avant l'arrivée des règles suivantes. Sachant que la durée de vie d'un spermatozoïde est de 72 heures, parfois plus et celle d'un ovule est de 24 heures, il en déduit donc que le 1er jour de fécondité est obtenu en enlevant 11 jours du cycle le plus court et pour avoir le dernier jour de cette période, on retranche 18 jours du cycle le plus long. Il faut alors s'interdire d'avoir des relations sexuelles du 11ème au 18ème du cycle [30]. C'est la moins efficace de toutes les techniques prévisionnelles.

- **La méthode des températures**

Elle est basée sur la prise de la température le matin au réveil avant le lever, avant tout effort physique tous les jours à la même heure et dans les mêmes conditions [31].

- **La méthode de la glaire cervicale**

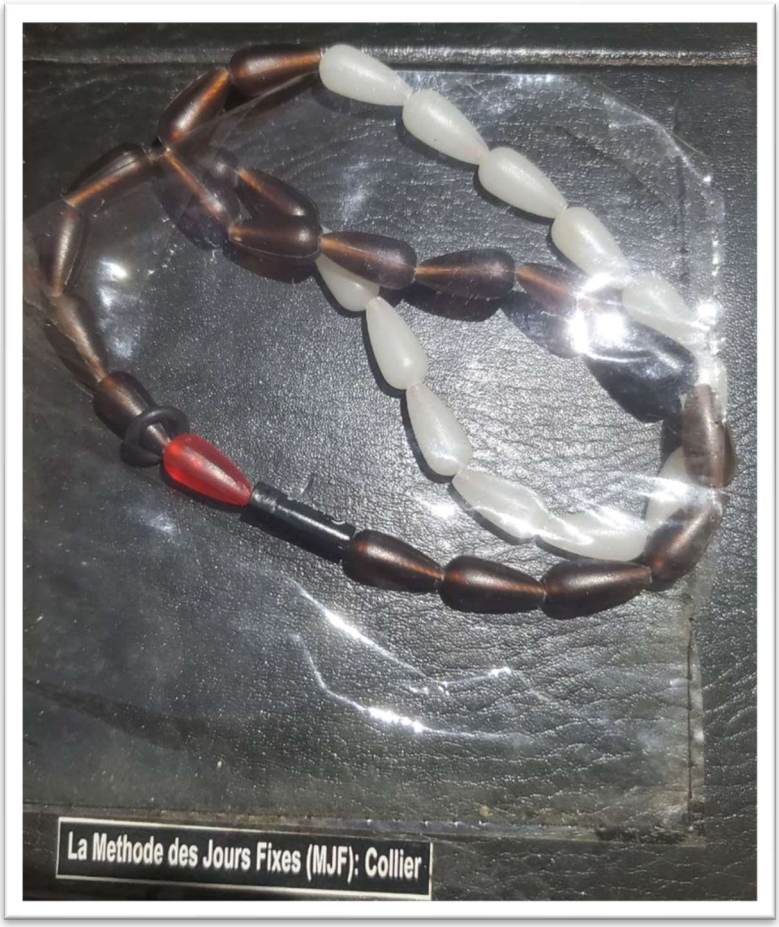
Elle repose sur l'observation et l'interprétation des changements cycliques de la glaire cervicale. La menstruation est suivie de jours dits « secs », la glaire est pratiquement absente ; ensuite elle devient abondante, glissante, transparente, filante, élastique (comme du blanc d'œuf) et lubrifiante, ce qui provoque une sensation d'humidité au niveau de la vulve : c'est le début de la période féconde qui prend fin dès que la glaire devient épaisse avec une sensation de sécheresse vulvaire [32].

- **La méthode sympto-thermique**

La méthode sympto-thermique combine diverses techniques d'abstinence telles l'enregistrement des températures et d'autres indices de l'ovulation. Aucune pathologie n'empêche son utilisation bien que certaines peuvent rendre l'emploi plus difficile.

- **La méthode du collier**

C'est un ensemble de perles de différentes couleurs qui représentent les jours du cycle menstruel de la femme. Les perles blanches constituent la période de fécondité, les rouges, la période des menstrues et les marrons, la période non féconde. Elle ne s'applique qu'au cycle régulier entre 26 et 32 jours [33].



Iconographie 1 : Méthode des jours fixes : Collier (CUGO/CNHU)

- **La Méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) ou MAL (Méthode d'Aménorrhée Lactationnelle)**

Il est établi après plusieurs études que l'allaitement maternel joue un rôle contraceptif naturel au cours des 6 premiers mois [31]. Certains auteurs expliquent cela par l'hyperprolactinémie qui supprime l'activité ovarienne.

- **Avantages de l'abstinence périodique**

Ces techniques sont sans effets secondaires ni risques pour la santé [34].

- **Inconvénients de l'abstinence périodique**

La tâche quotidienne de surveiller et de noter les signes de fertilité et la coopération des deux partenaires peuvent être difficiles et parfois impossibles [35].

1.4.1.2. Le Coït interrompu

Il consiste à retirer le pénis du vagin avant le début de l'éjaculation. Cette éjaculation doit se faire à distance de la vulve et des cuisses.

- **Avantages**

Il est toujours disponible dans n'importe quelle situation.

- **Inconvénients**

Il existe un risque de frustration chez l'homme et un sentiment d'insatisfaction chez la femme si le retrait se fait avant l'orgasme.

1.4.2. Méthodes locales et de barrière

Il s'agit des préservatifs, des spermicides, du diaphragme et de la cape cervicale.

1.4.2.1. Les préservatifs

➢ **Le préservatif masculin : le condom [13]**

C'est un étui avec ou sans réservoir, qui recouvre le pénis en érection [5]. Il est en latex ou fabriqué à partir de matériaux synthétiques.

- **Mode d'emploi**

Le préservatif est mis sur le pénis en érection de telle manière que le petit bourrelet de l'anneau soit tourné vers l'extérieur. Puis il est déroulé complètement sur le pénis jusqu'à sa base, avant pénétration sans être abîmé.

- **Efficacité**

Le taux d'échec durant la première année d'utilisation est de 2 % en cas d'utilisation parfaite et de 15 % en cas d'utilisation habituelle selon plusieurs études. L'efficacité dépend de la qualité du caoutchouc, de la lubrification éventuelle et du respect des règles d'utilisation [9].

- **Avantages et inconvénients**

Ils sont résumés dans le tableau I ci-dessous.

Tableau I: Avantages et inconvénients du condom

Avantages	Inconvénients
-Méthode simple, très facile d'accès	Coût relativement élevé en fonction de la qualité recherchée
L'homme prend en charge la contraception	Son utilisation reste un sujet sensible La qualité et la spontanéité de l'acte sont réduites
Aucune contre-indication Protection contre les IST	Risque de rupture ou de fuite lors d'une mauvaise utilisation



Iconographie 2 : Préservatif masculin (CUGO/CNHU)

➢ **Le préservatif féminin : Femidom k** [36]

C'est une gaine cylindrique prélubrifiée en polyuréthane. Un anneau interne facilite l'introduction dans le vagin et son maintien pendant le rapport, un anneau externe repose sur la vulve pour permettre de retenir le préservatif pendant le rapport sexuel.

- **Efficacité**

Elle est comparable à celle du préservatif masculin.

- **Avantages**

Excellente protection contre les IST et le SIDA, utilisable par la femme en cas de refus ou d'impossibilité d'utilisation du préservatif masculin. Il peut être mis à n'importe quel moment avant le rapport sexuel.

- **Inconvénients**

Il peut être désagréable et nécessite un peu de pratique avant la 1ère utilisation.



Iconographie 3 : Préservatif féminin (CUGO/CNHU)

1.4.2.2. Le diaphragme et la cape cervicale [14]

Le diaphragme est une membrane ronde et concave tendue sur un ressort circulaire et la cape cervicale, une cupule en silicone. Il est en latex.

- **Mode d'action**

Ils empêchent le sperme de pénétrer dans le col de l'utérus.

- **Mode d'emploi**

Le diaphragme est placé dans le vagin avant les rapports sexuels pour recouvrir le col de l'utérus, comme un dôme et la cape cervicale est placée au fond du vagin avant l'acte sexuel pour couvrir le col de l'utérus, comme un dé à coudre.
Le choix de la taille est évalué par le médecin qui aide la femme à savoir placer le diaphragme ou la cape cervicale.

- **Efficacité**

L'efficacité contraceptive médiocre est améliorée lorsqu'on le couple avec un spermicide.

- **Avantages et inconvénients :**

Ils sont résumés dans le tableau II ci-après.

Tableau II: Avantages et inconvénients du diaphragme et de la cape

	Avantages	Inconvénients
Contraceptifs	-Méthodes vaginales de contraception les plus fiables -Peuvent être placés discrètement à l'avance Complètement irréversible	-Peuvent être encombrants -Mise en place nécessite un apprentissage avec un médecin expérimenté
Non contraceptifs	-Diminue le risque de cancer du col	-Pas de protection contre les IST -Taux d'échec élevés si mal utilisé

1.4.2.3. Les spermicides [34]

Ce sont des produits essentiellement composés de Chlorure de Benzalkonium.

Ils se présentent sous forme de crème, d'ovules, de tampons ou d'éponge.

- **Mode d'action**

Il se dissout, se disperse dans le vagin et immobilise les spermatozoïdes.

- **Mode d'emploi**

Ils doivent être utilisés avant le rapport sexuel selon les modalités suivantes :

- **Crèmes et ovules**

Application au fond du vagin (au moins 10 min avant pour l'ovule).

- Protection de 4h.
- Nouvelle application avant chaque rapport.
- Pas de toilette vaginale dans les 2h qui précèdent le rapport et les 2h qui le suivent.



Iconographie 4 : Spermicides (CUGO/CNHU)

➢ **Tampons et éponges**

- Enfoncer le tampon profondément dans le vagin.
- Efficacité immédiate et durant 24h.
- Pas de toilette vaginale dans les 4h qui précèdent le rapport et les 2h qui le suivent.
- Ne jamais retirer moins de 2h après le rapport.

▪ **Avantages et inconvénients**

Ils sont résumés dans le tableau III ci-après.

Tableau III: Avantages et inconvénients des spermicides

	Avantages	**Inconvénients**
Contraceptifs	Utilisés aussi comme lubrifiants	-délai d'emploi à respecter -Possibilité d'intolérance locale
Non contraceptifs	-Sans prescription médicale	-Coûteux - Ne protège pas contre les IST

1.4.3. Méthodes hormonales

Elles sont composées soit d'un œstroprogestatif, soit d'un progestatif.

1.4.3.1. Les contraceptifs œstroprogestatifs

- **Les contraceptifs oestroprogestatifs oraux ou pilules**

Les œstroprogestatifs (EP) étaient déjà en 1978, la méthode la plus utilisée et elle continue à se diffuser passant de 40% à 60% de l'ensemble des utilisatrices en 22 ans [5].

On peut les classer en fonction du dosage en Ethinylœstradiol (EE) (normo ou minidosée), en fonction du type de progestatif utilisé (1ère, 2ème ou 3ème génération) et en fonction du changement de composition au cours de la plaquette (mono, bi ou triphasique) [35].



Iconographie 5 : Contraceptifs oraux combinés (CUGO/CNHU)

On distingue ainsi :

- **Les œstroprogestatifs normodosés ou pilules combinées classiques**

Les comprimés sont identiques et sont constitués en proportion égale de progestérone et d'oestrogène (50µg d'EE).

- **Les œstroprogestatifs minidosés** [25]

Les pilules combinées minidosées monophasiques : elles contiennent entre 15 et 35µg d'EE et le progestatif varie suivant la pilule et sont prises à la même dose pendant 21 jours.

Les pilules combinées minidosées biphasiques : elles sont conçues pour supprimer les petits saignements apparaissant avant la fin de la plaquette et sont administrées à 2 doses différentes sur 21 jours.

Les pilules combinées minidosées triphasiques : appelées pilules de 3ème génération, elles améliorent la tolérance. Elles sont prises à 3 doses différentes sur 21 jours.

- **Mode d'action**

Les œstroprogestatifs agissent en inhibant l'ovulation, provoquent une modification du mucus cervical et de l'endomètre qui devient impropre à la nidation.

- **Avantages**

Ils sont très efficaces avec un indice de Pearl compris entre 0 et 0,77 %, très bien tolérés, ils permettent d'avoir des cycles réguliers avec des règles moins abondantes, moins longues et moins douloureuses. Plusieurs études réalisées ont montré qu'une utilisation permanente réduit de 50% le risque du cancer de l'endomètre, de 5 à 7 % le risque du cancer épithélial de l'ovaire et le risque de cancer colorectal.

- **Inconvénients**

Les oublis sont fréquents avec un taux de grossesse estimé à 8 % selon l'OMS et Trussel. Dans l'étude Coraliance, 18 % des femmes oublient régulièrement de reprendre la pilule le jour prévus.

Il peut y avoir de petits saignements (spotting) en dehors des règles, des nausées, des douleurs, gonflements des seins et une prise de poids dont la cause n'est pas toujours liée à la prise d'oestroprogestatif. Il y a rarement des complications ophtalmologiques et ORL.

- **Contre-indications**

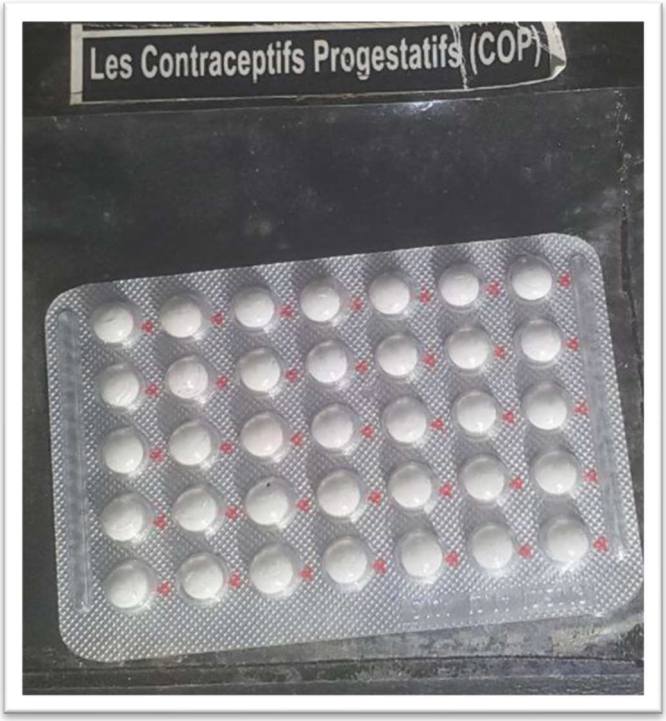
Hypercholestérolémie, hypertension artérielle, antécédent d'accident thrombo-embolique, certains cancers, le tabagisme chez les femmes de plus de 35 ans.

1.4.3.2. Contraceptifs hormonaux par progestatifs seuls[37]

Les propriétés contraceptives des progestatifs sont plurifocales.

- **Micro progestatifs ''micropilule''**

C'est un progestatif faiblement dosé. Il existe 2 types de micropilules progestatives actuellement prescrites : MICROVAL (30ug de lévonorgestrel) et CEREZETTE (75ug désogestrel : progestatif de 3ème génération).



Iconographie 6 : Contraceptifs oraux progestatifs (CUGO/CNHU)

- **Mode d'action**

Ils entraînent :

- un épaississement de la glaire cervicale empêchant le passage des spermatozoïdes.

- un amincissement de l'endomètre, le rendant impropre à la nidation.

- action anti gonadotrope en inhibant le pic pré-ovulatoire de LH (action constante au désogestrel).

- **Mode d'emploi**

La micropilule se prend tous les jours, à heure fixe, 28 jours sur 28, sans arrêt entre 2 plaquettes.

- **Efficacité**

Son efficacité est grande, avec un IP=0.5, toutefois elle dépend de la qualité de l'observance.

- **Avantages[2]**

Pratiquement toutes les femmes peuvent utiliser ce contraceptif, sans risque et efficacement, à n'importe quel âge, y compris les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans.

- **Effets secondaires et inconvénients :**

Les plus fréquents sont : spotting, aménorrhée, augmentation du risque de GEU, sensation de jambes lourdes, ictère, contrainte horaire et irrégularité des règles qui constituent l'effet indésirable le plus fréquemment signalé selon plusieurs études.

- **Contre-indications**

Il s'agit des grossesses, des accidents thrombo-emboliques veineux évolutifs, la cardiopathie ischémique, des accidents vasculaires cérébraux, des migraines avec aura à tout âge, des cancers du sein, des hépatites virales en évolution, des cirrhoses décompensées, des adénomes hépatiques, des hépatomes malins.

- **Les macroprogestatifs**[38]

Il s'agit des progestatifs de synthèse à forte dose (comme le Lutényl, le Lutéran ou le Surgestone). Notons que même s'ils sont largement employés sous d'autres

cieux, les macro-progestatifs n'ont pas l'autorisation de mise sur le marché (AMM) comme contraceptifs.

- **Mécanisme d'action**

Sont considérés comme contraceptifs du fait de leur action antigonadotrope qui assure un blocage de l'ovulation.

- **Mode d'emploi**

Ils sont administrés du 5ème au 25ème jour du cycle soit 20 jours sur 28.

- **Contre-indication**

Antécédents d'accident thrombo-embolique et d'altération grave de la fonction hépatique.

➢ **Les implants sous-cutanés**[39]

- **Nexplanon**

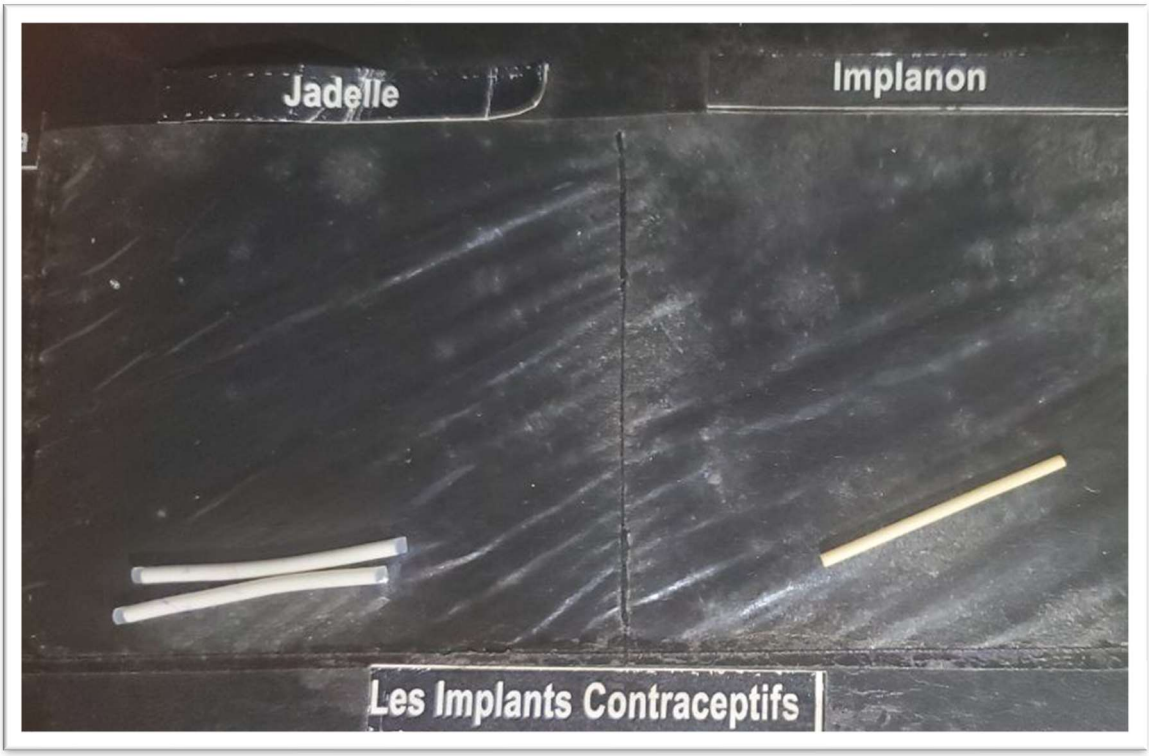
Il est composé d'un bâtonnet cylindrique de 4 cm de long et 2 mm de large contenant d'étonogestrel (métabolite actif du désogestrel).

- **Le Jadel**

C'est un implant constitué de deux bâtonnets en Silastic contenant du lévonorgestrel.

- **Le Norplant**

Il est constitué de six capsules souples de Silastic (silicone) contenant du lévonorgestrel [33].



Iconographie 7 : Implants sous-cutanés (CUGO/CNHU)

- **Mode d'action**

Ils agissent en empêchant l'ovulation, en modifiant la glaire cervicale et en rendant la paroi interne de l'utérus impropre à la nidation.

- **Mode d'emploi**

Les implants sont insérés en sous-cutané au niveau de la face interne du bras non dominant au niveau du sillon entre le biceps et le triceps. Elle se fait sous anesthésie locale par le médecin ou la sage-femme.

- **Efficacité**

Ils sont très efficaces dès la pose avec une durée de protection de 3 ans pour le Nexplanon, 5ans pour le Jadel et 7 ans pour le Norplant. Cette contraception est celle qui à l'IP le plus faible=0.05.

- **Avantages**[40]

Il n'y a pas de problème d'observance, les implants sont bien tolérés et réversibles dès le retrait.

- **Inconvénients**

Il peut y avoir des troubles du cycle. Les implants laissent une petite cicatrice de 2 mm après le retrait.

- **Contre-indications**

Comme contre-indications, nous pouvons citer la thrombose évolutive, les affections hépatiques sévères.

1.4.3.3. Contraceptifs injectables à base de progestatif seul ou d'œstroprogestatif[41]

Ce sont des contraceptifs retards administrés par voie intramusculaire. Les contraceptifs injectables au progestatif seul les plus couramment utilisés sont :

- L'acétate de médroxyprogestérone retard (AMPR) administrée tous les 3 mois.
- L'énanthate de noréthistérone (EN-NET) administrée tous les 2 mois.

- **Inconvénients**

Risque d'ostéopénie en cas d'utilisation prolongée et une mauvaise tolérance (prise de poids, troubles du cycle…).



Iconographie 8 : Progestatifs injectables (CUGO/CNHU)

1.4.4. Dispositifs intra-utérins[42]

Les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets (dénomination à éviter) sont la première méthode de contraception réversible dans le monde. Il existe plusieurs types de DIU, dont la forme et la taille sont adaptées à celle de l'utérus.

Il existe deux (2) classes de DIU disponibles sur le marché : le DIU au cuivre et le DIU au lévonorgestrel (LNG).



Iconographie 9 : Dispositif intra-utérin (CUGO/CNHU)

- **Mode d'action**

Les DIU ont en commun une action inhibitrice sur la croissance de l'endomètre et entraînent un épaississement de la glaire cervicale.

En plus de ces mécanismes, le DIU au cuivre inhibe la fertilisation par altération des spermatozoïdes et le DIU au lévonorgestrel bloque l'ovulation.

- **Mode d'emploi**

Le DIU est posé par le médecin ou la sage-femme formée. Il est introduit par le col, placé au fond de l'utérus, les fils du stérilet dépassant le col pour permettre le contrôle du stérilet et son retrait.

- **Efficacité**

Les stérilets sont très efficaces dès la pose avec une durée de protection de 3 à 5 ans selon le stérilet, mais d'au moins 12 ans pour le TCu 380A (DIU au cuivre).

- **Avantages**[43]

C'est une méthode non contraignante, très efficace, généralement bien tolérée, réversible dès le retrait.

- **Inconvénients**

Les règles peuvent être abondantes et longues avec certains DIU, possibilités de douleurs et saignements en dehors des règles, risques d'infection en cas de partenaires multiples.

- **Contre - indications**[1]

Infection récente de l'utérus ou des trompes, antécédent de grossesse extra-utérine, les malformations utérines importantes, les maladies hémorragiques (sauf DIU au progestatif), certains fibromes.

1.4.5. Méthodes contraceptives chirurgicales ou stérilisation à visée contraceptive [44]

Les méthodes chirurgicales étaient toujours considérées comme des méthodes de stérilisation donc irréversibles, mais grâce à l'avancée de la microchirurgie, elles peuvent être de nos jours réversibles. Il s'agit de :

- La ligature tubaire bilatérale : c'est la ligature des trompes. Les demandes de reperméabilisation sont de 14,3% et les chances de reperméabilisation sont de 50 à 60%[14].

- La vasectomie : c'est la ligature des canaux déférents empêchant les spermatozoïdes de se mélanger au liquide séminal (Plus de 90% des canaux séminaux sont reperméabilisés et 50% de grossesses dans les couples en question).

1.5. PRESCRIPTION

1.5.1. Counseling :Le modèle BERCER [15]

La HAS et la DGS reprennent actuellement dans leurs propos le rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) datant de 2004 et largement diffusé auprès des professionnels de santé concernés. Ce rapport, intitulé « Stratégies de choix et méthodes contraceptives de la femme », abordait l'ensemble des méthodes contraceptives disponibles en France, l'aspect socio-économique et psychologique à prendre en considération lors de la prescription et également les moyens à mettre en place pour aider une femme ou un couple dans son choix.

C'est dans ce document que, pour la première fois, le modèle BERCER (GATHER en anglais) est mentionné et recommandé par l'OMS comme chemin à suivre pour la consultation de primoprescription d'une contraception afin de répondre au mieux aux besoins de la patiente, de l'aider dans son choix et de lui laisser la possibilité d'être pleinement actrice de sa santé. En effet, le contexte de prescription est important car l'efficacité d'une méthode dépend de sa bonne utilisation et de son observance, lesquelles sont directement liées à l'adaptation de cette méthode au mode de vie des utilisatrices ainsi qu'à leur niveau d'implication. La meilleure contraception est celle que l'on choisit.

Le modèle BERCER est un acronyme illustrant les six étapes clés d'une consultation de contraception qui sont : ***Bienvenue – Entretien – Renseignement – Choix – Explication – Retour***.

1.5.2. Contraception hormonale en post-partum [19]

Compte tenu de l'augmentation du risque vasculaire et de l'effet intrinsèque des différentes contraceptions hormonales, leur délai d'introduction varie :

- **Contraceptions oestroprogestatives**
  - Toutes les COP augmentent le risque vasculaire
  - Évaluer comme pour toute prescription de COP l'ensemble des facteurs de risque vasculaire.
  - Pas d'utilisation des COP quels que soient le dosage, les molécules et la voie d'administration avant 6 semaines après l'accouchement.
  - Évaluation de la balance bénéfice-risque de cette utilisation entre 6 et 12 semaines.
  - Privilégier les COP de 2e génération.
- **Contraceptions progestatives**
  - Les CP n'augmentent pas le risque de MVTE, sauf la voie injectable
  - Pas de contre-indication à la mise en route d'une CP en post-partum immédiat (voie orale, implant, voie intra-utérine)
  - Sauf en cas d'événement vasculaire récent
  - Pas de contraception injectable en post-partum

Seul l'allaitement par la méthode MAMA (méthode d'allaitement maternel avec aménorrhée) est associé à une anovulation prolongée. Cette méthode est très rarement utilisée en France sur une longue période (en moyenne 3 semaines et demie). Une contraception est donc nécessaire chez la grande majorité des femmes qui allaitent.

Les données concernant le rôle des contraceptifs sur les paramètres de l'allaitement (durée, quantité, composition du lait) sont issues d'études anciennes. Les stéroïdes sexuels passent en très faible quantité dans le lait maternel. Les études analysant les répercussions des différentes contraceptions sur la santé de l'enfant sont plus récentes.

Globalement, on considère, compte tenu de ces données, que :

- Les COP ont un impact plutôt négatif sur la poursuite de l'allaitement exclusif ;

- Les COP ont un impact mal évalué sur la santé de l'enfant et les sociétés savantes recommandent de respecter un délai de 6 mois avant leur introduction en cas d'allaitement ;
- Les CP microdosées ne modifient pas les paramètres de l'allaitement et n'ont pas d'impact sur la santé de l'enfant, quels que soient le délai d'introduction et la voie d'administration.

1.5.3. Début de la contraception en post-partum [19]

La question principale ici est de définir le délai de retour de la fertilité et de la sexualité, déterminant la date de reprise d'une contraception efficace :

- La première ovulation :
  - peut survenir 25 jours après l'accouchement, avec un délai médian de 39 jours ;
  - peut survenir avant même le retour de couches ;
  - peut être différée en cas d'allaitement, selon ses caractéristiques.
- Une contraception efficace :
  - doit être commencée au plus tard au 21e jour après l'accouchement
  - doit être prescrite à la maternité ;
  - peut-être initiée en post-partum immédiat ;
  - doit être proposée à toutes les femmes indépendamment de l'allaitement ;
  - peut être différée (dans certains cas) en fonction de la reprise de la sexualité.

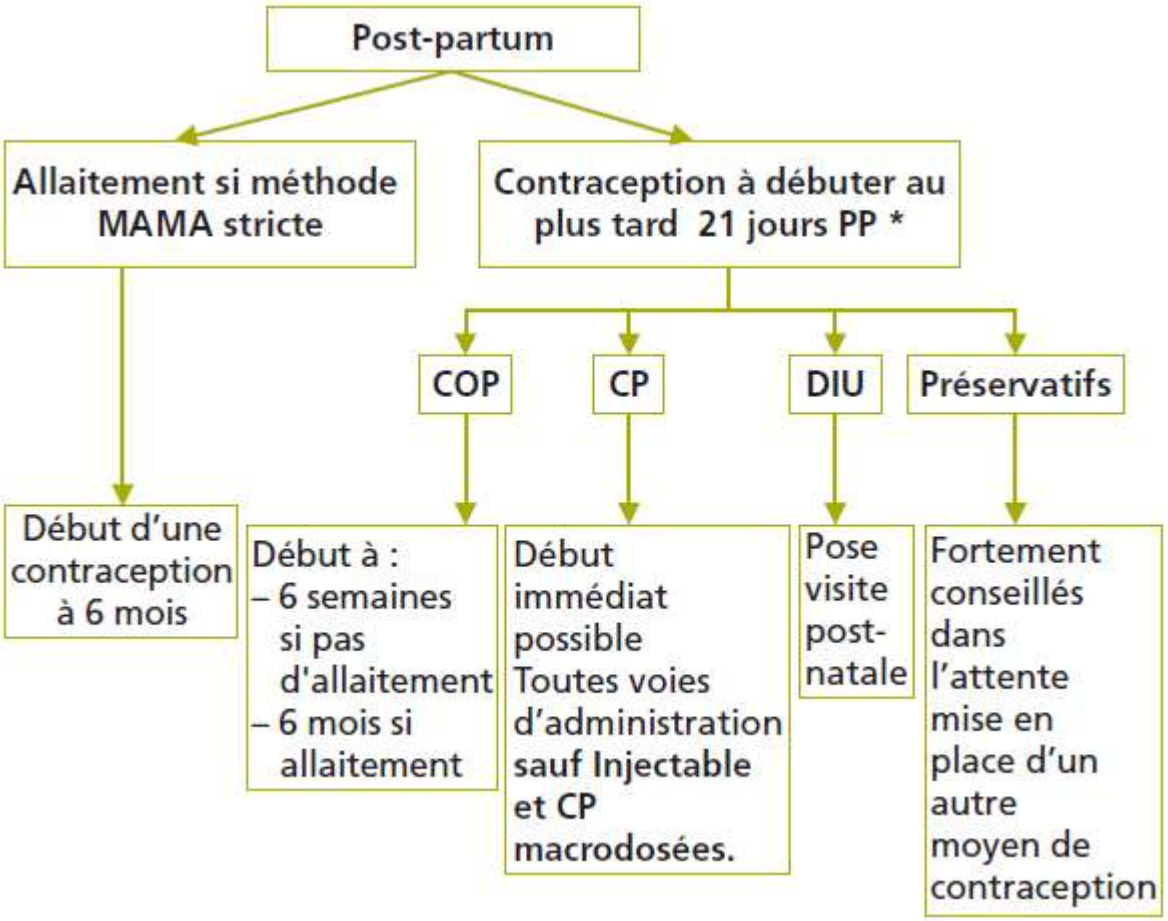


Figure 4: Algorithme de prescription d'une contraception en post-partum [19]

1.6. SURVEILLANCE [35]

Les consultations de suivi permettent d'assurer d'une part la surveillance clinique et biologique des différentes contraceptions et d'autre part de résoudre les éventuels effets secondaires mineurs.

1.7. EFFETS SECONDAIRES ET LEUR GESTION [40,45,46]

1.7.1. Contraception oestro-progestative

- Saignements
  - Test de grossesse au moindre doute.
  - Vérifier l'absence d'infection vaginale.
  - S'assurer de l'absence de pathologie génitale (col, endomètre, ovaire).

- Si bilan négatif et COP faiblement dosée (15 ou 20 µg) :
  - ✓ effet secondaire fréquent en début d'utilisation des COP ;
  - ✓ si persistance après 3 à 6 mois, préférer les contraceptions à 30 µg ou 35 µg d'EE afin d'assurer un freinage de l'axe gonadotrope suffisant.

- Mastodynie
  - Vérifier le caractère fonctionnel de la douleur.
  - Évaluer la durée et l'intensité des douleurs :
    - ✓ si mineures : essai progestérone locale ;
    - ✓ si majeures : modification de la COP pour une association à climat moins estrogénique.
- Prise de poids
  - Évaluation des règles hygiéno-diététiques.
  - Évaluation de l'activité physique.
  - Évaluation des symptômes associés.
  - Modification du climat hormonal de la pilule (changement de molécule, de dose d'EE, etc.).

1.7.2. Contraception progestative

- Saignements

C'est l'effet indésirable le plus fréquent, à l'origine de la majorité des arrêts de la méthode :

- Test de grossesse au moindre doute.
- S'assurer de la régularité de prise par voie orale (horaire de prise et oubli de comprimés).
- Rechercher une interaction médicamenteuse.
- Vérifier l'absence d'infection vaginale (surtout en cas de DIU-LNG).
- S'assurer de l'absence de pathologie génitale (col, endomètre, ovaire).

- Si utilisation d'un traitement anticoagulant, s'assurer de l'absence de surdosage.
- Si bilan négatif :
  - ✓ effet secondaire fréquent en début d'utilisation des CP ;
  - ✓ si persistance après 3 à 6 mois : discuter le changement de type de contraception : passage à une COP si autorisée ou contraception mécanique.

▪ Aménorrhée
- Test de grossesse au moindre doute (rechercher oubli de comprimé).
- Si patiente satisfaite de l'aménorrhée : poursuite de la méthode.
- Si l'aménorrhée n'est pas souhaitée par la patiente : discuter du changement pour un autre mode de contraception.

▪ Mastodynie
- Vérifier le caractère fonctionnel de la douleur.
- Évaluer la durée et l'intensité des douleurs :
  - ✓ si mineur : essai progestérone locale ;
  - ✓ si majeur : modification de la CP pour un autre mode de contraception.

▪ Prise de poids
- Évaluer les règles hygiéno-diététiques.
- Évaluer l'activité physique.
- Évaluer les symptômes associés.
- Rarement à l'origine de l'arrêt de la contraception.

▪ Acné
- Évaluation de son importance :
  - ✓ si mineure : association à des soins locaux.
  - ✓ si majeure : modification de la CP pour un autre mode de contraception.

- Avis dermatologique

1.7.3. Contraception par DIU

Les risques de la contraception intra-utérine sont globalement peu fréquents. Cependant, en cas de survenue d'effets secondaires, il convient d'éliminer des événements potentiellement graves comme une grossesse extra-utérine ou une infection pelvienne haute.

- DIU-Cu
  - Ménorragies :
    - ✓ Effet indésirable le plus fréquent
    - ✓ S'assurer de l'absence de pathologie génitale (col, endomètre, ovaire) : réalisation d'une échographie pelvienne au moindre doute.
    - ✓ Si utilisation d'un traitement anticoagulant :
      - ➢ s'assurer de l'absence de surdosage ;
      - ➢ discuter d'une modification éventuelle du traitement anticoagulant si utilisation des nouvelles molécules (dabigatran, rivaroxaban, apixaban)
      - ➢ discuter switch éventuel pour AVK.
    - ✓ NFS au moindre doute si ménorragies importantes et prolongées.
    - ✓ Si bilan négatif :
      - ➢ essai de traitement par acide méfénamique ou traitement antifibrinolytique à prendre lors de règles très abondantes ;
      - ➢ si persistance après 3 à 6 mois Ë discuter le changement de type de DIU.
  - Métrorragies
    - ✓ Test de grossesse au moindre doute (éliminer une GEU).

- ✓ Recherche indispensable d'une pathologie organique : échographie pelvienne, prélèvement vaginal (éliminer une infection).
- ✓ Vérification du bon positionnement du DIU dans la cavité utérine.

- Mastodynie
  - ✓ Vérifier le caractère fonctionnel de la douleur.
  - ✓ Évaluer la durée et l'intensité des douleurs : essai progestérone locale.
- Douleurs pelviennes
  - ✓ Test de grossesse (éliminer une GEU).
  - ✓ Prélèvement vaginal au moindre doute (éliminer une infection).
  - ✓ Échographie pelvienne :
    - ➢ si kyste d'allure fonctionnelle surveillance échographique à 3 mois en première partie de cycle ;
    - ➢ si autre pathologie : discuter la meilleure stratégie thérapeutique et contraceptive en fonction de l'étiologie ;
    - ➢ vérification du bon positionnement du DIU dans la cavité utérine.
- Leucorrhées
  - ✓ Prélèvement vaginal.
  - ✓ Si infection documentée : traitement adapté et discuter ablation du DIU (en cas de risque de maladie pelvienne inflammatoire chronique).

- DIU-LNG

Quelques particularités liées au lévonorgestrel peuvent être à l'origine des troubles spécifiques et imposent une surveillance adaptée au DIU-LNG.

- Troubles des règles
    - ✓ Aménorrhée : effet secondaire souvent recherché survenant fréquemment après plusieurs mois d'utilisation :
        - ➢ si patiente satisfaite de l'aménorrhée : poursuite de la méthode ;
        - ➢ si l'aménorrhée n'est pas souhaitée par la patiente : discuter du changement pour un autre mode de contraception.
    - ✓ Métrorragies-spottings : effet secondaire fréquent lors des premiers mois d'utilisation. Si persistance :
        - ➢ s'assurer de l'absence de pathologie génitale (col, endomètre, ovaire) : réalisation d'une échographie pelvienne et d'un prélèvement bactériologique au moindre doute ;
        - ➢ si bilan négatif et persistance après 6 mois : discuter le changement de contraception.
- Mastodynie
    - ✓ Vérifier le caractère fonctionnel de la douleur.
        - ✓ Évaluer la durée et l'intensité des douleurs : essai progestérone locale.
- Prise de poids
        - ✓ Évaluer les règles hygiéno-diététiques.
        - ✓ Évaluer l'activité physique.

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude a eu pour cadre la clinique universitaire de gynécologie obstétrique (CUGO) du centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM).

2.1.1. CNHU

Crée le 30 octobre 1962 pour une capacité de 350 lits, l'hôpital est devenu centre national hospitalier et universitaire de Cotonou (CNHU-C) depuis le 10 janvier 1973. Il a pris le statut d'office à caractère social et scientifique le 13 mai 1991 et est doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. À la mort du premier Président de la République du Bénin, son excellence Hubert Koutoukou MAGA sous le Mandat duquel l'hôpital a vu le jour, il a été baptisé CNHU-HKM (Hubert K. MAGA).

2.1.2. CUGO

Implanté dans l'enceinte du CNHU-HKM, la CUGO a ouvert ses portes le 1er juin 1978 soit il y a 45 ans.

- Les infrastructures

  Elles comportent 3 secteurs :

  - Le bloc technique composé de

- Une salle de réception des urgences
- Trois salles d'opération, dont un bloc septique
- Une salle de dilatation
- Une salle de dystocie
- Une salle d'accouchement
- Des bureaux pour les surveillantes (la surveillante du bloc opératoire et la surveillante de la salle d'accouchement)
- Des salles de garde des sages-femmes, des infirmiers du bloc, des anesthésistes et des aides-soignants.

- Le secteur de consultation fait de :

- Une salle abritant (le service d'accueil, où se font également L'IEC et la vaccination)
- Six cabines de consultation (prénatales, post natal, gynécologique et autre)
- Une salle de PTME (salle de prise en charge initiale de la transmission mère enfant du VIH/SIDA)
- Un couloir servant de hall d'attente
- Une salle d'échographie
- Une salle de colposcopie
- Deux salles de planning familial
- Une salle de cours et de réunion
- Deux bureaux pour les professeurs
- Une salle pour le secrétariat
- Une salle des archives

- Le secteur des hospitalisations qui comprend

- Une unité de soins intensifs
- Trois pavillons d'hospitalisation
- Le secteur de néonatologie ; qui dans sa création était une partie intégrante de la CUGO, physiquement il y demeure, mais sur le plan technique et de la responsabilité des services il est géré par le service de pédiatrie et la génétique médicale.

- Les ressources humaines

Le personnel de la CUGO est composé de :

- Deux professeurs titulaires
- Un maître de conférences agrégé (MCA)
- Deux assistants
- Trois praticiens hospitaliers

- 54 sages-femmes
- 26 infirmiers et infirmières diplômés d'états
- Des aides-soignantes

▪ Les activités

La CUGO assure les activités suivantes :

- Les consultations prénatales, post natale et gynécologique
- Les accouchements
- Les interventions chirurgicales
- Les vaccinations
- La planification familiale
- Le dépistage du cancer du col
- Les activités de recherche et d'enseignement
- Les activités de la PTME chez les PVVIH

2.2. Méthode d'étude

2.2.1. Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude transversale et analytique allant du 06 Mai 2023 au 10 juillet 2023 soit une période de trois (2) mois.

2.2.2. Population d'étude

Elle est constituée par les femmes vues en consultation de planification familiale à la CUGO durant notre période d'étude.

2.2.3. Critères d'inclusion

- Avoir accouché depuis au plus 12 semaines
- Avoir donné son consentement pour l'étude

2.2.4. Critères d'exclusion

- Accouché depuis plus de 12 semaines

2.2.5. Échantillonnage

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste avec sélection exhaustive de toutes les patientes répondant à nos critères ci-dessus.

2.2.6. Technique de collecte

Il s'est agi d'un entretien direct avec remplissage automatique de notre fiche d'enquête.

2.2.7. Outils de collecte

Notre questionnaire d'enquête a été testé et validé puis rendu disponible en deux versions :

- Un formulaire en ligne généré grâce à la plateforme *Kobotoolbox.org*
- Une version papier disponible dans nos annexes

2.2.8. Déroulement de l'enquête

Pour le recueil des données, nous nous sommes fait aider par une équipe de deux étudiants en 5ème année de médecine que nous avons préalablement formés sur l'étude.

Une personne de l'équipe à tour de rôle était présente du lundi au vendredi de 08 heure à 15 heure.

Les accouchées ont ensuite été entretenues sur l'étude en vue d'obtenir leur consentement. Pour celles qui étaient d'accord, nous avons recueilli les informations soit dans le hall, soit en consultation post-natale et prénatale.

2.2.9. Variables

- **Variable dépendante** : la contraception du post-partum
- **Variables indépendantes**

- Données socio- démographiques
  - Âge
  - Ethnie
  - Nationalité
  - Profession
  - Situation socio-économique
  - Niveau d'instruction
  - Type de ménage (polygamie…)
- Antécédents
  - Antécédents gynécologiques
  - Antécédents obstétricaux
  - Antécédents médicaux
- Information sur la Contraception
- Données relatives au recours à une contraception
  - Reprise de l'activité sexuelle

- Retour de couche
- Motifs du choix
- Accord du conjoint
- Complication lors de l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive
- Moment d'utilisation de la contraception

2.2.10. Traitement et analyse des données

Les données ont été extraites et analysées avec le logiciel Microsoft Excel 2019. Une analyse descriptive des variables a été faite. Pour les variables quantitatives, nous avions déterminé les moyennes, les extrêmes et leurs écarts-types. Pour les variables qualitatives, nous avions présenté les fréquences et pourcentages. La comparaison des proportions a été effectuée par le test de Khi2. Le risque d'erreur considéré était de 5%.

2.2.11. Aspects éthiques et réglementaires

Le protocole de recherche a été soumis au chef service de la CUGO, au directeur du CNHU, pour l'obtention de leurs autorisations respectives avant démarrage de l'enquête. Par ailleurs le consentement éclairé de chaque enquêtée a été recueilli et leurs données ont été traitées en tout anonymat et confidentialité.

3. RESULTATS

Au terme de notre étude, 293 patientes ayant accouché depuis au plus 12 semaines ont été interrogées. Leurs données se présentent comme suit :

3.1. Aspect socio-démographique des enquêtées

3.1.1. Âge des enquêtées

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon l'âge.

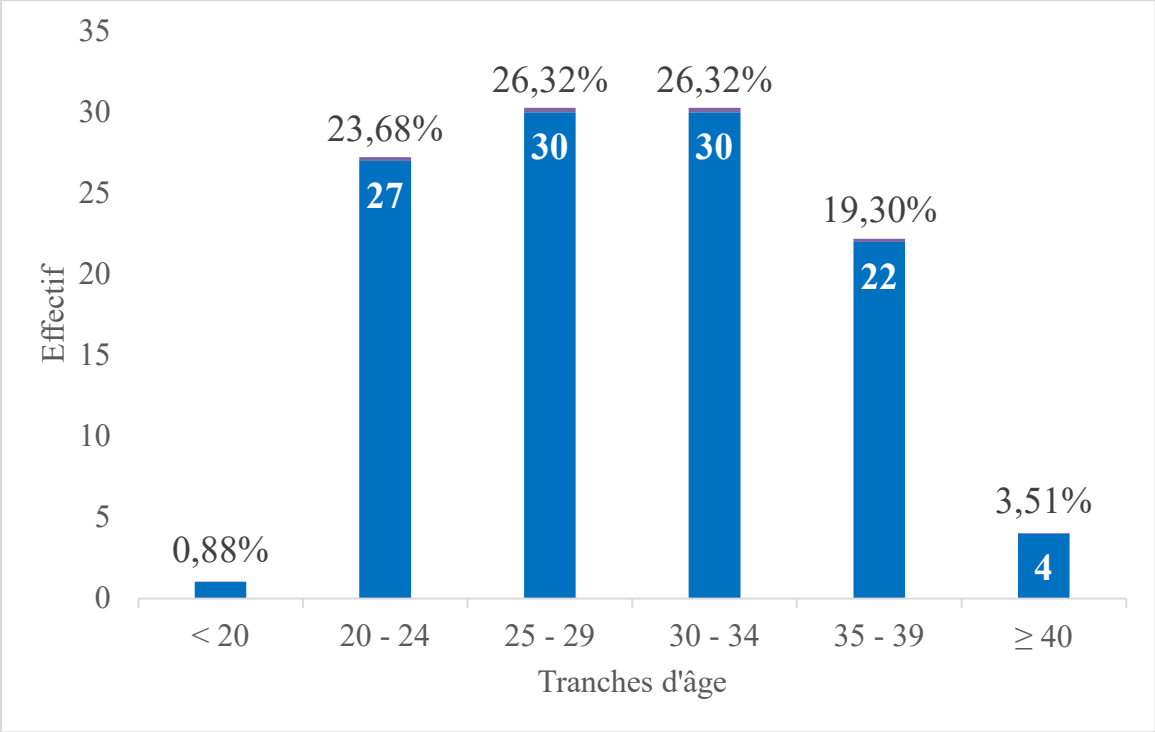


Figure 5 : Répartition des enquêtées selon l'âge

L'âge moyen de nos enquêtées était de 29,37 ans ± 5,74 avec les extrêmes de 18 et 47 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 25 ans et 34 ans soit 52,64 % des femmes.

3.1.2. Profession / Occupation de la femme

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon la profession.

Tableau IV : Répartition des enquêtées selon la profession

	Effectif	Pourcentage (%)
Artisans	91	31,06
Commerçante	76	25,94
Agent d'entreprise privée	54	18,43
Femmes au foyer	27	9,22
Fonctionnaire	23	7,85
Élève/Étudiante	22	7,51
Total	**293**	**100**

Nos enquêtées étaient pour la plupart des artisans (31,06 %) et des commerçantes (25,94%).

3.1.3. Niveau d'instruction

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées en fonction du niveau d'instruction.

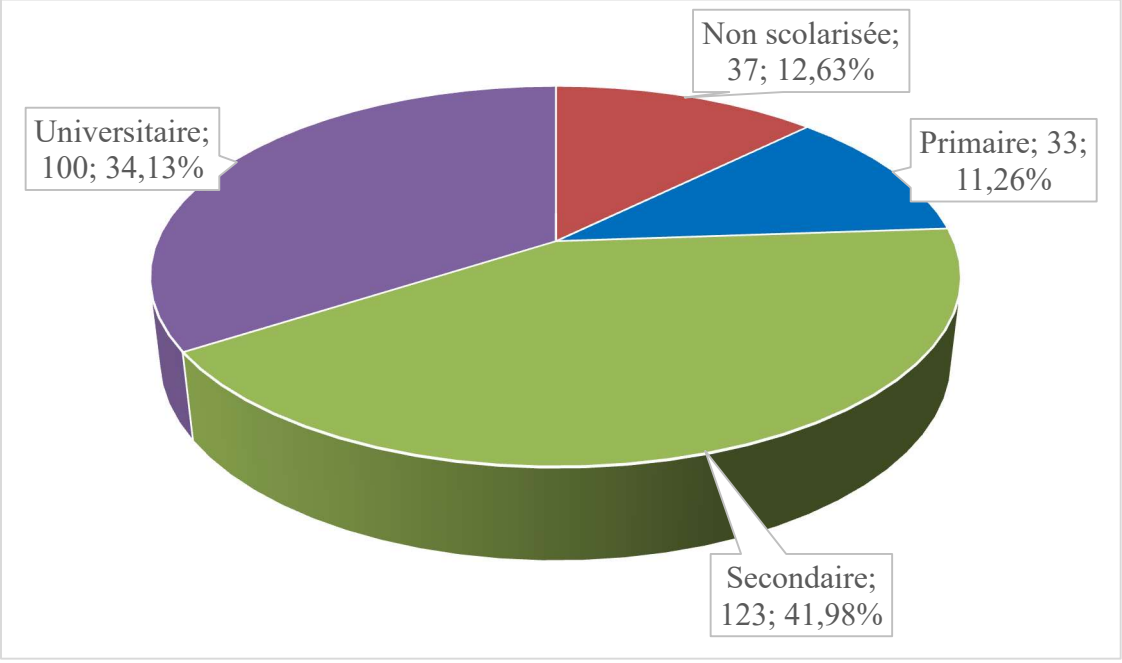


Figure 6 : Répartition des enquêtées en fonction du niveau d'instruction

Parmi les enquêtées, 76,11% avaient atteint au moins un niveau d'instruction secondaire.

3.1.4. Zone de résidence, nationalité et ethnie des enquêtées

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon la zone de résidence, la nationalité et l'ethnie.

Tableau V : Répartition des enquêtées selon la zone de résidence, la nationalité et l'ethnie

	Nombre (n=293)	Pourcentage (%)
Zone de résidence		
Urbaine	273	93,17
Rurale	20	6,83
Nationalité		
Béninoise	269	91,81
Autre	24	8,19
Ethnie		
Fon et apparentés	199	67,92
Bariba	7	2,39
Idaasha	7	2,39
Nago	6	2,05
Yoruba	6	2,05
Mahi	6	2,05
Autres	62	21,16

*Autres : Dendi, Xwla, Aizo, Tohrin, Peda, Lokpa, Peules

Nos enquêtées provenaient pour la plupart de zones urbaines (93,17%) et étaient de nationalité béninoise (91,81%). Les ethnies Fon et apparentés étaient les plus représentées avec 67,92%

3.1.5. Religion

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon la religion.

Tableau VI : Répartition des enquêtées selon la religion

	Nombre	Pourcentage (%)
Christianisme	257	87,71
Islam	33	11,26
Sans religion	2	0,68
Animiste	1	0,34
Total	**293**	**100**

Le christianisme était la croyance religieuse la plus retrouvée (87,71%).

3.1.6. Situation matrimoniale

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon de la situation matrimoniale.

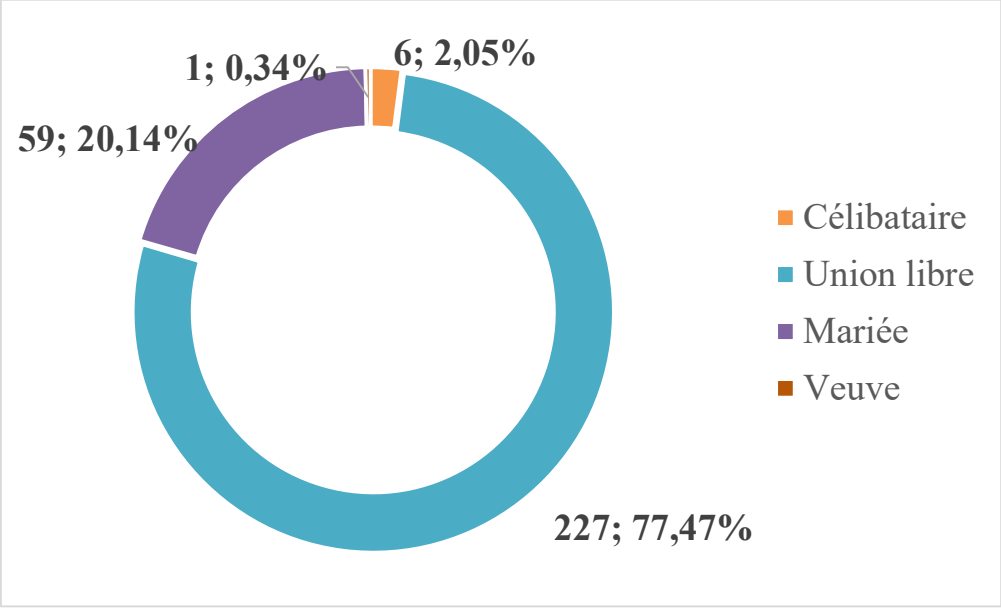


Figure 7 : Répartition des enquêtées selon de la situation matrimoniale

Les femmes en union libre avec leur conjoint représentaient 77,47% des enquêtées.

3.1.7. Âge et Profession du conjoint

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon la profession du conjoint.

Tableau VII : Répartition des enquêtées selon la profession du conjoint

	Nombre	Pourcentage (%)
Artisans	90	30,72
Fonctionnaire	86	29,35
Agent d'entreprise privée	64	21,84
Commerçant	32	10,92
Élève/Étudiant	6	2,05
Sans emploi	6	2,05
Autres	9	3,07
Total	**293**	**100**

L'âge moyen des conjoints était de 35,37 ans ± 7,72 avec les extrêmes de 20 ans et 60 ans. Les conjoints de nos patientes étaient en majorité des artisans (30,72%) et des fonctionnaires du secteur public (29,35%).

3.1.8. Revenu mensuel du ménage

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon le revenu mensuel du ménage.

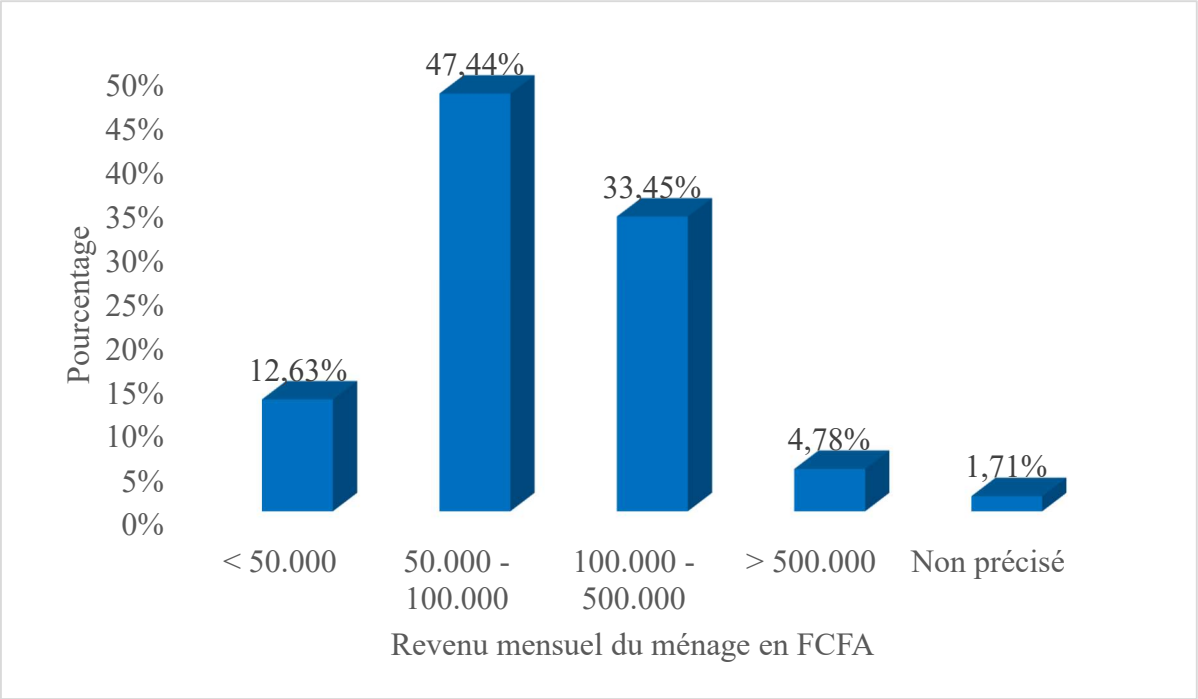


Figure 8 : Répartition des enquêtées selon le revenu mensuel du ménage

Les parturientes dont le revenu mensuel du ménage était compris entre 50.000 FCFA et 100.000 FCFA représentaient 47,44% des femmes.

3.2. Antécédents des enquêtées

3.2.1. Antécédents gynécologiques

- **Âge de la ménarche et troubles du cycle menstruel**

L'âge moyen de la ménarche était de 15 ans ± 2,09 avec les extrêmes de 7 ans et 21 ans. Le cycle menstruel était régulier chez 162 (55,29%) des enquêtées et 41 (13,99%) présentaient des troubles menstruels à type de spanioménorrhée (12,97%) de métrorragies (1,37%) et d'oligoménorrhée (1,71%). Les femmes signalaient des dysménorrhées dans 35,15% des cas.

- **Coïtarche**

L'âge moyen des coïtarches était de 20 ans ± 2,54 avec les extrêmes de 14 ans et 28 ans.

➢ **Pathologies gynécologiques**

Dans notre échantillon, 21,50% avaient une dyspareunie et le saignement au contact était signalé par 1,71%. De plus, 8,19% des enquêtées avaient été traitées pour infertilité.

Les autres antécédents gynécologiques étaient les myomes utérins (11,60%), les kystes ovariens (9,56%) et les infections génitales (5,80%).

➢ **Consultation en planification familiale et choix d'une contraception avant la grossesse**

Dans notre étude 31,40 % des femmes avaient eu recours au moins une fois à une consultation de planification familiale et 41,64% d'entre elles ont signalé avoir utilisé une contraception avant la dernière grossesse.

- **Type de contraception antérieure**

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon le type de contraception antérieure.

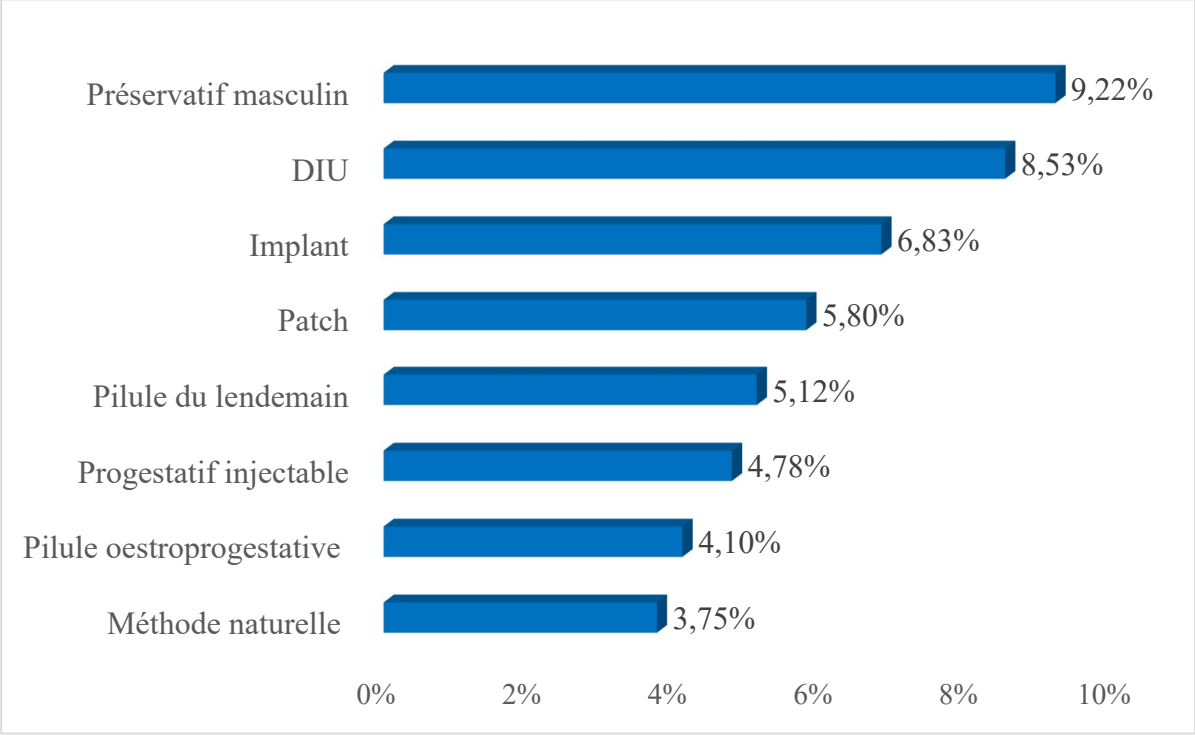


Figure 9 : Répartition des enquêtées selon le type de contraception antérieure

Le préservatif masculin et le DIU étaient les méthodes contraceptives utilisées respectivement chez 9,22% et 8,53% de nos enquêtées.

- **Effets secondaires**

Le tableau ci-dessous représente la répartition des utilisatrices de contraception selon le type d'effet secondaire antérieur.

Tableau VIII : Répartition des utilisatrices de contraception selon le type d'effet secondaire

	Nombre (n=60)	Pourcentage (%)
Douleur pelvienne	13	21,67
Prise de poids	18	30,00
Saignements anormaux	35	58,33
Aménorrhée secondaire	10	16,67
Infection génitale	4	6,67
Autres	5	8,33

*Autres : Céphalées, Asthénie, Vertiges, Infertilité secondaire

Des 122 utilisatrices de méthodes contraceptives, 60 (49,18%) ont signalé des effets secondaires notamment les saignements (58,33%).

3.2.2. Antécédents obstétricaux

- **Gestité, parité et nombre d'enfants**

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon la gestité, la parité et le nombre d'enfants.

Tableau IX : Répartition des enquêtées selon la gestité, la parité et le nombre d'enfants

	Nombre (n=293)	Pourcentage (%)
Gestité		
Primigeste	92	31,40
Paucigeste	123	41,98
Multigeste	66	22,53
Grande multigeste	12	4,10
Parité		
Primipare	56	19,11
Paucipare	175	59,73
Multipare	55	18,77
Grande multipare	7	2,39
Nombre d'enfants vivants		
> 2 enfants	106	36,18
≤ 2 enfants	187	63,82

Les femmes enquêtées étaient pour la plupart paucigestes (41,98%) et paucipares (59,73%).

- **Fausses couches**

L'antécédent de fausse couche spontanée a été retrouvé chez 28,33% des femmes. La fausse couche était provoquée chez 22,89% de ces femmes. Parmi les 63 femmes qui avaient eu une fausse couche spontanée, 31,75% en ont eu au moins deux (2).

3.2.3. Antécédents médicaux

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées en fonction des antécédents médicaux.

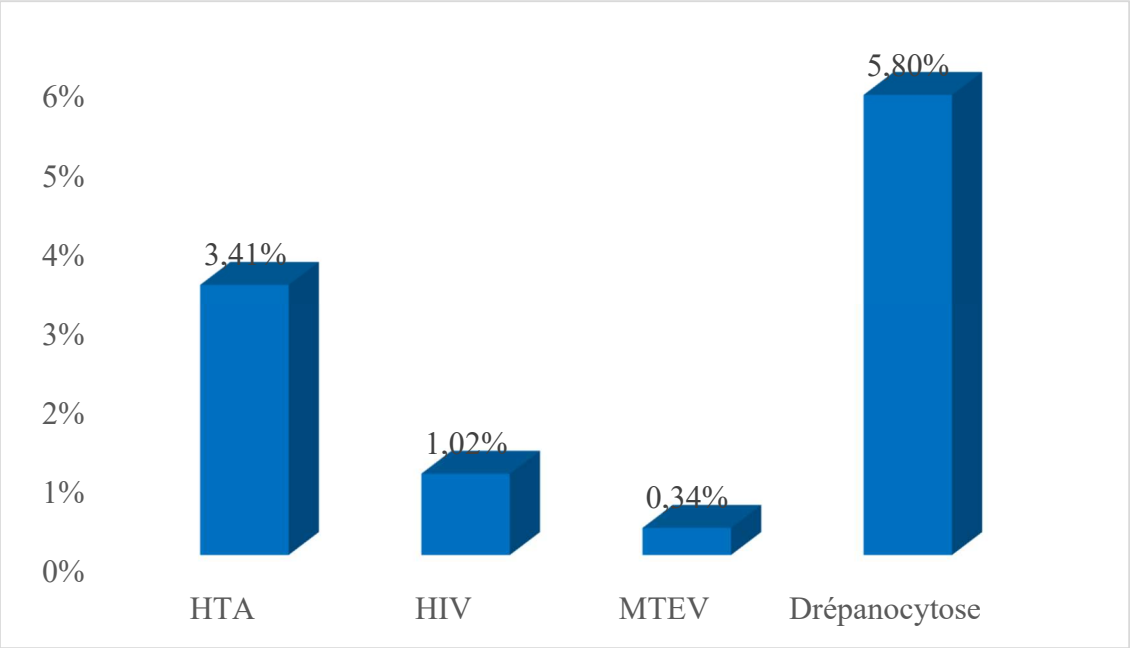


Figure 10 : Répartition des enquêtées en fonction des antécédents médicaux

La drépanocytose constituait 5,80% des antécédents médicaux de nos patients.

3.3. Habitudes de vie

L'alcoolisme a été retrouvé chez 8,16% des enquêtées et le tabagisme chez une seule femme (0,34%).

3.4. Suivi et issue de la dernière grossesse

La grossesse n'était pas désirée mais assumée dans 22,87% des cas. Les grossesses étaient mal suivies chez 165 (58,02%) femmes.

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon le déroulement de la grossesse.

Tableau X : Répartition des enquêtées selon le déroulement de la grossesse

	Nombre (n=293)	Pourcentage (%)
Nombre de CPN		
< 3	11	3,75
3 – 7	208	70,99
> 7	74	25,26
Bilan prénatal		
Complet	123	41,98
Incomplet	155	52,90
Non réalisé	15	5,12
Prophylaxies à jour		
Oui	284	96,93
Non	9	3,07

Les femmes ayant fait au moins 3 CPN étaient les plus représentées (96,25%) et le bilan prénatal était incomplet dans 52,90% des cas.

3.4.1. Terme et voie d'accouchement

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon le terme et la voie d'accouchement.

Tableau XI : Répartition des enquêtées selon le terme et la voie d'accouchement

	Nombre (n=293)	Pourcentage (%)
Terme de la grossesse		
Prématuré	29	9,90
À terme	244	83,28
Dépassement de terme	18	6,14
Voie d'accouchement		
Basse	141	48,12
Haute	152	51,88

Prématuré : Naissance avant 37 SA

À terme : Naissance entre 37 SA et 42 SA

Dépassement de terme : Naissance après 42 SA

La voie d'accouchement la plus représentée était la voie haute avec 51,88% des cas. La grossesse était à terme dans 83,28% des cas.

3.4.2. Complication maternelle et pronostic néonatal au cours de la dernière grossesse

- Complication maternelle

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon les complications maternelles.

Tableau XII : Répartition des enquêtées selon le pronostic maternel

	Nombre (n=45)	Pourcentage (%)
Hémorragies	11	3,75
Déchirure cervicale	19	6,48
Infections materno-fœtales	2	0,68
Prééclampsie et ses complications	5	1,71

Dans 15,36% des cas, des complications ont été notées notamment une déchirure cervicale (6,48%) et des hémorragies (3,75%).

- Pronostic néonatal

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon le pronostic néonatal.

Tableau XIII : Répartition des enquêtées selon le pronostic néonatal

	Nombre (n=293)	Pourcentage (%)
Issue de la grossesse		
Normal	290	98,98
Mort-né	1	0,34
Malformé	2	0,68
Poids du nouveau-né		
Normal	217	74,06
Petit poids de naissance	45	15,36
Macrosome	31	10,58

Les nouveau-nés issus de la dernière grossesse étaient normaux dans 98,98% des cas.

3.4.3. Suites de couches

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées en fonction des modalités des suites de couches.

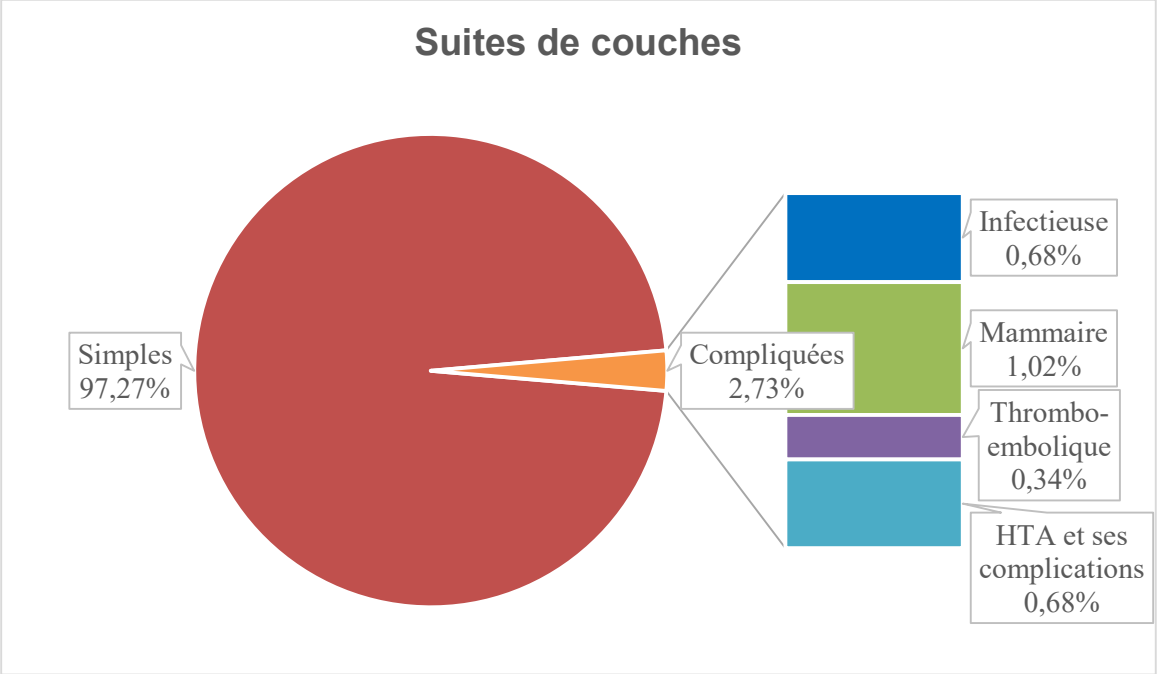


Figure 11 : Répartition des enquêtées en fonction des suites de couches

Les suites de couches étaient simples pour la majorité (97,27%) des enquêtées.

3.4.4. Suivi en post-partum

Les enquêtées ont été vues en moyenne 31 jours après accouchement et ce délai variait entre 21 jours et 163 jours.

3.4.5. Reprise des rapports sexuels et retour de couche

Seules 17 (5,80%) femmes avaient repris les rapports sexuels et le délai de reprise était entre 3 et 6 semaines pour 64,17% de ces femmes.

Le retour de couche avait déjà eu lieu chez 7,17% des femmes et ceci dans un délai moyen de 32,28 jours ± 17,64.

3.5. Paramètres et signes physiques des enquêtées

Le poids moyen des enquêtées était de 69 Kg ± 13,18 avec les extrêmes de 45 Kg et 160 Kg et 33 (11,26%) des patientes présentaient une tension artérielle élevée à la consultation du jour. Et 42 (14,33%) des patientes avaient des œdèmes des membres pelviens et 7 (2,39%) avaient des varices aux membres pelviens.

3.6. Contraception en post-partum

3.6.1. Moment du counseling

Les enquêtées signalaient avoir eu un counseling sur la contraception en post-partum dans 108 cas (36,86%).

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon le moment du counseling.

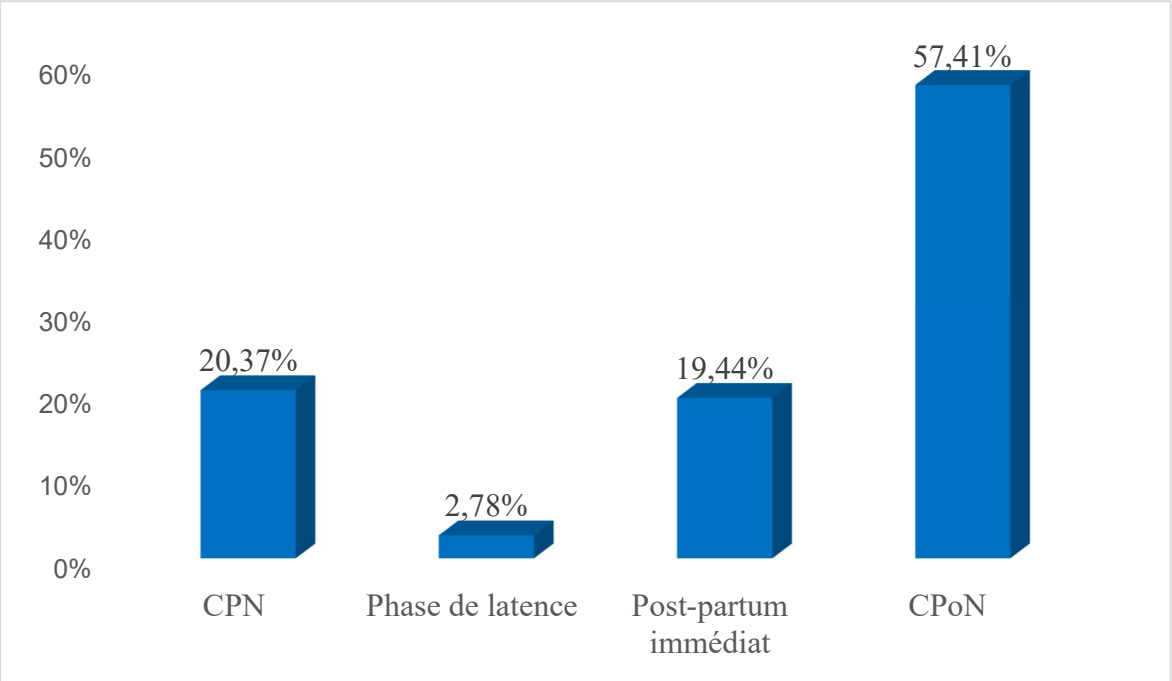


Figure 12 : Répartition des enquêtées selon le moment du counseling

Le counseling a été le plus souvent fait lors des CPoN (57,41% des cas).

3.6.2. Acceptation de la contraception du post-partum

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon l'acceptation d'une méthode contraceptive.

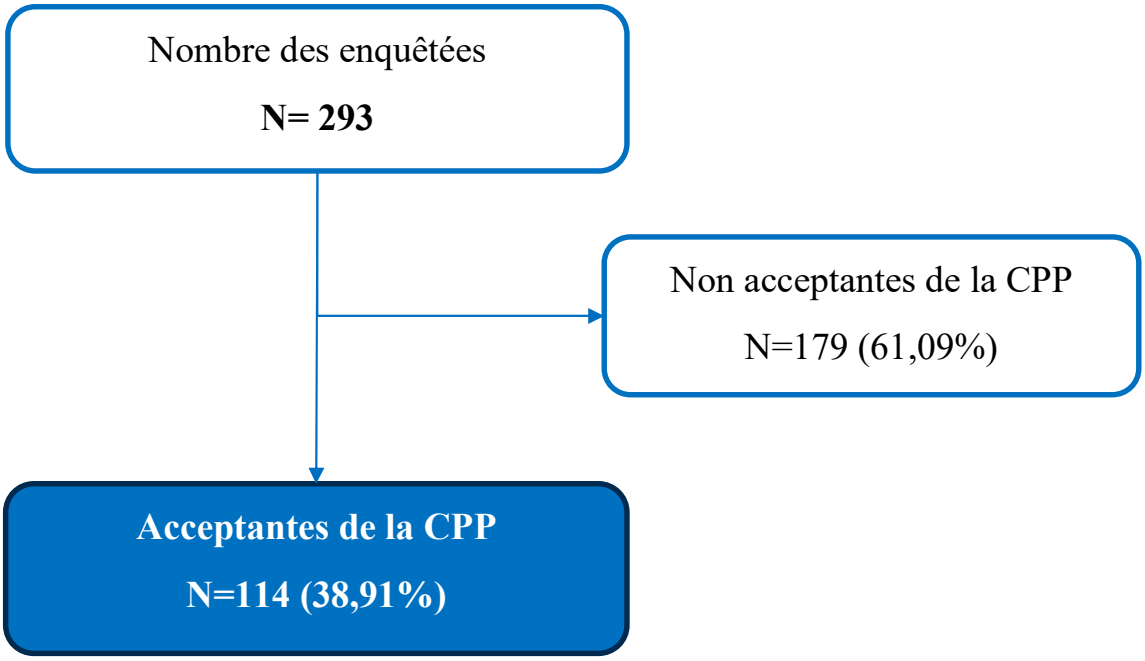


Figure 13 : Diagramme de flux de l'acceptation de la CPP

La contraception a été acceptée par 114 enquêtées soit 38,91% avec un intervalle de confiance à 95% compris entre 33,29% et 44,75%.

3.6.3. Accord du conjoint

L'accord du conjoint était rapporté par 89,47% des cas.

3.6.4. Motif d'adhésion

Le tableau ci-dessous représente la répartition des enquêtées selon le motif d'adhésion de la contraception du post-partum.

Tableau XIV: Répartition des enquêtées selon le motif d'adhésion de la contraception en post-partum

	Nombre (n=114)	Pourcentage (%)
Limitation des dépenses familiales	66	57,89
Désir d'espacer les naissances	50	43,86
Arrêt maternité	38	33,33
Etudes	24	21,05
Etat de Santé	23	20,18

Les raisons ayant motivé l'adhésion étaient la limitation des dépenses familiales (57,89%) et le désir d'espacer les naissances (43,86%).

3.6.5. Choix de la méthode contraceptive

Le tableau ci-dessous représente la répartition des acceptantes selon le type de contraception choisi.

Tableau XV : Répartition des acceptantes selon le type de contraception choisi

	Nombre	Pourcentage (%)
DIU	35	30,70
Implant	25	21,93
Progestatif injectable	17	14,91
Pilule oestroprogestative	16	14,04
Patch	14	12,28
Pilule du lendemain	3	2,63
Préservatif masculin	3	2,63
Ligature des trompes	1	0,88
Total	**114**	**100**

La méthode la plus choisie était les méthodes de longue durée d'action (DIU et implant) soit 52,63%.

3.6.6. Qualification du prescripteur

La figure ci-dessous représente la répartition des acceptantes selon la qualification du prescripteur.

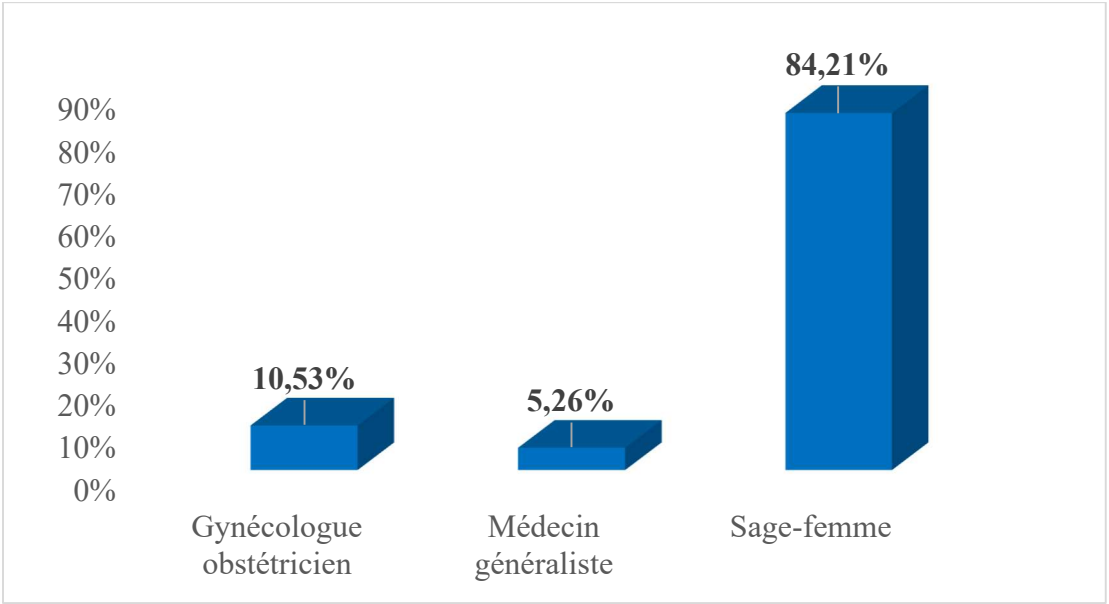


Figure 14 : Répartition des acceptantes selon la qualification du prescripteur

Les sages-femmes étaient les prescriptrices majoritaires (84,21%) de la contraception chez nos enquêtées acceptantes.

3.6.7. Période d'administration de la méthode

La figure ci-dessous représente la répartition des enquêtées en fonction de la période d'administration de la méthode choisie.

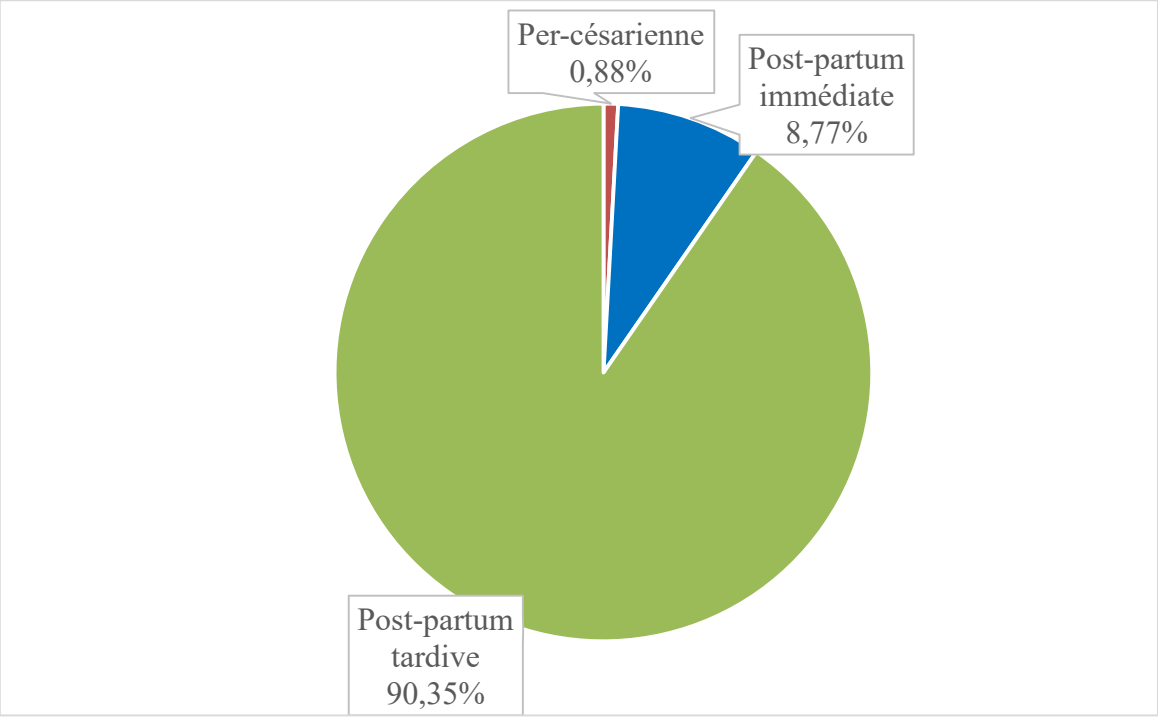


Figure 15 : Répartition des acceptantes en fonction de la période d'administration de la méthode choisie

La contraception a été appliquée en post-partum tardif chez 90,35% des acceptantes.

3.6.8. Motifs de refus de la contraception

Le tableau ci-dessous présente les raisons ayant motivé le refus de la contraception

Tableau XVI : Récapitulatif des raisons ayant motivé le refus de la contraception

	Nombre (n=179)	Pourcentage (%)
Crainte d'infertilité secondaire	87	48,60
Effets indésirables	54	30,17
Refus du conjoint	43	24,02
Croyances culturelles	34	18,99
Désir de maternité	27	15,08
Choix inopiné	3	1,68

Le motif de refus le plus représenté était le risque d'infertilité secondaire (48,60%).

3.7. Étude analytique

3.7.1. Lien entre type de contraception et niveau d'instruction

Le tableau ci-dessous représente la corrélation entre le type de contraception et le niveau d'instruction.

Tableau XVII : Corrélation entre le type de contraception et le niveau d'instruction

	Niveau d'instruction				
	Non instruit	Primaire	Secondaire	Universitaire	Total
DIU	3 (8,57)	2 (5,71)	13 (37,14)	17 (48,57)	35 (30,70)
Implant	2 (8,00)	1 (4,00)	12 (48,00)	10 (40,00)	25 (21,93)
Progestatif injectable	1 (5,88)	2 (11,76)	8 (47,06)	6 (35,29)	17 (14,91)
Pilule oestroprogestative	3 (18,75)	2 (11,50)	5 (31,25)	6 (37,50)	16 (14,04)
Patch	5 (35,71)	1 (7,14)	5 (35,71)	3 (21,43)	14 (12,28)
Pilule du lendemain	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (66,67)	1 (33,33)	3 (2,63)
Préservatif masculin	0 (0,00)	0 (0,00)	2 (66,67)	1 (33,33)	3 (2,63)

Ligature des trompes	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	0 (0,00)	1 (0,88)

P-value= 0,75

Il en ressort qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le type de CPP choisi et le niveau d'instruction de la femme.

3.7.2. Lien entre type de contraception et l'âge de la femme

Le tableau ci-dessous représente la corrélation entre le type de contraception et l'âge de la femme.

Tableau XVIII : Corrélation entre le type de contraception et l'âge de la femme

	Tranche d'âge				
	< 20	20 - 29	30 - 39	≥ 40	Total
DIU	3 (8,57)	19 (54,29)	13 (42,86)	0 (0,00)	35 (30,70)
Implant	0 (0,00)	14 (56,00)	10 (40,00)	1 (4,00)	25 (21,93)
Progestatif injectable	0 (0,00)	9 (52,94)	8 (47,06)	0 (0,00)	17 (14,91)
Pilule oestroprogestative	0 (0,00)	5 (31,25)	10 (62,50)	1 (6,25)	16 (14,04)
Patch	0 (0,00)	8 (57,14)	4 (28,57)	2 (14,29)	14 (12,28)
Pilule du lendemain	0 (0,00)	2 (66,67)	1 (33,33)	0 (0,00)	3 (2,63)
Préservatif masculin	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (100,00)	0 (0,00)	3 (2,63)
Ligature des trompes	0 (0,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (0,88)

P-value= 0,30

Il en ressort qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le type de CPP choisi et l'âge de la femme.

3.7.3. Lien entre type de contraception et la qualification du prescripteur

Le tableau ci-dessous représente la corrélation entre le type de contraception et la qualification du prescripteur.

Tableau XIX : Corrélation entre le type de contraception et la qualification du prescripteur

	Qualification du prescripteur			Total
	Gynécologue	Médecin généraliste	Sage-femme	
DIU	3 (8,57)	4 (11,41)	28 (80,00)	35 (30,70)
Implant	3 (12,00)	1 (4,00)	21 (84,00)	25 (21,93)
Progestatif injectable	1 (5,88)	1 (5,88)	15 (88,24)	17 (14,91)
Pilule oestroprogestative	2 (12,50)	0 (0,00)	14 (87,50)	16 (14,04)
Patch	2 (14,29)	0 (0,00)	12 (85,71)	14 (12,28)
Pilule du lendemain	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (100,00)	3 (2,63)
Préservatif masculin	0 (0,00)	0 (0,00)	3 (100,00)	3 (2,63)
Ligature des trompes	1 (50,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,88)

P-value= 0,39

Il en ressort qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le type de CPP choisi et la qualification du prescripteur.

3.7.4. Lien entre type de contraception et le nombre d'enfants vivants

Le tableau ci-dessous représente la corrélation entre le type de contraception et le nombre d'enfants vivants.

Tableau XX : Corrélation entre le type de contraception et le nombre d'enfants vivants

	Nombre d'enfants vivants			Total
	1 – 2	3 - 4	> 4	
DIU	25 (71,43)	9 (25,71)	1 (2,86)	35 (30,70)
Implant	14 (56,00)	9 (36,00)	2 (8,00)	25 (21,93)
Progestatif injectable	10 (58,82)	5 (29,41)	2 (11,76)	17 (14,91)
Pilule oestroprogestative	5 (31,25)	9 (56,25)	2 (12,50)	16 (14,04)
Patch	7 (50,00)	3 (21,43)	4 (28,57)	14 (12,28)
Pilule du lendemain	2 (66,67)	1 (33,33)	0 (0,00)	3 (2,63)
Préservatif masculin	2 (66,67)	1 (33,33)	0 (0,00)	3 (2,63)
Ligature des trompes	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (100,00)	1 (0,88)

P-value= 0,06

Il en ressort qu'il n'y a pas de relation statistiquement significative entre le type de CPP choisi et le nombre d'enfants vivants.

3.7.5. Lien entre acceptation de la contraception du post-partum et données socio-démographiques, antécédents gynécologiques et counseling sur la CPP

Les tableaux ci-dessous représentent le lien entre l'acceptation de la contraception du post-partum et les données socio-démographiques, les antécédents gynécologiques et le counseling sur la CPP.

Tableau XXI : Facteurs déterminant à l'utilisation du CPP (1/2)

	Utilisation de la contraception		P-value
	Oui (n=114)	**Non (n=179)**	
Âge de la femme	29,42 ± 5,81	29,34 ± 5,71	0,91
Âge du mari	34,63 ± 7,10	35,84 ± 8,07	0,20
Situation matrimoniale			0,70
Marié /Union libre	112 (39,16)	174 (60,84)	
Non marié	2 (28,57)	5 (71,51)	
Religion			0,06
Christianisme	105 (40,86)	151 (59,14)	
Autres	09 (25,00)	27 (75,00)	
Niveau d'instruction			0,14
Secondaire et +	92 (41,26)	131 (58,74)	
Primaire et -	22 (31,43)	48 (68,57)	
Grossesse désirée			0,15
Oui	83 (36,73)	143 (63,27)	
Non	31 (46,27)	36 (53,73)	
Planification familiale			**< 0,00001**
Oui	56 (60,87)	36 (39,13)	
Non	58 (28,86)	143 (71,14)	
Contraception avant grossesse			**< 0,00001**
Oui	69 (56,56)	52 (43,44)	
Non	45 (26,32)	118 (73,68)	
Nombre d'enfants vivants			0,053
> 2 enfants	49 (46,23)	57 (53,77)	
≤ 2 enfants	65 (34,76)	122 (65,24)	

Tableau XXII : Facteur influençant l'utilisation de la contraception (2/2)

	Utilisation de la contraception		P-value
	Oui (n=114)	Non (n=179)	
Voie d'accouchement			0,60
Haute	57 (37,50)	95 (62,50)	
Basse	57 (40,43)	84 (59,57)	
Reprise des rapports sexuels			0,08
Oui	10 (58,82)	07 (41,18)	
Non	104 (37,68)	172 (62,32)	
Counseling lors des CPN			**0,0005**
Oui	56 (51,85)	52 (48,15)	
Non	58 (31,35)	127 (68,65)	

Les facteurs influençant significativement l'acceptation de la contraception du post-partum étaient la consultation antérieure en planification familiale (p< 0,00001), la contraception avant la grossesse (p< 0,00001), et le counseling sur la contraception du post-partum (p= 0,0005).

4. DISCUSSION

4.1. Limites et difficultés de l'étude

Notre étude était une enquête par questionnaire. Ainsi il s'agissait d'un entretien direct avec les patientes. Nos difficultés étaient essentiellement :

- ✓ la barrière linguistique : 13% de nos enquêtées étaient non instruites
- ✓ la réticence des patientes par rapport au thème qui est relatif à un sujet tabou sous nos cieux.
- ✓ le recrutement des patientes était laborieux du fait de l'absence d'un sous-secteur spécifique dédié aux consultations post-natales.
- ✓ la taille de notre échantillon qui est relativement faible

4.2. Biais d'information

Notre étude comporte également quelques biais d'information. Les questionnaires ont été remplis uniquement par les personnes intéressées par la question. Par ailleurs, l'accessibilité à toutes les patientes intéressées au décours de leur consultation était parfois difficile vu le nombre important de box de consultation dans notre centre de référence.

Un biais d'information reste possible en ce qui concerne les réponses des accouchées sur leurs données socio-démographiques et le choix contraceptif. Cette étude a été menée dans un centre de référence public ; par conséquent, les résultats pourraient ne pas refléter de manière adéquate l'ensemble de la population introduisant ainsi un biais de sélection.

4.3. Atteinte des objectifs

Malgré ces difficultés nous avons pu atteindre nos objectifs dont le principal était d'étudier l'utilisation des contraceptifs modernes dans le post-partum. La prévalence de la contraception dans le post-partum a pu être calculée chez les femmes de notre population cible. Nous avons également pu recueillir les données socio-démographiques des accouchées et quelques facteurs associés à la contraception dans le post-partum ont été identifiés.

4.4. Étude descriptive et comparative

4.4.1. Prévalence de la contraception dans le post-partum

Le taux d'utilisation de la contraception en Afrique de l'Ouest est parmi les plus bas au monde, avec des femmes déclarant un faible accès à la contraception, et un faible niveau d'utilisation. L'enquête Démographique et de Santé du Bénin (EDSB-V) réalisée en 2018 en population générale a noté une prévalence contraceptive de 12% [47]. Le post-partum pourrait être une période plus propice à l'acceptation de la contraception compte tenu du fait que ce thème est abordé presque exclusivement lors des consultations post-natales[48]. Dans notre étude, la contraception du post-partum a été acceptée par 38,91% des enquêtées. Wassihun et al. en Éthiopie ont trouvé une prévalence similaire (44%) [26]. D'autres études ont trouvé des taux encore plus élevés soit 52,1% et 75,5% respectivement au Kenya[27] et au Malawi[49]. Toutefois, la prévalence contraceptive en post-partum était plus faible dans les études réalisées au Nord du Bénin (Parakou) avec 13% d'acceptation, au Burundi (20%), au Burkina-Faso (29%) [25,50,51]. Cette disparité dans les études peut s'expliquer par la différence dans les caractéristiques sociodémographiques des patientes, mais aussi dans la taille des échantillons de ces diverses études.

4.4.2. Caractéristiques sociodémographiques

- **Âge des enquêtées**

L'âge moyen de nos enquêtées était de 29,37 ans ± 5,74. C'est l'âge de la fertilité maximale où les grossesses sont fréquentes avec des risques de morbidité et de mortalité maternelles et périnatales. La contraception intervient alors dans la réduction des risques liés à la grossesse. D'autres auteurs tels que Blangis F. , Yogesparan K. et Pourtier E. en France ont trouvé respectivement des âges similaires à savoir 29,9 ± 5,5 ans, 29,53 ans et 29,8 ans [28,52,53]. Certaines études dont notamment celles de Hubacher et al. [54] aux USA en 2016 et

Wassihun et al [26] en Éthiopie en 2021 ont noté des âges moyens largement inférieurs (23 ans). Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'âge de démarrage de la vie reproductive chez les femmes est variable d'une culture à une autre et d'un pays à un autre.

- **Niveau d'instruction**

Notre étude a retrouvé une forte population de femmes scolarisées (87,37 %) dont 41,98% avaient un niveau secondaire. Ces résultats sont semblables à ceux de Diarra B. [5] à Bamako qui a retrouvé que les femmes scolarisées étaient les plus représentées avec 67,8% des cas et le niveau secondaire représentait 30,9%. Sissoko et al. [55] ont noté aussi 55% des accouchées scolarisées avec un niveau secondaire de 15%. Dans notre étude le taux de scolarisation des filles béninoises est relativement élevé par rapport aux autres pays ; cela pourrait s'expliquer par les mesures gouvernementales successives de promotion de la scolarisation des filles au Bénin depuis 2006 [56]. De plus notre cadre d'étude se retrouvait au cœur de la nation béninoise, sa capitale économique.

- **Situation matrimoniale**

De notre étude, il ressort que les femmes en union libre avec leur conjoint représentaient la majorité des enquêtées (77,47%). Blangis et al. [53]en 2013 en France notaient des résultats semblables avec des femmes en union libre à 90,7%. Par contre Hubacher et al. en 2016 ainsi que Gejo et al. en 2018 ont retrouvé une forte prédominance de femmes mariées avec des proportions respectives de 63% et 97% [54,57]. Cette différence pourrait s'expliquer par la définition de la notion de mariage selon la coutume et les textes en vigueur dans chaque pays. Au Bénin la plupart des couples préfèrent avoir leurs enfants avant d'officialiser leur union. Dans d'autres cultures, la grossesse est mal perçue en dehors d'un mariage.

- **Ethnie et Religion**

L'ethnie la plus représentée était le Fon (44,37%). En effet le Sud du Bénin est dominé par les Fons et apparentés selon le recensement démographique en 2017 [47]. De plus, 87,71% de nos enquêtées étaient des chrétiennes. Cela est confirmé par le rapport réalisé sur la liberté religieuse (48,5 %) au Bénin en 2013 [58]. Ceci reflète les caractéristiques de la population générale du Bénin, mais aussi le fait que notre étude a été réalisée au sud du Bénin. D'autres études en Éthiopie notamment de Gejo en 2018 et Wassihun en 2021 ont retrouvé également des taux comparables avec respectivement des proportions de chrétiennes de 87,8% et 85,5% [26,57].

4.4.3. Revenu mensuel du ménage de nos enquêtées

Les enquêtées dont le revenu mensuel du ménage était compris entre 50.000 FCFA et 100.000 FCFA étaient les plus nombreuses (47,44%). Les résultats de Wassihun en Éthiopie sont similaires aux nôtres avec un revenu mensuel inférieur à 107 $ (soit 64.277 FCFA) [26]. Le niveau socio-économique bas et un système de couverture sanitaire sommaire en Afrique restent un frein considérable à l'accès au service de santé. Toutefois des politiques de santé aussi bien au plan national, régional et international soutiennent les programmes de planifications familiales rendant leur accès presque gratuit.

4.4.4. Antécédent d'utilisation d'une méthode contraceptive

Dans notre étude, 31,40 % des femmes ont déclaré avoir déjà fait une planification familiale par le passé et 41,64% ont signalé avoir eu recours à une contraception avant la dernière grossesse. Le préservatif masculin et le DIU étaient les méthodes contraceptives utilisées respectivement chez 9,22% et 8,53% de nos enquêtées. Ces résultats diffèrent de ceux de Hess S. en France qui avait noté en 2015 une prévalence contraceptive avant grossesse de 96% et une prédominance de l'utilisation de la pilule contraceptive à 63% [59]. De même

Pourtier et al à Paris en France ont retrouvé une utilisation de la contraception moderne avant grossesse de 73,4% dont 41,6% de contraceptifs oestro-progestatifs [52]. En effet, les systèmes de santé français et occidentaux offrent un plus grand accès à la santé maternelle et infantile. En Afrique, la prévalence contraceptive reste faible compte tenu des pesanteurs sociales, des rumeurs et des effets secondaires.

Au nombre des principaux effets secondaires signalés par nos enquêtées, en lien avec la contraception pré-partum, nous notons les saignements anormaux (51%), la prise de poids (30%), les douleurs pelviennes (21,67%), l'aménorrhée secondaire (16,67%). Ces effets secondaires pourraient expliquer le refus de certaines femmes d'adopter une nouvelle fois la contraception.

4.4.5. Antécédents obstétricaux des enquêtées

Nos résultats nous ont permis de noter une prédominance des femmes paucipares (59,73%), suivies des multipares (21,16%). Ces résultats sont en concordance avec ceux de Diarra B. au Mali [5] et Pourtier E. [52] en France qui ont rapporté respectivement une prédominance des paucipares à 44% et 47%. Dans son étude réalisée en Éthiopie, Gejo et al. [57] ont rapporté plutôt une prédominance des femmes multipares à plus de 70,9%.

4.4.6. Suivi de la grossesse

La plupart des grossesses étaient mal suivies (58,02%des cas). Le bilan prénatal était incomplet chez 52,90% des femmes. Gejo et al. en Éthiopie [57] ont retrouvé que les femmes ayant fait au moins 04 CPN représentaient 76,1 %. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'ignorance de l'importance des CPN par les femmes dans notre contexte et l'absence d'une couverture sanitaire pour la réalisation du bilan prénatale ; ce bilan étant réalisé aux frais de la femme.

La dernière grossesse n'était pas désirée chez 22,87% des enquêtées. En effet le contrôle des naissances et la préparation à la conception ne sont pas encore rentrés dans les habitudes de vie. Les conséquences deviennent visibles dès le suivi de la grossesse et la réalisation du bilan prénatal.

La voie d'accouchement la plus représentée était la voie haute (césarienne) avec 51,88% des cas. Ces résultats sont en discordance avec ceux de Pourtier E. et Blangis F. en France qui ont noté une prédominance des accouchées par voie basse avec ou sans aide instrumentale respectivement dans 70% et 79% des cas [52,53]. Cette discordance pourrait s'expliquer par le défaut de suivi des grossesses par les femmes dans nos contrées et le recours tardif aux soins. Toutes choses qui exposent à des risques de morbidité et de mortalité materno-fœtales considérables.

4.4.7. Reprise des rapports sexuels dans le post-partum

Aucune femme n'avait déclaré avoir repris les rapports sexuels dans les 06 semaines du post-partum. Les rapports sexuels avaient repris chez 5,80% entre 10 et 12 semaines. Ce délai est comparable à ceux notés par Yamontche S. et al. à Cotonou en 2022 [60] avec un délai de 10,7 ± 4,5 semaines ainsi que Matijasevich et al. au Brésil en 2015 avec 10,4 ± 5,2 semaines [61]. D'autres études réalisées en Ouganda par Alice et al. [62] en 2015 et en Éthiopie par Jambola et al. en 2019 ont retrouvé respectivement un délai moyen de 06 semaines et de 08 semaines. Ces variations pourraient s'expliquer par les croyances religieuses, éthiques et culturelles qui sont associées à la reprise des rapports sexuels dans le post-partum. Le temps d'abstinence dans le post-partum pourrait être conditionné par le conjoint car la plupart des femmes ont déclaré avoir repris l'activité sexuelle en post-partum pour satisfaire leur partenaire. Dans notre étude, 17 femmes (5,8%) ont repris les rapports sexuels dans le post-partum et 10 d'entre elles (3,41%) ont accepté la contraception en post-partum. La reprise de l'ovulation s'opérant dès le 21ème jour du post-partum [8] , nous pouvons en déduire que la reprise précoce

des rapports sexuels constituerait un facteur motivant à l'adhésion des contraceptifs dans le post-partum dans le but d'éviter les grossesses indésirées et les interruptions volontaires de grossesse qui ont un impact sur la morbidité et la mortalité materno-fœtale. Le retour de couche avait déjà eu lieu chez 7,17% de l'ensemble des femmes de notre échantillon.

4.4.8. Contraceptions utilisées dans le post-partum

4.4.8.1. Moment du counseling des patientes

Notre étude a montré que les femmes étaient le plus souvent entretenues sur la contraception lors des consultations post-natales (57,41%), puis lors des CPN (20,37%). Ces résultats diffèrent de ceux de Diarra B. au Mali qui a retrouvé un counseling fait en CPN dans 50% des cas [5] et de ceux de Yogesparan à Paris qui a noté 56,6% des counseling en CPN [28].

Notre résultat pourrait s'expliquer par le fait que la consultation dans le cadre de la planification familiale nécessite un temps suffisamment long pour s'assurer de la bonne réception de l'information par les consultantes tout en cherchant à contourner les barrières socio-culturelles. Ce que ne permettent pas les longues files d'attente des femmes venues pour la CPN.

4.4.8.2. Type de contraception

Les enquêtées de notre étude avaient été entretenues sur toutes les possibilités de contraception comme le recommande la HAS en France en tenant compte de [63] :

- l'allaitement éventuel ;
- le risque thrombo-embolique veineux majoré durant la grossesse et dans les premières semaines post-partum (jusqu'à 42 jours soit 6 semaines) ;
- les pathologies survenues pendant la grossesse (HTA gravidique, prééclampsie, diabète gestationnel, phlébite, etc.).

Dans notre étude, on a noté une diversité du type de contraception utilisée avec une prédominance des méthodes de longue durée d'action à savoir le DIU (30,70%) et l'implant (21,93%). Les mêmes types de contraception ont été retrouvés par d'autres auteurs en Afrique parfois dans des ordres différents, faisant de ces contraceptifs les plus utilisés en Afrique comme le recommande l'OMS.

Coulibaly et al. au Burkina-Faso en 2019, ont trouvé que 30% des accouchées utilisaient le DIU et 17% l'implant [6]. Diarra et al. au Mali ont trouvé des résultats similaires, mais avec en tête les implants (47,1%) suivis du DIU (23,68%). Dans une autre étude, Wassihun et al. [26] en Éthiopie en 2019 retrouvaient également une prédominance de l'utilisation des implants à 38%. Des études réalisées en Éthiopie et au Kenya vont aussi dans ce sens [27,49].

D'autres auteurs ont trouvé une prédominance d'autres types de contraceptifs. Ainsi pour Gejo et al. en Éthiopie en 2018, il s'agissait des contraceptifs injectables (48,9%) suivis des implants à 33,09% [57]; pour Hounkponou et al. au Nord du Bénin, en 2018 les contraceptifs injectables venaient en tête (25,4%) [25] et Saizonou et al. en 2021 au Bénin avaient fait du préservatif masculin [64] comme méthode la plus utilisée (40,6%).

En France la méthode prépondérante était la pilule selon Blanchis et al. ainsi que Yogesperan et al. qui ont trouvé des fréquences respectives de 63,5% en 2013 et 49%[28].

La préférence pour les DIU et l'implant notée dans notre étude peut s'expliquer par certains avantages de ces méthodes. Elles sont discrètes, offrent une meilleure efficacité pour un moindre coût et une longue durée d'action qui varie entre 3 à 10 ans. Par ailleurs l'absence d'hormone dans le DIU au cuivre était un élément déterminant pour celles qui le préféraient. Par ailleurs la plupart des femmes étaient vues entre la 03ème et 12ème semaine du post-partum, période compatible

à l'utilisation des DIU. Le choix de l'allaitement maternel par certaines femmes était également l'un des arguments de réticence à l'utilisation des méthodes contraceptives hormonales par celles-ci.

S'agissant de la préférence pour les pilules en France, ceci serait dû au fait que les Françaises restent encore classiques dans leur choix de contraception [23]. En effet, la pilule (combinée et progestative) est la méthode contraceptive la plus utilisée globalement (45% des femmes concernées par la contraception) et à tous les âges sauf chez les 45-49 ans où elle est devancée par le DIU [2].

Notons qu'il a été prouvé que le DIU est la méthode de contraception la plus adaptée aux femmes dans le post-partum [65].

Le choix de la méthode revient toutefois à la patiente et cela varie en fonction des cultures et du niveau d'instruction qui ont un impact sur la compréhension de l'usage des différentes méthodes.

4.4.8.3. Qualification du prescripteur

Les sages-femmes étaient les principales prescriptrices retrouvées dans notre étude avec 85,96%. Elles sont suivies des gynécologues-obstétriciens (10,53%). Ces données sont comparables à celles de Diarra B. au Mali qui a retrouvé également une prédominance des sages-femmes (29%) suivies également par les gynécologues-obstétriciens (27%) [5]. Pourtier E. en France a noté aussi des résultats similaires aux nôtres avec une prédominance des sages-femmes à 64,5% [52]. Nos résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'effectif des sages-femmes est supérieur à celui des gynécologues obstétriciens. Par ailleurs elles sont responsables de la consultation de PF et les femmes vues en CPN leur sont adressées. Ces constatations peuvent également s'expliquer par la place prépondérante de premier contact occupée par ces dernières dans le suivi des grossesses et des accouchements.

Dans la question de méthodes contraceptives en post-partum, le prescripteur se révèle être un facteur déterminant dans le choix [41]. En effet, les séances d'informations sont plus orientées vers la méthode préférentielle du prescripteur. Certaines femmes prendront vraisemblablement la méthode conseillée par le prescripteur considéré comme le sachant.

4.4.8.4. Période d'administration de la méthode

Chez les femmes ayant choisi une méthode contraceptive en post-partum, notre étude a montré que celles qui l'ont reçue en post-partum tardif étaient les plus nombreuses (90,35%). Les autres femmes y étaient exposées soit en post-partum immédiat (8,77%) et rarement en per-césarienne (1,22%). Diarra B. [5] au Mali a fait un constat similaire avec une exposition en post-partum tardif (57%). Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que nos patientes pour la plupart étaient entretenues en consultation post-natale et avaient pris le temps de réfléchir avant administration de la méthode choisie.

4.4.9. Motifs de refus de la contraception

Les principales raisons de refus de la contraception en post-partum évoquées par les femmes étaient le risque d'infertilité secondaire (48,60%), les effets indésirables (30,17%), le refus du conjoint (24,02%), les croyances culturelles (18,99%) et le désir de maternité (15,08%). Ces résultats sont similaires à ceux de Yogesparan [28] en France qui avance essentiellement comme facteurs de refus : les effets secondaires et l'infertilité. De plus, son étude a notifié le refus de se soumettre à un traitement hormonal, le manque d'envie et l'absence de partenaire sexuel. En Afrique, les croyances socio-culturelles et l'analphabétisme constituent un frein majeur à l'acceptation de la contraception [48,57,64,66]. Mais de manière générale le manque d'informations crédibles crée beaucoup de débats autour du sujet de la contraception laissant beaucoup de femmes indécises sur cette question.

4.4.10. Motifs d'adhésion à la contraception

Les raisons ayant motivé l'utilisation de la contraception en post-partum étaient la limitation des dépenses familiales (57,89%), le désir d'espacer les naissances (43,86%), l'arrêt de maternité (38,33%), la vie professionnelle (21,08%) et l'état de santé maternelle (20,18%). D'autres études ont retrouvé des raisons similaires telles que l'espacement des naissances , la santé maternelle [57,67]. L'adhésion à la contraception intéresse non seulement la femme, mais aussi le couple et la famille. L'accord du conjoint était obtenu dans 89,47% des cas. Dans d'autres études, l'accord du conjoint était un facteur significatif à l'utilisation de la contraception [25,64] et il est important que la femme et son conjoint s'accordent sur l'utilisation. Ainsi, une décision du couple facilite l'acceptation de la contraception et promeut une bonne observance de la méthode choisie comme cela a été démontré dans plusieurs études [5,25,63,68–70].

4.5. Étude analytique

Dans cette partie, nous exposons les liens entre l'utilisation de la contraception en post-partum et certaines caractéristiques des patientes. Rappelons que notre prévalence contraceptive est de 38,91%.

4.5.1. Caractéristiques socio-démographiques et contraception du post-partum

Notre étude ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre les caractéristiques socio-démographiques (l'âge de la femme et du mari, la situation matrimoniale, la religion, le niveau d'instruction) et la contraception du post-partum ($p>0,05$). Toutefois l'étude de Abera et al. ont trouvé qu'un âge ≤ 24 ans était en faveur d'une utilisation de CPP (OR : 2,29). Quant à Gebremedhin et al, ils ont trouvé une relation significative avec l'état matrimonial (83,3% VS 32,7%, OR 0,09 [69,70]. Gejo et Fotso ont trouvé dans leurs études que le niveau d'instruction influençait l'utilisation de CPP [7,57]. Aucun standard n'existait

dans les données de la littérature. Toutefois, il est évident que les mœurs et coutumes influencent l'utilisation de la contraception en général [71].

4.5.2. Antécédents gynécologiques et contraception du post-partum

Notre étude a trouvé que l'utilisation antérieure de contraception et la consultation antérieure dans un service de planification familiale influençaient l'utilisation de la CPP (p<0,0001). Ce constat est fait dans la plupart des études[25,26,57,64,69]. L'expérience faite de la dernière utilisation encourage les femmes sur l'utilité et l'efficacité de la planification. Même si certaines femmes du fait des effets secondaires ont montré une réticence, la perspective globale est assez encourageante.

4.5.3. Nombre d'enfants et contraception du post-partum

Notre étude ne retrouvait pas de lien statistiquement significatif avec le nombre d'enfants (p=0,053). Toutefois, il est à noter que 46,23% des femmes ayant plus de 2 enfants avaient accepté la CPP. Les études de Gejo et Diarra rapportaient le nombre d'enfants vivants comme un facteur significatif [5,57].

4.5.4. Moment de l'information sur la contraception et contraception du post-partum

Il existe une relation statistiquement significative entre le moment de l'information et la contraception du post-partum. En effet les femmes ayant reçu cet entretien lors des CPN étaient beaucoup plus adhérentes que celles qui n'ont été informées que dans le post-partum (56,56% VS 26,32% ; p< **0,00001**). Les séances d'informations multiples pourraient apporter plus d'acceptantes. C'est ainsi que Saizonou et al, Hounkponou et al, Wassinu et al. ont également relevé le counseling lors des CPN comme facteur influençant significativement l'utilisation de la CPP [25,26,64].

4.5.5. Reprise des rapports sexuels et contraception du post-partum

La reprise des rapports sexuels n'était pas un facteur significativement associé à la CPP dans notre étude, contrairement à Gejo et al, Hounkponou et al. qui ont trouvé une relation entre la reprise de l'activité sexuelle et l'utilisation de la CPP [25,57].

Les autres facteurs significatifs dans la littérature étaient :

- la discussion avec le partenaire et son accord du mari [25,64]
- le retour de couche [57,64,69]
- l'absence de conjoint [28,57]

4.5.6. Caractéristiques socio-démographiques et type de méthode choisie

Dans le choix orienté par le niveau d'instruction, les femmes ayant choisi le DIU étaient à 48,57% des étudiantes alors que les implants étaient plus choisis par celles ayant un niveau secondaire (48%). L'étude de Diarra a révélé aussi que l'implant était plus choisi par celles du niveau secondaire. Par contre cette même étude a trouvé que le DIU avait été plus choisi par les femmes non instruites [5].

Dans le choix orienté par l'âge de la femme, les femmes ayant choisi le DIU et les implants avaient entre 20 et 29 ans (54,29% et 56,00%). L'étude de Diarra a révélé aussi que l'implant était plus choisi par celles dont l'âge était compris entre 20 et 29 ans. Par contre cette même étude a trouvé que le DIU avait été plus choisi par les femmes entre 30 et 39 ans [5].

4.5.7. Prescripteurs et type de méthode choisie

Dans l'étude de Diarra et al, les sages-femmes prescrivaient plus les implants (46,15%) alors que les gynécologues prescrivaient plus les DIU (52,94%) [5]. Dans notre série, les gynécologues prescrivaient de manière égale les DIU et les implants (25%). Quant aux sages-femmes la tendance était à la prescription de DIU (29,16%). En effet les sages-femmes dans notre centre de référence sont assez outillées sur l'IEC et la mise en place des DIU.

PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS

Au vu de la situation résultant de cette étude, les autorités et les praticiens sont interpellés.

- **Aux autorités politico-administratives du Bénin**
  - Faciliter l'accessibilité à travers des politiques de gratuité et la disponibilité des différentes méthodes contraceptives surtout celles adoptées en post-partum à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et à toutes les régions du Bénin.

- **Aux prestataires de la santé de reproduction**
  - Accentuer la formation et la mise à jour des connaissances des prestataires de service, axée sur le counseling efficace en PFPP et la révision pratique des contraceptifs habituellement disponibles.
  - Assurer la disponibilité des services et méthodes de PFPP pendant la période immédiate et prolongée suivant l'accouchement.
  - Mettre à disposition des cartes de rendez-vous pour aider les femmes à respecter les visites programmées pendant la grossesse et l'accouchement.
  - Rédiger des lettres d'invitation que les femmes doivent transmettre à leur partenaire pour encourager la participation de celui-ci aux séances d'entretien.

- **Aux accouchées et aux populations**
  - Respecter les dates de rendez-vous mentionnées sur la carte de visite.
  - S'informer auprès des prestataires des services de PF pour éviter les fausses informations sur la PF/CPP.
- **Aux organismes internationaux (UNFPA, OMS, USAID)**
  - Accompagner les autorités sanitaires dans la vulgarisation des méthodes contraceptives en post-partum.

CONCLUSION

La contraception du post-partum est un facteur majeur dans la santé de la nouvelle mère, de l'enfant, du bien-être de la famille et du développement d'un pays. Durant notre étude l'utilisation de contraception en période du post-partum était faible, néanmoins la prévalence des contraceptifs en post-partum reste plus élevée en milieu urbain que dans les zones rurales. Le DIU était la méthode la plus choisie suivie de l'implant. Les facteurs associés à l'utilisation des contraceptifs en post-partum sont principalement : la contraception avant grossesse, l'espacement adéquat de naissance, la santé mère-enfant, le counseling pendant la grossesse en salle d'accouchement et lors des visites post-natales. Les raisons ayant motivé le refus des contraceptifs étaient principalement la crainte d'infertilité secondaire, les effets indésirables, le refus du conjoint et les croyances culturelles. Les consultations prénatales et les consultations en planification familiale sont les périodes cruciales de sensibilisation et d'éducation sur la contraception en post-partum. Nous suggérons de mettre l'accent sur les facteurs associés pour augmenter la prévalence des contraceptifs en post-partum, d'accroître la connaissance de la planification familiale et lever les obstacles socioculturels à la contraception, de mettre en place des stratégies visant à accroître la pratique contraceptive en post-partum, d'améliorer la disponibilité et la qualité des services de contraception en post-partum.

REFERENCES

1. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD, Unit WHOFP and P. Eléments de la technologie de la contraception : manuel à l' intention du personnel clinique . Baltimore, Md. : Programme d'information sur la population, Centre pour les programmes de communication, Université Johns Hopkins

2. Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B, Collège national des gynécologues et obstétriciens français. La contraception en pratique : de la situation clinique à la prescription . Elsevier Masson; 2013

3. Massougbodji M d'Almeida, Guedou F, Bio Bigou L, Olofindji A, Ayivi B. Projet de Plan d'action sur le dialogue entre chercheurs et décideurs pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Bénin (2009-2013). 2008

4. Espey E, Hofler L. Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Obstet Gynecol . 2017;130(5):e251–69.

5. Barthélemy D, Tiounkani T. Contraception du post-partum au Centre de Santé de Référence de la Commune II de Bamako, Mali. Université des Sciences des Techniques et des Technologies De Bamako; 2022.

6. Abou C, Tiéba M, Maurice Y, Séni K. Essai randomisé Yam-Daabo : effets des interventions sur l ' utilisation des méthodes contraceptives dans le post-partum par les femmes au Burkina. 2018;5–8.

7. Fotso JC, Cleland JG, Kouo Ngamby M, Lukong Baye M, Adje EO. Pregnancy risks and contraceptive use among postpartum mothers in Cameroon: implications for improving the coverage of postpartum family planning services. Reprod Health . 2023 ; 20(1).

8. Robin G, Massart P, Graizeau F, Guérin du Masgenet B. La contraception du post-partum : état des connaissances. Gynecol Obstet Fertil. 2008 Jun

1;36(6):603–15.

9. Fourn N, Aguemon B, Kabibou S, Hounkponou F, Lafia I, Fourn L. Connaissances, attitudes et pratiques de la contraception d'urgence chez les étudiantes à l'Université de Parakou (Bénin). Sante Publique (Paris). 2014 Sep 25;Vol. 26(4):541–6.

10. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obs Biol la Reprod. 2015 Dec 1;44(10):1127–34.

11. Nouhoum S, Mamadou K. La contraception estroprogestative. 2014;19–21.

12. Houndeffo C, Aguemon C. Connaissance, attitude et pratique de la sexualite et des methodes contraceptives modernes chez les jeunes a cotonou. [thèse] Université d'Abomey-Calavi; 2017.

13. Merger R, Lévy J, Melchior J. Précis d'obstétrique. 2001

14. Gaba R, Aboubakar M. Désir de grossesse et contraception chez les Femmes vivant avec le VIH : prévalence et Facteurs associés déterminés dans un centre de référence à Cotonou. [thèse] Université d'Abomey-Calavi; 2017.

15. Coralie T. La méthode BERCER lors de la primo-prescription de pilule. 2018;2–73.

16. Nleidon H, Lintz M, Levy R. Comment réduire le nombre d'interruption volontaire de grossesses. GynObs. 1997;03(366):13–4.

17. Kamina Pierre. Anatomie Clinique Tome 4. 2e édition. 2014. 455p

18. Marieb EN, Hoehn K, Dubé S. Anatomie et physiologie humaines 6e . 2019

19. Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Guide pratique de la contraception. 2017. 268 p.

20. Blacque-Belair M, Blacque-Belair A. La contraception problème médical et humain. Maloine, editor. Paris; 1966. 216 p.

21. Aubeny E, Castot A, Cesbron P, De Crecy M, Denis C, Desbordes C. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. AFSSAPS, ANAES, INPES, editors. Paris; 15 p.

22. Plu-Bureau G, Raccah-Tebeka B. L'histoire de la contraception s'écrit encore ! médecine/sciences . 2020 Aug 1;36(8–9):687–8.

23. Boco I, Aguemon B, Denakpo JL. Pratique de la contraception par dispositif uterin du postpartum immediat : Resultat d'une série de 106 cas au CHU Mère - Enfant Lagune de Cotonou. [thèse] UAC/FSS 2016;

24. Ceforp OA, Fagninou R, M'bouke C. Les facteurs de la contraception au Bénin au tournant du siècle : analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 2001. 2007

25. Hounkponou F, Glèlè Ahanhanzo Y, Biaou COA, Dos-Santos CR, Ahouingnan A, Obossou AA, et al. Postpartum Contraceptive Use In Parakou (A City In Northern Benin) In 2018: A Community Based Cross-Sectional Study. Open access J Contracept . 2019 S;10:19–26.

26. Wassihun B, Wosen K, Getie A, Belay K, Tesfaye R, Tadesse T, et al. Prevalence of postpartum family planning utilization and associated factors among postpartum mothers in Arba Minch town, South Ethiopia. Contracept Reprod Med . 2021;6(1):6.

27. Jalang'o R, Thuita F, Barasa SO, Njoroge P, Jalang'O R, Thuita F, et al. Determinants of contraceptive use among postpartum women in a county hospital in rural KENYA. BMC Public Health . 2017 ;17(1):604.

28. Kirushaanthy Y. Contraception du post-partum et précarité : Impact des connaissances et du suivi sur le choix et l'observance de la méthode contraceptive. Université Paris Diderot - Paris 7; 2016.

29. Bilodeau A, Forget G, Tétreault J. [Contraceptive self efficacy in male and female adolescents: validation of the French version of the Levinson scale]. Can J Public Health . 1994;85(2):115–20.

30. Ruf H, Gemerrer M, M C. Régulation des naissances. EMC Gynécologie. 18(738).

31. Sober S, Schreiber CA. Postpartum contraception. Clin Obstet Gynecol . 2014;57(4):763–76.

32. Frank-Herrmann P, Heil J, Gnoth C, Toledo E, Baur S, Pyper C, et al. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. Hum Reprod . 2007 ;22(5):1310–9.

33. Glasier A, Bhattacharya S, Evers H, Gemzell-Danielsson K, Hardman S, Heikinheimo O, et al. Contraception after pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Nov 1;98(11):1378–85.

34. Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Référentiel Collège de Gynécologie Obstétrique . 2021

35. Serfaty D. La Contraception . 6ème .245p

36. Herion R. le preservatif nouveau est arrivé. La Lett du gynécologue. 1992;(168):3.

37. Bernard I, Levrier M. Micro-progestins in oral contraception. Gynecologie . 1978;29(6):573–80.

38. Jamin C. Contraception macroprogestative: avantages [Macroprogestative contraception: advantages]. *Contracept Fertil Sex (Paris)*. 1993;21(2):123-128.

39. Rocca ML, Palumbo AR, Visconti F, Di Carlo C. Safety and Benefits of Contraceptives Implants: A Systematic Review. Pharmaceuticals (Basel) . 2021 ;14(6).

40. (CNGOF) C national des gynécologues et obstétriciens français. Référentiel Collège de Gynécologie Obstétrique ECNi / R2C - Réussir son DFASM - Conforme à la R2C 2021 .

41. Vincent-Rohfritsch A, Pernin E, Chabbert-Buffet N. Nouveautés en contraception. La Rev Sage-Femme. 2012 Jun 1;11(3):150–7.

42. Senant MA, Simonot C. Représentations des femmes nullipares concernant la contraception par dispositif intra-utérin : analyse qualitative par entretiens semi-dirigés. 2013;174.

43. Floyd S. Postpartum Contraception Options. 2020 ;47(3):463–75.

44. Makins A, Cameron S. Post pregnancy contraception. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2020 Jul 1;66:41–54.

45. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. Obstet Gynecol. 2011 ;117(3):657–662.

46. Pienkowski C, Cartault A. Contraception de l'adolescente. RPC Contraception CNGOF. Gynécologie Obs Fertil Sénologie . 2018 Dec 1;46(12):858–64.

47. Ministère du Plan et du Développement Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE). Cinquième Enquête Démographique et de Santé au Bénin (EDSB-V). Cotonou, Bénin; 106–107 p.

48. Gahungu J, Vahdaninia M, Regmi PR. The unmet needs for modern family planning methods among postpartum women in Sub-Saharan Africa: a systematic review of the literature. Reprod Health . 2021;18(1):1–15.

49. Hounton S, Winfrey W, Barros AJD, Askew I. Patterns and trends of postpartum family planning in Ethiopia, Malawi, and Nigeria: Evidence of missed opportunities for integration. Glob Health Action. 2015;8(1).

50. Rutaremwa G, Kabagenyi A. Postpartum family planning utilization in Burundi and Rwanda: a comparative analysis of population based cross-sectional data. Pan Afr Med J . 2018;30.

51. Rutaremwa G, Kabagenyi A, Wandera SO, Jhamba T, Akiror E, Nviiri HL. Predictors of modern contraceptive use during the postpartum period among women in Uganda: a population-based cross sectional study. BMC Public Health . 2015 Dec 18 [cited 2023 Nov 2];15(1):262.

52. Pourtier E. La contraception du post-partum : satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suites de naissances . Gynécologie et obstétrique. Université d'Auvergne – Clermont 1; 2013.

53. Blangis F, Lopes P, Branger B, Garnier P, Philippe HJ, Ploteau S. La contraception du post-partum : à propos de 600 patientes dont 129 revues à la consultation post-natale. Gynécologie Obs Fertil . 2013;41(9):499–504.

54. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen PL, Hart C. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. Am J Obstet Gynecol . 2017 Feb;216(2):101–9.

55. Sissoko M. Evaluation de l'insertion du dispositif intra-uterin du post-partum avec le nouvel inserteur dans le centre de santé de référence de la commune II de Bamako. [thèse] Bamako 2019.

56. UNDP. BENIN: Progrès vers l'atteinte des OMD. 2005;

57. Gejo NG, Anshebo AA, Dinsa LH. Postpartum modern contraceptive use and associated factors in Hossana town. PLoS One. 2019;14(5):1–10.

58. U.S.-Embassy-in-Benin. Rapport 2018 du Bénin sur la liberté religieuse dans le monde . 2018. 12 p.

59. Hesse S. Contraception du post-partum : état des lieux des choix et des pratiques contraceptifs des femmes ayant accouché à la Maternité Régionale de Nancy. 2015;42.

60. Yamontche S, Dakin M, Denakpo L. Etude des facteurs influencant la sexualité après l'accouchement chez les femmes à Cotonou 2022. [thèse] UAC; 2022.

61. Faisal-Cury A, Menezes PR, Quayle J, Matijasevich A, Diniz SG. The Relationship Between Mode of Delivery and Sexual Health Outcomes after Childbirth. J Sex Med . 2015 ;12(5):1212–20.

62. Alum AC, Kizza IB, Osingada CP, Katende G, Kaye DK. Factors associated with early resumption of sexual intercourse among postnatal women in Uganda. Reprod Health . 2015;12(1):107.

63. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en post-partum. Paris 2019; 7p.

64. Saizonou J, Makoutodé P, Mongbo V, Affo A, Zannou FR. Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale en post-partum dans la zone sanitaire d'Apahoué-Dogbo-Djakotomey au Bénin. [thèse] 2021;(3).

65. Brunson MR, Klein DA, Olsen CH, Weir LF, Roberts TA. Postpartum contraception: initiation and effectiveness in a large universal healthcare system. Am J Obstet Gynecol . 2017 ;217(1):55.e1-55.e9.

66. Cameron S. Recent advances in improving the effectiveness and reducing the complications of abortion [version 1; referees: 3 approved]. F1000Research . 2018;7.

67. Cleland PJ, Benova L. Nouveau regard sur le niveau de besoins non-satisfaits de planification familiale durant la période post-partum , leurs causes et leurs implications programmatiques. :40–8.

68. Eliason S, Baiden F, Quansah-Asare G, Graham-Hayfron Y, Bonsu D, Phillips J, et al. Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. Reprod Health. 2013;10(1).

69. Gebremedhin AY, Kebede Y, Gelagay AA, Habitu YA. Family planning use and its associated factors among women in the extended postpartum period in Addis Ababa, Ethiopia. Contracept Reprod Med . 2018 ;3(1):1.

70. Abera Y, Mengesha ZB, Tessema GA. Postpartum contraceptive use in Gondar town, Northwest Ethiopia: A community based cross-sectional study. BMC Womens Health. 2015 ;15(1).

71. Prata N. Making family planning accessible in resource-poor settings. Philos Trans R Soc B Biol Sci. 2009 ;364(1532):3093–9.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Date : …… /……/ 2023 N° Dossier : ……Contact : ……

I- Aspect socio-démographique

Âge de la femme : ……

Profession / Occupation de la femme :

1- Commerçante
2- Élève/Étudiante
3- Ménagère
4- Fonctionnaire
5- Libéral
6- Agent d'entreprise privée
7- Autres : ……

Lieu de provenance :

1- Urbain
2- Rural

Situation matrimoniale :

1- Mariée
2- Concubinage
3- Célibataire
4- Veuve
5- Divorcée

Type de foyer

1- Polygame
2- Monogame

Nationalité :

1- Bénin
2- Autres : …….

Ethnie :

1- Fon
2- Goun
3- Yoruba
4- Adja
5- Peuls
6- Autres : ……

Religion

1- Christianisme
2- Islam
3- Animiste
4- Athée
5- Autres : ……

Niveau d'instruction :

1- Non instruit
2- Primaire
3- Secondaire
4- Universitaire

Âge du mari : …….

Profession / Occupation du mari :

1- Commerçant
2- Élève/Étudiant
3- Ménagère
4- Fonctionnaire
5- Agent d'entreprise privée
6- Libéral
7- Autres : ……

Revenu mensuel du ménage :

1- < 50000
2- 50000 - 100000
3- 100000 - 500000
4- > 500000

II- Grossesse - Accouchement - Suite de couches

Grossesse désirée

1- Oui 2- Non

Nombres de CPN

1- < 3 2- 3 - 7 3- > 7

Bilan prénatal :

1- Complet (GsRh, Toxoplasmose, Rubéole TPHA, VDRL, Aghbs, VIH, NFS, Glycémie à jeun)
2- Incomplet
3- Non réalisé

Prophylaxie :

Date du dernier accouchement : …….

Voie d'accouchement :

1- Basse 2- Haute

Incidents :

1- Oui 2- Non

Type d'incidents

1- Hémorragies
2- Infections materno-foetales
3- Déchirure cervicale
4- Prééclampsie et ses complications
5- Episiotomie
6- Autres : …….

Terme de la grossesse :

1- Prématuré 2- À terme 3- Dépassement de terme

Issue de la grossesse

1- NNé Vivant
2- Mort fœtale anté-partum
3- Mort-né per-partum
4- Mort post-partum

Morphologie du nouveau-né

1- Normal
2- Malformé

Type de malformation

1- Pied bot 2- Spina bifida 3- Autres : ……

Poids du nouveau-né

1- Normal 2- Petit poids de naissance 3- Macrosome

Suites de couches

1- Simples 2- Compliquées

Types de complications

1- Mammaire 3- Hémorragique 5- Psychologique
2- Infectieuse 4- Thrombo-embolique 6- Autres : ……

Reprise des rapports sexuels

1- Oui 2- Non

Délai de reprise

1- moins d'une semaine 3- entre 3 et 6 semaines
2- entre 1 et 3 semaines 4- Plus de 6 semaines

Retour de couche

1- Oui 2- Non

Délai du retour de couche : …….

III- Antécédents gynécologiques

Ménarche : ……. **Coïtarche : ……....**

Régularité du cycle menstruel

1- Régulier 2- Irrégulier

Troubles menstruels :

1- Oui 2- 2- Non

Si oui, précisez

1- Spanioménorrhée 4- Ménorragies
2- Oligoménorrhée 3- Métrorragies 5- Autres : ……

Dysménorrhée	1- Oui	2- Non
Dyspareunie	1- Oui	2- Non
Traitement pour infertilité	1- Oui	2- Non
Saignement au contact	1- Oui	2- Non
Myomes utérins	1- Oui	2- Non
Kystes ovariens	1- Oui	2- Non
Infection génitale	1- Oui	2- Non
Planification familiale	1- Oui	2- Non
Contraception avant la grossesse	1- Oui	2- Non

Type de contraception

1-	Pilule oestroprogestative	5-	Anneau vaginal	10-	Progestatif injectable
2-	Pilule du lendemain	6-	Patch	11-	Préservatif masculin
3-	Implant	7-	Diaphragme	12-	Préservatif féminin
4-	DIU	8-	Cape cervicale	13-	Méthode naturelle : ……
		9-	Spermicide		

Existence d'effet secondaire ?

1- Oui 2- Non

Préciser

1- Saignements anormaux 3- Douleur pelvienne
2- Prise de poids 4- Autres : ……

IV- Antécédents obstétricaux

Gestité

1- Primigeste 3- Multigeste
2- Paucigeste 4- Grande multigeste

Parité

1- Primipare 3- Multipare
2- Paucipare 4- Grande multipare

Nombre d'enfants vivants : …….

ATCD de Fausse couche

1- Oui 2- Non

Préciser

1- Provoquée (nombre : ……...) 2- Spontanée (nombre : ……...)

V- Antécédents médicaux

HTA	1- Oui	2- Non
Diabète	1- Oui	2- Non
HIV	1- Oui	2- Non
MTEV	1- Oui	2- Non

Autre : …….

VI- Habitudes de vie

Tabac	1- Oui	2- Non
Alcool	1- Oui	2- Non

VII-Examen physique

Poids : ……. Tension artérielle : …….

Œdème des membres pelviens	1- Oui	2- Non
Varices	1- Oui	2- Non

VIII- Contraception en post-partum

Avez - vous déjà eu des informations sur la contraception en post-partum ?

1- Oui 2- Non

Moment du counseling

1- CPN 3- Post-partum immédiat 4- CPoN
2- Phase de latence 5- CPF

Utilisation d'une contraception en post-partum

1- Oui 2- Non

Raison motivant ce choix

1- Famille 3- Santé
2- Argent 4- Autre : …….

Accord du conjoint

1- Oui 2- Non

Type de contraception

1- Pilule oestroprogestative
2- Pilule du lendemain
3- Implant
4- DIU
5- Anneau vaginal
6- Patch
7- Diaphragme
8- Cape cervicale
9- Spermicide
10- Progestatif injectable
11- Préservatif masculin
12- Préservatif féminin
13- Ligature des trompes
14- Vasectomie
15- Hystérectomie
16- MAMA
17- Autre : …….

Qualité du prescripteur de la méthode

1- Gynécologue obstétricien 3- Sage-femme
2- Médecin généraliste

Période d'application de la méthode (DIU)

1- Per césarienne 3- Post-partum immédiat
2- Post placentaire 4- Post-partum précoce
5- Post-partum tardif

Annexes 2 : Autorisation de collecte

REPUBLIQUE DU BENIN – MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
Direction Générale

01 BP 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 14 AVR 2023

NOTE DE SERVICE

N°2165/MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR

Objet : Autorisation de collecte

Références - Bordereau N°050 /MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR du 13 avril 2023 ;
- Demande de madame NACH-AT ABDALLAH en date du 12 avril 2023 ;
- Photocopie de la carte d'étudiant N° 30159317.

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de Doctorat d'Etat en Médecine, portant sur le thème « **Contraception du post-partum : Prévalence et facteurs associés à la Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM** », Madame **NACH-AT Abdallah Mohamed Mahadali,** étudiante en septième année de médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisée à effectuer une collecte de données à la **Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

A cet effet, le Chef Clinique et ses Surveillantes sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressée, l'accès aux sources de données. La collecte de données se fera sous l'encadrement du Chef Service de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressée devra **transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».**

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : **Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.**

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Le Directeur Général

Le Directeur Général,

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Ampliations :
- DAF, C/SRH, P/CME, C/SSRM, CUGO, Intéressée, Archives, Chrono



Iconographie 10 : Séances de collecte à la CUGO

Certificat d'analyse

Date d'émission: 21/11/2023
Compte évaluateur: NACH-AT ABDALLAH

AUTEUR DU DOCUMENT : NACH-AT ABDALLAH MOHAMED
TITRE DU DOCUMENT : contraception du post post-partum: prévalence et facteurs associés à la clinique universitaire de gynécologie-obstétrique du CNHU

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	25249	101	5.83%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

0415395762a0b638f97891ca184341e24d98

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

TABLE DES MATIERES

ACTION DE GRÂCE I
DEDICACES III
REMERCIEMENTS V
HOMMAGES VIII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS X
LISTE DES TABLEAUX XII
LISTE DES FIGURES XIII
LISTE DES ICONOGRAPHIES XIV
SOMMAIRE XV
INTRODUCTION 1
1. GENERALITES 5
1.1. Définitions des concepts 6
1.1.1. Contraception 6
1.1.2. Période post partum 6
1.1.3. Contraception du post partum 6
1.1.4. Prévalence contraceptive 6
1.1.5. Fécondité 6
1.1.6. Planification familiale 7
1.1.7. Définitions opérationnelles 7
1.2. Rappels 8
1.2.1. Anatomie de l'appareil génital féminin [15] 8
1.2.2. Physiologie du cycle menstruel [16] 9
1.2.3. Qualités d'une contraception 11
1.3. Historique et Revue de littérature 13
1.3.1. Historique 13
1.3.2. Revue de littérature 14
1.4. Classification 16
1.4.1. Méthodes naturelles 17
1.4.2. Méthodes locales et de barrière 20
1.4.3. Méthodes hormonales 26
1.4.4. Dispositifs intra-utérins[41] 33

1.4.5. Méthodes contraceptives chirurgicales ou stérilisation à visée contraceptive [43] 35
1.5. PRESCRIPTION 36
1.5.1. Counseling 36
1.5.2. Contraception hormonale en post-partum [17] 36
1.5.3. Début de la contraception en post-partum [17] 38
1.6. SURVEILLANCE [33] 39
1.7. EFFETS SECONDAIRES ET LEUR GESTION [39,45,46] 39
1.7.1. Contraception oestro-progestative 39
1.7.2. Contraception progestative 40
1.7.3. Contraception par DIU 42
2. CADRE ET METHODE D'ETUDE 45
2.1. Cadre d'étude 46
2.1.1. CNHU 46
2.1.2. CUGO 46
2.2. Méthode d'étude 49
2.2.1. Type et période d'étude 49
2.2.2. Population d'étude 49
2.2.3. Critères d'inclusion 49
2.2.4. Critères de non-inclusion 49
2.2.5. Echantillonnage 49
2.2.6. Technique de collecte 49
2.2.7. Outils de collecte 49
2.2.8. Déroulement de l'enquête 50
2.2.9. Variables 50
2.2.10. Traitement et analyse des données 51
2.2.11. Aspects éthiques et réglementaires 51
3. RESULTATS 52
3.1. Aspect socio-démographique des enquêtées 53
3.1.1. Age des enquêtées 53
3.1.2. Profession / Occupation de la femme 53
3.1.3. Niveau d'instruction 54
3.1.4. Zone de résidence, nationalité et ethnie des enquêtées 55

3.1.5. Religion 56
3.1.6. Situation matrimoniale 56
3.1.7. Age et Profession du conjoint 57
3.1.8. Revenu mensuel du ménage 57
3.2. Antécédents des enquêtées 58
3.2.1. Antécédents gynécologiques 58
3.2.2. Antécédents obstétricaux 60
3.2.3. Antécédents médicaux 61
3.3. Habitudes de vie 62
3.4. Suivi et issue de la dernière grossesse 62
3.4.1. Terme et voie d'accouchement 63
3.4.2. Pronostic maternel et néonatal au cours de la dernière grossesse 64
3.4.3. Suites de couches 65
3.4.4. Suivi en post partum 66
3.4.5. Reprise des rapports sexuels et retour de couche 66
3.5. Signes physiques des enquêtées 66
3.6. Contraception en post partum 66
3.6.1. Moment du Counseling 66
3.6.2. Acceptation de la contraception du post-partum 67
3.6.3. Accord du conjoint et 68
3.6.4. Motif d'adhésion 68
3.6.5. Choix de la méthode contraceptive 68
3.6.6. Qualification du prescripteur 69
3.6.7. Période d'administration de la méthode 70
3.6.8. Motifs de refus de la contraception 70
3.7. Etude analytique 71
3.7.1. Lien entre type de contraception et niveau d'instruction 71
3.7.2. Lien entre type de contraception et l'âge de la femme 72
3.7.3. Lien entre type de contraception et la qualification du prescripteur 72
3.7.4. Lien entre type de contraception et le nombre d'enfants vivants 73
3.7.5. Lien entre acceptation de la contraception du post-partum et données socio-démographiques, antécédents gynécologiques et counseling sur la CPP 74
4. DISCUSSION 77

4.1. Limites et difficultés de l'étude 78
4.2. Biais d'information 78
4.3. Atteinte des objectifs 78
4.4. Etude descriptive et comparative 79
4.4.1. Prévalence de la contraception dans le post-partum 79
4.4.2. Caractéristiques sociodémographiques 79
4.4.3. Revenu mensuel du ménage de nos enquêtées 81
4.4.4. Antécédent d'utilisation d'une méthode contraceptive 81
4.4.5. Antécédents obstétricaux des enquêtées 82
4.4.6. Suivi de la grossesse 82
4.4.7. Reprise des rapports sexuels dans le post-partum 83
4.4.8. Contraceptions utilisées dans le post-partum 84
4.4.9. Motifs de refus de la contraception 87
4.4.10. Motifs d'adhésion à la contraception 88
4.5. Etude analytique 88
4.5.1. Caractéristiques socio-démographiques et contraception du post partum 88
4.5.2. Antécédents gynécologiques et contraception du post partum 89
4.5.3. Nombre d'enfants et contraception du post partum 89
4.5.4. Moment de l'information sur la contraception et contraception du post partum 89
4.5.5. Reprise des rapports sexuels et contraception du post partum 90
4.5.6. Caractéristiques socio-démographiques et type de méthode choisie 90
4.5.7. Prescripteurs et type de méthode choisie 90
PERSPECTIVES ET SUGGESTIONS 91
CONCLUSION 93
REFERENCES 95
ANNEXES ..... a
TABLE DES MATIERES i

SERMENT D'HYPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, 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.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

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 les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure.

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : La grossesse offre l'opportunité d'offrir une contraception efficace aux couples motivés pour éviter une nouvelle grossesse. Notre objectif est d'étudier l'utilisation des contraceptifs modernes dans le post-partum.

Patients et méthode : Il s'agit d'une étude transversale, à visée descriptive et analytique réalisée à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (CUGO) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de mai à juillet 2023. Au total, 293 femmes ayant accouché depuis au plus 12 semaines ont été entretenues sur leur choix de contraception du post-partum.

Résultats : La prévalence contraceptive en post-partum était de 38,91%. Les méthodes contraceptives les plus choisies étaient le DIU (23,68%) et l'implant (21,93%). Les sages-femmes étaient les prescriptrices majoritaires (84,21%) de la contraception chez nos enquêtées acceptantes. La méthode a été appliquée en post-partum tardif chez 90,35% des acceptantes. Les raisons ayant motivé l'adhésion étaient la limitation des dépenses familiales (57,89%) et le désir d'espacer les naissances (43,86%). Les motifs de refus les plus signalés étaient le risque d'infertilité secondaire (48,60%) et les effets indésirables (30,17%). Les facteurs influençant significativement l'utilisation de la contraception du post-partum étaient la planification familiale ($p<0,0001$), la contraception avant la grossesse ($p<0,0001$), et le counseling sur la contraception du post-partum ($p= 0,0005$).

Conclusion : Dans notre étude, l'utilisation de contraception en période du post-partum était faible et le dispositif intra-utérin était la méthode de choix. Les facteurs influençant significativement l'utilisation de la contraception du post-partum étaient la planification familiale, la contraception avant la grossesse et le counseling sur la contraception du post-partum. La peur de l'infertilité secondaire était la première cause de refus. Les consultations prénatales et les consultations en planification familiale sont les périodes cruciales de sensibilisations et d'éducation sur la contraception en général et celui du post-partum en particulier.

Mots clés : Contraception, post-partum, facteurs associés

Abstract

Introduction: Pregnancy offers the opportunity to offer effective contraception to couples motivated to avoid a new pregnancy. Our goal is to study the use of modern contraceptives in the postpartum.

Patients and method: This is a cross-sectional, descriptive and analytical study carried out at the University Clinic of Obstetric Gynecology (CUGO) of the National Hospital and University Center Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) between May and July 2023. A total of 293 women who gave birth at less than 12 weeks were maintained on their choice of postpartum contraceptives.

Results: Postpartum contraceptive prevalence was 38.91%. The most popular contraceptive methods were IUD (23.68%) and implant (21.93%). Midwives were the majority prescribers (84.21%) of contraception among our accepted respondents. The method was applied in late postpartum in 90.35% of female acceptors. The reasons for joining were the limitation of family expenses (57.89%) and the desire to space births (43.86%). The most reported reasons for refusal were risk of secondary infertility (48.60%) and adverse reactions (30.17%). Factors that significantly influenced the use of postpartum contraception were family planning ($p < 0.0001$), pre-pregnancy contraception ($p < 0.0001$), and counseling on postpartum contraception ($p = 0.0005$).

Conclusion: In our study, the use of contraception during the postpartum period was low and the intrauterine device was the method of choice. Factors that significantly influenced the use of postpartum contraception were family planning, pre-pregnancy contraception, and counseling on postpartum contraception fear of secondary infertility was the primary cause of the refusal. Prenatal consultations and family planning consultations are crucial periods of awareness and education on contraception in general and on postpartum contraception in particular.

Key words: Contraception, postpartum, associated factors.