

ACCEPTABILITE DE LA CONTRACEPTION DANS LE POSTPARTUM IMMEDIAT CHEZ LES PARTURIENTES IVOIRIENNES

K. E. AKA, M. FANNY, P. KONAN, L. OLOU, G. ZOUA, A. KOFFI, S. ADJOUSSOU, R. KONAN BLE,
A.TOURE-ECRA, A.HORO, M. KONE

RESUME

Objectif : Apprécier l'évolution de l'acceptabilité de la planification familiale dans le postpartum immédiat.

Méthode : Il s'agissait d'une étude prospective de type transversale réalisée du 15 Janvier au 15 Mai 2021 soit une période de quatre (04) mois. Notre population d'étude est constituée de patientes en post-partum ou en post-abortum immédiat. Nous avons inclus toutes les femmes reçues au service de gynécologie et d'obstétrique du CU de Yopougon en post-partum ou en post-abortum immédiat.

Résultats : L'âge moyen était de 28,24 (ET = 6,96). Quarante-neuf virgule vingt-deux (49,22%) étaient de profession libérale étaient 74,45% en couple. Les patientes avaient un niveau d'étude secondaire dans 33,33% des cas. La pilule contraception était le moyen de contraception le plus connu des enquêtées. Le moyen de contraception utilisé était le contraceptif injectable dans 13,08% des cas. La contraception a été acceptée par 72,90% des patientes. L'implant était le moyen de contraception accepté par 22,12% des enquêtées. Le désir de grossesse et l'avis du conjoint étaient les motifs de refus de la contraception chez 7,17% des enquêtées. Nous avons identifié deux déterminants de l'acceptabilité de la contraception : l'usage antérieur du préservatif ou de l'implant.

Conclusion : La contraception demeure un moyen efficace de planning familial. Son usage est encore peu répandu en Côte d'Ivoire. Une amélioration de la sensibilisation des femmes en prenant en compte les facteurs de refus identifiés, permettra d'améliorer le taux d'acceptabilité.

Mots-clés : Planification familiale ; période de post partum immédiate ; Acceptation des soins.

SUMMARY

Acceptability of contraception in the immediate post partum period in Ivorian women.

Objective: To assess the evolution of the acceptability of family planning in the immediate postpartum period.

Method: This was a prospective cross-sectional study carried out from January 15th to May 15th, 2021 over a period of four (04) months. Our study population consists of patients in postpartum or in immediate post-abortion. We included all the women seen in the gynecology and obstetrics department of the Yopougon CU in post-partum or immediate post-abortion.

Results: The mean age was 28.24 (SD = 6.96). 49.22% were of liberal profession were 74.45% in couple. The patients had secondary education in 33.33% of cases. The contraceptive pill was the most famous contraceptive method of the respondents. The reason for stopping contraception was the desire to become pregnant in 38.32% of cases. Contraception was accepted by 72.90% of patients. The implant was the means of contraception accepted by 22.12% of the respondents. The desire to become pregnant and the partner's opinion were the reasons for refusing contraception in 7.17% of the respondents. We did not identify two determinants of contraceptive acceptability: previous condom use or implant use.

Conclusion: Contraception remains an effective means of family planning. Its use is still not widespread in Côte d'Ivoire. Improving women's awareness by taking into account the refusal factors identified will improve the acceptance rate.

Keywords: Family planning; immediate postpartum period; Patient acceptance of health care

INTRODUCTION

Les avantages de la planification familiale ne sont plus à démontrer et sont bénéfiques pour les femmes elles-mêmes [1], leur progéniture [2] et à la société [3]. Raison pour laquelle, la nécessité d'un accès universel à celle-ci est partie intégrante des objectifs de développements (ODD) [4]. Le Sommet de Londres sur la planification familiale de 2012 a allumé les projecteurs sur les besoins non

satisfaits des femmes en matière de contraception dans les pays à revenus faibles et intermédiaires (PRFM) [5]. En Côte d'Ivoire, l'indice synthétique de fécondité (ISF) y est estimé à 5,0 enfants par femme. Le taux brut de natalité (TBN) est estimé à 37 naissances pour 1 000 individus. Près de 15 % des naissances se sont produites après un court intervalle inter gènesique (moins de 24 mois) [6]. En 2001, l'étude de Ross et al, portant sur l'usage et l'acceptabilité de la contraception dans

Tirés à part : AKA E.K, Université Félix Houphouët Boigny (FHB), Abidjan . Email : edelaka@outlook.com, edelpap@gmail.com

AKA K.E., FANNY M., KONAN P., OLOU L., ZOUA G., KOFFI A., ADJOUSSOU S., KONAN BLE R., TOURE-ECRA A., HORO A., KONE M. Acceptabilité de la contraception dans le postpartum immédiat chez parturientes ivoiriennes. Journal de la SAGO, 2022, vol.23, n°1, p.1-5.

le post-partum a montré que 95% des femmes ne souhaitaient pas devenir enceintes dans les 2 ans après la naissance, mais 65% avaient un besoin potentiel non satisfait de planification familiale [7]. Les femmes en post-partum sont aussi souvent perçues comme ayant moins de besoin de contraception sur la base de la conviction qu'elles ne sont pas actives sexuellement. Cependant, plusieurs études [8-10] ont montré une reprise rapide des activités sexuelles après la naissance. Les raisons de la non-utilisation de la contraception sont nombreuses et incluent la mauvaise qualité des services disponibles, des choix des méthodes, peur ou expérience des effets secondaires et opposition culturelle ou religieuse [11]. Pour pallier à ce déficit, la Côte d'Ivoire s'est engagée dans la promotion du planning familial en post partum immédiat. Quels en sont les chances de succès ? La réponse à cette interrogation constitue le but de notre étude. L'objectif étant d'en apprécier l'évolution de l'acceptabilité de la planification familiale dans le postpartum immédiat.

I. METHODOLOGIE

Caractéristiques de l'étude

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur une période de quatre (04) mois et a eu comme cadre de travail le service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier universitaire (CHU) de Yopougon Abidjan ; qui se trouve dans le district sanitaire d'Abidjan Nord comprenant une population d'au moins 2 millions d'habitants composée des communautés homogènes du point de vue socioculturel. C'est un centre de références niveau 3 qui reçoit selon la pyramide sanitaire toutes les référées centre de santé de l'agglomération mais aussi des villes avoisinantes d'Abidjan. C'est un service qui réalise environ 6000 accouchements par an et qui dispose de plusieurs unités.

Population d'étude

Notre population source était constituée de patientes en post-partum ou en post-abortum. Nous avons procédé à un échantillonnage systématique des patientes répondant à nos critères de sélection. La taille minimale de la population a été estimée à 127 avec une proportion nulle de 0,14 (acceptabilité des méthodes contraceptives modernes [6]), une proportion alternative de 0,25 (objectif d'acceptabilité des méthodes contraceptives modernes proposées dans le post-partum ou le postabortum) et une puissance de 0,9. Toutes les

accouchées récentes ayant séjourné au moins 24 heures dans le service dont le déroulement de la grossesse était physiologique et les suites de couches immédiates furent simples ayant donné leur consentement libre et éclairé ont été sélectionnées.

Variables étudiées

Outre les caractères sociodémographiques, les moyens de contraceptions connues, les moyens de contraception utilisés, les motifs de l'abandon de la contraception, le devenir de la grossesse (accouchement, IVG) et la voie d'accouchement.

Collecte et analyse des données

Les données ont été recueillies lors d'une interview individuelle, après consentement éclairé, par le biais d'une fiche d'enquête standardisée. Pour l'analyse descriptive, les variables continues gaussiennes étaient regroupées en classe puis présentées en moyenne, écart type et extrêmes. Les variables non-gaussiennes seront présentées en médiane, intervalle interquartile et en extrêmes. Les variables discrètes seront présentées en effectif et pourcentage. Ensuite, l'étude analytique a consisté à étudier les relations entre les variables dépendantes (critères de jugements) et les variables explicatives (variables indépendantes). Le critère de jugement est le refus de la contraception. Les tests utilisés étaient : le test de χ^2 de Pearson, le test exact de Fisher. Un modèle multi varié de régression logistique sera proposé en fin d'étude analytique avec un seuil de significativité alpha fixé à 5%.

II. RESULTATS

L'âge moyen était de 28,24 (ET = 6,96 ans). Les parturientes étaient en couple, d'un niveau d'instruction faible, sans revenus fixes et de religion chrétienne dans respectivement 74.5%, 49.2%, 38.0% et 66.0% des cas. 3.7% des mères étaient à leur premier enfant. La contraception a été acceptée par 72,90% des patientes. L'acceptation de la contraception n'était associée à aucun facteur sociodémographique, ni au mode d'accouchement (Tableau I).

Tableau I : Corrélation de l'acceptation de la contraception des 321 parturientes selon les facteurs sociodémographiques, le BMI et le mode d'accouchement

	Acceptation de la contraception		p value	OR (IC95%)
	Oui	Non		
Age(ans), moyenne (SD) (28,24) (6,96)				
<20	38	8		Ref
≤ 20-30 <	113	39	0,251	0,61 (0,26-1,42)
≥ 30	83	40	0,056	0,44 (0,19-1,02)
Profession				
Sans revenus	91	31		Ref
Revenus fixes	28	13	0,660	0,84 (0,39-1,81)
Libéral	115	43	0,605	1,15 (0,67-1,97)
Statut matrimonial				
Seule	66	16		Ref
En couple	168	71	0,0731	0,57 (0,29-1,09)
Niveau d'instruction				
Aucun/primaire	112	85		Ref
Secondaire/universitaire	122	57	0,864	1,04 (0,63-1,71)
Religion				
Autre	0	6		Ref
Chrétienne	155	57	0,9034	1,03 (0,59-1,78)
Musulmane	77	26	0,6063	1,15 (0,66-2,05)
Body mass Index (BMI = kg/m²)				
≤ 18-25 <	180	26		Ref
≤ 25-30 <	54	61	0,2101	0,70 (0,39-1,28)
≤ 30	180	26		Ref

L'usage antérieur du préservatif et de l'implant était significativement associé à une acceptabilité plus élevée de la contraception. Le moyen de contraception utilisé n'était pas significativement associé à l'acceptabilité de la contraception. Aucun motif d'arrêt antérieur de la contraception n'était significativement associé à l'acceptation de la contraception (Tableau II).

Tableau II : Corrélation de l'acceptation de la contraception des 321 parturientes selon la contraception utilisée, la contraception antérieure et son motif d'abandon

	Acceptation de la contraception		p value	OR (IC95%)
	Oui	Non		
Contraception antérieure				
Contraception naturelle	64	22	0,7107	1,11 (0,62-2,06)
Pilule contraceptive	187	65	0,3132	1,35 (0,71-2,48)
Contraception injectable	151	56	0,9785	1,01 (0,58-1,73)
DIU	56	26	0,2770	0,74 (0,41-1,34)
Préservatif	163	46	0,0050	2,05 (1,19-3,49)
Implant	120	33	0,0333	1,72 (1,01-2,95)
Contraception utilisée				
Contraception naturelle	19	6	0,7163	1,19 (0,44-3,78)
Pilule contraceptive	58	18	0,4428	1,26 (0,67-2,44)
Contraception injectable	33	9	0,3749	1,42 (0,63-3,54)
DIU	2	1	0,9999	0,74 (0,04-44,24)
Préservatif	64	17	0,1522	1,55 (0,82-3,02)
Contraception naturelle	7	2	0,9999	1,31 (0,24-13,16)
Motif d'abandon antérieur				
Aménorrhée	17	6	0,9094	1,06 (0,38-3,39)
Métrorragie	9	2	0,7334	1,70 (0,34-16,46)
Prise de poids	4	1	0,9999	1,49 (0,14-74,49)
Désir de grossesse	91	32	0,7966	1,09 (0,64-1,89)

III. DISCUSSION

Le taux d'acceptation de la contraception était de 72,90% dans notre série. Notre taux d'acceptation était supérieur à celui enregistré par Gomard à Mayotte avec 58,29% [12]. Le moyen de contraception le plus accepté était l'implant avec 22,12% des enquêtées. La contraception injectable a été acceptée par 18,69% des enquêtées, pendant que la pilule contraceptive venait en quatrième position avec 10,90% des enquêtées. Dans les travaux de Digbeu en 2003, la contraception orale était choisie par 74,05% des enquêtées. La contraception injectable venait en deuxième position avec 12,5% des femmes [13]. Ce changement de préférences des patientes résulte de la diversification de l'offre de contraception. En effet, depuis les années 2000, les habitudes contraceptives ont évolué. L'arrivée de l'implant a été perçue comme une excellente alternative autant pour les patientes que pour les soignants [14]. Les motifs de refus étaient dominés par le désir de grossesse (7,17%) et l'avis du conjoint (7,17%). Dans l'étude de Gomard, le désir de grossesse était également l'un des principaux motifs de refus de la contraception avec 30,1% de son effectif [12]. Par contre l'avis du conjoint ne représentait que 7% des motifs de refus dans l'étude [12]. Le partenaire est un des piliers de l'acceptabilité de la contraception.

A Cebu, aux Philippines, 2.200 femmes ont été interrogées sur la manière dont les décisions étaient prises au sein de leur ménage. Pour l'adoption d'un contraceptif, plus des deux tiers d'entre elles ont déclaré qu'elles consulteraient leur mari. Quelques 20 pour cent des femmes préféreraient s'adresser à un autre adulte et seulement 12 pour cent prendraient leur décision sans demander l'avis de quiconque [15]. En Indonésie, la planification familiale a été promue par les autorités dès les années 1970. Dans l'ouest de Java et au nord de Sumatra, les femmes disent que les décisions en la matière sont prises conjointement au sein du couple, bien que le mari soit considéré comme le chef de famille. Une faible proportion de femmes utilise cependant une méthode contraceptive sans que leur partenaire le sache.

Pour ce qui est des facteurs associés à l'acceptation de la contraception, nous n'avons identifié que deux déterminants : l'usage antérieur du préservatif ou de l'implant. Ces deux facteurs augmentaient l'acceptabilité respectivement de 2,05 fois et 1,72 fois. Ces résultats traduiraient que l'acceptabilité de la contraception serait associée à l'usage antérieur d'un moyen de contraception ayant moins d'effets secondaires. La bonne tolérance des implants a également été notifiée par Graesslin et al [16].

Pasha et al, lors de leurs travaux sur la contraception du postpartum, ont identifié plusieurs autres facteurs indépendants influençant positivement l'acceptabilité de la contraception. Il s'agissait en l'occurrence de l'âge inférieur à 30 ans, la parité comprise entre 0 et 2, la fourniture du moyen de contraception à domicile et le sexe masculin d'un des enfants [17]. La diversité des déterminants de l'acceptabilité de la contraception d'une étude à une autre suggère que les facteurs influençant l'acceptation de la contraception varient d'une population à une autre.

CONCLUSION

Certes, le taux d'acceptation est important, il n'en demeure pas moins qu'il faille une amélioration de la sensibilisation des femmes en prenant en compte les facteurs de refus identifiés, et la présence des prestataires qualifiés permettra d'améliorer le taux d'acceptabilité.

REFERENCES

1. **Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO.** Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet.* 2012; 380: 111-25.
2. **Akter S, Rahman JA, Rahman MM, Abedin S.** The influence of birth spacing on child survival in Bangladesh: a life table approach. *World Health Popul.* 2010; 12(1): 42-56.
3. **Singh S, Darroch JE.** Adding it up: costs and benefits of contraceptive services. Estimates for 2012 New-York : Guttmacher Institute ; 2012.
4. **Horton R, Petersen HB.** The rebirth of family planning. *Lancet.* 2012; 380: 87.
5. **Carr B, Gates MF, Mitchell A, Shah R.** Giving women the power to plan their families. *Lancet.* 2012; 380: 80-2.
6. **INS. Côte d'Ivoire: Enquête démographique et de santé et à indicateurs multiples 2011-2012 [Rapport].** Abidjan : Institut national de la statistique ; 2013. 591p.
7. **Ross J, Winfrey W.** Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *Int Fam Plann Perspect.* 2001; 27(1): 20-7.
8. **Huang YM, Mer Katz R, Kang JZ, Roberts K, Hu XY, Di Donato F.** Postpartum unintended pregnancy and contraception practice among rural to urban migrant women in Shanghai. *Contraception.* 2012; 86(6): 731-8.
9. **Ndugwa RP, Cleland J, Madise NJ, Fotso JC, Zulu EM.** Menstrual pattern sexual behaviors, and contraceptive use among postpartum women in Nairobi urban slums. *J Urban Health.* 2010; 88(2): 341-55.

10. **Woranitat W, Taneepanichskul S.** Sexual function during the postpartum period. *J Med Assoc Thail.* 2007; 90(9): 1744-8.
11. **Creanga, A. A., Gillespie, D., Karklins, S., & Tsui, A. O.** Low use of contraception among poor women in Africa: an equity issue. *Bulletin of the world Health Organization*, 2011 ; 89, 258-266.
12. **Gomard M.** Facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte [Thèse Méd]. Toulouse: Université Paul Sabatier - Toulouse III; 2017. No.: 2017 TOU3 1043. 81. p.
13. **Digbeu YB.** Contraception du postpartum: à propos de 632 cas colligés au Centre de Planification Familiale du CHU de Cocody [Mémoire]. Abidjan : Université Félix Houphouët Boigny; 2003. No.: 882. 86p.
14. **Lartigau-Roussin C, Receveur MC, Roussin JM, Bouffart S, Abaine, A.** L'étonogestrel en implant sous-cutané: un nouveau moyen de contraception à Mayotte? . *Bull Soc Pathol Exot* , 2006 ; 99(1), 11-4.
15. **Adair LS, Viswanathan M, Polhamus B.** Cebu longitudinal health and nutrition survey follow-up study. Final report to the Women's Study Project . Rapport , University of San Carlos , San Carlos, 1997.PP??
16. **Graesslin O, HOFFET M, Barjot P, Levy A, Bouée S, Bogillot O, et al.** Le suivi à long terme d'une cohorte de femmes porteuses d'un implant contraceptif (Implanon®): analyse intermédiaire des données de l'observatoire OPNI. *Gynécologie obstétrique et fertilité* , 2005 ; 33, 315-21.
17. **Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Asamai F, Chomba, E, et al.** Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. *Reproductive health*, 2015 ; 12(2), S11-18.