



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (3) N 1

ISSN: 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 19 Avril 2021

Accepté, 26 Mai 2021

Publié, 02 Juin 2021

<http://revue-rasp.org>

---

*Type d'article : Recherche*

## **Déterminants de l'utilisation des services de planification familiale en post-partum dans la zone sanitaire d'Apahoué-Dogbo-Djakotomey au Bénin**

Jacques SAIZONOU<sup>1\*</sup>, Patrick MAKOUTODÉ<sup>1</sup>, Virginie MONGBO<sup>1</sup>, Alphonse AFFO<sup>2</sup>, Franck Robert ZANNOU<sup>3</sup>, William ATADE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut Régional de Santé Publique de Ouidah, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

<sup>2</sup>Centre de Formation et de Recherche en matière de Population, Université d'Abomey-Calavi, Bénin

<sup>3</sup>Direction de la Santé de la Mère-Enfant, Ministère de la santé, Cotonou, Bénin

\*Auteur correspondant : Jacques SAIZONOU, Enseignant Chercheur, BP 05-709 Cotonou Bénin, Tel : 229 95413474, E-mail : [saizonoujacques@yahoo.fr](mailto:saizonoujacques@yahoo.fr)

### **Resumé**

Bien qu'il soit établi un lien positif entre la Planification Familiale (PF) et la réduction des cas de décès maternel et infantile, les besoins non satisfaits en PF restent élevés en Afrique subsaharienne et au Bénin en particulier. Ces besoins non satisfaits en PF dans le département du Couffo dont fait partie la zone sanitaire Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (ADD) sont plus élevés que la moyenne nationale selon les résultats de l'EDS 2011-2012. Notre étude avait pour objectif d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de PF en période post-partum dans la zone sanitaire ADD en 2017 au Bénin. Cette étude transversale analytique a porté sur 480 femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois dans la zone d'étude, sélectionnées par sondage en grappes. Le modèle de régression logistique pas à pas descendante a été réalisé au seuil de 5%. Les résultats révèlent que le taux d'utilisation des services de planification familiale en post-partum était de 15,83%. Presque toutes les enquêtées avaient au moins une fois entendu parler de la PF (92,71%). La source d'information la plus citée était les centres de santé (71,85 %). Le préservatif était la méthode de contraception la plus utilisée (40,69%), suivie des pilules (27,11%). L'utilisation des services dans la Zone d'étude en 2017 était influencée par la profession ( $p < 0,001$ ), l'ethnie ( $p = 0,005$ ), l'aménorrhée ( $p < 0,001$ ), l'utilisation avant la grossesse de méthodes contraceptives ( $p < 0,001$ ) et la discussion de la PF avec son conjoint ( $p = 0,001$ ). Il ressort de cette étude un besoin non satisfait élevé et de planification familiale en post-partum (67,92%) donc un risque élevé de grossesse non désirée. Les actions axées sur les déterminants identifiés, notamment l'information et la communication pour un changement de comportement sont suggérées pour améliorer l'utilisation des services de PF dans cette zone d'étude.

**Mots clés** : Déterminant, Planification familiale, Post partum, Bénin.

## Abstract

Although a positive link has been established between family planning (FP) and the reduction of maternal and infant deaths, unmet need for FP remains high in sub-Saharan Africa and in Benin in particular. These unmet FP needs in the Couffo department, which includes Aplahoué-Djakotomey-Dogbo (ADD) health zone, are higher than the national average according to the 2011-2012 DHS results. The objective of our study was to identify the determinants of postpartum FP service use in ADD health zone in 2017 in Benin. This analytical cross-sectional study included 480 women who had given birth in the last 12 months in the study area, selected by cluster sampling. The top-down stepwise logistic regression model was performed at the 5% threshold. The results reveal that the postpartum family planning service utilization rate was 15.83%. Almost all respondents had heard of FP at least once (92.71%). The most cited source of information was health centres (71.85%). Condom was the most used contraceptive method (40.69%), followed by pills (27.11%). Use of services in the study area in 2017 was influenced by occupation ( $p<0.001$ ), ethnicity ( $p=0.005$ ), amenorrhea ( $p<0.001$ ), pre-pregnancy use of contraceptive methods ( $p<0.001$ ) and discussion of FP with spouse ( $p=0.001$ ). This study shows a high unmet need for family planning in the post-partum period (67.92%) and therefore a high risk of unwanted pregnancy. Actions focused on the identified determinants, notably information and communication for behavioural change are suggested to improve the use of FP services in this study area.

**Keywords:** Determinant- Family planning- Postpartum- Bénin.

## 1. Introduction

La mortalité maternelle reste toujours très élevée dans le monde. La plupart des décès se sont produits dans des pays à revenu faible et auraient pu être évités (Alkema et al., 2016). L'une des stratégies essentielles de réduction de la mortalité maternelle et infantile est la planification familiale (PF) qui permet l'espacement des naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses chez les femmes jeunes, les grossesses précoces et non désirées qui constituent des risques élevés de problèmes de santé et de décès. La PF peut prévenir plus de 30% de décès maternels et 10% de mortalité infantile si les couples espaçaient les grossesses à deux ans et plus d'intervalle (USAID, 2016). Deux cent quinze millions de femmes dans le monde ne souhaitent pas tomber enceintes mais elles n'utilisent aucune méthode de PF (OMS, 2017). Les besoins non satisfaits en PF sont élevés en Afrique, et sont estimés à 23,5% de femmes en âge de procréer (INSAE et ICF, 2012). Le meilleur moment de réduire ces besoins non satisfaits est la période post partum puisque le contact de la femme avec les services de santé est particulièrement fréquent durant la grossesse, l'accouchement et la première année de vie d'un enfant (OMS, 2014). Le post-partum est la période durant laquelle l'organisme maternel, modifié par la grossesse, subit des changements destinés à le ramener à l'état antérieur. Cette période débute deux heures après la délivrance et se termine avec l'arrivée des premières règles. Sa durée varie en fonction du mode d'allaitement (maternel ou artificiel), et elle est en moyenne de six semaines (OMS, 2014). La planification familiale pendant le post-partum (PFPP) est la prévention des grossesses non désirées et rapprochées pendant les 12 mois suivant l'accouchement (INSAE et ICF, 2012). La grossesse et le post-partum sont des périodes jugées opportunes pour conseiller les femmes sur l'adoption de méthodes de PF. Une étude réalisée dans 27 pays du monde a montré que 39% de l'ensemble des besoins de contraception non satisfaits concernent des femmes qui ont accouché au cours des 12 mois précédents (Ross et Winfrey, 2001). Dans cinq pays sous-développés en 2015 (Inde, Pakistan, Zambie, Kenya et Guatemala) les besoins non satisfaits en période post-partum variaient de 25% à 96% (Pasha et al., 2015). La PFPP devient donc une excellente stratégie pour réduire les besoins non satisfaits et de ce fait, pour améliorer le taux d'utilisation des services de PF. Les facteurs qui influencent l'utilisation de la PFPP selon les études réalisées en Afrique et ailleurs sont multiples : les facteurs sociodémographiques et culturels, les facteurs économiques, les facteurs personnels de la femme et les facteurs liés au système de santé (Sileo et al. 2015 ; Abera et al. 2015 ; Brito et al. 2009 ; Bwazi et al. 2014).

Le regroupement de ces facteurs est présenté dans la figure 1 du cadre conceptuel. Au Bénin, environ une grossesse sur cinq n'est pas planifiée. Les femmes qui veulent éviter une grossesse, mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive efficace, représentent la majorité des grossesses non désirées. La prévalence contraceptive est de 13% chez les femmes mariées et 33% des femmes ont des besoins non satisfaits (OMS, 2014). Si de nombreuses études ont été réalisées sur les déterminants de l'utilisation de la PF parmi la population générale, nous avons retrouvé peu d'études sur les déterminants de la PFPP au Bénin, et encore moins dans la zone sanitaire Aplahoué-Dogbo-Djakotomey (ZS ADD). C'est pour combler cette insuffisance que la présente étude a été initiée pour identifier les déterminants de l'utilisation des services de PFPP dans cette zone de santé, afin de réduire les besoins non satisfaits en PF et contribuer à l'amélioration de la santé maternelle et infantile. La présente étude s'inscrit dans l'approche théorique des déterminants sociaux de la santé selon laquelle la santé des populations et les inégalités de santé qui sévissent en leur sein sont majoritairement influencées par les facteurs sociaux (Weinstock, 2018).

## 2. Méthode d'étude

La ZS ou district sanitaire de ADD est située dans le département du Couffo au Sud-Ouest du Bénin. Elle couvre une superficie de 1458 Km<sup>2</sup> et sa population estimée à 459.950 habitants en 2017. La ZS ADD disposait de 40 centres de santé et un l'hôpital de zone (HZ) qui est le centre hospitalier de premier recours. Il s'agit d'une étude transversale analytique. Contrairement aux études longitudinales, les données ont été collectées à une période fixe traduisant la situation du phénomène à l'étude. Ensuite il a été cherché les facteurs associés à l'utilisation de la PF en post partum. La population cible était constituée des femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois et résidant dans la ZS ADD et des agents de santé exerçant dans les services de PF et de maternités de cette ZS. Ont été exclues de l'étude les femmes ayant accouché dans les 12 derniers mois, mais qui ont eu une ligature des trompes, une hystérectomie, une mort fœtale ou néonatale. La méthode d'échantillonnage a été probabiliste et la technique, le sondage en grappes. L'unité de grappe était le village et le nombre de grappes était de 30. Le pas de sondage a été déterminé en divisant l'effectif cumulé des femmes en période post partum par le nombre de grappes. Soit  $19764 / 30 = 659$ . Le nombre tiré au hasard a été un nombre compris entre 1 et le pas de sondage. Le tirage aléatoire d'un nombre compris entre 1 et le pas de sondage (659) à l'aide d'un billet de banque a donné le nombre de 332 et qui correspondait à la première grappe. La première grappe a été localisée dans le village dont la population cumulée inclus le nombre tiré au hasard. Les autres villages ont été déterminés en ajoutant chaque fois le pas de sondage. A partir de la voie principale de chaque village, nous avons pris la direction indiquée par le bout à bille d'un stylo jeté en l'air. Dans cette direction toutes les concessions proches ont été numérotées. La première concession a été tirée au hasard. Au sein de cette concession, le premier ménage a été enquêté puis les autres concessions ont été visitées de proche en proche jusqu'à l'obtention du nombre retenu. La taille de l'échantillon a été calculée selon la formule de Schwartz avec une précision «i» de 2,5%, un effet grappe de 2 et sur la base de la prévalence contraceptive moderne de la ZS ADD qui était de 3,6%, selon les données de l'annuaire statistique du Ministère de la santé 2015 du Bénin. Ainsi 480 femmes ont été incluses dans l'étude. Le choix a été raisonné pour les prestataires des services de PF et le personnel de la maternité ; cinq agents de santé constitués de deux sages-femmes responsables de centres de santé, la maîtresse sage-femme de l'hôpital de zone qui était la responsable de PF et deux commis de pharmacie.

La variable dépendante était l'utilisation des services de planification familiale du post-partum. Etait considérée comme utilisatrice des services de PFPP, toute femme ayant fréquenté au moins une fois les services de PF après accouchement pendant le post-partum. Les variables indépendantes étaient : (i) les facteurs socioculturels et démographiques tels que l'âge, le niveau d'instruction, le statut matrimonial, la religion, les croyances, l'ethnie, la gestité, la parité, la profession ; (ii) les facteurs liés à l'individu tels que le pouvoir de décision de la femme, les problèmes de santé, la perception, la connaissance, la satisfaction, l'utilité de la PF, la reprise des rapports sexuels, l'allaitement maternel exclusif (AME), l'aménorrhée, la discussion de la PF avec le conjoint, l'utilisation de la PF avant la grossesse (iii) les facteurs économiques tels que les dépenses mensuelles du ménage, et le niveau de bien-être économique du ménage et (iv) les facteurs liés au système de santé tels que la disponibilité des contraceptifs, la discussion de la PF au cours de la grossesse, la continuité des services, la satisfaction des bénéficiaires. Les données quantitatives ont été collectées à l'aide d'un questionnaire administré par des enquêteurs formés qui l'ont pré-testé dans une ZS voisine (Klouékanmè-Toviklin-Lalo).

Les données ont été saisies et analysées dans le logiciel STATA. Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives, la moyenne et l'écart type pour les variables quantitatives. Pour apprécier la force de l'association entre les variables indépendantes et la variable dépendante et identifier les facteurs associés, la régression logistique « pas à pas descendante » a été réalisée au seuil de 5%. Ont été introduites dans le modèle initial, les variables qui, à l'analyse bi-variée étaient significatives à un seuil de 20%. L'adéquation du modèle final a été vérifiée avec le test d'Hosmer Lemeshow. Le modèle a été retenu pour une valeur de  $p > 0,05$ . Toutes les personnes interrogées ont été informées du but et des objectifs de l'étude. Les règles éthiques telles que le consentement éclairé, l'anonymat des données et la confidentialité des déclarations des enquêtés ont été respectées.

### 3. Résultats

#### 3.1 Caractéristiques générales des femmes enquêtées

L'âge moyen des 480 enquêtées était de  $26,16 \pm 5,65$  ans. Les ménagères étaient les plus représentées. L'ethnie Adja était dominante (88,66%). La plupart des participantes étaient mariées (89,94%) et le niveau d'instruction dominant était "non alphabétisé" (38,17%). Presque toutes les femmes avaient au moins une fois entendu parler de la PF (92,71%). La source d'information sur la PF la plus citée était les centres de santé (71,85 %). La majorité des enquêtées n'utilisait pas une méthode contraceptive avant la dernière grossesse (78,49%). Le retour de couches ne s'était pas encore effectué chez 63,03%. Plus du tiers d'entre elles avaient repris les rapports sexuels dans les trois mois suivant l'accouchement (36,13%). Elles étaient 88,44% à avoir toujours un projet de grossesse, mais 81,70% voulaient attendre au moins deux ans. Plus de la moitié des participantes (57,64%) avait des discussions avec leur partenaire sur la PF. Parmi les 480 femmes de l'étude, 92 utilisaient au moins une méthode contraceptive, soit un taux pondéré d'utilisation de 15,83% (IC95% : [9,39 % - 22,26 %]). Les besoins non satisfaits étaient évalués à 67,92%. Les raisons avancées par les femmes qui n'utilisaient pas les services de PFPP étaient multiples mais les plus rapportées étaient les effets secondaires (28,43%), l'absence de raison (10,23%), l'absence du partenaire (10,16%), le manque d'informations (9,52%), et l'aménorrhée (8,45%). Le préservatif était la méthode de contraception la plus utilisée 33 sur 92 femmes (40,69 %) suivi des pilules 27,11%.

L'analyse bi-variée a montré que des 15 facteurs analysés, étaient significativement associés à l'utilisation des services de PFPP, les facteurs socioculturels, démographiques et économiques tels que la profession, le niveau d'instruction et la religion ; les facteurs socio sanitaires tels que l'utilisation d'une méthode contraceptive avant la grossesse, le retour des couches, la discussion de la PF avec le conjoint, et l'appréciation de la PF; et les facteurs liés au système de santé tels que le fait de recevoir des informations sur la PF au cours des CPN était significativement associé à l'utilisation des services de PFPP (tableau I).

Tableau I : Relation entre l'utilisation des services de PF PP, les caractéristiques des femmes et les facteurs liés au système de santé dans la ZS ADD en 2017, (n=480).

Variables explicatives	Total (n)	Utilisation PF en		OR <sub>bp</sub> **	[IC <sub>95%</sub> OR <sub>bp</sub> ]	p-value
		PP				
		Oui	%*			
<i>Tranches d'âge</i>						
< 20	47	10	17,14	1	-	
[20-25[	126	23	14,93	0,84	[0,45 – 1,58]	0,593
[25-30[	149	31	19,64	1,18	[0,53 – 2,60]	0,670
[30-35[	97	16	10,79	0,58	[0,25 – 1,33]	0,192
≥ 35	61	12	14,28	0,80	[0,25 – 2,51]	0,700
<i>Profession</i>						
Elève/étudiante	16	09	39,91	5,29	[1,91 – 14,6]	0,002
Fonctionnaire	14	07	29,04	3,26	[1,22 – 8,65]	0,019
Commerçante	98	16	11,15	1	-	
Ménagère	181	38	17,86	1,73	[0,64 – 4,66]	0,266
Agricultrice	96	14	12,92	1,18	[0,44 – 3,15]	0,729
Aucune	12	03	17,92	1,73	[0,36 – 8,35]	0,476
Artisan	57	05	07,84	0,67	[0,18 – 2,45]	0,542
<i>Niveau d'instruction</i>						
Primaire	152	32	17,60	1	-	
Secondaire	107	2	22,27	1,34	[0,64 – 2,76]	0,414
Supérieure	11	06	45,73	3,94	[1,18 – 13,1]	0,027
Alphabétisée	10	02	08,82	0,45	[0,06 – 2,99]	0,398
Aucun	200	24	09,02	0,46	[0,24 – 0,86]	0,017
<i>Situation matrimoniale</i>						
Mariée/union libre	449	85	15,74	1	-	
Célibataire / divorcée/ veuve	31	07	16,71	1,07	[0,53 – 2,15]	0,834
<i>Parité</i>						
1	113	25	20,26	1,52	[0,68 – 3,42]	0,289
2-3	217	37	14,31	1,00	[0,52 – 1,93]	0,987
≥ 4	150	30	14,25	1	-	
<i>Enfants vivants</i>						
1	111	22	19,05	1,56	[0,92 – 2,63]	0,089
2-3	222	35	13,06	1	-	
≥ 4	147	35	17,19	1,38	[0,77 – 2,45]	0,261
<i>Religion</i>						
Chrétienne	304	62	17,06	1,86	[1,01 – 3,43]	0,046
Musulman	12	07	60,55	13,90	[4,84 – 39,9]	0,000
Traditionnelle	164	23	09,94	1	-	
<i>Ethnie</i>						
Adja + Mina	439	79	14,32	1	-	
Fon et apparentés	32	10	22,26	1,71	[0,56 – 5,17]	0,326

Variables explicatives	Total (n)	Utilisation PF en		OR <sub>bp</sub> **	[IC <sub>95%</sub> OR <sub>bp</sub> ]	p-value
		PP				
		Oui	%*			
Yoruba et apparentés	09	03	53,02	6,75	[0,79 – 57,4]	0,078
<i>Niveau de bien-être socio-économique</i>						
Les pauvres	181	31	12,93	1	-	
Les moyens	168	28	14,55	1,14	[0,58 – 2,23]	0,678
Les riches	131	33	20,05	1,68	[0,75 – 3,76]	0,192
<i>Entendu parler de la PF</i>						
Non	29	01	02,93	1	-	
Oui	451	91	16,85	6,70	[0,80 – 55,9]	0,077
<i>Utilisation d'une MC avant la grossesse</i>						
Non	369	27	05,73	1	-	
Oui	111	65	52,69	18,32	[10,1 - 33,1]	0,000
<i>Retourde couches après accouchement</i>						
Non	290	24	06,23	1	-	
Oui	190	68	32,20	7,14	[3,9 – 12,9]	0,000
<i>Projet de grossesse</i>						
Non	56	10	11,99	1	-	
Oui	424	82	16,33	1,43	[0,60 – 3,41]	0,403
<i>Discussion de PF avec son partenaire</i>						
Non	207	06	03,88	1	-	
Oui	273	86	24,62	<b>8,09</b>	[1,88 – 34,8]	<b>0,007</b>
<i>Appréciation de la PF</i>						
Bonne	365	88	19,47	8,50	[2,38 – 30,3]	0,002
Mauvaise	115	04	02,77	1	-	
<i>Décisions dans le couple</i>						
Consensuelle	378	78	17,10	2,57	[0,93 – 7,08]	0,067
Homme seul	73	09	07,43	1	-	
Femme seule	24	03	13,29	1,91	[0,60 – 6,04]	0,259
Parents	05	02	28,25	4,90	[0,31 – 77,2]	0,311
<i>Information donnée sur la PF</i>						
Non	170	11	04,70	1	-	
Oui	310	81	21,73	<b>5,63</b>	[2,54 – 12,4]	<b>&lt;0,001</b>

\*Pourcentage pondéré

\*\*OR brut pondéré

La majorité des femmes a déclaré avoir reçu des informations sur la PF au cours des Consultation Périnatale (CPN). Les quatre centres de santé publiques enquêtées avaient un service de PFPP

fonctionnel. Ils ne disposaient pas de la gamme complète des méthodes contraceptives. Le personnel rencontré a affirmé n'avoir pas reçu une formation sur l'insertion des implants ou des dispositifs intra-utérins. Les ruptures de stock de certains produits contraceptifs ont été observées et certaines utilisatrices de PF recouraient aux pharmacies privées. Les effectifs insuffisants pour mener correctement les activités de PF et l'absence de supervision ont été évoqués par les enquêtés. Les sages-femmes interviewées ont affirmé ne pas fournir systématiquement d'informations sur la PF au cours des CPN.

### 3.2 Analyse multi-variée de l'utilisation des services de PFPP avec les facteurs socioculturels, démographiques, économiques, liés à l'individu et au système de santé

Sur l'ensemble des facteurs analysés, 14 variables ayant une p-value inférieure ou égale à 20% ont été introduites dans le modèle initial : l'âge, la profession, le niveau d'instruction, le nombre d'enfants vivants, la religion, l'ethnie, le niveau de bien-être socio-économique, l'information sur la PF, l'utilisation d'une méthode contraceptive avant la grossesse, l'obtention des règles après l'accouchement, la discussion des méthodes contraceptives avec le partenaire, l'appréciation de la PF, la prise de décision dans le couple, l'information donnée sur la PF au cours de la grossesse ou l'accouchement. Parmi ces 14 variables, cinq influençaient l'utilisation des services de PFPP dans la ZS ADD en 2017 (Tableau II).

Tableau II. : Modèle multi varié final des déterminants de l'utilisation des services de PFPP dans la ZS ADD en 2017

Variabes	OR <sub>ap</sub> *	IC 95%	p-value
<i>Profession</i>			
Elève/étudiante	6,13	[3,10 – 12,12]	< 0,001
Fonctionnaire	1,19	[0,44 – 3,12]	0,718
Commerçante	1	-	
Ménagère	1,01	[0,38 – 2,65]	0,978
Agricultrice	1,90	[0,59 – 6,10]	0,266
Aucune	1,23	[0,28 – 5,31]	0,765
Artisan	0,75	[0,25 – 2,19]	0,589
<i>Ethnie</i>			
Adja + Mina	1	-	
Fon et apparentés	0,56	[0,18 – 1,77]	0,318
Yoruba et apparentés	10,8	[6,73 – 31,6]	0,005
<i>Utilisation d'une MC avant la grossesse</i>			
Non	1		
Oui	14,59	[6,73 – 31,6]	< 0,001
<i>Règles après accouchement</i>			

Variabes	OR <sub>ap</sub> *	IC 95%	p-value
Non	1		
Oui	8,99	[3,96 – 20,3]	< 0,001
<i>Discussion des MC avec son partenaire</i>			
Non	1		
Oui	8,57	[2,93 – 31,23]	0,001

Après ajustement sur les autres variables du modèle final : - les élèves/ étudiantes utilisaient significativement 6,13 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux commerçantes ; - les femmes d'ethnie yoruba et apparentées minoritaires utilisaient significativement 10,8 fois ( $p = 0,005$ ) plus les services de PFPP par rapport aux femmes d'ethnie Adja et Mina majoritaires ; - les femmes qui avaient utilisé une méthode contraceptive avant la dernière grossesse utilisaient significativement 14,59 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres ; - les femmes qui avaient déjà eu leurs règles après accouchement utilisaient significativement 8,99 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres ; - et les femmes qui discutaient des méthode contraceptive avec leurs partenaires utilisaient significativement 8,57 fois plus ( $p = 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres.

#### 4. Discussion

Cette étude nous a permis d'atteindre l'objectif général qui était d'étudier les déterminants de l'utilisation des services de PFPP dans la ZS ADD en 2017. Les biais de sélection liés à la probabilité de non-réponse ou de refus de participer à l'enquête ainsi que les biais d'information liés au sujet de la sexualité après accouchement ont été minimisés grâce à la majoration de la taille de l'échantillon de 10%. Malgré un besoin élevé de contraception et des attitudes généralement positives envers la PF, la ZS ADD a enregistré en 2017, un taux d'utilisation des services de PF inférieur à celui de la plupart des études retrouvées dans la littérature. Cela reflète la faible utilisation des services de PF en population générale dans la ZS ADD par rapport à la moyenne nationale. Siléo et al. en Ouganda en 2015 ont trouvé un taux d'utilisation des services de PFPP de 25% (Sileo et al., 2015), contre 48,40% enregistré à Gondar au nord-ouest de l'Ethiopie (Abera et al., 2015).

Dans notre étude, le préservatif reste la méthode de contraception la plus utilisée (40,69%), suivi des pilules (27,11%) à l'instar des études antérieures (Brito et al., 2009 ; Pasha et al., 2015). Il est donc important que des séances d'information puissent se faire à l'endroit aussi bien des femmes que des hommes afin que les règles qui entourent le port et l'utilisation des préservatifs soient respectées.

Les besoins non satisfaits dans notre étude étaient élevés 67,92%. Plus de 2/3 des enquêtées ne souhaitaient pas avoir une nouvelle grossesse dans les deux ans à venir ou n'en voudraient plus du tout, mais n'utilisaient aucune méthode contraceptive. Avec ce pourcentage de besoins non satisfaits, le risque de grossesse non désirée est très élevé avec toutes ses conséquences. Ce résultat est similaire à ceux de la littérature (Sileo et al., 2015 ; Abera et al., 2015 ; Rutaremwa et al., 2015).

La présente étude a établi un lien entre l'ethnie et l'utilisation des services de PFPP. Les femmes d'ethnie yoruba et apparentés utilisaient plus les services de PFPP par rapport aux femmes d'ethnie Adja et Mina. La population Yoruba est très minoritaire dans la zone et son influence sur l'utilisation des services de PFPP pourrait s'expliquer par le fait qu'elle provienne d'autres régions avec des cultures

totalelement différentes de celles des Adja. Cette situation a été aussi retrouvée par Chaovitsaree et al. en 2011 à Chiang Mai, en Thaïlande où ils retrouvaient que les femmes d'ethnie minoritaires étaient susceptibles d'utiliser la PFPP que les femmes Thai qui étaient majoritaires (Chaovitsaree et al., 2012). Tout comme Hounton et al. (2015), dans l'étude en portant sur trois pays d'Afrique : Ethiopie, Malawi, et Nigéria la présente étude n'a pas établi de relation entre le niveau d'instruction et l'utilisation des services de PFPP ( $p = 0,680$ ). Par contre, Siléo et al. en Ouganda en 2015 avaient conclu que les femmes du niveau d'enseignement secondaire utilisaient 2,31 fois plus les services de PFPP que celles du niveau primaire (Sileo et al., 2015). Pour Chaovitsaree et al. (2011), à Chiang Mai, en Thaïlande, c'est plutôt les femmes de niveau inférieur ou primaire qui utilisaient 1,86 fois les services de PFPP que celles de niveau secondaire et plus. Les élèves/ étudiantes utilisaient significativement 6,13 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres professions. Ce résultat est différent de la plupart des études réalisées sur la contraception du post partum où les auteurs n'établissaient aucun lien entre la profession et l'utilisation des services de PF (Sileo et al., 2015 ; Alkema et al., 2016 ; Eliason et al., 2013). Mais il pourrait rendre compte d'un début de prise de conscience à la suite d'un accouchement probablement issu d'une grossesse non désirée. Les femmes qui discutaient des méthodes de contraception avec leurs partenaires utilisaient significativement 8,57 fois plus ( $p=0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la discussion avec le mari de la PF faciliterait la prise de la décision d'adopter une méthode de PF, comme montré en Ouganda (Sileo et al., 2015). Les interventions futures au Bénin devraient explorer des approches novatrices pour accroître la participation des hommes dans les différentes discussions organisées sur la PF, afin d'améliorer la communication entre les partenaires. Les femmes qui avaient déjà bénéficié d'une méthode contraceptive avant la dernière grossesse utilisaient significativement 14,59 fois plus ( $p < 0,001$ ) les services de PFPP par rapport aux autres. La femme ayant déjà utilisé une méthode contraceptive avant la grossesse a une certaine connaissance de la PF et surtout de la méthode qui lui va le mieux. Il lui est donc plus facile d'adopter de nouveau les services de PFPP, car elle en connaît déjà le bénéfice pour sa santé comme l'ont souligné les études antérieures (Sileo et al., 2015 ; Achyut et al., 2016). La présente étude a relevé que les femmes qui avaient déjà eu leur retour de couches après l'accouchement utilisaient significativement les services de PFPP par rapport aux autres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que les femmes en aménorrhée sous-estiment le risque de grossesse en supposant que l'aménorrhée pourrait garantir une protection contre la grossesse quel que soit le moment de la période post-partum. À cet égard, plus de la moitié (63,04 %) des participantes ont mentionné n'avoir pas encore eu de retour de couches. Des recherches semblables ont été rapportées dans l'étude menée en Ouganda où Siléo et al. (2015), retrouvaient que les femmes ayant eu un retour de couches présentaient 8 fois plus de chances d'utiliser des méthodes contraceptives que celles qui n'en ont pas encore eu. Dans l'étude de Dulli et al. (2016) au Rwanda 50,30% des femmes attendaient les menstrues avant d'utiliser les services de PFPP (Dulli et al., 2016). Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour que les femmes comprennent que la survenue d'une grossesse est possible en période post-partum, même avant le retour de couches. Dans la présente étude, il n'y a pas eu de lien entre l'information donnée aux femmes sur la PF pendant la grossesse et l'utilisation des services de PFPP. Ceci s'explique par la contradiction que nous avons notée dans les réponses données d'une part par les enquêtées et d'autre part par les agents de santé de la ZS. En effet, bien que 65,23% des participantes aient affirmé avoir reçu des informations sur la PF, les agents de santé de la ZS de leur côté avaient reconnu ne pas très souvent donner l'information sur la PF aux femmes enceintes. Ayiasi et al. en Ouganda n'avaient pas aussi retrouvé une influence des informations données aux femmes au cours

des CPN sur l'utilisation des services de PF (Ayiasi et al., 2015). Mais Tawfik et al. (2014), avait noté un accroissement du taux d'utilisation des services de PF de 36% à 55% de janvier à novembre 2012 après que des informations sur la PF aient été données aux femmes en période post-partum. Il en est de même dans l'étude de Achyut et al. en Inde en 2012 qui avaient montré que les femmes qui avaient reçu des informations de PF au cours des CPN au troisième trimestre de grossesse étaient 1,85 fois plus susceptibles d'utiliser un contraceptif moderne pendant la période post-partum que celles qui n'en recevaient pas (Achyut et al., 2016).

Notre étude n'a pas trouvé de lien entre le niveau socio-économique et l'utilisation des services de PFPP contrairement aux résultats de l'étude de Hounton et al. (2015), dans les trois pays d'Afrique suscités qui avaient retrouvé une association significative entre le quintile de richesse dans ces pays et l'utilisation des services de PF. Rutaremwa et al. en Ouganda avaient montré que les femmes des quintiles de richesse supérieure étaient beaucoup plus susceptibles d'utiliser les services de PFPP par rapport à celles des quintiles de richesse plus faibles. Ces résultats indiquaient une relation directe entre le statut de richesse des femmes et l'utilisation du PFPF. Les femmes des ménages plus riches étaient plus susceptibles d'utiliser les services de PFPP par rapport à celles des ménages plus pauvres (Rutaremwa et al., 2015).

Malgré les dispositions prises dans le cadre de la présente étude, il importe de mentionner certaines limites à prendre en compte. Il s'agit du caractère déclaratif de l'enquête, En effet le post partum est caractérisé par des troubles notamment physiques, sociaux et psychologiques pour les paturantes et leurs ménages et qui sont suceptibles d'affecter négativement la qualité des données collectées. Notons également la nature transversale de l'étude qui ne permet pas de mettre en évidence le lien de causalité. Enfin, certaines variables notamment celles liées à l'offre des services PFPP n'ont pas été prise en compte.

## 5. Conclusion

L'utilisation des services de PFPP dans la zone sanitaire Apahoué-Dogbo-Djakotomey était faible, 15,83%. La présente étude a montré un besoin élevé et non satisfait de PFPP (67,92%) et donc un risque élevé de grossesse non désirée. Les raisons de la non utilisation des services de PFPP étaient pour la plupart dues à un défaut ou un manque d'information ou de communication. Les facteurs tels que la profession, l'ethnie, l'utilisation antérieure de PF, la discussion de PF au sein du couple, le retour de couches influençaient l'utilisation des services de PFPP. Des interventions futures doivent mettre l'accent sur l'information et la communication pour un changement de comportement. Il s'agit de sensibiliser la population en particulier les femmes et les conjoints sur la PFPP, de mettre en place des activités de PFPP à base communautaire et de renforcer les compétences des agents de santé en matière communication sur la PFPP dans la zone sanitaire ADD.

## Déclaration d'éventuels conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent sur l'honneur que la soumission et la publication de ce manuscrit ne présente aucun conflit d'intérêts. Ils attestent que ce travail a été réalisé sans recevoir aucune aide financière directement ou indirectement d'une tierce partie, et a été soutenu entièrement par des fonds propres des auteurs.

## Références

- Abera Y, Mengesha ZB, Tessema GA (2015). Postpartum contraceptive use in Gondar town, Northwest Ethiopia: a community based cross-sectional study. *BMC Womens Health*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344775/>.
- Achyut P, Mishra A, Montana L, Sengupta R, Calhoun LM, Nanda P (2016). Integration of family planning with maternal health services: an opportunity to increase postpartum modern contraceptive use in urban Uttar Pradesh, India. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 42(2):107-15.
- Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, (2016). Regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462-74.
- Ayiasi RM, Muhumuza C, Bukenya J, Orach CG (2015). The effect of prenatal counselling on postpartum family planning use among early postpartum women in Masindi and Kiryandongo districts, Uganda. *Pan Afr Med J*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4546801/>.
- Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle MEHD, Silva de Sá MF, Vieira CS (2009). Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 80(6):519-26.
- Bwazi C, Maluwa A, Chimwaza A, Pindani M (2014). Utilization of Postpartum Family Planning Services between Six and Twelve Months of Delivery at Ntchisi District Hospital, Malawi. *Health (N Y)*. 06(14):1724-37.
- Chaovisitsaree S, Noi-um S, Kietpeerakool C (2012). Review of postpartum contraceptive practices at Chiang Mai University Hospital: implications for improving quality of service. *Med Princ Pract Int J Kuwait Univ Health Sci Cent*. 21(2):145-9.
- Dulli LS, Eichleay M, Rademacher K, Sortijas S, Nsengiyumva T (2016). Meeting Postpartum Women's Family Planning Needs Through Integrated Family Planning and Immunization Services: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Rwanda. *Glob Health Sci Pract*. mars 4(1):73-86.
- Eliason S, Baiden F, Quansah-Asare G, Graham-Hayfron Y, Bonsu D, Phillips J, et al (2013). Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. *Reprod Health*. 10:34.
- 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;8:29738.
- Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et ICF (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Bénin EDS-MICS-IV 2011-2012. Cotonou, INSAE.
- OMS (2014). Stratégies de programmation pour la planification familiale du post-partum. [www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/ppfp\\_strategies/fr/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/ppfp_strategies/fr/). Consulté le 20 mai 2017
- OMS (2017). Planification familiale / Contraception. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>. Consulté le cité 12/07/2017
- Pasha O, Goudar SS, Patel A, Garces A, Esamai F, Chomba E, et al. (2015). Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries. *Reprod Health*. 12 Suppl 2:S11.
- Ross JA, Winfrey WL (2001). Contraceptive use, intention to use and unmet need during the extended postpartum period. *Int Fam Plan Perspect*, 20-27.

Rutaremwaga G, Kabagenyi A, Wandera SO, Jhamba T, Akiror E, Nviiri HL (2015). Predictors of modern contraceptive use during the postpartum period among women in Uganda: a population-based cross sectional study. BMC Public Health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4372233/>.

Sileo KM, Wanyenze RK, Lule H, Kiene SM (2015). Determinants of family planning service uptake and use of contraceptives among postpartum women in rural Uganda. Int J Public Health. 60(8):987-97.

Tawfik Y, Rahimzai M, Ahmadzai M, Clark PA, Kamgang E (2014). Integrating family planning into postpartum care through modern quality improvement: experience from Afghanistan. Glob Health Sci Pract. 2(2):226-33.

USAID (2016). Déclaration pour l'action collective pour la planification familiale du postpartum. [www.pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00HSPJ.pdf](http://www.pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00HSPJ.pdf). Consulté le cité 12/05/2017

Weinstock D (2018). Les déterminants sociaux de la santé : Un défi pour l'éthique de la décision dans le domaine des politiques de santé. Éthique publique, vol. 20, n° 2. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.4173>

© 2021, SAIZONOU, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)