



Acceptabilité des méthodes modernes de contraception après avortement dans deux hôpitaux de référence de Yaoundé

Acceptability of modern methods of contraception following abortion in two hospitals in Yaounde

Sakinatou Dadda^{*1} ; Inna Rakya^{1,2}; Salamatou Souley^{2,3}; Souadatou⁴ ; Abdoul-Aziz⁵ ; Bayala Tchenadoyo YL⁶ ; Ngo Dingom M⁷ ; Dohbit Sama J⁸ ; Essiben F⁹

Article Original

1. Centre Hospitalier Régional de Garoua, Cameroun
2. Université de Garoua, Cameroun
3. Hôpital Régional annexe de Tibati, Cameroun
4. Hôpital Régional de Garoua, Cameroun
5. Hôpital Général de Garoua, Cameroun
6. CHU Bogodogo, Ouagadougou, Burkina Faso
7. Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun
8. Hôpital Gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé, Cameroun
9. Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Auteur correspondant :

Sakinatou Dadda, Centre Hospitalier Régional de Garoua, Tel : (+237) 697419207, Email : daddasakinatou88@gmail.com

Mots-clés : Contraception moderne, Acceptabilité, Post-abortion, Connaissances contraceptives, Troubles du cycle, Planification familiale.

Keywords: Modern contraception, Acceptability, Post-abortion, Contraceptive knowledge, Cycle disorders, Family planning.

Date de soumission: 24/06/2025

Date d'acceptation: 26/09/2025

RESUME

Introduction: Au Cameroun, l'avortement constitue une cause majeure de mortalité maternelle. Le but de l'étude était d'évaluer l'acceptabilité des méthodes modernes contraceptives (MMC) en période post-abortion.

Méthodologie : Une étude transversale descriptive a été menée dans deux centres de référence de Yaoundé (HGOPY et HCY) de février à juillet 2023. L'investigation a porté sur 123 femmes en période post-abortion, analysant leurs connaissances contraceptives antérieures, leurs expériences des troubles du cycle, et leur acceptabilité des MMC. Les variables étudiées incluaient les caractéristiques sociodémographiques, l'historique gynécologique, les connaissances contraceptives préexistantes, et les déterminants d'acceptabilité des MMC.

Résultats : L'âge moyen des participantes était de 28±7 ans. Elles présentaient un profil éducationnel modéré (47,1% niveau secondaire) avec une forte proportion de célibataires (65%). Paradoxalement, malgré des connaissances contraceptives déclarées élevées (71,5%), principalement centrées sur les préservatifs (30,7%), l'acceptabilité effective des MMC restait limitée à 44,7% (n=55). L'implant sous-cutané émergea comme la méthode la plus acceptée. L'analyse révéla que les complications cliniques (saignements : OR=4,10 ; transfusion : OR=2,69) et les facteurs cognitivo-comportementaux (connaissances MMC : OR=3,87 ; attitude favorable : OR=34,07 ; communication conjugale : OR=7,77) influençaient significativement l'acceptabilité en analyse bivariable, sans persistance en analyse multivariée.

Conclusion : Cette étude met en évidence un paradoxe troublant entre connaissances contraceptives déclarées et acceptabilité effective des MMC. Ceci suggère que la simple connaissance des méthodes ne suffit pas à assurer leur adoption.

ABSTRACT

Background: In Cameroon, abortion constitutes a major cause of maternal mortality. The aim of our study was to evaluate the acceptability of modern contraceptive methods (MCMs) in the post-abortion period.

Methodology: A descriptive cross-sectional study was conducted in two referral centers in Yaoundé (HGOPY and HCY) from February to July 2023. The investigation involved 123 women in the post-abortion period, analyzing their prior contraceptive knowledge, experiences with cycle disorders, and acceptability of MCMs. Variables studied included sociodemographic characteristics, gynecological history, pre-existing contraceptive knowledge, and determinants of MCM acceptability.

Results: The mean age of participants was 28±7 years. They presented a moderate educational profile (47.1% secondary level) with a high proportion of singles (65%). Paradoxically, despite high declared contraceptive knowledge (71.5%), mainly centered on condoms (30.7%), effective acceptability of MCMs remained limited to 44.7% (n=55). The subdermal implant emerged as the most accepted method. Analysis revealed that clinical complications (bleeding: OR=4.10; transfusion: OR=2.69) and cognitive-behavioral factors (MCM knowledge: OR=3.87; favorable attitude: OR=34.07; spousal communication: OR=7.77) significantly influenced acceptability in bivariate analysis, without persistence in multivariate analysis.

Conclusion: This study highlights a troubling paradox between declared contraceptive knowledge and effective MCM acceptability. These findings suggest that the knowledge of methods is insufficient to ensure their adoption.

Introduction

L'avortement désigne la terminaison d'une grossesse avant l'âge de viabilité qui est, selon l'Organisation Mondiale de Santé (OMS), supérieur ou égal à 22 semaines d'aménorrhée et/ou un poids fœtal supérieur ou égal à 500g [1]. Selon l'OMS, environ 73 millions d'avortements provoqués ont lieu chaque année dans le monde et le taux mondial de décès maternels liés aux avortements à risque reste inchangé, soit 13 % [2]. En Afrique, 30 à 40% des décès maternels sont dû aux avortements provoqués. Au Cameroun, les avortements représentent 24.2% (25-30%) des décès maternels, la plupart issu des grossesses non désirées [3]. Les grossesses non désirées qui se terminent le plus souvent par un avortement se contractent à cause de non utilisation ou la mauvaise utilisation des méthodes de contraception [3]. Pour limiter les grossesses non désirées et donc réduire ces avortements, la promotion de la contraception immédiate après avortement s'avère indispensable. La prévalence contraceptive au niveau national est faible soit 19% ; raison pour laquelle les avortements contribuent à augmenter le taux de mortalité maternelle [3]. L'intérêt de cette étude réside dans la nécessité de promouvoir l'utilisation des méthodes modernes de contraception (MMC) après un avortement [3]. L'avortement, qu'il soit spontané ou provoqué, est un événement qui expose les femmes à des risques de complications et de récides de grossesses non désirées. La mise en place d'une contraception post-avortement est une stratégie clé pour réduire la mortalité et la morbidité maternelles [4]. Le but cette étude était d'étudier l'acceptabilité des méthodes modernes de contraception après un avortement dans deux hôpitaux de référence de Yaoundé.

Patients et Méthodes

Il s'est agi d'une étude descriptive transversale avec collecte prospective des données des patientes ayant présenté un avortement à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) et l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY). L'étude s'est déroulée pendant 6mois, du 1er février 2023 au 31 juillet 2023. Etaient incluses toutes les femmes ayant été prises en charge pour un avortement et qui ont acceptés librement de participer à l'étude. N'ont pas été incluses dans notre étude les femmes qui étaient physiquement ou mentalement incapables de mener l'interview. La taille minimale de notre échantillon calculée par la formule de Lorentz était : $N = P(1-P) / Z^2 \cdot d^2 = 100$ patients, avec P = la prévalence de la contraception de longue durée d'action au centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant de N'Djamena qui est de 7,01% [4]. La collecte des données s'est faite à l'aide de notre fiche technique que nous avons soumise à toutes les femmes en post-abortum qui pouvaient bénéficier d'une contraception

dans le post-abortum et éligibles pour notre étude. Pour celles n'étant plus dans le service les informations ont été recueillies par entretien téléphonique. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques et économiques, les données liées à l'avortement, l'exposition de la femme aux messages sur la planification familiale, la connaissance de la répondante sur les méthodes contraceptives modernes, l'influence de la coutume et de la religion sur l'utilisation des MMC, la discussion de la contraception au sein du couple, l'influence du conjoint ou de la famille, l'acceptabilité des MMC, les types des MMC acceptées, la raison de non utilisation des MMC et la connaissance sur l'existence d'un service de planification familiale.

Les données étaient compilées à l'aide du logiciel CPro (Census and Survey Processing System) 7.7 et le logiciel IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) version 22, pour l'analyse. Les variables qualitatives ont été exprimées par leur représentation graphique au travers de diagrammes en bande et en camembert. Les variables quantitatives ont été exprimées par la moyenne et écart-type accompagnée des extrêmes. Les facteurs influençant l'acceptabilité en analyse bi variée ont été évalués par le test exact de Fisher et test de Chi deux. Le seuil de signification statistique a été fixé à 0,05 et l'intervalle de confiance à 95%. La clairance éthique a été obtenue. Le protocole de recherche a été soumis au comité institutionnel d'éthique et de la recherche (CIER) de la Faculté de Médecine des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I et au Comité Institutionnel d'Éthique pour la Recherche en Santé Humaine (CIERSH) pour approbation. Avant de débiter la collecte de données, l'autorisation de travail de recherche a été obtenue au sein de l'Hôpital Gynéco- Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé et l'Hôpital Central de Yaoundé. La confidentialité des informations et le strict respect des participantes ont été assurés.

Résultats

Au terme de notre étude, 146 femmes ont été interrogées. Parmi ces femmes, 23 ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Nous avons ainsi retenu 123 femmes qui répondaient aux critères d'inclusion constituant donc la taille de notre échantillon. L'âge des patientes variait entre 16 et 42 ans avec un âge moyen de 28 ± 7 ans. Le niveau d'instruction équivalant au secondaire était le plus retrouvé (47,1%). Les patientes étaient principalement des ménagères (35%) et des élèves/étudiantes (28,4%). Quarante-quatre pour cent des patientes étaient paucigestes, et 33% paucipares et pour celles qui avaient les enfants, la majorité avait entre 1 et 3 enfants (52%). Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques sont représentées dans le tableau 1.

Tableau I : caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participantes

Variables	Effectif (n)	Fréquence (%)
Niveau d'étude		
Pas d'étude	4	3,3
Primaire	25	20,3
Secondaire	58	47,1
Supérieur	36	29,2
Profession		
Secteur privé informel	19	15,4
Ménagères	43	35,0
Étudiante/élève	35	28,4
Secteur privé formel	12	9,7
Fonctionnaire	14	11,4
Religion		
Musulman	9	7,3
Catholique	67	54,4
Protestante	27	21,9
Autres	20	16,2
Région d'origine		
Extrême-Nord	12	9,7
Centre	37	30,0
Ouest	36	29,2
Littoral	12	9,7
Autres	26	21,1
État civil		
Célibataire	80	65,0
Mariée	43	34,9
Gestité		
1	28	22,7
2 – 3	54	43,9
4	18	14,6
≥5	23	18,7
Parité		
Nullipare	40	32,5
Primipare	31	25,2
Paucipare	34	27,6
Multipare	7	5,7
Grande multipare	11	9,0
Enfants vivants		
0	40	32,5
1-3	64	52,0
≥4	19	15,4
Types d'avortement		
Spontané	100	81,3
provoqué	23	18,7
Méthode utilisée		
Médicamenteuse	14	60,9
Manipulation endoutérine	32	39,1
Délais de consultation		
1 jour	69	56,1

Variables	Effectif (n)	Fréquence (%)
2-4 jours	35	28,4
≥5 jours	19	15,4
Motif de consultation		
Saignement per vaginal	107	87
Algie pelvienne	91	74
Autres (fièvre, fatigue...)	17	13,8
Mode de prise en charge		
Médicamenteux	36	29,2
Aspiration utérine	87	70,7
Complications		
Oui	37	30,1
Non	86	67,1
Type de complication		
Anémie	28	75,7
Choc hémorragique	13	35,1
Endométrite	9	24,3

Quatre-vingt-huit participantes (71,5%) avaient déjà entendu parler des méthodes contraceptives. Les principales sources d'information étaient le personnel de santé (n= 41, 46,5%) et les médias à 21,6 % (n=19, 21,6%). La MMC la plus connue était les préservatifs soit 30,7% (n= 27, 30,7%). Soixante-cinq pour cent (n=80) connaissaient un endroit où se procurer une MMC. Les structures les plus citées étaient l'hôpital (87,5%) et la pharmacie (10%). L'estimation du cout pour la prestation était très accessible pour 55% et accessible pour 39%. Quarante-quatre (35,6%) de nos patientes discutaient de la contraception avec leurs conjoints et 61,4% (n=27) des partenaires étaient favorables à l'adoption de ladite contraception. Le taux d'acceptabilité de MMC après avortement était de 44,7% (n=55). Ceci était décrit dans la figure 1.

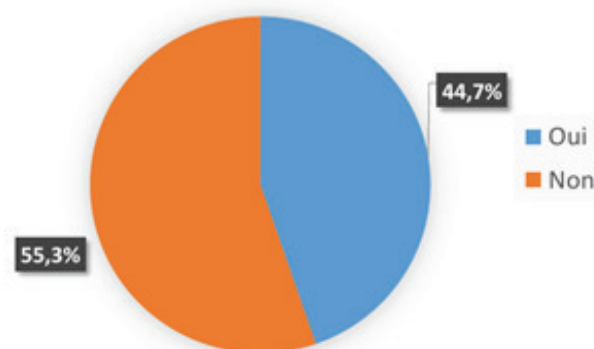


Figure 1 : Acceptabilité des méthodes de contraception

Les méthodes modernes de contraception les acceptées sont représentées à la figure 2.

L'analyse bi-variée montre une association statistiquement significative entre l'acceptabilité des MMC et le saignement comme motif de consultation (OR= 4,10 IC [1,10 – 15,21]) et la transfusion sanguine

(OR=2,69 IC [1,08 – 6,69]). La connaissance d'au moins une MMC (OR= 3,87 ; IC. [1,58 – 9,45]), le fait d'avoir un avis favorable sur l'utilisation de ces méthodes (OR= 34,07 ; IC. [11,4 – 43,5]) l'utilisation antérieure d'une méthode contraceptive (OR= 6,47 ; IC. [2,75 – 15,21]).

La discussion au sein du couple de la contraception (OR=7,77 ; IC. [3,35 – 18,03]) et l'avis favorable du conjoint à l'usage de cette contraception étaient (OR=15,63 ; IC. [8,9 – 21,3]).

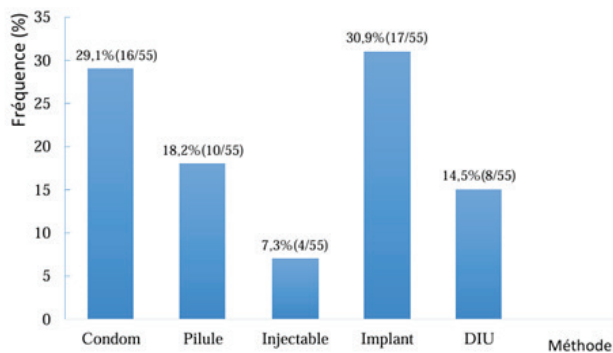


Figure 2 : distribution des participantes selon la MMC

Tableau II : facteurs en rapport avec l'acceptabilité des MMC en analyse bivariée

Variables	Acceptabilité des MMC n(%)		OR [IC à 95%]	p-value
	Oui, N = 55	Non, N = 68		
Type d'avortement				
Spontané	42 (76,3%)	58 (85,3%)	0,56 [0,2 – 139]	0,207
Délais de consultation				
0-1 jour	25 (45,4%)	44 (64,7%)	0,46 [0,32 – 1,03]	0,065
Saignement per vaginal				
Oui	52 (94,5%)	55 (8,8%)	4,10 [1,10 – 15,21]	0,025
Transfusion sanguine				
Oui	16 (29%)	9 (13,2%)	2,69 [1,08 – 6,69]	0,030
Désir d'avoir d'autres enfants				
Oui	29 (69%)	35 (85%)	0,38 [0,13 – 1,13]	0,077
Connaissance MCM				
Oui	47 (85,4%)	41 (60,3%)	3,87 [1,58 – 9,45]	0,002
Avis sur l'usage des MCM				
Favorable	47 (85,4%)	10 (14,7%)	34,07 [11,4 – 43,5]	<0,001
Opinion de la famille sur MCM				
Favorable	35 (63,6%)	28 (41,1%)	2,50 [0,97 – 4,56]	0,065
Discussion avec conjoint				
Oui	33 (60%)	11 (16,1%)	7,77 [3,35– 18,03]	<0,001

Variables	Acceptabilité des MMC n(%)		OR [IC à 95%]	p-value
	Oui, N = 55	Non, N = 68		
Avis du conjoint sur MCM				
Favorable	25 (75,7%)	2 (18,1%)	15,63 [8,9 – 21,3]	<0,001
Utilisation antérieure des MCM				
Oui	29 (52,7%)	10 (14,7%)	6,47 [2,75– 15,21]	<0,001

L'analyse multivariée des facteurs de l'acceptabilité des méthodes modernes de contraception ne montres aucun facteur statiquement significatif (Tableau III).

Tableau III : facteurs en rapport avec l'acceptabilité des MMC en analyse multivariée

Variables	OR ¹	95% CI ¹	p-value
Saignement per vaginal			
Oui	7.49	0.04, 1,853	0.4
Transfusion sanguine			
Oui	829, 232, 149	0.00, NA	>0.9
Connaissez-vous les méthodes contraceptives ?			
Oui	—	—	—
Non	0.36	0.00, 29.4	0.6
Avis de la femme sur l'utilisation des MMC			
Favorable	—	—	—
Défavorable	0.00	—	>0.9
Discussion de la contraception avec le conjoint			
Oui	—	—	—
Non	0.00	—	>0.9
Avis du conjoint sur l'usage des MMC			
Favorable	—	—	—
Non favorable	0.07	0.00, 0.77	0.056
Ne sait pas	320, 595, 751	0.00, NA	>0.9
Utilisation antérieure de MMC			
Oui	—	—	—
Non	0.14	0.00, 3.24	0.2

Discussion

Cette étude visait à évaluer l'acceptabilité des méthodes modernes de contraception (MMC) après avortement et à identifier les facteurs qui y sont associés dans deux hôpitaux de Yaoundé, en tenant compte des spécificités culturelles du contexte camerounais. L'âge moyen des participantes était de 28 ans, reflétant non seulement les données épidémiologiques classiques [5], mais aussi les réalités culturelles locales où cette tranche d'âge correspond à une période de transition entre célibat prolongé et union stable dans la société camerounaise moderne. Cette prédominance dans une cohorte sexuellement active concorde avec les observations de Fomsou au Tchad et Kubuya en RDC

[6-7], suggérant des patterns régionaux influencés par les mutations socioculturelles contemporaines en Afrique centrale.

Le niveau d'instruction secondaire prédominant constitue un marqueur socioculturel significatif dans le contexte camerounais, où l'éducation formelle coexiste avec les systèmes de connaissances traditionnels. Cette dualité éducative pourrait expliquer pourquoi, malgré une exposition théorique à l'information contraceptive confirmée par Matungulu au Congo [8], l'acceptabilité effective reste limitée. Les représentations culturelles de la fertilité, profondément ancrées dans l'inconscient collectif africain, persistent malgré l'éducation moderne et influencent les décisions reproductives.

La prédominance déclarée d'avortements spontanés (81%) révèle l'impact des tabous culturels et religieux profondément enracinés dans la société camerounaise. Cette sous-déclaration probable des avortements provoqués s'inscrit dans un contexte où la maternité est culturellement valorisée comme accomplissement féminin fondamental. Les croyances traditionnelles, renforcées par les influences religieuses (christianisme et islam), créent un environnement stigmatisant autour de l'interruption volontaire de grossesse [4]. Cette réalité culturelle contraste avec les études de Bankole et Sepou [9-10], menées dans des contextes méthodologiques différents, soulignant l'importance des approches culturellement adaptées dans la recherche reproductive africaine.

Les connaissances contraceptives élevées (71%) masquent une complexité culturelle significative. Dans la cosmogonie africaine traditionnelle, la procréation revêt une dimension spirituelle et sociale qui transcende les considérations purement médicales. Cette vision holistique de la reproduction explique pourquoi la connaissance technique des méthodes ne se traduit pas automatiquement par leur adoption [11-12]. Le personnel de santé, bien qu'identifié comme source principale d'information, doit composer avec des systèmes de croyances où les aînés, les tradipraticiens et les leaders communautaires exercent une influence considérable sur les décisions reproductives.

L'importance du soutien conjugal observée dans notre étude reflète les structures patriarcales traditionnelles camerounaises, où les décisions reproductives demeurent largement masculines. Cette réalité culturelle, confirmée par les études éthiopiennes et kenyanes [13-14], illustre la persistance des hiérarchies de genre dans les sociétés africaines modernisantes. Paradoxalement, cette dépendance décisionnelle peut constituer soit un levier d'amélioration de l'acceptabilité contraceptive (lorsque l'homme est sensibilisé), soit un obstacle majeur (en cas de résistance masculine). Les

traditions polygames latentes, même dans les unions monogames officielles, compliquent davantage ces dynamiques en maintenant des représentations masculines de virilité liées à la capacité procréatrice.

Le taux d'acceptabilité de 44,7%, bien qu'inférieur aux études ghanéennes et kenyanes [10,14], s'explique par des facteurs culturels spécifiques au contexte camerounais. Les représentations négatives des contraceptifs hormonaux, alimentées par des rumeurs communautaires sur leurs effets sur la fertilité future, persistent malgré l'information médicale. L'acceptabilité supérieure de l'implant pourrait refléter un changement générationnel dans l'approche contraceptive, les jeunes femmes étant plus réceptives aux méthodes discrètes qui préservent l'autonomie reproductive face aux pressions familiales et communautaires [15]. Les croyances traditionnelles associent souvent la contraception moderne à une forme de stérilité induite, concept particulièrement anxiogène dans des cultures où l'infécondité est perçue comme malédiction ou échec personnel. Cette appréhension culturelle explique partiellement pourquoi les méthodes réversibles à long terme comme l'implant gagnent en acceptabilité. Elles offrent un compromis entre efficacité contraceptive et réversibilité rassurante.

L'absence de facteurs significatifs persistants en analyse multivariée révèle la complexité multicausale de l'acceptabilité contraceptive dans le contexte africain. Cette situation suggère que les déterminants traditionnellement identifiés dans les études occidentales s'entrecroisent avec des variables culturelles non mesurées : influences familiales étendues, pressions communautaires, représentations spirituelles de la procréation, et codes sociaux implicites régissant la sexualité féminine. Ces résultats soulignent l'impératif de développer des stratégies d'intervention culturellement compétentes, intégrant les systèmes de croyances locaux plutôt que de les ignorer. L'amélioration de l'acceptabilité contraceptive post-abortum nécessite une approche holistique reconnaissant la légitimité des préoccupations culturelles tout en proposant des solutions adaptées. Cela implique l'engagement des leaders traditionnels et religieux, la formation culturelle du personnel soignant, et le développement de messages de sensibilisation respectueux des valeurs communautaires. La recherche future devrait privilégier des méthodologies mixtes combinant approches quantitatives et explorations qualitatives approfondies des représentations culturelles de la contraception. Cette approche permettrait une compréhension plus nuancée des déterminants de l'acceptabilité contraceptive dans le contexte africain contemporain, caractérisé par la coexistence dynamique entre modernité et traditions.

La taille limitée de l'échantillon, couplée à cette

complexité culturelle, pourrait masquer des associations subtiles nécessitant des approches méthodologiques culturellement adaptées. Les instruments de mesure occidentaux standardisés peinent souvent à capturer les nuances des systèmes de valeurs africains, nécessitant le développement d'outils d'évaluation contextualisés.

Conclusion

Cette étude démontre que l'acceptabilité des méthodes modernes de contraception en période post-abortum demeure suboptimale, révélant ainsi un écart critique entre les besoins contraceptifs et leur satisfaction effective chez une population particulièrement vulnérable. En effet, l'objectif d'évaluation de cette acceptabilité a mis en évidence un paradoxe fondamental : bien que les connaissances contraceptives déclarées soient élevées, néanmoins, la transition vers l'adoption effective reste entravée par des barrières complexes, tant individuelles que systémiques. Par conséquent, les déterminants identifiés tels que les facteurs cliniques (saignements, transfusion), les facteurs cognitifs (connaissances, attitudes) et les facteurs sociaux (dialogue conjugal, soutien partenarial) dessinent un profil multidimensionnel nécessitant une approche de santé publique intégrée. Parallèlement, l'émergence de l'implant comme méthode la plus acceptée signale une évolution prometteuse vers les contraceptifs longue durée d'action, ouvrant ainsi des perspectives stratégiques pour l'optimisation des programmes nationaux de planification familiale. Dans cette perspective, l'intégration technologique offre des opportunités inédites pour surmonter les barrières identifiées. D'une part, les plateformes de santé numérique peuvent démocratiser l'accès à l'information contraceptive, particulièrement auprès des jeunes femmes célibataires identifiées comme population cible prioritaire. D'autre part, les applications mobiles de conseil contraceptif personnalisé pourraient combler le déficit de counseling individualisé dans les contextes à ressources limitées. De surcroît, la télémédecine reproductive émergente peut révolutionner le suivi contraceptif, particulièrement pour les méthodes longue durée comme l'implant, réduisant par là même les barrières géographiques et temporelles à l'accès aux soins spécialisés. En définitive, la recherche opérationnelle future doit privilégier les essais d'intervention communautaire randomisés, évaluant l'efficacité comparative des différentes stratégies de promotion de la santé contraceptive dans les contextes africains. Cette approche evidence-based permettra l'élaboration de recommandations contextualisées pour l'ensemble de la région subsaharienne confrontée à des défis similaires, contribuant ainsi à l'amélioration durable de la santé reproductive en Afrique.

Conflits d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en rapport avec cette étude.

Contributions des auteurs : **Conception et supervision de l'étude** : Sakinatou Dadda, Ngo Dingom, Dohbit Julius Sama, Essiben Felix, **Collecte et analyse des données** : Inna Rakya, Salamatou Souley, Souadatou, Abdoul-Aziz, Bayala Yannick Laurent Tchenadoyo, **Rédaction et révision critique du manuscrit** : Sakinatou Dadda, Abdoul-Aziz, Bayala Yannick Laurent Tchenadoyo, **Validation finale** : Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

1. OMS. Travailler ensemble pour la santé : rapport sur la santé dans le monde. 2006. 105-128p
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion : estimates from a comprehensive model for 1990 – 2019. *Lancet Glob Health* 2020;10(1) 30315-6.
3. MINSANTE. Plan opérationnel de planification familiale Cameroun. 2014;1-121.
4. Abebe A, Wudu M, Estifanos N. Postabortion Contraception Acceptance and Associated Factors in Dessie Health Center and Marie Stopes International Clinics, South Wollo Northeast, Amhara Region, *Int J Reprod Med*. 2019;1-10.
5. Essiben M, Essiben F, Eyongeta D, Kago G, Clauvel NA, Hermann N, et al. Contraception moderne : connaissances et attitudes des accouchées du district sanitaire de Talangaï. *Health Sciences and Disease*. 2020 May;21(3):100-5.
6. Founsou A, Ache H, Khebba F, Gabkika BM, Koïdé S. Epidémiologie et effets secondaires des contraceptions de longue durée d'action au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant de N'Djamena. *Revue Africaine de Santé Reproductive*. 2021 Jan-Mar;22(1):1-6.
7. Kubuya KK, Kibanja T. La contraception post-avortement médicalisé à Walikale (RDC) : étude prospective. *Annales de l'Université de Gombe - Série Sciences de la Santé*. 2023 Jan-Jun;13(1):45-52.
8. Coast E, Murray SF. Social Science & Medicine " These things are dangerous " : Understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. *Soc Sci Med*. 2016;153:201-9.
9. Matungulu MC, Ilunga KS, Ntambwe MA, Musau NA, Ilung MT. Médecine d ' Afrique Noire Facteurs associés à l ' utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d ' action et permanentes dans la ville de Lubumbashi, RD Congo. *Médecine d'Afrique Noire*. 2017;64:1-11.
10. Johnson OE. Determinants of modern contraceptive uptake among Nigerian women: evidence from the National Demographic and Health Survey. *African Journal of Reproductive Health*. 2017 Sep;21(3):89-95. doi:10.29063/ajrh2017/v21i3.9 [actual DOI]
11. Takele A, Degu G, Yitayal M. Demand for long acting and permanent methods of contraceptives and factors for non-use among married women of Goba Town, Bale Zone, South East Ethiopia. *BMC Public Health*. 2012;12:434. doi:10.1186/1471-2458-12-434
12. Mekonnen W, Worku A. Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. 2011;1-8.
13. Levi A, Wapnir I, Chakravarty EF, Abu-khalaf MM. contraceptive preferences of postabortion patients in Ghana. 2012;1:2167-0420.
14. Makenzius M, Faxelid E, Gemzell-danielsson K, Theresa M, Otero A, Klingberg-allvin M, et al. Contraceptive uptake in post abortion care — Secondary outcomes from a randomised controlled trial, Kisumu, Kenya. 2018;354:1-13.

15. Town M, Abdrahman MA. Long acting contraceptive method utilization and associated factors among reproductive age women in Arba Minch Town, Ethiopia. PLoS One. 2021;16(5):e0251956. doi:10.1371/journal.pone.0251956

