

# Connaissances et satisfaction des femmes en matière de planification familiale du postpartum dans le district sanitaire de Yako : effets d'un nouvel outil de counseling

Abou COULIBALY<sup>1</sup>, Hyacinthe ZAMANE<sup>2,3</sup>, Tieba MILLOGO<sup>4</sup>,  
Adama BAGUIYA<sup>1</sup>, Franck GARANET<sup>1</sup> et Seni KOUANDA<sup>1,4</sup>

## Résumé

**Introduction** : selon la littérature, les femmes ont des connaissances limitées sur les méthodes contraceptives avec souvent de fausses croyances sur la contraception. L'objectif de cette étude était d'une part d'évaluer les effets d'un nouvel outil de counseling sur les connaissances et la satisfaction des femmes et d'autre part de mesurer l'association entre l'utilisation de la contraception et les variables portant sur les connaissances et la satisfaction des femmes.

**Méthodes** : il s'est agi d'une étude expérimentale avec un design post-intervention avec groupe de comparaison, réalisée dans le district sanitaire de Yako, entre 2016-2019. Nous avons collecté les données sur les connaissances des femmes et leur satisfaction pendant l'utilisation des services de planification familiale. Nous avons utilisé la régression binomiale négative et la régression logistique binaire pour les analyses multivariées. L'exposition à l'outil de counseling est la principale variable indépendante.

**Résultats** : Au total 503 femmes ont été incluses dont 254 du groupe d'intervention et 249 du groupe de comparaison. Il existait une différence statistiquement significative en faveur des femmes du groupe d'intervention pour chacune des cinq variables dépendantes (connaissances générales sur les méthodes contraceptives,  $p=0,004$ ), avantages de la planification familiale (PF) chez la mère  $p=0,044$ , chez l'enfant  $p<0,001$ , satisfaction sur la qualité des soins reçus,  $p<0,001$ ), satisfaction des services de PF,  $p<0,001$ ). En outre, toutes les variables portant sur les connaissances des femmes et leur satisfaction ont un effet positif significatif sur l'utilisation de la contraception moderne.

**Conclusion** : les fausses croyances à l'utilisation de la contraception peuvent être remédiées si un bon counseling est offert aux femmes. Cet outil de counseling, apparait comme une alternative crédible pour les systèmes de santé africains

---

<sup>1</sup> Département Biomédical et Santé Publique, Institut de Recherche en Science de la Santé (IRSS), Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique(CNRST), Ouagadougou 03 BP 7047, Burkina Faso

<sup>2</sup> Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph Ki-Zerbo, Ouagadougou, Burkina Faso.

<sup>3</sup> Département de gynécologie-obstétrique, CHU Yalgado Ouedraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>4</sup> Institut Africain de Santé Publique, Ouagadougou 12 BP 199, Burkina Faso

**Auteur correspondant** : Abou Coulibaly, [samsoncoul@gmail.com](mailto:samsoncoul@gmail.com), Tel : +226 71 40 77 89

caractérisés par une insuffisance en personnel qualifié, souvent limité en connaissances sur les indications, contre-indications et effets secondaires des méthodes contraceptives.

**Mots-clés** : connaissances, satisfaction, contraception, postpartum, femmes

## **Women's knowledge of and satisfaction with postpartum family planning in the Yako health district: effects of a new counseling tool**

### **Abstract**

**Introduction:** According to the literature, women have limited knowledge of contraceptive methods and often hold negative beliefs about contraception. This study aimed to assess the effects of this new counseling tool on women's knowledge and satisfaction and to measure the association between contraceptive use and variables relating to women's knowledge and satisfaction.

**Methods:** This experimental study with a post-intervention design and comparison group was conducted in the Yako health district between 2016 and 2019. We collected data on women's knowledge and satisfaction during family planning services use. We used negative binomial regression and binary logistic regression for multivariate analyses. Exposure to the counseling tool was the main independent variable.

**Results:** 503 women were included, 254 in the intervention group and 249 in the comparison group. There was a statistically significant difference in favor of the intervention group women for each of the five dependent variables (general knowledge of contraceptive methods,  $p=0.004$ ), benefits of family planning for the mother  $p=0.044$ , for the child  $p<0.001$ , satisfaction with the quality of care received,  $p<0.001$ ), satisfaction with family planning services,  $p<0.001$ ). In addition, all the variables relating to women's knowledge and satisfaction significantly positively affected the use of postpartum family planning.

**Conclusion:** Negative beliefs about the use of contraception can be remedied if good counseling is offered to women. This counseling tool appears to be a credible alternative for African healthcare systems, characterized by a shortage of qualified staff, often with limited knowledge of the indications, contraindications, and side effects of contraceptive methods.

Keywords: knowledge, satisfaction, contraception, postpartum, women.

## **Introduction**

De nombreuses barrières empêchent les femmes d'utiliser convenablement la contraception dans le monde mais surtout dans les pays africains. En effet, la prévalence contraceptive moderne chez toutes les femmes (mariées ou non) était estimée en 2019 à 51,3% en Europe contre 15,8% en Afrique de l'Ouest (1). Parmi ces barrières, figurent la crainte ou l'expérience des effets secondaires (2–4), les

barrières culturelles ou religieuses, assimilant la contraception à un avortement du fait de la méconnaissance des mécanismes d'action de certaines méthodes contraceptives (5) et la faible qualité des services de planification familiale disponibles (6–9). Pourtant, un bon counseling peut augmenter significativement les connaissances des femmes sur les méthodes contraceptives, sur leurs avantages pour la mère et l'enfant et du même coup augmenter l'utilisation de la planification familiale après l'accouchement (10–18). L'effet du counseling sur l'utilisation de la contraception est plus prononcé quand il est fait pendant la grossesse, à l'accouchement et dans le postpartum (19). Dans toutes ces études, en dehors de l'étude de Blazer et al (20), qui a rapporté des effets disparates, les effets des interventions sur l'amélioration des connaissances des femmes dans le postpartum sur les méthodes contraceptives n'ont pas été mesurés. Ces études portant sur les interventions dans le postpartum n'ont pas également mesuré la satisfaction des femmes sur les services de planification familiale. C'est ainsi qu'un nouvel outil visant à améliorer les techniques de counseling dans le postpartum (21) a été conçu. L'objectif de cette étude était d'une part d'évaluer les effets de ce nouvel outil de counseling sur les connaissances et la satisfaction des femmes et d'autre part de mesurer l'association entre l'utilisation de la contraception et les variables portant sur les connaissances et la satisfaction des femmes.

## I. Matériel et méthodes

**Cadre et période de l'étude :** cette étude a été réalisée dans le district sanitaire de Yako, au Burkina Faso entre 2016-2019.

**Description de l'essai Yam-Daabo :** la recherche a consisté en une intervention complexe, mise en œuvre en plusieurs phases : la phase pré-formative avait pour but de cartographier et identifier les sites de l'étude pour établir une base de sondage ; la phase formative a eu pour but d'identifier, au travers d'une approche participative utilisant une méthodologie qualitative, les barrières et catalyseurs de la planification familiale du postpartum (PFPP) et de façonner un ensemble d'interventions de PFPP (y compris un outil de counseling en PFPP) pour renforcer les services de consultation prénatale (CPN) et de consultation postnatale (CPoN) et en tester la faisabilité (22) ; enfin la phase interventionnelle a mis en œuvre un essai randomisé contrôlé en grappes. Durant cette phase, l'ensemble des interventions de PFPP pour

renforcer les services de consultation pré et postnatales conçues dans la phase formative a été mis en œuvre dans un groupe de formation sanitaire, afin de pouvoir comparer son effet sur l'utilisation de la contraception avec celui des soins habituels prodigués dans le groupe témoin. Trois interventions ont été mises en œuvre dans les centres de santé et visaient à augmenter l'offre des méthodes contraceptives. Ce sont l'amélioration de la disponibilité des services de PFPP sept jours par semaine, la formation / mise à jour des compétences cliniques sur la PFPP pour les prestataires de services et le renforcement de la supervision de soutien pour les prestataires de services. Trois autres interventions ont été centrées sur les femmes et visaient à créer la demande de planification au niveau des femmes enceintes et dans le postpartum. Ce sont l'outil de counseling en PFPP, les cartes de rendez-vous pour les femmes et les cartes d'invitation pour les partenaires. L'outil de counseling en PFPP a été conçu pour améliorer la qualité du counseling fait aux femmes dans le postpartum en prenant en compte les spécificités et les nouvelles recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour la fourniture des services de planification familiale (21). Cet outil a été utilisé pour chaque femme du groupe d'intervention qui vient en CPN depuis son inclusion. Certaines femmes ont fait 2 ou 3 CPN avant leur accouchement, bien qu'ayant été incluses au 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. Dans le postpartum, l'outil a été également utilisé pour chaque femme du groupe d'intervention qui vient en consultation postnatale (CPoN). Dans chaque centre de santé, une enquêtrice, préalablement recrutée et formée sur les techniques de recherche quantitative, sur la recherche et sur les bonnes pratiques cliniques (avec certification en ligne), a été affectée pour la collecte des données et le suivi des femmes. La technique employée était l'entretien individuel en face-à-face et l'extraction des données pour ce qui concerne certaines caractéristiques comme les données de l'accouchement, les données sur l'utilisation des méthodes dans les registres et aussi les données des carnets des femmes. L'étude a été dotée d'une puissance statistique capable de détecter une différence de 15 points de pourcentage entre le groupe expérimental et le groupe témoin en ce qui concerne la proportion de femmes adoptant une méthode efficace de PFPP à 6 mois post-partum. Cela équivalait à une cohorte de 280 femmes enceintes dans chaque groupe (4 centres x 70 participantes), et au total 560 participantes par pays. Les détails méthodologiques de l'essai Yam-Daabo sont disponibles dans l'article publié sur le protocole (23).

**Collecte des données** : nous avons collecté des données additionnelles sur les connaissances des femmes et leur satisfaction pendant l'utilisation des services de planification familiale. Cette collecte secondaire des données a eu lieu en fin de recherche et a concerné toutes les femmes qui étaient encore disponibles dans les deux groupes de l'étude (groupe d'intervention et groupe de comparaison). Ces données ont été collectées par les mêmes enquêtrices de l'essai par entretien en face à face avec les femmes.

**Type d'étude** : il s'est agi d'une étude expérimentale avec un design post-intervention avec groupe de comparaison.

**Définitions opérationnelles** : ont été considérées comme méthode moderne de contraception, les implants, le dispositif intra-utérin, les progestatifs, les injectables et les pilules.

**Variables** : nous avons considéré cinq variables quantitatives discrètes comme variables dépendantes. Elles représentaient la somme des scores d'un ensemble d'items. La première variable dépendante, portant sur les connaissances sur la planification familiale (PF), comportait 14 items notés 1 point si la femme donne la bonne réponse et 0 dans le cas contraire (soit un minimal théorique de 0 et un maximal de 14). La deuxième variable dépendante, portant sur les connaissances des avantages de la PF chez la mère comportait 11 items, notés 1 point si la femme mentionne l'avantage de façon spontanée et 0 dans le cas contraire. La troisième variable dépendante, portant sur les connaissances des femmes des avantages de la PF chez l'enfant, comportait 6 items, notés 1 point si la femme mentionne l'avantage de façon spontanée et 0 dans le cas contraire. Les items de ces trois variables dépendantes sont listés dans le tableau 1. La quatrième variable dépendante, portant sur le degré de satisfaction des femmes sur la qualité des soins reçus lors des consultations de planification familiale, comportait 12 items notés de 0 à 4 (score maximal théorique de 48 points). Les items de satisfaction des femmes sont résumés dans le tableau 2. Enfin, la cinquième et dernière variable dépendante, portait sur le degré de satisfaction des femmes sur les services de planification familiale. Cette variable dépendante comportait les 12 items de la 4<sup>ème</sup> plus 15 autres items portant sur la commodité (3 items), le coût des services (1 item), la coordination du service (5 items) et les relations interpersonnelles avec le personnel (6 items). Soit au total, 27 items, tous notés de 0 à 4, donc un score maximal théorique de 108 points. L'outil utilisé pour la mesure de la satisfaction a été celui développé par Erci en 2002 (24). L'ensemble des items pour chaque variable dépendante est présenté dans les tableaux I et II.

## Tableau I : items de connaissances

---

### Items de connaissances sur les méthodes contraceptives

---

- La femme définit correctement la MAMA et connaît sa durée d'efficacité
- La femme connaît le stérilet et sa durée d'efficacité
- La femme affirme que les couples qui n'ont jamais eu d'enfant peuvent recourir à la PF
- La femme affirme que les moins de 18 ans peuvent utiliser une méthode de PF sans danger
- La femme affirme que les méthodes de PF ne donnent pas de cancer
- La femme affirme que les méthodes de PF ne donnent pas de malformations congénitales
- La femme affirme que les méthodes de PF ne donnent pas d'avortement
- Connaissance de l'implant et de sa durée d'efficacité
- Connaissance de la pilule et de sa durée d'efficacité
- Connaissance des injectables et de leur durée d'efficacité
- Connaissance des méthodes chirurgicales
- La femme connaît la meilleure attitude en cas d'oubli de la prise de la pilule
- La femme connaît la meilleure attitude en cas de déchirure du condom pendant l'acte sexuel
- La femme connaît la meilleure attitude en cas d'oubli du port du condom

### Items de connaissances sur les avantages de la contraception chez la femme

- Espacement des naissances
- Meilleur état nutritionnel
- Moins exposée à l'anémie
- Moins de complications de grossesse
- Évite les IST/VIH
- Réduit les grossesses non désirées
- Meilleure santé
- Harmonie conjugale / bonheur conjugal
- Elle a plus de temps libre
- La famille a plus d'argent
- Tranquillité d'esprit

### Items de connaissances sur les avantages de la contraception chez l'enfant

- Une meilleure croissance
  - Meilleur état nutritionnel
  - Meilleure santé
  - Meilleure chance de survie
  - Une meilleure attention par la mère
  - Meilleure éducation
-

## Tableau II : Items de satisfaction des femmes

---

Items de satisfaction des femmes
Lieu d'attente (place assise)
Propreté des locaux et de la salle d'examen
Luminosité de la salle d'examen
Coût de la consultation pour la PF et coût des produits contraceptifs
Distance avec le centre de santé
Temps d'attente
Nombre de prestataires offrant les soins de PF
Disponibilité des méthodes de PF dans la formation sanitaire
Horaires d'ouverture des services de PF
Accueil/Salutations des prestataires
Respect de la confidentialité de la consultation avec le prestataire
Respect de l'intimité lors de la consultation
Respect que les prestataires vous accordent pendant les consultations
Gentillesse des prestataires (courtoisie)
Mot d'au revoir du personnel
Horaire d'ouverture des services
Compétences/Qualification du personnel
Informations sur les différentes méthodes de PF disponibles
Informations sur les avantages de la PF chez la mère
Informations sur les avantages de la PF chez l'enfant
Explications sur le mode d'action des méthodes contraceptives
Explications des prestataires en cas d'éventuels problèmes/effets seco
Possibilité de discuter de problèmes ou de préoccupations concernant v
Conseils des prestataires sur l'intervalle intergénésiq
Explication des prestataires pour les RDV futurs au centre de santé po
Durée de la consultation avec les prestataires
Qualité de l'examen clinique dans la salle

---

**Traitement et analyse des données** : nous avons comparé les caractéristiques des femmes à l'inclusion dans les deux groupes à l'aide du test de chi-carré au seuil de 5%. Puis nous avons réalisé une régression binomiale négative à l'aide du logiciel Stata 18.0 car la description des variables dépendantes selon certaines statistiques a

montré qu'elles n'avaient pas une distribution normale (dispersion statistique importante de ces variables autour de leurs moyennes). Pour chaque variable dépendante, nous avons mesuré son association brute avec la principale variable indépendante (exposition à l'outil de counseling, variable binaire codée 0 pour les femmes du groupe de comparaison et 1 pour les femmes du groupe d'intervention). Puis, nous avons ajusté les coefficients obtenus en incluant dans les modèles de régression des variables sociodémographiques des femmes telles que le niveau d'instruction et l'âge (recodé en groupes). Tous les coefficients ont été interprétés avec un risque d'erreur de 5%.

Nous avons également mesuré l'association entre l'utilisation de la contraception et les variables portant sur les connaissances et la satisfaction, pour savoir à quelle hauteur, elles pouvaient influencer le choix d'une méthode contraceptive moderne dans le postpartum. Pour cette dernière partie, nous avons utilisé le modèle de régression logistique binaire, en ajustant les résultats sur les caractéristiques sociodémographiques.

## **Considérations éthiques**

L'essai randomisé Yam-Daabo a obtenu les approbations du comité d'éthique de l'OMS et du comité d'éthique pour la recherche en santé (CERS) du Burkina. Le protocole de recherche de la collecte additionnelle portant sur les connaissances et la satisfaction des femmes a également été obtenu l'approbation du CERS du Burkina Faso. Aussi, les autorisations ont été demandées pour l'obtention du consentement des autorités administratives des services de santé. Le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations a été de mise tout au long de cette recherche.

## **II. Résultats**

Au total 503 femmes ont été incluses dont 254 du groupe d'intervention et 249 du groupe de comparaison (Figure 1). L'analyse des effectifs selon les caractéristiques sociodémographiques a montré une inégale répartition selon les groupes d'âge (Tableau III).

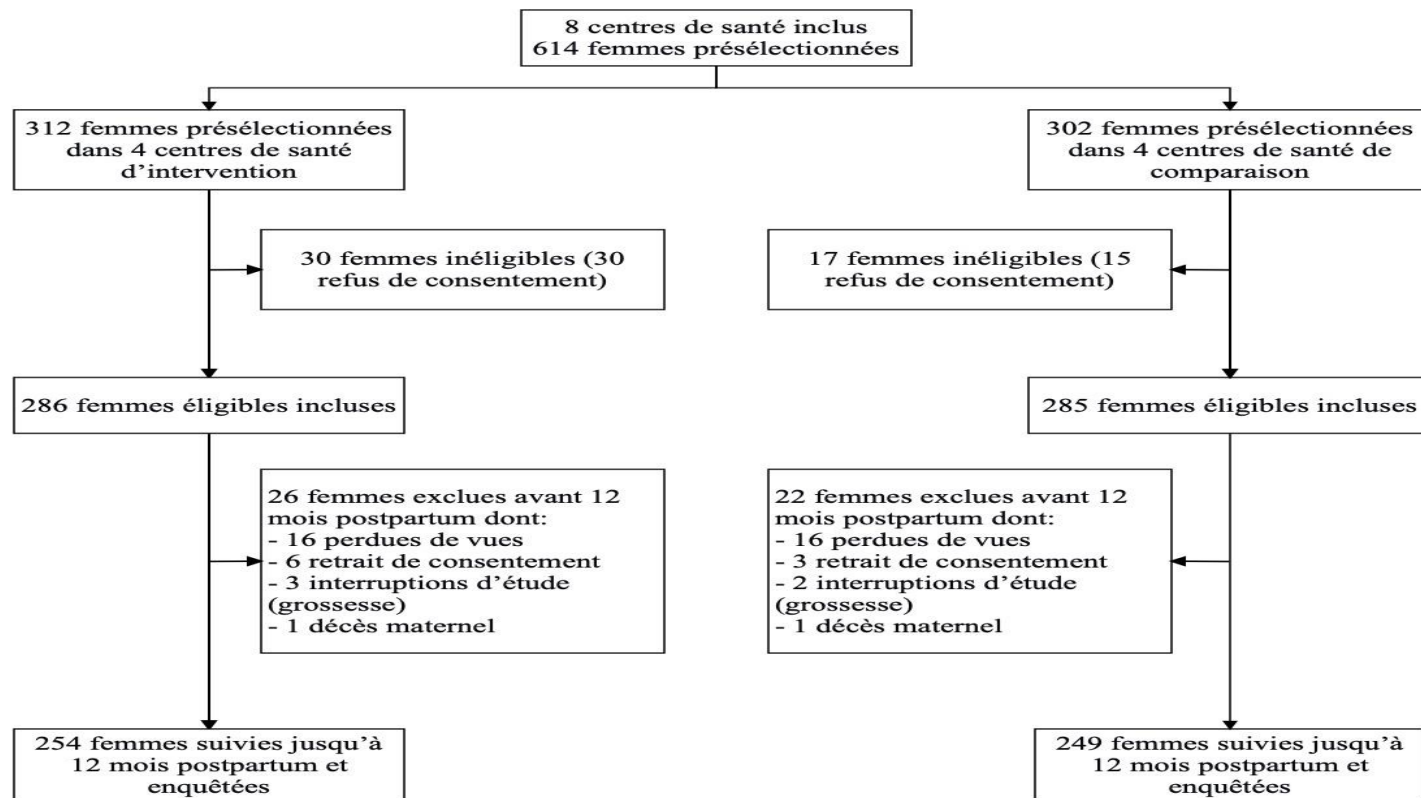


Figure 1 : diagramme de flux de la recherche

**Tableau III** : caractéristiques sociodémographiques des femmes

	Exposé à l'outil		Non exposé à l'outil		p
	N	%	N	%	
<b>Age de la femme</b>					<b>0,003</b>
Moins de 20 ans	30	11,8	51	20,5	
20 - 24 ans	58	22,8	73	29,3	
25 - 29 ans	74	29,1	53	21,3	
30 - 34 ans	47	18,5	46	18,5	
35 et +	45	17,7	26	10,4	
<b>Nombre total de grossesses</b>					<b>0,171</b>
Aucune grossesse	38	15	47	18,9	
1 - 3 grossesses	111	43,7	122	49	
4 - 6 grossesses	88	34,6	65	26,1	
7 grossesses et +	17	6,7	15	6	
<b>Plus haut niveau d'éducation</b>					<b>0,722</b>
Aucune instruction	179	70,5	181	72,7	
Primaire	36	14,2	36	14,5	
Secondaire/Supérieur	39	15,4	32	12,9	
<b>Statut matrimonial actuel</b>					<b>0,714</b>
Non en union	4	1,6	5	2	
En union	250	98,4	244	98	

Il existait une différence statistiquement significative en faveur des femmes du groupe d'intervention pour chacune des trois variables dépendantes portant sur les connaissances des femmes. Les femmes du groupe d'intervention avaient de meilleures connaissances sur la PF (coefficient ajusté =0,11 ; IC à 95%=[0,04 ; 0,18] ; p=0,004), sur les avantages de la PF chez la mère (coefficient ajusté =0,10 ; IC à 95%=[0,00 ; 0,20] ; p=0,044, significativité marginale) et chez l'enfant (coefficient ajusté =0,21 ; IC à 95%=[0,11 ; 0,28] ; p<0,001).

Pour la satisfaction, il a également été noté une différence statistiquement significative entre les deux groupes. Les femmes du groupe d'intervention étaient nettement non seulement plus satisfaites de la qualité des soins reçus (coefficient ajusté=0,10 ; IC à 95%=[0,07 ; 0,13] ; p<0,001), mais aussi des services de planification familiale (coefficient ajusté=0,12 ; IC à 95%=[0,10 ; 0,15] ; p<0,001). Ces différents résultats sont dans le tableau IV.

**Tableau IV** : coefficients non ajustés et ajustés de l'effet de l'outil de counseling sur les connaissances et la satisfaction des femmes

	<b>Coefficients non ajustés</b>	<b>p</b>	<b>Coefficients ajustés*</b>	<b>p</b>
	<b>(IC à 95%)</b>		<b>(IC à 95%)</b>	
Connaissances des femmes sur la PF	0,11[0,04 ; 0,18]	0,003	0,11[0,04 ; 0,18]	0,004
Connaissances des femmes des avantages de la PF chez la mère	0,11[0,02 ; 0,21]	0,023	0,10[0,00 ; 0,20]	0,044
Connaissances des femmes des avantages de la PF chez l'enfant	0,21[0,13 ; 0,30]	<0,001	0,20[0,11 ; 0,28]	<0,001
Satisfaction sur la qualité des soins	0,10[0,07 ; 0,13]	<0,001	0,10[0,07 ; 0,13]	<0,001
Satisfaction sur la fréquentation des services de planification familiale	0,13[0,10 ; 0,15]	<0,001	0,12[0,10 ; 0,15]	<0,001

\* : les coefficients ont été ajustés sur l'âge et le niveau d'instruction

Toutes les variables portant sur les connaissances des femmes ont un effet positif significatif sur l'utilisation de la contraception moderne (tableau V).

**Tableau V** : Effets ajustés des connaissances et de la satisfaction des femmes sur l'utilisation de la contraception

	<b>Coefficients non ajustés</b>	<b>p</b>	<b>Coefficients ajustés*</b>	<b>p</b>
	<b>(IC à 95%)</b>		<b>(IC à 95%)</b>	
Connaissances des femmes sur la PF	0,10[0,04 ; 0,17]	0,002	0,09[0,02 ; 0,16]	0,013
Connaissances des femmes des avantages de la PF chez la mère	0,20[0,10 ; 0,30]	<0,001	0,18[0,08 ; 0,28]	0,001
Connaissances des femmes des avantages de la PF chez l'enfant	0,29[0,15 ; 0,44]	<0,001	0,25[0,10, 0,40]	0,001
Satisfaction sur la qualité des soins	0,04[0,02 ; 0,07]	0,003	0,04[0,01, 0,07]	0,013
Satisfaction sur la fréquentation des services de planification familiale	0,03[0,01 ; 0,04]	0,000	0,02[0,01 ; 0,04]	0,001

\* : les coefficients ont été ajustés sur l'âge et le niveau d'instruction

### III. Discussions

Les résultats de cette étude nous permettent de dire que l'exposition des femmes à l'outil de counseling augmente leurs connaissances sur la planification familiale, sur les avantages de la PF chez la mère et chez l'enfant. En outre, l'utilisation de l'outil de counseling augmente la satisfaction des femmes.

Des résultats similaires ont été retrouvés par plusieurs auteurs qui dans leurs différents travaux portant sur les effets des messages, de dépliants éducatifs et d'outils de counseling sur les connaissances des femmes, ont montré une amélioration significative (25–29). Mais, si l'étude Reyes-Lacalle et al (28), comme notre étude, a montré un effet positif significatif sur la satisfaction des femmes, celle de Frarey et al (27), ayant porté sur le counseling postpartum chez les mères adolescentes

primipares, dans un essai contrôlé randomisé n'a montré aucun effet sur leur satisfaction.

Nos résultats portant sur le lien entre les connaissances et l'utilisation des méthodes contraceptives sont importants en matière de PF d'autant plus que plusieurs études ont révélé que la faible connaissance des femmes sur la PF est une des barrières importantes de l'utilisation de la PF. Nos résultats montrent que, plus la connaissance de la femme (sur la planification familiale, de ses avantages chez la mère et chez l'enfant) augmente, plus elle est susceptible d'utiliser la contraception moderne. Cela a été confirmé par d'autres auteurs comme O'Shea et al et Adeyemi et al (30,31), qui ont décrit la faible accessibilité des informations sur la contraception ou le manque de connaissance des méthodes contraceptives comme des obstacles à l'utilisation de la PFPP. Il est donc très crucial de promouvoir des interventions visant à outiller les femmes sur la contraception car l'amélioration de leurs connaissances permettra de lutter efficacement contre les fausses croyances, la désinformation et les barrières culturelles et religieuses. Notre revue de la littérature a d'ailleurs montré que l'insatisfaction à l'égard des méthodes, les échecs des méthodes contraceptives, les mauvaises expériences avec les effets secondaires, les problèmes de confidentialité et les fausses croyances sont associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes (4,32,33), les séances de counseling peuvent améliorer les connaissances des femmes sur les méthodes contraceptives (les différents types de méthodes, les durées, les indications, les contre-indications et les effets secondaires) et l'amélioration des connaissances permet d'augmenter l'utilisation des méthodes contraceptives (32,34) et enfin la qualité de la communication entre les agents et les utilisatrices des services de PF est déterminante dans le choix des méthodes (35–37).

Cependant, notre étude comporte certaines limites dues au fait que nous n'avons pas mesuré les connaissances des femmes avant l'exposition à l'outil de counseling. Cela nous aurait permis sans doute, à travers la méthode d'analyse de la double différence, d'être plus confortable dans l'attribution de la différence observée entre les groupes aux effets de l'exposition. Mais la randomisation, bien qu'étant au niveau cluster, a permis de minimiser ces probables biais car effectivement, les deux groupes étaient similaires en termes de caractéristiques sociodémographiques à l'inclusion sauf pour l'âge (qui a été utilisé d'ailleurs comme variable d'ajustement).

## **Conclusion**

Au vu de ces résultats, nous pensons que les mauvaises croyances sur les méthodes contraceptives peuvent être remédiées si un bon counseling est offert aux femmes. Dans ce sens, l'outil de counseling, développé par l'OMS apparaît comme une alternative crédible pour les systèmes de santé africains caractérisés non seulement par une faiblesse des plateaux techniques mais aussi une insuffisance en personnel qualifié, souvent limité en connaissances sur les indications et contre-indications des méthodes contraceptives.

## **Remerciements**

Coulibaly Abou a reçu un financement de l'Alliance HRP, qui fait partie du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) du PNUD, du FNUAP, de l'UNICEF, de l'OMS et de la Banque mondiale, un programme coparrainé exécuté par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), pour achever ses études de doctorat en épidémiologie. Nous remercions également le département biomédical et de santé publique de l'Institut de recherche des sciences de la santé.

## **Déclaration sur l'inclusion de participants mineurs**

Dans le cas de participants mineurs, le consentement éclairé du parent ou du tuteur légal a été obtenu conjointement avec l'assentiment éclairé du participant mineur (moins de 18 ans).

## **Déclaration sur toutes les procédures de cette recherche**

Toutes les méthodes ont été réalisées conformément aux directives et réglementations pertinentes.

## **Financement**

L'essai clinique Yam Daabo a été financé avec les Fonds Muskoka et la collecte des données sur 24 mois a été réalisée avec le soutien financier de l'Organisation Mondiale de la Santé.

## **Affiliations de l'auteur principal**

Unité de Surveillance Démographique et de Santé (Kaya-HDSS),  
Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), 03 B.P. 7047,  
Ouagadougou, 03, Burkina Faso

## **Contributions**

AC a participé à toutes les phases du projet : de la conception à la collecte des données. Il a analysé les données pour cet article et a rédigé la première version avec les contributions importantes des co-auteurs. SK était l'investigateur principal du projet au Burkina Faso et est également le superviseur de cette thèse. Tous les auteurs ont contribué à la révision de l'article et ont accepté d'être responsables de tous les aspects du travail.

## **Auteur correspondant**

Abou Coulibaly.

## **Déclarations éthiques**

Le protocole de l'étude a été approuvé par le Comité d'éthique pour la recherche en santé du Burkina Faso. Les données des participants ont été anonymisées et le consentement éclairé de toutes les femmes a été obtenu avant la collecte des données. L'essai a été enregistré dans le registre panafricain des essais cliniques (numéro d'enregistrement : PACTR201609001784334, enregistré le 27/09/2016).

## **Conflits d'intérêts**

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts.

## **Références Bibliographiques**

1. **United Nations**, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2020 [Internet]. New York: United Nations; 2020 [cited 2020 Nov 24]. Available from: [https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp\\_model.asp](https://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp)

2. **Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF.** Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health*. 2019 Oct 11;16(1):148.
3. **Wulifan JK, Brenner S, Jahn A, De Allegri M.** A scoping review on determinants of unmet need for family planning among women of reproductive age in low and middle income countries. *BMC Womens Health*. 2016 Jan 15;16:2.
4. **Chae S, Woog V, Zinsou C, Wilson M.** Barriers to contraceptive use among women in Benin. *Issues Brief (Alan Guttmacher Inst)*. 2015;1–22.
5. **Bado AR, Badolo H, Zoma LR.** Use of Modern Contraceptive Methods in Burkina Faso: What are the Obstacles to Male Involvement in Improving Indicators in the Centre-East and Centre-North Regions? *Open Access J Contracept*. 2020 Sep 28;11:147–56.
6. **Fruhauf T, Zimmerman L, Kibira SPS, Makumbi F, Gichangi P, Shiferaw S, et al.** Measuring family planning quality and its link with contraceptive use in public facilities in Burkina Faso, Ethiopia, Kenya and Uganda. *Health Policy Plan*. 2018 Sep;33(7):828–39.
7. **Kwete D, Binanga A, Mukaba T, Nemuandjare T, Mbadu MF, Kyungu MT, et al.** Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. *Glob Health Sci Pract*. 2018 Mar 21;6(1):40–54.
8. **Tessema GA, Streak Gomersall J, Mahmood MA, Laurence CO.** Factors Determining Quality of Care in Family Planning Services in Africa: A Systematic Review of Mixed Evidence. *PLoS ONE [Internet]*. 2016 Nov 3 [cited 2017 Feb 14];11(11). Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5094662/>
9. **Chavane L, Dgedge M, Bailey P, Loquiha O, Aerts M, Temmerman M.** Assessing women’s satisfaction with family planning services in Mozambique. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016 Sep 8;jfprhc-2015-101190.
10. **Adanikin AI, Onwudiegwu U, Loto OM.** Influence of multiple antenatal counselling sessions on modern contraceptive uptake in Nigeria. *Eur J Contracept Reprod Health Care [Internet]*. 2013 Oct [cited 2017 Mar 14];18(5):381–7. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2013.816672>
11. **Zivich PN, Kawende B, Lapika B, Behets F, Yotebieng M.** Effect of Family Planning Counseling After Delivery on Contraceptive Use at 24

Weeks Postpartum in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Matern Child Health J.* 2019 Apr;23(4):530–7.

**12. Wayessa MB, Abebe TW, Habtewold EM, Adlo AM, Teklu AM, Abeya SG, et al.** Focused Family Planning Counseling Increases Immediate Postpartum Intrauterine Contraceptive Device Uptake: A Quasi-Experimental Study. *Open Access J Contracept.* 2020;11:91–102.

**13. Bernard C, Wan L, Peipert JF, Madden T.** Comparison of an additional early visit to routine postpartum care on initiation of long-acting reversible contraception: A randomized trial. 2018;5.

**14. Haider S, Stoffel C, Rankin K, Uesugi K, Handler A, Caskey R.** A Novel Approach to Postpartum Contraception Provision Combined with Infant Care: A Randomized, Controlled Trial. *Womens Health Issues* [Internet]. 2020 Mar [cited 2020 Nov 25];30(2):83–92. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1049386719305110>

**15. Frarey A, Gurney EP, Sober S, Whittaker PG, Schreiber CA.** Postpartum contraceptive counseling for first-time adolescent mothers: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2020 Nov 25];299(2):361–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4969-0>

**16. Rajan S, Speizer IS, Calhoun LM, Nanda P.** Counseling during Maternal and Infant Health Visits and Postpartum Contraceptive use in Uttar Pradesh, India. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2016;42(4):167–78.

**17. Tafere TE, Afework MF, Yalew AW.** Counseling on family planning during ANC service increases the likelihood of postpartum family planning use in Bahir Dar City Administration, Northwest Ethiopia: a prospective follow up study. *Contracept Reprod Med* [Internet]. 2018 Dec 27 [cited 2019 Oct 6];3(1):28. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40834-018-0081-x>

**18. Daniele MA, Ganaba R, Sarrassat S, Cousens S, Rossier C, Drabo S, et al.** Involving male partners in maternity care in Burkina Faso: a randomized controlled trial. *Bull World Health Organ.* 2018 Jul 1;96(7):450–61.

**19. Rajan S, Speizer IS, Calhoun LM, Nanda P.** Counseling during Maternal and Infant Health Visits and Postpartum Contraceptive use in Uttar Pradesh, India. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2016;42(4):167–78.

**20. Blazer C, Prata N.** Postpartum family planning: current evidence on successful interventions. *Open Access J Contracept.* 2016;7:53–67.

**21. Tran NT, Yameogo WMM, Langwana F, Kouanda S, Thieba B, Mashinda D, et al.** Birth spacing and informed family planning choices

after childbirth in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: Participatory action research to design and evaluate a decision-making tool for providers and their clients. *Patient Educ Couns*. 2018 Oct;101(10):1871–5.

**22. Tran NT, Yameogo WME, Langwana F, Gaffield ME, Seuc A, Cuzin-Kihl A, et al.** Participatory action research to identify a package of interventions to promote postpartum family planning in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo. *BMC Womens Health*. 2018 Dec;18(1):122.

**23. Tran NT, Gaffield ME, Seuc A, Landoulsi S, Yamaego WME, Cuzin-Kihl A, et al.** Effectiveness of a package of postpartum family planning interventions on the uptake of contraceptive methods until twelve months postpartum in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: the YAM DAABO study protocol. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2018 Dec [cited 2019 May 1];18(1):439. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3199-2>

**24. Erci B.** Turkish women's satisfaction with family planning services. *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2002 Dec;7(4):227–33.

**25. Hall KS, Westhoff CL, Castaño PM.** The impact of an educational text message intervention on young urban women's knowledge of oral contraception. *Contraception*. 2013 Apr;87(4):449–54.

**26. Little P, Griffin S, Kelly J, Dickson N, Sadler C.** Effect of educational leaflets and questions on knowledge of contraception in women taking the combined contraceptive pill: randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 1998 Jun 27 [cited 2021 May 5];316(7149):1948–52. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC28594/>

**27. Frarey A, Gurney EP, Sober S, Whittaker PG, Schreiber CA.** Postpartum contraceptive counseling for first-time adolescent mothers: a randomized controlled trial. *Arch Gynecol Obstet* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2021 May 5];299(2):361–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4969-0>

**28. Reyes-Lacalle A, Montero-Pons L, Manresa-Domínguez JM, Cabedo-Ferreiro R, Seguranyes G, Falguera-Puig G.** Perinatal contraceptive counselling: Effectiveness of a reinforcement intervention on top of standard clinical practice. *Midwifery*. 2020 Apr;83:102631.

**29. Simons HR, Leon-Atkins J, Kohn JE, Spector H, Hillery JF, Fager G, et al.** Contraceptive counseling practices and patient experience:

Results from a cluster randomized controlled trial at Planned Parenthood. *Contraception* [Internet]. 2020 Jan [cited 2021 May 5];101(1):14–20. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782419304378>

**30. O’Shea MS, Rosenberg NE, Hosseinipour MC, Stuart GS, Miller WC, Kaliti SM, et al.** Effect of HIV status on fertility desire and knowledge of long-acting reversible contraception of postpartum Malawian women. *AIDS Care*. 2015;27:489–98.

**31. Adeyemi AB, Ijadunola KT, Orji EO, Kuti O, Alabi MM.** The unmet need for contraception among Nigerian women in the first year postpartum. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005;10:229–34.

**32. Tabassum A, Manj YN, Gunjial TR, Nazir S.** Perceptions of rural women about contraceptive usage in district Khushab, Punjab. *JPA J Pak Med Assoc*. 2016 Dec;66(12):1577–81.

**33. Stève TME, Armand FDT.** Planification familiale et besoins non satisfaits en Afrique Subsaharienne: influences relatives des politiques et des changements démographiques. [cited 2017 Apr 4]; Available from: <https://colloque.aidelf.org/documents/1552.pdf>

**34. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S.** Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014 Dec;57(4):659–73.

**35. Dehlendorf C, Henderson JT, Vittinghoff E, Grumbach K, Levy K, Schmittiel J, et al.** Association of the quality of interpersonal care during family planning counseling with contraceptive use. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Jul;215(1):78.e1-78.e9.

**36. Dehlendorf C, Levy K, Kelley A, Grumbach K, Steinauer J.** Women’s preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*. 2013 Aug;88(2):250–6.

**37. Dehlendorf C, Tharayil M, Anderson N, Gbenedio K, Wittman A, Steinauer J.** Counseling About IUDs: A Mixed-Methods Analysis. *Perspect Sex Reprod Health*. 2014 Sep;46(3):133–40.