

## **Déterminants de l'utilisation du DMPA-SC/contraceptif auto-injectable chez les utilisatrices de contraceptifs modernes au Burkina Faso : Résultats de l'Enquête Démographique et de Santé 2021**

**Auteur :** Aristide Romaric Bado

Cette étude analyse les déterminants influençant l'utilisation du contraceptif auto-injectable/Sayana-Press parmi les utilisatrices de contraceptifs modernes au Burkina Faso. En utilisant les données de l'Enquête Démographique et de Santé de 2021 (EDSBF), elle examine des facteurs tels que l'âge de la femme, son statut matrimonial, son niveau d'éducation, son ethnie, son emploi, sa religion, sa parité, le nombre d'enfants désiré, la région et le milieu de résidence, l'exposition aux médias, et le niveau d'instruction de son mari sur l'utilisation du contraceptif auto-injectable/Sayana-Press. L'analyse descriptive et la régression logistique bivariée révèlent des associations significatives entre ces variables et l'utilisation de Sayana-Press. Les résultats indiquent une utilisation plus importante chez les femmes jeunes et mariées, les disparités géographiques et de parité jouant également un rôle. L'étude souligne l'importance d'adapter les interventions aux contextes sociodémographiques, régionaux et culturels afin de garantir un accès équitable aux services de contraception.

**Mots clés :** Déterminants, Sayana-Press, DHS, Burkina Faso

## 1. Introduction

L'adoption d'une méthode contraceptive moderne réduit les taux de morbidité et de mortalité maternelles (Kamissoko 2017; Maïga et al. 2015). Les grossesses qui surviennent trop tôt, trop tard, trop fréquemment et trop rapprochées sont les principales causes de complications obstétriques directes, qui représentent plus de 70% des décès maternels dans les pays à faible revenu (Ntambue et al. 2017). La planification familiale est essentielle pour réduire les taux de fécondité et la mortalité maternelle en évitant les grossesses à risque élevé et en réduisant le besoin d'avortements, contribuant ainsi à augmenter l'espérance de vie des femmes (Ndayizigiye et al. 2017). La planification familiale (PF) est au cœur des efforts visant à atteindre les Objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030. Elle revêt une importance cruciale en raison de ses implications majeures dans les domaines du genre, de l'emploi, de la réduction de la pauvreté et de l'amélioration de la santé (Duminy et al. 2021).

Les contraceptifs sont encore sous-utilisés dans de nombreuses régions en développement malgré les avantages évidents de la planification familiale (Bellizzi et al. 2019; Moreira et al. 2019). En général, les femmes issues de milieux favorables et de conditions de vie favorables utilisent davantage les contraceptifs, tandis que les femmes issues de ménages pauvres, qui ont le plus besoin de contraceptifs, ont souvent un accès limité à ceux-ci (Ndayizigiye et al. 2017). Le droit des femmes de choisir librement le nombre et le moment de leurs enfants est désormais une priorité de l'agenda mondial de la SRHR (Utami et Samosir 2021). Plusieurs initiatives récentes appellent à combler les lacunes dans l'accès à la contraception moderne, en particulier lorsque les femmes souhaitent éviter une grossesse mais n'ont pas les moyens ou utilisent des méthodes traditionnelles (Sedgh, Ashford et Hussain 2016). L'une des initiatives phares dans ce domaine est le Planning familial 2020, un partenariat mondial lancé en 2012. Son objectif est d'ajouter 120 millions de nouveaux utilisateurs de contraceptifs modernes dans les 69 pays les moins développés du monde d'ici 2020 (Sedgh, Ashford et Hussain 2016).

Pour que la planification familiale soit efficace, il est essentiel de garantir la continuité de l'utilisation de la contraception. Cependant, de nombreux facteurs tels que le coût, la commodité, la satisfaction à l'égard de la méthode, les effets secondaires, le désaccord du partenaire et les options limitées en matière de méthodes conduisent de nombreuses femmes à abandonner la contraception, ce qui entraîne une augmentation des grossesses non désirées et un taux de fécondité total plus élevé (Liu, Shen et Diamond-Smith 2018a). Plusieurs obstacles majeurs à l'utilisation de contraceptifs ont été identifiés, notamment la demande, la connaissance ou la sensibilisation, l'accès ou l'approvisionnement, et la diversité des méthodes

contraceptives. Des changements politiques ont commencé à ouvrir la voie à la distribution de contraceptifs en dehors des établissements de santé et à la délégation de tâches (Hoke et al. 2012), ce qui implique de déléguer des tâches cliniques des médecins à d'autres professionnels de la santé, tels que les infirmières, les sages-femmes et les agents de santé communautaires. Cependant, maintenir ces efforts reste un défi (Prata et al. 2013).

Les contraceptifs injectables sont largement utilisés pour prévenir la grossesse, en particulier en Afrique subsaharienne (Ayuk et al. 2022; Burke et al. 2018; Cover et al. 2019). La contraception injectable sous-cutanée à base d'acétate de médroxyprogestérone (DMPA-SC) représente une avancée majeure, permettant l'auto-administration et élargissant considérablement l'accès à la contraception (Kennedy et al. 2019). Il s'agit d'une méthode efficace, rivalisant avec les dispositifs intra-utérins, les implants et la stérilisation. De plus, la nature discrète de la DMPA-SC est cruciale, en particulier pour les femmes vivant dans des communautés rurales qui recherchent une planification familiale confidentielle (Prata et al. 2013).

Les approches d'auto-soins, telles que l'auto-injection de contraceptifs, ont le potentiel de révolutionner les systèmes de santé et de contribuer à la réalisation de la santé publique universelle. Lorsqu'elles sont intégrées aux soins de santé primaires, ces pratiques d'auto-soins peuvent avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être (Brady et al. 2020). L'auto-injection de DMPA-SC ou d'autres contraceptifs injectables pourrait éliminer les obstacles et améliorer l'accessibilité à la contraception, facilitant ainsi son utilisation continue, en particulier pour les femmes ayant des difficultés à accéder régulièrement aux établissements de santé ou dans lesquels la disponibilité des prestataires est limitée (Cover et al. 2014; Kennedy et al. 2019). Kim et al. ont constaté que l'auto-administration de contraceptifs injectables améliore l'observance contraceptive en éliminant l'obligation de visites cliniques pour chaque injection (Kim, Fønhus et Ganatra 2017).

Des études menées au Burkina Faso, au Niger, au Sénégal et en Ouganda ont démontré la réception favorable de la DMPA-SC, ouvrant la voie à un accès accru à la planification familiale pour les femmes qui utilisent déjà des méthodes contraceptives, ainsi que pour les nouvelles utilisatrices et les jeunes femmes (Brady et al. 2020; Cover et al. 2017, 2018; Spieler 2014). Des analyses économiques menées au Sénégal et en Ouganda suggèrent que l'auto-injection peut entraîner des économies significatives pour les femmes et les systèmes de santé (Brady et al. 2020).

Avec un taux de fécondité total de 4,4 enfants par femme (INSD et ICF 2022), le Burkina Faso reste l'un des pays ayant le taux de fécondité le plus élevé au monde. Malgré une amélioration

de la prévalence contraceptive, passant de 10% en 2010 (INSD et ICF 2012) à 30,1% en 2021 (INSD et ICF 2022), les données les plus récentes de l'EDS révèlent que 13% des femmes ont encore des besoins non satisfaits, et la demande totale de planification familiale reste faible, avec seulement 43% exprimant un besoin (34% pour l'espacement des naissances et 9% pour la contraception). De nombreux obstacles entravent l'utilisation de la contraception, notamment un accès insuffisant aux services, le statut marginalisé des femmes, un taux d'illettrisme élevé chez les femmes, la structure patriarcale de la société et l'opposition des hommes (Bado, Badolo et Zoma 2020; Barro et Bado 2021).

Accroître l'offre de méthodes contraceptives grâce à l'introduction de la DMPA-SC en 2014 et à une expansion rapide au sein des établissements de santé publics était une stratégie mise en œuvre par le ministère de la Santé pour réduire les obstacles à l'accès des femmes à la planification familiale (Ministère de la Santé-Burkina Faso 2022).

Cette étude vise à comprendre les déterminants qui influencent l'utilisation de DMPA-SC/Sayana Press chez les femmes qui utilisent des méthodes contraceptives modernes au Burkina Faso afin d'informer les politiques de santé publique et les programmes de sensibilisation visant à améliorer l'accès à cette méthode contraceptive et à promouvoir la planification familiale dans le pays.

Depuis l'introduction de la contraception injectable auto-administrée, qui offre la possibilité de répondre aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale dans les pays en développement, y compris au Burkina Faso, de nombreuses études ont été menées. Cependant, la principale limitation de ces études réside dans l'utilisation d'échantillons qui ne sont pas représentatifs de la population des femmes en âge de procréer qui utilisent des méthodes contraceptives (Liu, Shen et Diamond-Smith 2018b ; Osinowo et al. s.d. ; Sherpa et al. 2021). Certaines études ont recruté des échantillons de femmes dans des centres de santé (Diamond-Smith et al. 2019 ; Liu et al. 2019 ; Osinowo et al. 2022), ce qui n'est pas nécessairement représentatif de la diversité des femmes à l'échelle nationale. D'autres ont utilisé une cohorte de femmes recrutées lors de campagnes de planification familiale organisées dans des zones spécifiques (Osinowo et al. 2020). Notre étude bénéficie de l'utilisation de données provenant de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), garantissant ainsi l'obtention d'un échantillon représentatif au niveau national.

## **2. Méthodes**

### ***2.1. Zone d'étude***

Le Burkina Faso est un pays enclavé de la région du Sahel, d'une superficie totale d'environ 272 969 km<sup>2</sup>. Il partage des frontières avec le Mali au nord-ouest, le Niger au nord-est, le Bénin au sud-est, et la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Togo au sud. Administrativement, le Burkina Faso est divisé en treize (13) régions et quarante-cinq (45) provinces, qui sont à leur tour subdivisées en 351 départements et 8 228 villages.

Selon les résultats du 5e Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) en 2019, le Burkina Faso comptait une population totale de 20 505 155 habitants. Cette population se répartit en 9 900 847 hommes et 10 604 308 femmes, soit un ratio de 107,1 femmes pour 100 hommes (INSD 2022).

Les femmes en âge de procréer, c'est-à-dire celles âgées de 15 à 49 ans, représenteront 44,0 % de la population féminine et 22,7 % de la population totale en 2019. Malgré une tendance à la baisse ces dernières années, le Burkina Faso présente des niveaux de fécondité élevés, comparables à ceux d'autres pays d'Afrique subsaharienne.

### ***2.2. Source de données***

Cette étude utilise des données secondaires obtenues auprès de l'Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF) de 2021. L'enquête a utilisé une technique d'échantillonnage stratifié à deux degrés. Au premier stade, des grappes/zones d'énumération (ZE) ont été sélectionnées à partir du cadre d'échantillonnage national, dérivé du recensement de 2019. Les détails de la méthodologie de l'EDSBF sont décrits en détail dans le rapport final de l'EDSBF (INSD et ICF 2022). Le processus d'échantillonnage de l'EDSBF est conçu pour garantir la représentativité au niveau national, en tenant compte du lieu de résidence (urbain, rural) et des régions du Burkina Faso.

L'Enquête Démographique et de Santé collecte des données sur diverses questions de santé et de société, notamment la fécondité, la mortalité, la planification familiale, la santé des femmes, la santé des enfants et la santé des hommes (Courtney K, Fleuret et Ahmed 2020 ; Pullum et Staveteig 2017 ; Ties Boerma et Sommerfelt 1993). Cette étude s'est concentrée sur un échantillon de femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent des méthodes contraceptives modernes.

### ***2.3. Variables de l'étude***

#### ***Variable dépendante***

La variable dépendante est l'utilisation de DMPA-SC chez les femmes âgées de 15 à 49 ans qui utilisent des méthodes contraceptives modernes. Les utilisatrices de méthodes contraceptives modernes sont définies comme des femmes qui utilisent des pilules, des dispositifs intra-utérins (DIU), des implants, des contraceptifs injectables, y compris DMPA/Sayana Press, des préservatifs masculins ou féminins, une contraception d'urgence, une stérilisation féminine ou masculine, et d'autres méthodes contraceptives modernes. La variable dépendante a été codée comme suit : 1 si la femme utilisait DMPA-SC/Sayana Press, et 0 si elle utilisait toute autre méthode contraceptive moderne.

#### ***Variables indépendantes***

Les variables explicatives utilisées ont été sélectionnées à la lumière de la revue de littérature (Chintsanya 2013 ; Digitale et al. 2017 ; Meselu et al. 2022 ; Noormal et al. 2022 ; Palamuleni 2023 ; Worku, Tessema et Zeleke 2014) et comprennent l'âge de la femme, son statut matrimonial, son niveau d'éducation, son appartenance ethnique, sa profession, sa religion, sa parité, le nombre d'enfants souhaité, la région et le lieu de résidence, l'exposition aux médias et le niveau d'éducation de son mari. De plus, des variables telles que la discussion au sein du couple sur la planification familiale et la personne qui prend la décision concernant le choix de la méthode contraceptive ont été prises en compte dans l'analyse. Les quintiles de richesse et la question de la distance jusqu'au centre de santé ont également été inclus dans les analyses.

### ***2.4. Analyse des données***

Cette étude a utilisé à la fois des statistiques descriptives et des modèles de régression logistique pour analyser les données. L'analyse descriptive utilisait des pourcentages pour décrire les variables de l'étude. Le test du chi carré de Pearson ( $\chi^2$ ) a été utilisé pour évaluer les associations entre les variables explicatives et la variable d'intérêt de l'étude. La régression logistique bivariée a été utilisée pour examiner les rapports de cotes bruts de chaque variable explicative par rapport à la variable dépendante. Le modèle multivarié a été utilisé pour déterminer l'effet net de chaque variable indépendante sur la variable dépendante. Les niveaux de signification ont été définis à  $p < 0,05$ , avec les intervalles de confiance correspondants. Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel Stata version 18.

## ***2.5. Considérations éthiques***

Cette étude est basée sur l'analyse de données secondaires sans utilisation d'informations permettant d'identifier les participants. L'enquête EDS a été approuvée par ICF International et par un comité d'éthique national, et elle a obtenu toutes les autorisations nécessaires pour collecter des données auprès des ménages. Tous les participants ont donné leur consentement éclairé par écrit avant de participer à l'enquête. Bien qu'aucune approbation éthique supplémentaire n'ait été requise pour cette étude, nous avons obtenu l'autorisation écrite du programme EDS pour utiliser les données.

## **3. Résultats**

Au total, cette étude a utilisé un échantillon de 5112 femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes. Le Tableau 1 présente les caractéristiques des femmes en fonction des variables utilisées dans l'étude. DMPA-SC a été utilisé par 10,1% des femmes. La majorité des femmes incluses étaient âgées entre 15 et 29 ans (49,7%), suivies par celles âgées entre 30 et 39 ans (34,3%) et celles âgées entre 40 et 49 ans (16,0%). La plupart des femmes étaient d'ethnie Mossi (52,2%) et 62,8% étaient musulmanes. La répartition par état matrimonial montre qu'une grande proportion de femmes étaient mariées ou vivaient avec un partenaire (82,2%), tandis que 17,8% ne vivaient pas avec un partenaire.

Plus de la moitié des femmes n'ont pas de formation scolaire formelle (56,5%). La plupart des femmes ont entre 1 et 3 enfants (45,0%), tandis que 13,1% n'ont pas encore d'enfants. 78,8% des femmes souhaitent avoir plus d'enfants.

Les décisions contraceptives sont prises de différentes manières, avec une proportion élevée de décisions conjointes (27,5%). Une proportion importante de femmes (40,2%) ne discute pas de la planification familiale avec leur partenaire. Les femmes exercent une variété de professions, avec une proportion élevée d'agricultrices (30,6%) et de commerçantes (21,6%). Pour certaines femmes, la distance jusqu'à un centre de santé pose un problème significatif (31,5%), ce qui peut avoir un impact sur leur capacité à obtenir des services contraceptifs.

Le Tableau 2 examine les associations entre différentes variables explicatives et l'utilisation de DMPA-SC (Dépôt Sous-Cutané d'Acétate de Médroxyprogestérone) au Burkina Faso. Les résultats indiquent des associations significatives avec plusieurs facteurs démographiques, socio-économiques et comportementaux.

Le Tableau 2 examine les associations entre différentes variables explicatives et l'utilisation de DMPA-SC (Dépôt Sous-Cutané d'Acétate de Médroxyprogestérone) au Burkina Faso. Les résultats montrent des associations significatives avec plusieurs facteurs démographiques, socio-économiques et comportementaux.

La différence d'utilisation de DMPA-SC entre les groupes d'âge était statistiquement significative ( $p = 0,018$ ). La proportion d'utilisatrices de DMPA-SC était plus élevée chez les femmes âgées de 15 à 29 ans (10,2%) et de 30 à 39 ans (10,2%) que chez les femmes âgées de 40 à 49 ans (7,0%). De plus, l'ethnicité jouait un rôle significatif dans l'utilisation de DMPA-SC ( $p = 0,000$ ). Les Mossi (9,5%), Fulfulde (10,7%), Bobo/Senoufo (16,3%) et autres groupes ethniques présentaient des taux d'utilisation de DMPA-SC plus élevés que les autres groupes ethniques ( $p = 0,000$ ). L'état matrimonial était associé à l'utilisation de DMPA-SC ( $p = 0,000$ ). Les femmes mariées ou vivant avec un partenaire (10,9%) avaient un taux d'utilisation significativement plus élevé que celles ne vivant pas avec un partenaire (4,3%).

Il y avait également des variations significatives dans l'utilisation de DMPA-SC selon la région administrative ( $p = 0,000$ ) et le lieu de résidence. Les résultats montrent des disparités géographiques, avec des taux d'utilisation plus élevés dans certaines régions que dans d'autres. Le niveau d'éducation des femmes était un autre facteur associé à l'utilisation de DMPA-SC ( $p = 0,046$ ). Les résultats montrent que les femmes ayant une éducation secondaire ou supérieure ont un taux d'utilisation plus faible que celles sans éducation ou avec une éducation primaire ( $p = 0,046$ ). Le nombre d'enfants déjà nés était significativement associé à l'utilisation de DMPA-SC ( $p = 0,000$ ). Les femmes sans enfants ou avec un plus grand nombre d'enfants avaient un taux d'utilisation de DMPA-SC plus faible. La décision d'utiliser la contraception était significativement associée à l'utilisation de DMPA-SC ( $p = 0,000$ ). Les femmes qui prenaient la décision seules ou en accord avec leur partenaire avaient un taux d'utilisation de DMPA-SC plus élevé. Les femmes qui discutent de la planification familiale au sein du couple sont plus susceptibles d'utiliser DMPA-SC ( $p = 0,000$ ). La richesse était significativement associée à l'utilisation de DMPA-SC ( $p = 0,000$ ). Le niveau d'éducation du conjoint était significativement associé à l'utilisation de DMPA-SC ( $p = 0,000$ ).

La religion, le lieu de résidence, le désir d'avoir un enfant supplémentaire, le nombre idéal d'enfants, la fréquence d'écoute des médias, la profession de la femme et le problème de distance jusqu'au centre de santé n'étaient pas significativement associés à l'utilisation de DMPA.

Les résultats de la régression logistique présentent les rapports de cotes ajustés (aOR) et les intervalles de confiance à 95% (IC à 95%) pour différentes variables explicatives concernant

l'utilisation de DMPA-SC. L'âge de la femme était significativement associé à l'utilisation de DMPA-SC. Les femmes âgées de 15 à 29 ans étaient deux fois plus susceptibles d'utiliser DMPA-SC que celles âgées de 40 à 49 ans (aOR = 2,06, p = 0,000). Les femmes âgées de 30 à 39 ans étaient également plus susceptibles d'utiliser DMPA-SC que le groupe de référence (aOR = 1,47, p = 0,030). Par ethnicité, les femmes appartenant à des groupes ethniques autres que les Mossi avaient moins de chances d'utiliser DMPA-SC (aOR = 0,71, p = 0,020). D'autres groupes ethniques tels que Fulfulde, Gourounsi, Bobo/Senoufo et Lobi/Dagara n'ont montré aucune association significative.

Plusieurs régions ont montré une forte association avec l'utilisation de DMPA-SC. Par exemple, la région de la Boucle du Mouhoun avait un aOR élevé de 9,10, ce qui signifie que les femmes de cette région sont significativement plus susceptibles d'utiliser DMPA-SC.

Le niveau d'éducation des femmes et l'état matrimonial n'ont montré aucune association significative avec l'utilisation de DMPA-SC.

En ce qui concerne le nombre d'enfants que la femme a, les femmes ayant de 1 à 3 enfants sont environ deux fois plus susceptibles d'utiliser DMPA-SC par rapport à celles sans enfants (aOR = 1,95, p = 0,030). De même, les femmes ayant 4 à 5 enfants ou 6 enfants ou plus étaient également significativement plus susceptibles d'utiliser DMPA-SC.

Les femmes qui ont discuté de la planification familiale au sein du couple étaient 1,45 fois plus susceptibles d'utiliser le DMPA-SC (aOR = 1,45, p = 0,000). Les femmes pour lesquelles cette discussion n'était pas applicable étaient moins susceptibles de l'utiliser.

Les résultats montrent que les femmes du groupe de revenu le plus élevé sont significativement moins susceptibles d'utiliser le DMPA-SC (aOR = 0,46, p = 0,000).

En ce qui concerne les occupations des femmes, celles qui travaillent en tant que "Travailleuses/Personnel de maison/Domestiques" étaient moins susceptibles d'utiliser le DMPA-SC (aOR = 0,66, p = 0,050). Les autres catégories n'ont montré aucune association significative.

#### **4. Discussion**

Cette étude visait à comprendre les déterminants influençant l'utilisation du DMPA-SC/Sayana Press chez les femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes au Burkina Faso. Les résultats montrent plusieurs associations significatives entre différentes variables explicatives et l'utilisation du DMPA-SC. Ces résultats fournissent des informations cruciales pour orienter

les politiques de santé publique et les programmes de sensibilisation visant à améliorer l'accès à cette méthode contraceptive et à promouvoir la planification familiale dans le pays.

Les études ont montré que les utilisatrices de DMPA-SC étaient plus nombreuses parmi les femmes âgées de 15 à 29 ans et celles âgées de 30 à 39 ans que parmi les femmes de 40 ans et plus. Ce résultat semble cohérent avec les résultats obtenus ailleurs. Dans une étude en Ouganda, Corneliess et al. ont constaté que, par rapport aux femmes adultes, les adolescentes étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive moderne pour la première fois lorsqu'elles optaient pour l'auto-injection (Corneliess et al. 2023). De plus, en Ouganda et en RDC, les résultats ont montré que les jeunes femmes (15-19 ans) étaient plus susceptibles d'utiliser le DMPA-SC par rapport à celles âgées de 45 à 49 ans, ce qui pourrait résulter des programmes de DMPA-SC ciblant les jeunes femmes dans ces contextes<sup>33</sup>. De plus, de nombreuses utilisatrices actuelles de DMPA-SC sont des utilisatrices de contraceptifs pour la première fois, ce qui suggère que le DMPA-SC atteint de nouvelles populations et augmente potentiellement la prévalence globale des contraceptifs modernes dans certains contextes (Anglewicz et al. 2021; Magalona et al. 2022). De plus, le fait que l'auto-injection permette une grande discrétion et moins de visites dans les centres de santé rend le DMPA-SC attrayant pour les jeunes femmes, les adolescentes mariées et non mariées, en particulier celles ayant besoin d'une contraception secrète (Ali et al. 2023). De plus, la distribution communautaire du DMPA-SC semble être un modèle efficace de prestation de services pour les populations difficiles à atteindre, celles les plus exposées à un besoin non satisfait de PF, et les populations clés telles que les jeunes et les utilisateurs non mariés (Osinowo et al. 2021) et contribue à réduire l'abandon et l'arrêt de l'utilisation de la contraception (Ali et al. 2012; Binanga et Bertrand 2016; Cover et al. 2018).

Nos résultats ont également montré que l'état matrimonial est significativement associé à l'utilisation du DMPA-SC. Les femmes mariées étaient plus susceptibles d'utiliser le Sayana Press que les femmes qui n'étaient pas en union. Ce résultat est également cohérent avec des recherches antérieures. Dans une étude menée au Burkina Faso, en République démocratique du Congo et en Ouganda, les résultats ont montré que les femmes jamais mariées étaient plus susceptibles d'utiliser des préservatifs masculins que le DMPA-SC, ce qui est conforme à des recherches menées ailleurs montrant que les femmes jamais mariées étaient moins susceptibles d'utiliser le DMPA-SC que toutes les autres méthodes modernes combinées. Cela peut s'expliquer par le fait que les préservatifs ne sont généralement pas utilisés dans le mariage en Afrique subsaharienne (Anglewicz et al. 2021).

La région de résidence et le nombre d'enfants par femme jouent également un rôle dans l'utilisation du DMPA-SC. L'utilisation du DMPA-SC varie considérablement d'une région à l'autre, les femmes vivant dans les Hauts-Bassins, la Boucle du Mouhoun, le Centre, le Centre-Ouest et le Nord étant plus susceptibles d'utiliser le DMPA-SC que celles vivant dans d'autres régions du pays. Cette variation entre les régions pourrait être liée à la stratégie de passage au DMPA-SC dans les districts sanitaires au niveau national. En effet, avant la mise à l'échelle, le DMPA-SC n'était disponible que dans quatre districts sanitaires pilotes au Burkina Faso avant d'être progressivement étendu à tous les districts sanitaires du pays (Ministère de la Santé-Burkina Faso 2022). De plus, Anglewicz et al., dans leur étude, ont constaté que les stocks de DMPA-SC variaient en fonction du contexte, avec des stocks plus réguliers dans les établissements privés en RDC et dans les établissements publics au Burkina Faso et au Nigeria (Magalona et al. 2022). De plus, les ruptures de stock persistantes et les options de méthode limitées peuvent perturber l'utilisation des contraceptifs et augmenter l'abandon (Magalona et al. 2022).

Cette étude a souligné l'importance de la parité (nombre d'enfants par femme) dans l'utilisation du DMPA-SC. Les femmes ayant des enfants étaient plus susceptibles de choisir le DMPA-SC que celles sans enfants. Cela est conforme aux résultats d'Anglewicz et al. en Ouganda et en RDC, qui ont constaté que les femmes ayant deux enfants ou plus (par rapport à aucune enfant ou une seule naissance) étaient plus susceptibles de choisir les implants plutôt que le DMPA-SC à la fois en Ouganda et en RDC (Anglewicz et al. 2021).

La principale force de cette étude réside dans son utilisation de données représentatives à l'échelle nationale. Cependant, plusieurs limitations ont également été identifiées. La nature transversale de la conception de l'étude nous empêche d'établir un lien de causalité entre les variables. De plus, l'utilisation de données secondaires a limité l'intégration d'autres déterminants, tels que la qualité des soins, y compris les conseils sur les effets secondaires, l'accessibilité des services et les facteurs culturels, qui n'ont pas été pris en compte dans les modèles.

Les résultats de l'étude servent de point de départ à un débat ultérieur. À la lumière des résultats de cette étude, il existe de nombreuses implications politiques cruciales pour améliorer l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes au Burkina Faso. Les politiques devraient viser à accroître l'éducation et la sensibilisation aux méthodes contraceptives, en mettant l'accent sur les groupes démographiques les moins susceptibles d'utiliser le DMPA-SC, tels que les femmes âgées de 40 à 49 ans. Des campagnes d'information spécifiques doivent être élaborées pour ces groupes. De plus, les disparités géographiques observées dans l'utilisation

du DMPA-SC nécessitent des interventions visant à garantir un accès équitable aux services de planification familiale dans toutes les régions du pays. Cela pourrait impliquer l'extension des services dans les régions où leur utilisation est moins répandue.

## **5. Conclusion.**

La recherche sur l'utilisation de DMPA-SC chez les femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes au Burkina Faso a produit des résultats significatifs et informatifs. L'étude, basée sur un échantillon représentatif de 5112 femmes, a révélé des associations frappantes entre plusieurs variables socio-démographiques et comportementales et l'utilisation de cette méthode contraceptive. Les résultats de l'étude mettent en évidence des différences significatives dans l'utilisation de DMPA-SC selon l'âge, l'ethnicité, l'état matrimonial, la région de résidence, le niveau d'éducation, le nombre d'enfants et la prise de décision contraceptive au sein du couple. Les femmes plus jeunes sont plus susceptibles d'utiliser DMPA-SC, tout comme celles qui sont mariées ou vivent avec un partenaire. Les disparités géographiques et les différences dans le nombre d'enfants qu'une femme a sont également des facteurs significatifs dans l'utilisation de contraceptifs. Ces résultats soulignent la nécessité d'adapter les interventions en tenant compte des différences socio-démographiques, régionales et culturelles afin de garantir une offre de services adaptée et équitable pour l'ensemble de la population féminine tout en abordant les limites et approfondissant la compréhension des déterminants sous-jacents de l'utilisation de DMPA-SC.

## 6. Références

- Ali, G., Porter Erlank, C., Birhanu, F., Stanley, M., Chirwa, J., Kachale, F., et Gunda, A. (2023). Perspectives sur DMPA-SC pour l'auto-injection chez les adolescents ayant un besoin non satisfait de contraception au Malawi. *Frontiers in Global Women's Health* 4:1059408. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2023.1059408/full>.
- Ali, M.M., Cleland, J.G., Shah, I.H., et Organization, W.H. (2012). Causes et conséquences de l'abandon de la contraception: preuves issues de 60 enquêtes démographiques et sanitaires. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75429/?sequence=1>.
- Anglewicz, P., Larson, E., Akilimali, P., Guiella, G., Kayembe, P., Kibira, S.P., Makumbi, F., et Radloff, S. (2021). Caractéristiques associées à l'utilisation de l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt sous-cutané (DMPA-SC) au Burkina Faso, en République démocratique du Congo et en Ouganda. *Contraception: X* 3:100055. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590151621000022>.
- Ayuk, B.E., Yankam, B.M., Saah, F.I., et Bain, L.E. (2022). Fourniture de contraceptifs injectables par des agents de santé communautaires en Afrique subsaharienne: une revue systématique de la sécurité, de l'acceptabilité et de l'efficacité. *Human Resources for Health* 20(1):66. doi:10.1186/s12960-022-00763-8.
- Bado, A.R., Badolo, H., et Zoma, L.R. (2020). Utilisation des méthodes contraceptives modernes au Burkina Faso: quels sont les obstacles à la participation des hommes dans l'amélioration des indicateurs dans les régions du Centre-Est et du Centre-Nord? *Open Access Journal of Contraception* Volume 11:147–156. doi:10.2147/OAJC.S274570.
- Barro, A. et Bado, A.R. (2021). Connaissance des leaders religieux en matière de planification familiale et d'utilisation de contraceptifs modernes et leur participation aux programmes de planification familiale au Burkina Faso: une étude qualitative à Dori dans la région du Sahel. *Open Access Journal of Contraception* Volume 12:123–132. doi:10.2147/OAJC.S315395.
- Bellizzi, S., Pichierri, G., Menchini, L., Barry, J., Sotgiu, G., et Bassat, Q. (2019). L'impact de la sous-utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les adolescents ayant des grossesses non désirées dans 12 pays à revenu faible et intermédiaire. *Journal of global health* 9(2). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6815657/>.
- Binanga, A. et Bertrand, J.T. (2016). La recherche pilote comme plaidoyer: le cas de Sayana Press à Kinshasa, en République démocratique du Congo. *Global Health: Science and Practice* 4(4):542–551.
- Brady, M., Drake, J.K., Namagembe, A., et Cover, J. (2020). Fourniture de soins personnels en matière de contraception: preuves et perspectives de l'auto-administration de contraceptifs injectables. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 66:95–106. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693420300109>.
- Burke, H.M., Chen, M., Buluzi, M., Fuchs, R., Wevill, S., Venkatasubramanian, L., Dal Santo, L., et Ngwira, B. (2018). Effet de l'auto-administration par rapport à l'injection par un prestataire d'acétate de médroxyprogestérone en dépôt sous-cutané sur les taux de continuation au Malawi: un essai contrôlé randomisé. *The Lancet Global Health* 6(5):e568–e578. [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30061-5/fulltext?source=post\\_page-----](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30061-5/fulltext?source=post_page-----).
- Chintsanya, J. (2013). Tendances et corrélats de l'utilisation de contraceptifs chez les femmes mariées au Malawi: preuves issues des enquêtes démographiques et sanitaires de 2000 à 2010. ICF International.
- Corneliess, C., Cover, J., Secor, A., Namagembe, A., et Walugembe, F. (2023). Expériences des adolescents et des jeunes avec l'auto-injection contraceptive en Ouganda: résultats du projet des meilleures pratiques d'auto-injection en Ouganda. *Journal of Adolescent*

- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X22005973>.
- Courtney K, A., Fleuret, J., et Ahmed, J. (2020). Qualité des données dans les enquêtes démographiques et sanitaires utilisant des questionnaires longs et courts. Rockville, Maryland, États-Unis : ICF. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/AB17/MR30.pdf>.
- Cover, J., Ba, M., Drake, J.K., et NDiaye, M.D. (2019). Continuation de la contraception auto-administrée par rapport à la contraception administrée par un prestataire au Sénégal : une étude de cohorte prospective non randomisée. *Contraception* 99(2) : 137-141. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782418304827>.
- Cover, J., Blanton, E., Ndiaye, D., Walugembe, F., et LaMontagne, D.S. (2014). Évaluations opérationnelles de la fourniture de Sayana® Press au Sénégal et en Ouganda. *Contraception* 89(5) : 374-378.
- Cover, J., Namagembe, A., Tumusiime, J., Lim, J., Drake, J.K., et Mbonye, A.K. (2017). Une étude de cohorte prospective sur la faisabilité et l'acceptabilité de l'administration sous-cutanée de l'acétate de médroxyprogestérone par auto-injection. *Contraception* 95(3) : 306-311. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782416304590>.
- Cover, J., Namagembe, A., Tumusiime, J., Nsangi, D., Lim, J., et Nakiganda-Busiku, D. (2018). Continuation de la contraception injectable lors de l'auto-injection par rapport à l'administration par un agent de santé en établissement de santé : une étude de cohorte prospective non randomisée en Ouganda. *Contraception* 98(5) : 383-388. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782418301331>.
- Diamond-Smith, N., Treleaven, E., Omoluabi, E., et Liu, J. (2019). Comparaison des expériences de clients simulés avec les auto-déclarations d'enquêtes téléphoniques pour mesurer la qualité du conseil en planification familiale : le cas de l'acétate de médroxyprogestérone sous-cutanée (DMPA-SC) au Nigéria [version 1 ; évaluation par les pairs : 2]. <https://pdfs.semanticscholar.org/166d/f56783933f56c7761397c718b5c805e0ae2c.pdf>.
- Digitale, J., Psaki, S., Soler-Hampejsek, E., et Mensch, B.S. (2017). Corrélats de l'utilisation de contraceptifs et du choix d'établissement de santé chez les jeunes femmes au Malawi. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 669(1) : 93-124. doi:10.1177/0002716216678591.
- Duminy, J., Cleland, J., Harpham, T., Montgomery, M.R., Parnell, S., et Speizer, I.S. (2021). Planification familiale urbaine dans les pays à revenu faible et intermédiaire : une revue critique de la portée. *Frontiers in Global Women's Health* 2 : 749636. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fgwh.2021.749636/full>.
- Hoke, T., Brunie, A., Krueger, K., Dreisbach, C., Akol, A., Rabenja, N.L., Olawo, A., et Stanback, J. (2012). Distribution communautaire de contraceptifs injectables : stratégies d'introduction dans quatre pays d'Afrique subsaharienne. *International perspectives on sexual and reproductive health* 38(4) : 214-219. <https://www.jstor.org/stable/23343639>.
- INSD (2022). Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burkina Faso. <https://www.insd.bf/fr/file-download/download/public/2071>.
- INSD et ICF (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, États-Unis : INSD et ICF International. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr256/fr256.pdf>.
- INSD et ICF (2022). Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 2021. Ouagadougou, Burkina Faso et Rockville, Maryland, États-Unis. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/PR139/PR139.pdf>.

- Kamissoko, A. (2017). Étude des facteurs limitant l'utilisation de la contraception moderne dans l'aire de santé de Badinko, district sanitaire de Kita. <https://bibliosante.ml/handle/123456789/6127>.
- Kennedy, C.E., Yeh, P.T., Gaffield, M.L., Brady, M., et Narasimhan, M. (2019). Auto-administration de contraceptifs injectables : une revue systématique et méta-analyse. *BMJ global health* 4(2) : e001350. <https://gh.bmj.com/content/4/2/e001350.abstract>.
- Kim, C., Fønhus, M., et Ganatra, B. (2017). Auto-administration de contraceptifs injectables : une revue systématique. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 124(2) : 200-208. doi:10.1111/1471-0528.14248.
- Liu, J., Shen, J., et Diamond-Smith, N. (2018a). Prédicteurs de la continuation du DMPA-SC chez les femmes nigérianes urbaines : l'influence de la qualité du conseil et des effets secondaires. *Contraception* 98(5) : 430-437. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782418301525>.
- Liu, J., Shen, J., et Diamond-Smith, N. (2018b). Prédicteurs de la continuation de DMPA-SC chez les femmes nigérianes urbaines: l'influence de la qualité du counseling et des effets secondaires. *Contraception* 98(5):430–437. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782418301525>.
- Liu, J., Shen, J., Schatzkin, E., Adedeji, O., Kongnyuy, E., Onuoha, C., Fajemisin, M., Ayodeji, K., et Omoluabi, E. (2019). Accès à DMPA-SC à travers les secteurs public et privé au Nigéria: caractéristiques des utilisateurs et leurs expériences. *Gates Open Research* 2:73. <https://gatesopenresearch.org/articles/2-73>.
- Magalona, S., Wood, S.N., Makumbi, F., OlaOlorun, F.M., Omoluabi, E., Pierre, A.Z., Guiella, G., Cover, J., et Anglewicz, P. (2022). Stock de DMPA-SC: tendances inter-sites par type d'établissement. *Contraception*: X 4:100075. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590151622000041>.
- Maïga, A., Hounton, S., Amouzou, A., Akinyemi, A., Shiferaw, S., Baya, B., Bahan, D., Barros, A.J., Walker, N., et Friedman, H. (2015). Tendances et modèles d'utilisation de contraceptifs modernes et relations avec les naissances à haut risque et la mortalité infantile au Burkina Faso. *Global health action* 8(1):29736. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/gha.v8.29736@zgha20.2015.8.issue-s5>.
- Meselu, W., Habtamu, A., Woyraw, W., et Tsegaye, T.B. (2022). Tendances et prédicteurs de l'utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes mariées: analyse des enquêtes démographiques et sanitaires éthiopiennes de 2000 à 2016. *Public Health in Practice* 3:100243. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666535222000192>.
- Ministère de la Santé-Burkina Faso (2022). Plan National de Planification Familiale 2021-2025 Du Burkina Faso. [http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/18628-19085\\_BFPNPF.pdf](http://www.healthpolicyplus.com/ns/pubs/18628-19085_BFPNPF.pdf).
- Moreira, L.R., Ewerling, F., Barros, A.J.D., et Silveira, M.F. (2019). Raisons de la non-utilisation de méthodes contraceptives par les femmes ayant une demande de contraception non satisfaite: une évaluation des pays à faible et moyen revenu à l'aide des enquêtes démographiques et sanitaires. *Reproductive Health* 16(1):148. doi:10.1186/s12978-019-0805-7.
- Ndayizigiye, M., Fawzi, M.C.S., Lively, C.T., et Ware, N.C. (2017). Comprendre la faible utilisation des contraceptifs dans les contextes à ressources limitées: une étude mixte au Burundi rural. *BMC Health Services Research* 17(1):209. doi:10.1186/s12913-017-2144-0.
- Noormal, A.S., Winkler, V., Eshraqi, A.M., Deckert, A., Sadaat, I., et Dambach, P. (2022). Facteurs influençant l'adoption de contraceptifs à court terme chez les femmes en

- Afghanistan. *Scientific Reports* 12(1):6632. <https://www.nature.com/articles/s41598-022-10535-y>.
- Ntambue, A.M., Tshiala, R.N., Malonga, F.K., Ilunga, T.M., Kamonayi, J.M., Kazadi, S.T., Matungulu, C.M., Musau, A.N., Dramaix-Wilmet, M., et Donnen, P. (2017). Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *The pan african medical journal* 26. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5483347/>.
- Osinowo, K., Ekholuenetale, M., Ojomo, O., Hassan, A., et Ladipo, O.A. (2020). Modèles de déclencheurs, d'idéation et de facteurs de motivation de l'utilisation de contraceptifs chez les femmes et les gardiens au Nigéria: une étude de cadrage sur la mise à l'échelle résiliente et accélérée de DMPA-SC au Nigéria (RASUDIN). *Contraception and Reproductive Medicine* 5(1):38. doi:10.1186/s40834-020-00141-6.
- Osinowo, K., Fintirimam, S.-D., Ojomo, O., Ladipo, O., Ojo, P., Majiyagbe, T., Ishaya, E., et Sagbo, L. (2022). Connaissance, perception et pratique de DMPA-SC/contraceptif auto-injectable chez les femmes: résultats d'une étude mixte dans le sud-ouest et le centre-nord du Nigéria. *communities* 7:8. [https://www.texilajournal.com/thumbs/article/Public\\_Health\\_Vol9\\_Issue3\\_Article\\_7.pdf](https://www.texilajournal.com/thumbs/article/Public_Health_Vol9_Issue3_Article_7.pdf).
- Osinowo, K., Ojomo, O., Ibitoye, S., Oluwayemi, P., et Rufus, F. (n.d.). Adoption de l'acétate de médroxyprogestérone injectable par voie sous-cutanée (DMPA-SC) au Nigéria: un changement de paradigme. [https://arfh-ng.org/wp-content/uploads/2021/08/Self\\_injected\\_Depot\\_Medroxyprogesterone.pdf](https://arfh-ng.org/wp-content/uploads/2021/08/Self_injected_Depot_Medroxyprogesterone.pdf).
- Osinowo, K., Sambo-Donga, F., Ojomo, O., Ibitoye, S.E., Oluwayemi, P., Okunfulure, M., Ladipo, O.A., et Ekholuenetale, M. (2021). Résilience et accélération de la mise à l'échelle du dépôt de l'acétate de médroxyprogestérone administré par voie sous-cutanée au Nigéria (RASuDiN) : une étude de mi-parcours à l'ère de la COVID-19. *Open Access Journal of Contraception* Volume 12:187–199. doi:10.2147/OAJC.S326106.
- Palamuleni, M.E. (2023). Déterminants de la fécondité élevée dans le mariage au Malawi : preuves tirées des enquêtes démographiques et sanitaires du Malawi de 2010 et 2015-16. *The Open Public Health Journal* 16(1). <https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/16/ELOCATOR/e187494452303275/FULLTEXT/>.
- Prata, N., Weidert, K., Fraser, A., et Gessesew, A. (2013). Répondre à la demande rurale : le cas de la combinaison de la distribution communautaire et du marketing social des contraceptifs injectables dans le Tigray, en Éthiopie. *PLoS One* 8(7):e68794. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0068794>.
- Pullum, T. et Staveteig, S. (2017). Évaluation de la qualité et de la cohérence de la déclaration de l'âge et de la date dans les enquêtes DHS, 2000-2015. Rockville, Maryland, États-Unis : ICF. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/MR19/MR19.pdf>.
- Sedgh, G., Ashford, L.S., et Hussain, R. (2016). Besoins non satisfaits en matière de contraception dans les pays en développement : examen des raisons pour lesquelles les femmes n'utilisent pas de méthode. [https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries?utm\\_source=Master+List&utm\\_campaign=037b9b172b-NR\\_Intl\\_Unmet\\_Need\\_6\\_28\\_16&utm\\_medium=email&utm\\_term=0\\_9ac83dc920-037b9b172b-244275881](https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries?utm_source=Master+List&utm_campaign=037b9b172b-NR_Intl_Unmet_Need_6_28_16&utm_medium=email&utm_term=0_9ac83dc920-037b9b172b-244275881).
- Sherpa, L.Y., Tinkari, B.S., Gentle, P., Sah, R.K., Shrestha, A., Sahani, S.K., Aryal, K., Ghimire, J., et Karki, D.K. (2021). Une étude de cohorte prospective pour évaluer l'acceptabilité de Sayana Press chez les femmes de 18 à 49 ans au Népal. *Contraception*

- 104(6):623–627.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010782421002298>.
- Spieler, J. (2014). Sayana® Press : peut-il être un "changeur de jeu" pour réduire les besoins non satisfaits en matière de planification familiale ? *Contraception* 89(5):335–338.
- Ties Boerma, J. et Sommerfelt, A.E. (1993). Enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) : contributions et limites. *World health statistics quarterly* 1993; 46 (4) : 222-226.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/51969/WHSQ\\_1993\\_46\\_4\\_p222-226\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/51969/WHSQ_1993_46_4_p222-226_eng.pdf).
- Utami, D.A. et Samosir, O.B. (2021). Autonomisation des femmes et besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Indonésie. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science* 716(1):012057.  
<https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1755-1315/716/1/012057/meta>.
- Worku, A.G., Tessema, G.A., et Zeleke, A.A. (2014). DOCUMENTS DE TRAVAIL DHS. .  
<https://dhsprogram.com/publications/pdf/WP103/WP103.pdf>.

## Tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques des femmes utilisant des méthodes contraceptives modernes.

<b>Variables</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Utiliser DMPA-SC/Sayana</b>		
Ne pas utiliser le DMPA-SC	4,618	90.3
utiliser DMPA-SC	494	9.7
Total	5,112	100
<b>L'âge</b>		
15-29	2,538	49.6
30-39	1,745	34.1
40-49	829	16.2
Total	5,112	100
<b>Ethnicité</b>		
Mossi	2,542	49.7
Fulfulde	253	4.9
Gourounsi	278	5.4
Bobo/Senoufo	418	8.2
Lobi/Dagara	282	5.5
autres groupes	1,339	26.2
Total	5,112	100
<b>Religion</b>		
Musulman	3,184	62.3
Chrétien	1,696	33.2
Traditionnel	232	4.5
Total	5,112	100
<b>État civil</b>		
Marié(e) / avec un(e) partenaire	4,178	81.7
Ne vit pas avec son partenaire	934	18.3
Total	5,112	100
<b>Type de résidence</b>		
Urbain	2,063	40.36
Rural	3,049	59.64
Total	5,112	100
<b>Régions administratives</b>		

Boucle du Mouhoun	464	9.1
Cascades	312	6.1
Centre	612	12
Centre Est	451	8.8
Centre Nord	283	5.5
Centre Ouest	430	8.4
Centre Sud	378	7.4
Est	207	4
Hauts-Bassins	666	13
Nord	380	7.4
Plateau central	365	7.1
Sahel	178	3.5
Sud-Ouest	386	7.6
Total	5,112	100
<b>Niveau d'éducation</b>		
Pas d'éducation	2,841	55.6
Primaire	768	15
Secondaire ou supérieur	1,503	29.4
Total	5,112	100
<b>Nombre d'enfants</b>		
pas d'enfant	648	12.7
1-3	2,294	44.9
4-5	1,322	25.9
6 et plus	848	16.6
Total	5,112	100
<b>Désir d'avoir d'autres enfants</b>		
Désir d'avoir d'autres enfants	4,047	79.2
Ne pas Wan	1,065	20.8
Total	5,112	100
<b>Nombre idéal d'enfants</b>		
0-3 enfants	522	10.2
réponse non numérique	344	6.7
4 enfants	924	18.1
5 enfants	1,235	24.2

6 enfants et plus	2,087	40.8
Total	5,112	100
<b>Décideur de l'utilisation de la contraception</b>		
Répondant	1,496	29.3
Mari/partenaire	1,292	25.3
décision commune	1,383	27.1
Autres	941	18.4
Total	5,112	100
<b>Discussion au sein du couple sur la PF et le nombre d'enfants</b>		
Oui	1,809	35.4
Non	2,065	40.4
Sans objet	1,238	24.2
Total	5,112	100
<b>Fréquence dans les médias (radio, télévision, magazines)</b>		
Pas du tout	1,178	23
Souvent ou régulièrement	3,934	77
Total	5,112	100
<b>Indice de richesse</b>		
Les plus pauvres	623	12.2
Plus pauvre	812	15.9
Moyen	1,061	20.8
Plus riche	1,196	23.4
Les plus riches	1,420	27.8
Total	5,112	100
<b>Mari Niveau d'éducation</b>		
Pas d'éducation	2,798	54.7
Primaire	613	12
Secondaire/supérieur	767	15
Sans objet	934	18.3
Total	5,112	100
<b>Occupation des femmes</b>		
Inactifs	1,546	30.2
Cadres/Salariés	271	5.3
Commerçants	1,166	22.8

Agricultrices	1,602	31.3
Ouvrières/Ménagères/domestiques	527	10.3
Total	5,112	100
<b>Problème de distance pour se rendre dans un centre de santé</b>		
Un gros problème	1,565	30.6
Ce n'est pas un gros problème	3,547	69.4
Total	5,112	100

Tableau 2 : Associations entre les variables explicatives et l'utilisation du DMPA-SC/Sayana Press au Burkina Faso

Variables	Utilisation du DMPA-SC/Sayana Press				
	Non	Oui	Total	n	Valeur P
<b>L'âge</b>					0.018
15-29	89.8	10.2	100	2,538	
30-39	89.8	10.2	100	1,745	
40-49	93.0	7.0	100	829	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Ethnie</b>					0.000
Mossi	90.5	9.5	100	2,542	
Fulfulde	89.3	10.7	100	253	
Gourounsi	91.4	8.6	100	278	
Bobo/Senoufo	83.7	16.3	100	418	
Lobi/Dagara	93.3	6.7	100	282	
autres groupes	91.4	8.6	100	1,339	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Religion</b>					0.647
Musulman	90.1	9.9	100	3,184	
Chrétien	90.6	9.4	100	1,696	
Traditionnel	91.8	8.2	100	232	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>État civil</b>					0.000
Marié(e) / avec un(e) partenaire	89.1	10.9	100	4,178	
Ne vit pas avec son partenaire	95.7	4.3	100	934	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Type de résidence</b>					0.000

Urbain	92.29	7.71	100	2,063		
Rural	89.01	10.99	100	3,049		
Total	90.34	9.66	100	5,112		
<b>Régions administratives</b>						
Boucle du Mouhoun	83.8	16.2	100	464	0.000	
Cascades	94.9	5.1	100	312		
Centre	89.1	10.9	100	612		
Centre Est	91.6	8.4	100	451		
Centre Nord	97.5	2.5	100	283		
Centre Ouest	90.5	9.5	100	430		
Centre Sud	93.7	6.3	100	378		
Est	91.3	8.7	100	207		
Hauts-Bassins	82.9	17.1	100	666		
Nord	90.0	10.0	100	380		
Plateau central	94.2	5.8	100	365		
Sahel	93.3	6.7	100	178		
Sud-Ouest	94.0	6.0	100	386		
Total	90.3	9.7	100	5,112		
<b>Niveau d'éducation</b>						
Pas d'éducation	90.0	10.0	100	2,841		0.046
Primaire	88.7	11.3	100	768		
Secondaire ou supérieur	91.7	8.3	100	1,503		
Total	90.3	9.7	100	5,112		
<b>Nombre d'enfants</b>						
pas d'enfant	96.6	3.4	100	648	0.000	
1-3	89.1	10.9	100	2,294		
4-5	89.4	10.6	100	1,322		
6 et plus	90.4	9.6	100	848		
Total	90.3	9.7	100	5,112		

<b>Désir d'avoir d'autres enfants</b>					
Désir d'avoir d'autres enfants	90.0	10.0	100	4,047	0.132
Ne pas Wan	91.5	8.5	100	1,065	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Nombre idéal d'enfants</b>					
0-3 enfants	91.0	9.0	100	522	0.383
réponse non numérique	89.0	11.0	100	344	
4 enfants	91.9	8.1	100	924	
5 enfants	89.8	10.2	100	1,235	
6 enfants & enfants	90.0	10.0	100	2,087	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Décideur de l'utilisation de la contraception</b>					
Répondant	90.5	9.5	100	1,496	0.000
Mari/partenaire	89.3	10.7	100	1,292	
décision commune	87.4	12.6	100	1,383	
Autres	95.7	4.3	100	941	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Discussion au sein du couple sur la PF et le nombre d'enfants</b>					
Oui	86.7	13.3	100	1,809	0.000
Non	91.0	9.0	100	2,065	
Sans objet	94.5	5.5	100	1,238	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Fréquence dans les médias (radio, télévision, magazines)</b>					
Pas du tout	89.7	10.3	100	1,178	0.421
Souvent ou régulièrement	90.5	9.5	100	3,934	

Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Indice de richesse</b>					
Les plus pauvres	89.6	10.4	100	623	0.000
Plus pauvre	90	10	100	812	
Moyen	89	11	100	1,061	
Plus riche	88.3	11.7	100	1,196	
Les plus riches	93.6	6.4	100	1,420	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Mari Niveau d'éducation</b>					
Pas d'éducation	89.2	10.8	100	2,798	0.000
Primaire	87.4	12.6	100	613	
Secondaire/supérieur	90.4	9.6	100	767	
Sans objet	95.7	4.3	100	934	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Occupation des femmes</b>					
Inactif	89.7	10.3	100	1,546	0.058
Cadres/employés	91.9	8.1	100	271	
Commis	90.8	9.2	100	1,166	
Agricultrices	89.3	10.7	100	1,602	
Travailleurs manuels/femmes au foyer/travailleurs domestiques	93.4	6.6	100	527	
Total	90.3	9.7	100	5,112	
<b>Problème de distance pour se rendre dans un centre de santé</b>					
Un gros problème	89.6	10.4	100	1,565	0.269
Ce n'est pas un gros problème	90.6	9.4	100	3,547	
Total	90.3	9.7	100	5,112	