



## **GRIPPS**

GROUPE INTERNATIONAL DE  
PARTENAIRES  
POPULATION - SANTÉ

UERD (BURKINA FASO), IFORD (CAMEROUN),  
ENSEA, INS (CÔTE D'IVOIRE), CEPED, IRD (FRANCE),  
ISMI (LAOS), DPS (SÉNÉGAL), URD (TOGO)

# LES FACTEURS DE LA CONTRACEPTION AU BURKINA FASO

Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998/99

Zakari CONGO

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE. DOCUMENTS D'ANALYSE N° 5

*Juillet 2005*

**Zakari CONGO**

Sociologue démographe

Assistant de Recherche à l'Unité d'enseignement et de recherche en démographie (UERD),  
Université de Ouagadougou

B.P. 7118, Ouagadougou 03, Burkina Faso

Tél. : (226) 50 36 21 15 – Fax : (226) 50 36 21 38

Courriel : [zcongo@hotmail.com](mailto:zcongo@hotmail.com)

© GRIPPS 2005

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un programme d'analyse bénéficiant de subventions de la part du CEPED et de l'IRD.

Éléments de catalogage : Les facteurs de la contraception au Burkina Faso. Analyse à partir des données de l'enquête démographique et de santé de 1999 – Zakari Congo, Grippe. La planification familiale en Afrique, Documents d'analyse n° 5, 2005

## Remerciements

*Je souhaiterais par ces mots adresser mes remerciements aux chercheurs de l'UERD qui ont accepté de lire le document et apporter leurs contributions pour la finalisation du rapport. Je voudrais en particulier remercier le Dr. BAYA Banza et WILLEMS Michel pour leur disponibilité tout au long de la préparation et de la rédaction ainsi que pour la finalisation du rapport.*

## Introduction

La transition de la fécondité entamée depuis deux ou trois décennies dans le monde en développement est presque terminée dans certaines parties. En Afrique subsaharienne, par contre, elle commence à peine puisque la baisse de la mortalité que l'on enregistre n'a pas encore été suivie par celle de la fécondité. Pour Cohen (1996 : 56), si de façon générale la fécondité en Afrique n'a pas répondu à la diminution de la mortalité, c'est peut-être parce que celle-ci est trop récente et que les parents n'en sont pas encore conscients ou ne sont pas convaincus de sa durabilité. À ce propos, de nombreux auteurs s'interrogent sur la capacité réelle de l'Afrique subsaharienne à entrer dans la phase de baisse de la fécondité, faute de synthèse sur le sujet jusqu'à présent (Joseph et Garenne, 2001).

Avec des taux de fécondité parmi les plus élevés du monde, les pays d'Afrique subsaharienne ont des situations très diversifiées. À la faveur de la collecte des données démographiques depuis les années 1970<sup>1</sup>, la connaissance de l'évolution de la fécondité s'est nettement améliorée. En plus des disparités existant entre régions et entre pays, il existe également des différences entre la fécondité des milieux urbain et rural dans un même pays. Le milieu urbain est surtout associé à une fécondité plus réduite que celle du milieu rural. Mais au-delà de cette dichotomie, certaines caractéristiques de la population s'avèrent plus importantes que d'autres. L'un des facteurs de la récente baisse de la fécondité observée dans les pays ayant pris part aux EDS, est la pratique contraceptive. Au cours de ces dernières décennies, il y a eu partout dans le monde un accroissement rapide et considérable de l'utilisation de la contraception. En une trentaine d'années, on a multiplié par dix le nombre des utilisatrices de méthodes modernes de contraception (Guillaume et Pilon, 2000 : 10).

Depuis la conférence d'Arusha en janvier 1984, un tournant décisif a été amorcé en matière de fécondité en Afrique subsaharienne. Cette tendance s'est accentuée avec la déclaration dite de Dakar/Ngor en décembre 1992. Déjà en 1990, la perception du taux de fécondité et les déclarations d'intervention destinées à influencer la fécondité avaient nettement évolué. Ainsi, si en 1976 le Burkina Faso considérait le taux de fécondité de sa population satisfaisant et n'avait pas l'intention d'entreprendre d'actions pour l'influencer, en 1990 par contre, ce taux était jugé trop élevé et exigeait une intervention rapide.

En effet, à l'instar des autres pays d'Afrique au sud du Sahara, le Burkina Faso connaît un rythme d'évolution de sa population relativement rapide. Selon les résultats définitifs du dernier recensement, la population du pays est estimée au 31 décembre 1996 à 10 312 609 habitants, contre une population estimée à 4 349 000 en 1960-1961, soit un taux d'accroissement annuel moyen de 2,5 %. Comparativement aux périodes antérieures<sup>2</sup>, le taux d'accroissement annuel moyen de la population a enregistré une baisse durant la période intercensitaire 1985-1996. Il était estimé à 2,37 % (Ministère de l'économie et des finances, 2000 : 9).

---

<sup>1</sup> La série des enquêtes démographiques et de santé (EDS) qui datent du milieu des années 1980 a succédé aux enquêtes mondiales de fécondité (EMF) réalisées dans neuf pays d'Afrique subsaharienne. Ces deux sources de données offrent des données fiables et consistantes sur les niveaux de fécondité en Afrique subsaharienne. Elles couvrent actuellement 33 pays.

<sup>2</sup> De 1,7 % entre 1960 et 1975, le taux d'accroissement annuel moyen de la population est passé à 2,67 % durant la période intercensitaire 1975-1985.

Des efforts ont été consentis pour influencer le rythme d'évolution de la fécondité et de la mortalité, notamment la mortalité infanto-juvénile. La mortalité a connu une baisse assez notable depuis les années 1960, contrairement à la fécondité qui observe un niveau encore élevé. Les efforts en matière d'offre de soins de santé et les différentes mesures d'hygiène prônées expliquent pour beaucoup cette évolution de la mortalité. Quant à la fécondité, son niveau s'expliquerait en partie par la faible pratique contraceptive. Pour autant, les besoins non satisfaits de planification familiale sont assez importants. Chez les femmes en union par exemple, ils ont connu une hausse relative de 36 % entre 1993 et 1999 (Akoto *et al.*, 2000). Les questions concernant cette pratique contraceptive dans le pays restent donc nombreuses. Quel est le niveau de pratique contraceptive ? Quel type de méthode est le plus utilisé ? Quel groupe de femmes utilise ces méthodes ? Quels sont les facteurs explicatifs de la différence de comportement en matière de pratique contraceptive ? Le but de la présente étude est d'essayer d'apporter des éléments de réponses à ces multiples questions. Elle procède d'une démarche méthodologique définie dans un protocole rédigé dans le cadre des travaux du Groupe international de partenaires population-santé (Gripps). Ce protocole porte sur les méthodes d'analyse des données de la pratique contraceptive collectées dans les EDS. Il est ici appliqué au cas du Burkina Faso et porte sur la dernière enquête en date, l'EDSBF-II de 1998/1999<sup>3</sup>.

La première partie de cette étude est consacrée à un aperçu général de l'évolution de la fécondité et de la planification familiale au Burkina Faso. On y examine les niveaux et tendances de la fécondité, du programme de planification mis en place et de la pratique contraceptive actuelle. Par la suite, on présentera les objectifs et la méthodologie de l'étude. À ce niveau, il s'agit de faire part des objectifs du projet, de la source de données et de la méthode d'analyse. La troisième partie est consacrée à l'analyse descriptive de la pratique contraceptive de la sous-population d'étude. Elle illustre, dans un premier temps, les caractéristiques des femmes potentiellement fécondes et fait une analyse exploratoire pour différencier les femmes suivant le mode de contrôle de la fécondité, à l'aide de l'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM). Il s'agit de dégager les profils des femmes utilisatrices et des femmes non-utilisatrices. Dans un second temps, on y présente le niveau et la tendance de la pratique contraceptive de la population d'étude<sup>4</sup>. Il s'agit là de l'analyse croisée des variables indépendantes avec la variable dépendante. La dernière partie tente une explication de la pratique contraceptive des femmes potentiellement fécondes. Cet essai d'explication vise à identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la pratique contraceptive dans le pays.

---

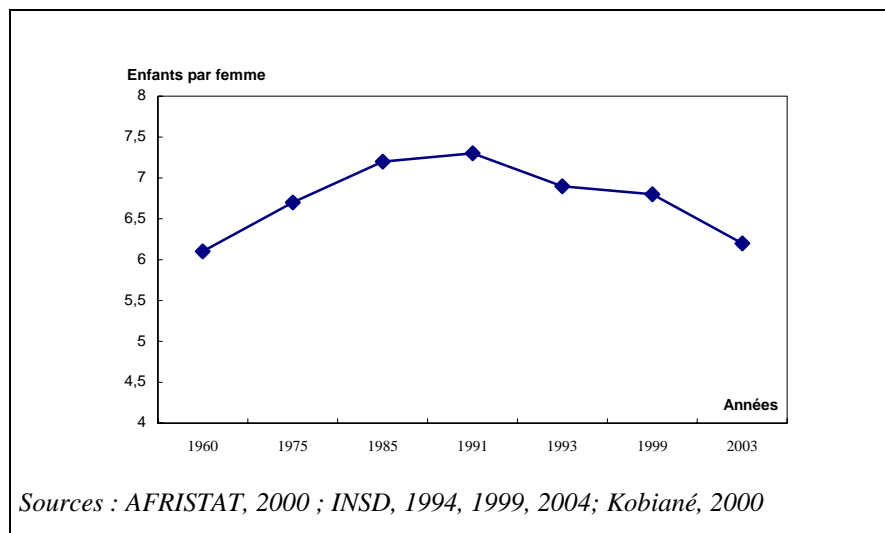
<sup>3</sup> La toute dernière EDS est entrée dans la phase collecte des informations. Les données sont prévues pour le mois de septembre 2003.

<sup>4</sup> Les femmes potentiellement fécondes au moment de l'enquête.

# 1. Niveau et évolution de la fécondité et de la planification familiale au Burkina Faso

## 1.1. Niveaux et tendance de la fécondité

Figure 1 – Évolution de l'ISF au Burkina Faso depuis 1960



De façon générale, le niveau de fécondité du pays est aujourd'hui l'un des plus élevés dans le monde. L'ISF y est de 6,8 enfants par femme (figure 1). Cet indice a connu un accroissement depuis les années 1960 jusqu'en 1991. À partir de ce moment, la fécondité amorce une nouvelle tendance qui s'exprime par une baisse entre 1991 et 1993 et entre 1999 et 2003. La période de 1993 à 1999 est marquée par une relative stabilité. En effet, l'ISF est passé de 6,1 enfants par femme en 1960 à 6,7 en 1976, puis 7,2 en 1985 pour atteindre 7,3 en 1991. À partir de là, il est passé à 6,9 en 1993 et 6,8 en 1999 puis à 6,2 en 2003<sup>5</sup>. Les données de l'EDSBF-III de 2003 (INSD, 2004) permettent ainsi de penser qu'une nouvelle tendance est entamée avec cette reprise de la baisse de l'ISF qui a atteint le niveau de 1960.

Le niveau de fécondité encore élevé s'explique par la nature même de la fécondité qui est précoce, intense et étalée tout le long de la vie féconde de la femme et par les facteurs socioculturels et socio-économiques qui la gouvernent (la valorisation de la descendance nombreuse et les mutations en cours qui favorisent de nombreuses grossesses d'adolescentes hors mariage)<sup>6</sup>. L'entrée en union des femmes n'est plus l'élément déterminant du début de la fécondité et la fécondité des adolescentes (moins de 20 ans) contribue, en 1998-99, pour 11 % à la fécondité totale des femmes. De plus, les femmes burkinabé se marient relativement tôt puisque, à 18 ans exact, 63 % des femmes de 25-49 ans avaient déjà contracté une union et à 22 ans exact, elles représentent 93 % (INSD, 1999).

<sup>5</sup> EDSBF-III, 2003 : les données sont encore provisoires et sont tirées du rapport préliminaire.

<sup>6</sup> Ministère de l'Économie et des finances, 2000.

Notons néanmoins que cette évolution de l'indice synthétique de fécondité diffère fondamentalement selon le milieu de résidence (tableau 1). Depuis 1985, on assiste en milieu urbain à une baisse continue de l'ISF avec une baisse annuelle moyenne de 2,9 %. En milieu rural, par contre, il connaît des fluctuations avec un ISF de 7,3 enfants par femmes en 1985 qui passe à 7,7 en 1991 avant de retomber à 7,3 en 1993 et rester stable en 1999. En 2003, cet indice est désormais de 6,9 enfants par femme. En considérant la période de 1985 à 2003, la baisse moyenne annuelle est de 0,3 % (baisse imprimée uniquement au cours de la dernière période quinquennale).

L'urbanisation s'accompagne généralement de grandes modifications du comportement procréateur tandis que celui en milieu rural se modifie beaucoup plus lentement. Les différences de fécondité observées entre les deux milieux ont fait dire à M. Rwenge (2000) que l'on pourrait penser à une coexistence de deux modèles de fécondité en Afrique subsaharienne : l'un urbain et l'autre rural.

Tableau 1 – Évolution de l'ISF des femmes depuis 1960, selon le milieu de résidence

Années	1960	1975	1985	1991	1993	1998/99	2003
Milieu de résidence							
Urbain	-	-	6,5	6,3	5,0	4,1	3,8
Rural	6,1	-	7,3	7,7	7,3	7,3	6,9
<b>Ensemble</b>	6,1	6,7	7,2	7,3	6,9	6,8	6,2

Sources : AFRISTAT, 2000 ; INDS, 1994, 1999, 2004 ; Kobiané, 2000 ;

Les conditions de vie assez difficiles en ville poussent les populations urbaines à adopter de nouveaux comportements en matière de fécondité. Dans ce milieu, où les couples ont reçu une certaine éducation et où les risques de décès des enfants sont moindres, les coûts élevés d'entretien des enfants et la sécurité du revenu conduisent à une fécondité faible. En effet, les couples n'ont pas besoin d'avoir beaucoup d'enfants pour assurer leur survie. On y assiste à un affaiblissement de la pression sociale au profit de motivations et d'aspirations individuelles et de couple.

En milieu rural traditionnel le niveau d'instruction est faible, surtout chez les filles et les femmes. On y pratique encore l'exploitation extensive et non mécanisée des terres. C'est pourquoi une descendance nombreuse demeure encore un facteur de puissance économique (plus de bras pour cultiver la terre), de prestige social (possibilités de renforcer les alliances au travers des mariages) et de sécurité pour les vieux jours (les enfants représentant une assurance vieillesse) (Gendreau, 1996). Ceci conduit à penser que le processus de transition de la fécondité au Burkina se fera en premier dans les centres urbains.

Le développement du système sanitaire du pays a eu comme résultat notable une baisse de la mortalité infanto-juvénile et un recul assez important de la stérilité. Si entre 1960 et 1976 plus de 6 %<sup>7</sup> des femmes en âge de procréer étaient considérées comme stériles, elles représentent moins de 2 % en 1998/99<sup>8</sup>. La principale cause de stérilité enregistrée réside dans les infections sexuellement transmissibles. La lutte contre ces infections a eu pour conséquence une augmentation sensible de la fécondité (Kobiané, 2000). À cela, il faut

<sup>7</sup> Il ne s'agit pas de stérilité au sens médical du terme, mais d'une stérilité primaire, indice de non-participation à la reproduction (Demers, 1981, cité par Kobiané, 2000).

<sup>8</sup> INSD, 1999 : 36.

ajouter le recul de la mortalité aux jeunes âges. De 183 ‰ en 1960, la mortalité infantile est passée à 115 ‰ en 1991 et à 105 ‰ en 1998/99<sup>9</sup>. Ces précieux gains, en termes de chances de survie, jouent un rôle non négligeable dans le niveau de fécondité. À long terme, cela devrait se traduire par une baisse de la fécondité, compte tenu de l'effet exercé par la survie des enfants sur les intervalles intergénéraliques.

Au Burkina, l'intervalle entre naissances est resté stable au fil des années et associé à une longue durée d'allaitement et une longue période d'abstinence *post-partum*. L'écart entre le milieu urbain et le milieu rural est de quatre mois en faveur de la ville, conséquence de l'utilisation de la contraception par les femmes citadines. À la faveur de la modernisation, de l'urbanisation, de l'accessibilité à l'information et de la disponibilité des méthodes contraceptives modernes, ces femmes urbaines sont plus enclines à étaler leurs naissances dans le temps, comparativement aux femmes résidant en zone rurale<sup>10</sup>. Le faible niveau d'utilisation de la contraception moderne dans le pays (6 %) pourrait être un facteur explicatif de ce niveau élevé de la fécondité.

## 1.2. Importance de la planification familiale

Pendant longtemps, la loi française du 31 juillet 1920 a marqué l'environnement législatif du Burkina Faso en matière de planification familiale. En France, son but était de lutter contre la dénatalité au sortir de la guerre. Héritée de la colonisation, cette loi a bénéficié d'un additif par l'ordonnance N°70-68/bis/PRES/MSP/AS du 28 décembre 1970 portant sur le Code de Santé Publique. Cette ordonnance interdisait de manière absolue l'avortement et la diffusion des contraceptifs. En 1983, le Conseil national de population est créé, avec pour mission de réfléchir et de proposer une politique de population en conformité avec les réalités sociales, économiques et culturelles du pays. Le caractère désuet de la loi de 1920 et son inadaptation aux réalités nouvelles (nouvelle orientation politique en matière de PF, demande croissante en prestations de services de PF de la part de la population) ont conduit le 24 octobre 1986 à son abrogation et une politique nationale en matière de planification familiale a été adoptée. En 1987, l'éducation sexuelle est introduite dans l'enseignement secondaire<sup>11</sup>. La mise en œuvre de la politique de la population du Burkina Faso en 1991<sup>12</sup> constitue un signal fort d'une volonté politique de réduire le niveau de fécondité de la population mais surtout de la nécessité d'intégrer la variable population dans les plans et projets de développement économique, social et humain. La diminution de la mortalité et le développement de programmes de planification familiale y sont des objectifs prioritaires (Locoh et Makdessi, 1996). Pourtant, la planification familiale n'est pas nouvelle puisqu'elle est déjà présente dans le programme national de santé maternelle et infantile de 1978.

En 1978, à l'instar des autres États membres de l'OMS, le Burkina souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaire dont la composante Santé Maternelle et Infantile comprend un volet planification familiale. Cependant, jusqu'en 1984, aucune disposition particulière allant dans le sens de cet engagement n'a été prise. Le plan d'action national en matière de planification familiale a été adopté le 10 avril 1984 avec pour premier

<sup>9</sup> Il s'agit du quotient de mortalité de la période quinquennale la plus récente, c'est-à-dire 1993 à 1998/99.

<sup>10</sup> INSD, 1999 : 41.

<sup>11</sup> Ministère de l'économie et des finances, 2000.

<sup>12</sup> Le 10 juin 1991, un texte officiel institue la Politique de Population du Burkina. Elle a été abrogée le 06 décembre 2000. La Politique Nationale de Population du Burkina Faso a été adoptée le 30 décembre 2000.



objectif la révision de la loi de 1920. La mise en place des prestations de services de PF a débuté en février 1985.

Parmi les objectifs de la politique nationale de population de 2000, on notera l'amélioration de la santé reproductive des populations et l'évolution de la pratique contraceptive : promouvoir une grande utilisation des services de santé de la reproduction en particulier par les femmes, les jeunes et les adolescents, et accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6 % en 1998 à 19 % en l'an 2015. Dans les axes stratégiques, il s'agit de mettre à la disposition de la population des services de santé de la reproduction de qualité y compris une gamme complète de méthodes contraceptives sûres, fiables et à un coût abordable ; d'élaborer et mettre en œuvre des programmes d'IEC en PF à l'endroit des groupes cibles en zones rurale et urbaine ; de promouvoir l'éducation à la vie familiale et l'éducation sexuelle dans les structures d'enseignement formel et non formel ; de faire la promotion du marketing social des produits contraceptifs ; de développer des services à base communautaire de contraception.

Cependant, à la lecture du tableau 2, force est de constater que la pratique contraceptive des femmes en union reste encore faible au Burkina, notamment pour ce qui concerne les méthodes modernes. La prévalence contraceptive moderne est passée entre 1993 et 1999 de 4 % à seulement 5 %, soit un accroissement de 2,7 %. Néanmoins, au cours de la période qui suit (1999 à 2003), un nouveau rythme semble s'installer avec un accroissement de 79,2 %. C'est en zone urbaine que le rythme d'évolution est le plus faible, comparativement à la zone rurale. On notera par exemple que de 1993 à 1998, l'utilisation de ces méthodes modernes s'est accrue de 73 % en zone rurale, tandis qu'en zone urbaine elle ne progressait que de 17,5 %<sup>13</sup>. Entre 1993 et 2003, l'accroissement est de 37,8 % en milieu urbain contre 96,2 % en milieu rural. Cependant, le niveau d'utilisation atteint par les femmes en zone rurale reste très éloigné de celui du milieu urbain.

Tableau 2 – Pourcentage de femmes en union utilisant une méthode au moment de l'enquête

Année	1993			1998-99			2003		
	Urb.	Rur.	Ens.	Urb.	Rur.	Ens.	Urb.	Rur.	Ens.
<b>Milieu de résidence</b>									
<b>Indicateur</b>									
Femme en union utilisant actuellement :									
Une méthode moderne	17,1	1,5	4,2	20,1	2,6	4,8	27,7	5,1	8,6
Une méthode quelconque	26,0	4,2	7,9	29,4	9,3	11,9	33,7	10,0	13,7
Une méthode traditionnelle	-	-	-	9,3	6,7	7,0	6,0	5,0	5,1

Sources : INSD, 1994, 1999, 2004

La faiblesse de l'évolution de la pratique contraceptive moderne en ville est en partie tributaire de ce niveau élevé de départ. En zone rurale par contre, différentes actions sont orientées vers ces communautés : le programme DBC (distribution à base communautaire) qui permet une accessibilité plus grande des méthodes contraceptives et la construction de nouveaux centres de santé et de promotion sociale (CSPS) permettant une meilleure

<sup>13</sup> Le taux d'accroissement annuel moyen en milieu urbain est de 3,3 % contre 11,6 % en milieu rural.

information sur les moyens modernes de contraception. Ces initiatives ont eu pour effet d'accélérer le rythme d'évolution de la très faible pratique contraceptive en milieu rural.

Une vue globale ne permet pas de voir concrètement les différences existant dans la pratique de la contraception, notamment de la contraception moderne, certaines méthodes contraceptives étant plus utilisées que d'autres.

Tableau 3 – Prévalence de la contraception selon les types de méthodes pour l'ensemble des femmes et pour les femmes en union (1993-1998/99)

Méthodes contraceptives		Proportion de femmes					
		1993		1999		2003	
		En union	Ens.	En union	Ens.	En union	Ens.
Toutes méthodes		7,9	7,7	11,9	12,0	13,7	13,9
Modernes	Pilule	2,1	2,0	1,8	1,7	2,2	2,0
	DIU	0,7	0,7	0,4	0,4	0,4	0,3
	Injection	0,1	0,1	1,1	0,9	2,5	2,1
	Condom	0,8	0,9	1,2	2,5	2,1	4,1
	Autres	0,4	0,4	0,4	0,4	1,4	1,1
Traditionnelles	Contenance périodique	3,5	3,4	4,6	4,2	3,1	2,6
	Retrait	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
	Abstinence	-*	-	2,2	1,8	1,6	1,3
	Autres	0,2	0,2	0,0	0,1	0,3	0,2

Sources : INSD, 1994, 1999, 2004 \* Données non disponibles.

De 1993 à 1999, les méthodes contraceptives les plus utilisées par les femmes en union comme par l'ensemble des femmes sont presque essentiellement les méthodes traditionnelles, notamment la continence périodique et l'abstinence (tableau 3). Quant aux méthodes modernes, elles enregistrent un accroissement essentiellement dû à l'utilisation du préservatif masculin (condom) et, dans une moindre mesure, l'injectable<sup>14</sup>. À partir de 1999, la continence périodique continue d'être beaucoup utilisée par les femmes en union. Lorsque l'on considère l'ensemble des femmes, le condom apparaît être la méthode la plus utilisée, particulièrement par les femmes non encore en union.

L'élément majeur à retenir est le recours à une contraception d'espacement plutôt qu'à une contraception d'arrêt. Comme le soutient E. Van de Walle (1988 :160), si les stratégies d'espacement des naissances sont généralement évidentes, celles d'arrêt sont rares. Dans les campagnes (surtout) comme en milieu urbain, une progéniture nombreuse demeure toujours un signe de prospérité, de main-d'œuvre, d'assurance retraite et de garantie pour ses vieux jours. Cette persistance d'une attitude nataliste explique en partie la faiblesse de la pratique contraceptive, notamment moderne.

<sup>14</sup> EDSBF-II, 98/99 : 53. On soulignera que face au VIH/Sida, une campagne de grande envergure a été menée sur le plan national en vue d'endiguer le phénomène. La mise en place du projet de marketing social des condoms (Promaco) et la création du Comité national de lutte contre les IST et le VIH/Sida (CNLS-IST) témoignent de la volonté politique de maîtriser la propagation de la maladie. L'utilisation du condom dans ces conditions ne répond pas uniquement et toujours à un besoin de contraception ou de planification des naissances.

Pourtant, en général, les femmes burkinabé connaissent déjà les méthodes modernes de contraception. En effet, si en 1993 elles étaient 62 % à connaître ces méthodes, elles sont 76 % en 1999 et désormais elles représentent 90 % depuis 2003 ; la méthode la mieux connue étant le condom. La diffusion de l'information ne semble donc pas être en cause dans le faible niveau de la pratique contraceptive. Dans ce schéma général, la progression de la connaissance s'étend d'ailleurs au milieu rural (1993 : 57 % ; 1999 : 74 %) qui a toujours été perçu comme le milieu le moins pourvu en termes d'information sur la planification familiale. Cet écart entre la connaissance et la pratique peut être expliqué par plusieurs facteurs parmi lesquels il y a le nombre idéal d'enfants, le nombre d'enfants décédés, la perception des avantages des différentes méthodes, le désir d'avoir des enfants (supplémentaires), etc. (Kobiané, 2000).

Le nombre idéal d'enfants observé en 1999 est en moyenne de 5,7 pour l'ensemble des femmes burkinabé et de 5,9 pour les femmes en union (4,2 en milieu urbain et 6,1 en zone rurale). Il y a 35 % des femmes qui veulent plus de cinq enfants tandis que 21 % donnent des réponses non numériques. Elles donnent à la place des réponses approximatives telles que « ce que Dieu me donne », « je ne sais pas » ou « n'importe quel nombre ». Dans ces conditions, on peut affirmer que plus de la moitié des femmes (56 %) désirent toujours une progéniture supérieure ou égale à cinq enfants. Comparativement aux résultats de l'enquête de 1993, le nombre idéal d'enfants que désirent les femmes n'a pas évolué.

Les facteurs susceptibles d'influencer la pratique contraceptive sont multiples. Ces facteurs sont d'ordres à la fois démographique, social, économique, culturel, religieux et politique. Ils agissent au niveau de la demande et de l'offre de contraception, et au niveau individuel comme au niveau familial ou collectif (Sadik, 1980, cité par Guillaume et Pilon, 2000 : 15).

Le contexte éducatif burkinabé est encore marqué par un taux de scolarisation parmi les plus faibles de la sous-région, notamment en ce qui concerne la population féminine. Avec un taux de scolarisation de 41 % (34 % pour les filles), des efforts énormes restent indispensables pour atteindre un niveau élevé. Pourtant, il n'est plus à démontrer qu'à un niveau d'éducation élevé est associée une pratique contraceptive conséquente. On notera également les conceptions et perceptions diverses des populations. Certaines croyances encore présentes au sein des populations stipulent qu'il ne faut pas s'opposer à « la sortie des enfants qui sont dans le ventre de la femme », faute de connaître la punition réservée à cet effet. De plus, certaines personnes affirment que la diffusion des pilules a pour objectif de mettre un terme à la fécondité des femmes en milieu rural afin de suppléer à l'aide au développement (Kobiané, 2000). Pour certains conjoints, la pratique contraceptive est un excellent moyen de perversion et de frivolité pour la femme. Un autre facteur lié aux croyances est celui du rôle des religions. Pour certaines d'entre elles, Dieu encourage une descendance nombreuse et par conséquent seules les méthodes traditionnelles (continence et abstinence) sont acceptables.

## 2. Objectifs et méthodologie de l'étude

L'étude présente poursuit un certain nombre d'objectifs qu'il est utile de rappeler.

### 2.1. Objectifs

#### *Objectif général*

En s'appuyant principalement sur des données provenant des EDS, le projet « Planification familiale en Afrique : analyses comparatives » vise à dégager le profil des utilisatrices et des non-utilisatrices de contraceptifs modernes et à identifier les facteurs qui favorisent ou entravent la pratique contraceptive dans les pays en développement.

#### *Objectifs spécifiques*

Plus spécifiquement, l'étude se propose d'atteindre les objectifs spécifiques suivants :

- Identifier les facteurs qui rendent significativement compte de la pratique contraceptive et dégager le profil des femmes utilisatrices.
- Identifier puis hiérarchiser, par ordre d'effet décroissant, les facteurs qui font obstacle à la pratique contraceptive et décrire le profil des femmes non-utilisatrices.
- Évaluer l'impact de la planification familiale et notamment l'utilisation de la contraception moderne sur le niveau de la fécondité.
- Procéder à une étude comparative des pays en développement (ceux dont les institutions font partie du Gripps notamment) sur la base des trois objectifs précédents et examiner dans quelle mesure il peut être établi une typologie régionale des utilisatrices et des non-utilisatrices de contraceptifs.

### 2.2. Méthodologie

#### 2.2.1. Définition opérationnelle de la pratique contraceptive

La contraception désigne un ensemble de mesures à caractère permanent ou non, destinées à empêcher la conception. On distingue à cet effet deux types de méthodes : les méthodes modernes (chimico-mécaniques pour la plupart) qui recourent à un adjuvant et les méthodes traditionnelles (naturelles dans leur grande majorité). Les méthodes modernes regroupent : la pilule, le stérilet ou DIU, les injections, le condom, la stérilisation féminine, ainsi que les implants (Norplant). D'une plus grande efficacité d'usage, l'utilisation de cette contraception moderne permet à la femme d'avoir un meilleur espacement entre les naissances. Quant aux méthodes traditionnelles, elles regroupent l'abstinence, la continence périodique, le retrait et les autres méthodes telles que les plantes médicinales, les amulettes, etc., dont l'efficacité et la valeur chimique reste à prouver.

Pour la présente étude, l'intérêt a été porté sur la pratique contraceptive du moment, c'est-à-dire l'utilisation de la contraception au moment de l'enquête. C'est pourquoi, l'étude s'intéresse à la population féminine potentiellement féconde. L'échantillon est donc constitué uniquement des femmes susceptibles de faire usage d'une méthode contraceptive et dont la pratique contraceptive au moment de l'enquête est déclarée. Les femmes ayant déclaré qu'elles sont ménopausées ainsi que les femmes enceintes sont exclues de l'analyse.

### 2.2.2. Source de données

Après l'expérience acquise lors du programme de l'EMF, les EDS permettent en général de disposer de données de qualité appréciable. C'est ainsi que l'enquête démographique et de santé (EDS) réalisée au Burkina en 1998/99 représente une source de données adéquate. Cette enquête a touché au total un échantillon de 6 445 femmes âgées de 15 à 49 ans. L'intérêt étant porté sur les femmes potentiellement fécondes, l'échantillon final se réduit de sorte que la présente étude porte uniquement sur 5 567 femmes du même groupe d'âges.

La variable à expliquer est sans conteste la pratique contraceptive des femmes au moment de l'enquête (pratique contraceptive de façon générale et pratique contraceptive moderne en particulier). Parmi les méthodes contraceptives utilisées, on a coutume de distinguer la contraception d'arrêt telle que la stérilisation. Cependant, au niveau du Burkina, sa très faible prévalence chez les femmes potentiellement fécondes (0,1 % de celles-ci) a conduit à la regrouper dans la même catégorie que la contraception moderne. De même, les utilisatrices de contraceptifs naturels regroupent celles qui font usage des moyens contraceptifs dits populaires (infusions, gris-gris, etc.).

### 2.2.3. Méthodes d'analyse

S'agissant d'étudier la pratique contraceptive, l'analyse sera faite en deux temps. Dans un premier temps, on fera une analyse descriptive de la pratique contraceptive (comprenant une analyse exploratoire à l'aide de l'analyse factorielle des correspondances multiples), en présentant les caractéristiques socio-démographiques des femmes potentiellement fécondes, ainsi que les niveaux et tendances de la pratique contraceptive pour l'année 1998. Dans un second temps, on procédera à une analyse multivariée en vue de cerner les facteurs explicatifs de la pratique contraceptive. Dans ce dernier cas, on fera recours à la régression logistique comme méthode explicative. Deux analyses explicatives seront menées, l'une concernant la contraception moderne et l'autre la contraception de façon générale (moderne ou traditionnelle).

### 3. Analyse descriptive de la pratique contraceptive féminine au Burkina Faso

Cette première partie de l'analyse traite du profil socio-démographique de la population d'étude<sup>15</sup> et des caractéristiques influençant le comportement des femmes en matière de contraception. Elle a pour objectif de présenter la répartition de l'échantillon selon ses traits dominants et de donner une idée des facteurs pouvant jouer un rôle déterminant dans la pratique contraceptive.

#### 3.1. Caractéristiques des femmes potentiellement fécondes

Il s'agit ici de présenter les principales caractéristiques de la sous population des femmes en âge de procréer, potentiellement fécondes. Cette présentation est essentiellement basée sur les effectifs relatifs des femmes suivant les principales caractéristiques (annexe 1).

##### 3.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques

Dans l'ensemble, un peu plus de quatre femmes sur cinq résident en milieu rural tandis qu'elles ne représentent que 18 % en zone urbaine (annexe 1, tableau A6). À elle seule, la ville de Ouagadougou regroupe la moitié des femmes de l'ensemble du milieu urbain.

En ce qui concerne les caractéristiques individuelles, on notera que la majeure partie des femmes est constituée de femmes jeunes de moins de 25 ans (42 %). Si on considère l'ensemble des moins de 35 ans, elles représentent 70 % (annexe 1, tableau A1).

Le mariage apparaît toujours comme un statut social privilégié, puisque près de 80 % des femmes vivent en union (73 % de mariées et 5 % de femmes en union libre) ; les célibataires représentant 19 % (annexe 1, tableau A2). En ce qui concerne l'ethnie, deux groupes ont été constitués. Il s'agit des Mossi d'un côté et les autres ethnies de l'autre<sup>16</sup>. On constate que trois femmes sur cinq (59 %) appartiennent au groupe ethnique mossi (annexe 1, tableau A4). Concernant le niveau d'instruction, 85 % des femmes sont sans instruction, soit plus de quatre femmes sur cinq à ne pas avoir fréquenté une école. Celles de niveau supérieur représentent à peine 1 % (annexe 1, tableau A3). Suivant la religion, plus d'une femme sur deux (56 %) appartient à la religion musulmane. Viennent ensuite les catholiques (22 %) et les animistes (13 %) (annexe 1, tableau A5).

Pour identifier le niveau de vie de la femme, on s'intéresse à son travail et au secteur d'activité, au standing de l'habitat, à l'accès aux médias, etc. Le standing de l'habitat est une combinaison d'éléments tels que l'électricité, l'eau courante et le type de plancher. On considère qu'une femme appartient au haut standing lorsqu'elle habite dans un habitat ayant à la fois ces trois éléments. Par contre, le standing bas correspond à l'absence de ceux-ci. Le niveau moyen est l'intermédiaire entre les deux catégories.

---

<sup>15</sup> Il s'agit des femmes en âge de procréer qui n'étaient pas enceintes ni ménopausées au moment de l'enquête.

<sup>16</sup> Le Burkina Faso compte une soixantaine d'ethnies. Selon l'EDSBF-II, la répartition de la population résidente par ethnie donnait plus de 50 % au groupe mossi.

De façon générale, les femmes (68 %) ont un habitat de bas standing. Seulement 4 % des femmes appartiennent au haut standing (annexe 1, tableau A7). Quant au travail actuel de la femme, 67 % travaillent au moment de l'enquête (annexe 1, tableau A8). Le secteur d'activité qui emploie le plus les femmes est le secteur agricole (38 %). Le commerce est aussi une activité qui intéresse beaucoup de femmes (32 %). Près du quart des femmes (22 %) sont sans travail. Le secteur moderne demeure celui qui occupe le moins de femmes (1 %). La concentration des travaux de ce secteur au niveau des centres urbains pourrait expliquer la faiblesse des effectifs à ce niveau.

L'accès aux *mass média* est un moyen d'information sur les méthodes contraceptives et sur leur utilisation. Il faut entendre par accès, la disposition dans le ménage et/ou une exposition à la diffusion des émissions du médium en question. Par rapport aux différents types de médium, on notera que 96 % des femmes n'ont pas accès au médium écrit (journaux, documents écrits, etc.), un médium en très grande partie accessible suivant l'instruction scolaire<sup>17</sup>. De plus, sa diffusion ne couvre pas toutes les localités du territoire. Quant à la radio, malgré la faiblesse de l'effectif de son public (18 %), il touche davantage de monde. Seulement 4 % des femmes ont accès au médium visuel qu'est la télévision (annexe 1, tableaux A10, A11 et A12). Jusqu'à une date assez récente, ce médium ne couvrait qu'une infime partie du territoire national. Depuis, la situation s'est nettement améliorée car la télévision atteint maintenant certains villages éloignés.

Par rapport aux aspects liés à la contraception, notamment les sources d'approvisionnement, seulement un tiers des femmes (32 %) connaît une source d'approvisionnement en contraceptifs. Pour celles qui ont recours à la contraception, la moitié des femmes (53 %) s'approvisionne dans le secteur médical public (hôpital, PMI, ...) contre 10 % dans le secteur médical privé ; 37 % s'approvisionnent dans d'autres secteurs privés tels que les marchés ou les boutiques.

En s'intéressant aux caractéristiques du conjoint des femmes, on notera que la majeure partie des femmes en union (92 %) réside avec leur conjoint. Concernant le niveau d'instruction, 88 % de ces femmes ont un conjoint sans instruction. Seulement 5 % ont un conjoint de niveau primaire et 3 % de niveau secondaire. Quant à l'activité économique de celui-ci, les femmes ont en majorité (78 %) un conjoint travaillant dans l'agriculture (annexe 1, tableau A17). Si on considère l'opinion du conjoint par rapport à la planification familiale, on notera que la plupart des femmes (42 %) ignorent ce que pense leur conjoint et que 35 % ont un conjoint favorable à la PF (annexe 1, tableau A18). Quant à savoir si au sein du couple ils ont des discussions sur la PF, 75 % des femmes disent ne jamais le faire tandis que 13 % le font quelquefois. Les couples qui en discutent souvent représentent 12 % de l'échantillon (annexe 1, tableau A19).

Par rapport à la vie génésique, un peu plus de la moitié des femmes (52 %) n'ont pas encore eu de fille et de garçon (annexe 1, tableau A20). La majeure partie des femmes (64 %) a eu moins de cinq enfants nés vivants tandis que 59 % n'ont pas eu d'enfant décédé (annexe 1, tableaux A21 A22). Quant à se demander s'il y a un désir supplémentaire d'enfants, la majeure partie des femmes répondent par l'affirmative. À la question de savoir le nombre d'enfants que les femmes souhaitent, 72 % d'entre elles donnent un nombre de cinq enfants et plus (annexe 1, tableau A25).

Trois variables composites ont été construites afin de tester certaines hypothèses. Elles sont composées chacune de deux variables. Il s'agit de l'instruction et du milieu de résidence, du

---

<sup>17</sup> Il existe un programme national d'alphabétisation en langues locales. Cependant, on note très peu de supports écrits utilisant les langues locales.

milieu de résidence et du standing de l'habitat, de la situation matrimoniale et de l'activité sexuelle. Le constat le plus marquant est que trois femmes sur quatre ne sont pas instruites et résident en milieu rural et la grande majorité de ces femmes du village (67 %) ont un bas standing (annexe 1, tableau A27). Les autres (16 %) ont un standing moyen. Aucune femme n'a un haut standing en zone rurale. L'absence de l'électricité dans les villages est le principal élément qui explique l'absence d'habitat de haut standing dans ces zones. Quant à la combinaison de la situation matrimoniale et de l'activité sexuelle, elle permet de noter que les plus nombreuses sont les femmes mariées et non sexuellement actives (47 %), contre 31 % qui sont mariées et sexuellement actives (annexe 1, tableau A28).

On retiendra qu'il y a manifestement un besoin de renforcement de la politique de planification familiale. En effet, la demande d'enfants est encore élevée dans le pays puisque trois quarts des femmes souhaitent avoir au moins cinq enfants dans leur vie. Cette situation est sous-tendue par un environnement de pauvreté parce que l'agriculture constitue la principale activité économique de la grande majorité des populations et que la grande majorité des femmes vivent dans un habitat de bas standing. Il faut y ajouter également le besoin de renforcement des capacités face au manque de niveau d'instruction pour la grande majorité des populations, notamment les femmes. Des activités de sensibilisation à la communication au sein du couple pourraient également participer au renforcement des capacités des femmes par des synergies d'action au sein du couple et un renforcement de la décision de pratique contraceptive. Aussi, l'offre de services de PF doit être améliorée, non seulement en qualité mais également en quantité, permettant aux femmes d'être mieux informées des sources d'approvisionnement en contraceptifs mais également qu'elles soient rassurées quant à la prestation de service.

### 3.1.2. Analyse exploratoire de la différenciation du mode de contrôle de la fécondité

Cette analyse exploratoire essaie, à partir des données, de dégager les grandes tendances et les oppositions les plus visibles entre les différentes sous-populations composant l'échantillon des femmes potentiellement fécondes. Elle est basée sur l'analyse factorielle des correspondances multiples, qui inclut certaines caractéristiques socio-démographiques de la femme, certaines variables relatives à son conjoint ainsi que la pratique contraceptive de la femme décrite suivant trois modalités (méthodes modernes, méthodes naturelles et aucune méthode). Cette dernière variable est mise en élément supplémentaire<sup>18</sup>.

Le premier facteur a une importance relative d'inertie de 12 %<sup>19</sup>. Le milieu de résidence, l'état matrimonial, le niveau d'instruction et le standing de l'habitat apparaissent comme faits marquants de ce premier facteur. Les femmes de la capitale et des villes moyennes se rapprochent à droite tandis que celles du milieu rural sont à gauche de l'axe d'ordonnée opposée. Les modalités de l'état matrimonial s'étalent à l'opposé de cette bissectrice pour former presque un angle droit. Quant à l'âge il suit la situation matrimoniale. Le niveau d'instruction, le standing de l'habitat et la résidence forment ensemble des faisceaux parallèles. Tous ces éléments permettent de comprendre que ce premier axe symbolise le milieu de vie, c'est-à-dire l'opposition entre les femmes des villes (capitale et villes moyennes) et celles de la campagne. C'est en milieu urbain que l'on rencontre le plus souvent

<sup>18</sup> Le dictionnaire des variables est présenté à l'annexe 2.

<sup>19</sup> Le pourcentage d'inertie expliqué par les différents axes sont : axe 1 = 12,0 % ; axe 2 = 7,3 % ; axe 3 = 4,4 % ; axe 4 = 3,9 % ; axe 5 = 3,4 % ; axe 6 = 2,8 % ; axe 7 = 2,6 % ; axe 8 = 2,4 % ; axe 9 = 2,3 %.



un standing de l'habitat moyen ou élevé. Les femmes y sont plus instruites, on y rencontre plus de célibataires ou de femmes séparées ou divorcées. On y a un accès plus facile aux médias notamment la presse écrite et la télévision qui diffusent des informations sur la planification familiale. C'est une opposition marquée entre deux milieux de vie différents dont l'un symbolise la vie moderne et bénéficie de meilleures conditions en termes d'infrastructures sanitaires, scolaires et où les femmes ont plus de liberté de mouvement et de choix. Les femmes de ce milieu utilisent surtout la contraception moderne et un peu les méthodes traditionnelles. À l'opposé, les femmes du milieu rural n'utilisent aucune méthode de contraception. L'activité principale y est l'agriculture pour le couple, le standing est bas, aucun accès aux médias et les couples ne discutent jamais de PF.

Quant au second axe (7,3 % d'inertie), il illustre la discussion au sein du couple. Les femmes plus instruites, de standing élevé discutent parfois ou souvent de PF avec leur conjoint en milieu urbain. Les jeunes femmes de moins de 25 ans, bien que sexuellement actives, sont pour la plupart célibataires et n'utilisent pas de contraception. On rencontre plus souvent les unions libres en ville. Dans les couples où les discussions ont lieu, le conjoint réside en ville et travaille dans le commerce ou le secteur moderne, et il est d'un niveau primaire ou secondaire. Celui-ci est favorable à la PF.

Le premier plan factoriel oppose donc les femmes urbaines instruites, de haut standing aux femmes du village, de niveau d'instruction bas et vivant de l'agriculture, ne discutant pas de PF avec le conjoint. Le groupe intermédiaire est composé des femmes de niveau d'instruction primaire, de standing moyen, vivant en ville sans travail ou travaillant dans l'artisanat

Le facteur trois explique 4,4 % de l'inertie du nuage et symbolise la différence entre villes moyennes et capitale. Dans la ville moyenne, le standing est moyen ou haut. Les femmes de ce milieu bénéficient de quelques infrastructures sanitaires et scolaires, d'une diffusion bien que réduite des informations relatives à la PF. L'activité pour la femme et son conjoint est le commerce ou l'artisanat. Ces femmes discutent parfois de PF et s'approvisionnent en contraceptifs dans les services de santé publique. Par contre, les femmes de la capitale bénéficient de moyens sanitaires plus étendus, le niveau d'instruction y est au moins égal au secondaire, l'activité principale relève du secteur moderne, que ce soit pour la femme ou pour le conjoint.

Le facteur suivant, à savoir l'axe 4, oppose deux autres groupes de femmes : le premier groupe est constitué des femmes urbaines ayant au moins le niveau primaire et les femmes de la campagne ayant un bas standing et seulement un niveau primaire. Ces femmes sont sans travail et leur conjoint travaille dans l'artisanat. Le second groupe est constitué des femmes de niveau secondaire, résidant au village ou en ville sachant lire et écrire. La femme a un conjoint de niveau secondaire également en ville ou au village et travaille dans le secteur moderne. L'instruction de niveau secondaire suppose un minimum de six années passées sur les bancs de l'école. L'information complémentaire apportée à ce niveau d'étude donne aux bénéficiaires de nouvelles connaissances à même de faire la différence avec les femmes de niveau primaire, notamment sur le fonctionnement du corps humain et ses fonctionnalités. De plus, les établissements secondaires sont essentiellement situés en zone semi-urbaine ou urbaine. De ce fait, l'impact de la ville ne saurait être négligeable.

Quant à l'axe 5 (3,4 % d'inertie), il distingue les femmes séparées ou divorcées des femmes en union libre. Phénomène rare il y a quelques années, le divorce occupe une place de plus en plus importante dans la société, notamment en ville. Les femmes en union libre sont dans la majorité âgées de 25 à 35 ans, désirent encore des enfants, sont sexuellement actives et ont leur conjoint qui discute souvent de PF avec elles. Ce conjoint est favorable à la PF. Ces femmes ont le niveau secondaire et certaines d'entre elles travaillent dans le secteur

moderne. Elles ont moins de cinq enfants nés vivants. Leur conjoint a également un niveau secondaire et travaille dans le secteur moderne. Le caractère précaire de l'union ainsi que les conséquences que cela suppose en cas de séparation pourraient constituer un facteur de prudence et de méfiance, qui conduit les femmes à adopter une attitude favorable à la contraception, notamment la contraception moderne, compte tenu de son efficacité éprouvée. Par contre, les femmes veuves sont un peu plus âgées (45 ans et plus) et ont plus de cinq enfants en vie. Compte tenu de leur âge, elles utilisent moins la contraception. Les divorcées ou séparées sont âgées de 35 ans et plus, ont plus de cinq enfants nés vivants et ne désirent plus d'enfants. Ces femmes sont sans travail, c'est-à-dire dans une situation économique précaire et elles n'utilisent aucune méthode contraceptive.

En conclusion, on retiendra que la répartition des femmes selon la pratique contraceptive est liée au milieu de résidence au Burkina Faso. La capitale Ouagadougou est à la fois politique et économique. Elle regroupe la majorité des emplois dans l'administration et le commerce ainsi que dans l'industrie. Par contre, dans les villes moyennes, l'administration est aussi présente mais les emplois sont moins importants notamment dans le secteur moderne. L'agriculture y est présente mais à petite échelle. Dans les villages, c'est l'agriculture qui domine les activités économiques. L'artisanat y est présent aussi mais de façon limitée. Le secteur moderne est absent, le standing est essentiellement bas, l'accès aux médias est encore très faible malgré les efforts consentis ces dernières années pour apporter surtout l'image dans les localités extrêmes du pays. L'électricité et les moyens nécessaires à l'achat de matériels adéquats faisant encore défaut, l'information n'est vraiment réelle que par la radio. Le niveau d'instruction généralement bas de l'ensemble de la population limite énormément l'accès à un certain type d'information notamment les informations relatives au planning familial. Trois types de femmes se dégagent de cette analyse. Il s'agit des femmes de la capitale qui utilisent la contraception moderne et à l'opposé celles des campagnes pour qui l'utilisation est absente. La position intermédiaire est occupée par les femmes des villes moyennes ou celles de la campagne mais ayant un niveau d'instruction minimum égal au primaire. Là, il y a un mélange de méthodes, les méthodes modernes étant néanmoins légèrement plus appréciées.

### 3.2. Niveaux et tendances de la pratique contraceptive en 1998/1999

Les niveaux et tendances de la pratique contraceptive sont analysés selon certaines caractéristiques des femmes et celles de leur conjoint. La démarche qui sera suivie est la démarche bivariée, qui vise à évaluer l'intensité de la relation existante entre la pratique contraceptive et les variables explicatives (voir annexe 1). Une analyse de contingence est également faite, afin de mieux mesurer l'intensité, la signification et le sens de la relation. Celle-ci est faite à l'aide de la statistique du khi-deux et celle du risque relatif. L'utilisation du coefficient  $Cc^{20}$  de mesure de l'effet inhibiteur de fécondité par la contraception intervient également dans l'analyse.

Un certain regroupement s'est avéré nécessaire quant aux méthodes contraceptives utilisées eu égard à la faiblesse des effectifs des femmes utilisant la stérilisation (n=7) ou les

---

<sup>20</sup> L'indice  $Cc$  de Bongaarts est relatif à la contraception. Il permet de quantifier, au sein de chaque catégorie de femmes, la baisse de la fécondité imputable à son adhésion aux pratiques contraceptives. Lorsque l'indice est égal à zéro, l'effet du facteur considéré est maximal c'est-à-dire que la variable inhibe complètement la fécondité. Au contraire, un indice égal à l'unité indique que le facteur considéré n'a aucun effet inhibiteur sur la fécondité.

méthodes dites populaires (n=3)<sup>21</sup>. Trois groupes de femmes sont ainsi constitués à savoir celles qui utilisent la contraception moderne, celles qui utilisent la contraception naturelle (y compris les méthodes populaires et autres) et celles qui n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Dans l'ensemble, les valeurs de l'indice Cc sont proches de 1. Ce qui signifie une très faible utilisation de la contraception, notamment de la contraception moderne. Celles qui le font recourent aux méthodes contraceptives peu efficaces. Par conséquent, la fécondité des couples en union est proche du niveau qui serait atteint en l'absence de contraception. Toutefois, la contraception joue un rôle très important lorsqu'on considère certaines caractéristiques de la femme.

### 3.2.1. Caractéristiques socio-démographiques et pratique contraceptive

De façon générale la grande majorité des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive (annexe 1, tableau A1). On note en effet que 88 % des femmes burkinabé potentiellement fécondes n'utilisent aucune méthode contraceptive contre 5 % pour les méthodes naturelles et 7 % pour les méthodes modernes. La très faible réduction de la fécondité du pays s'explique par cette situation. C'est pourquoi la transition de la fécondité tarde à y amorcer son démarrage<sup>22</sup>.

En tenant compte de la génération, il n'y a pas de différence significative de pratique contraceptive (Khi2 non significatif) entre les jeunes femmes et les femmes plus âgées. Cette tendance se confirme avec la mesure du risque relatif (annexe 2, tableau A29) qui indique que dans l'ensemble, la pratique contraceptive ne discrimine pas les jeunes générations et les générations plus âgées. Bien que la différence ne soit pas significative, on constate que le niveau d'utilisation de la contraception est plus fort au sein des jeunes générations. Quant aux méthodes naturelles, elles sont surtout l'affaire des femmes de 25 à 34 ans. Quel que soit l'âge considéré, la proportion d'inhibition de la fécondité des unions est inférieure à 9 % (annexe 1, tableau A1).

On constate que la pratique contraceptive est liée à la situation matrimoniale des femmes. La proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception se situe entre 83 % et 89 %. Néanmoins, ce sont les célibataires qui utilisent le plus la contraception moderne (10,4 %) et les femmes mariées (5,4 %) qui l'utilisent le moins (annexe 1, tableau A2). Le mariage apparaît toujours comme le cadre idéal et valorisé de la procréation. J. Bongaarts et R.G. Potter (1983), cités par E. Van De Walle (1996 : 119), définissaient les mariages comme étant « des unions sexuelles relativement stables » où se confine dans la plupart des sociétés « la procréation sanctionnée par la collectivité ». Ce qui semble se confirmer dans le cas du Burkina, quinze ans après. Toutefois, il n'y a pas une véritable différence de comportement face aux méthodes modernes entre les femmes séparées, divorcées ou veuves (9,2 %) et les femmes en union libre (9,9 %). Bien que la séparation entre femmes non mariées et les femmes en union indiquent une faible différence dans le risque d'utilisation de la contraception, l'inhibition de la fécondité cumulée due à la pratique contraceptive est importante et significativement différente entre les femmes mariées et celles en union libre. Cette réduction de la fécondité est de 12,5 % chez les femmes en union libre contre seulement 7,5 % chez les femmes mariées. Les femmes en union libre utiliseraient beaucoup plus les

---

<sup>21</sup> Infusion, gris-gris, ...

<sup>22</sup> En effet, selon les spécialistes, le niveau de la fécondité ne sera influencé par la contraception que lorsque la prévalence de la pratique contraceptive moderne sera au moins égale à 12 %.

méthodes contraceptives modernes que les autres. Cette différence se traduit également par un risque relatif d'utilisation de méthodes modernes près de deux fois supérieure à celui des femmes en union (annexe 2, tableau A29).

Comme dans le cas de l'âge, l'ethnie ne discrimine pas les femmes dans l'utilisation de la contraception. Aucune différence significative n'est observée entre les Mossi, ethnie majoritaire, et les autres (khi2 et risque relatif non significatifs). Les femmes mossi qui utilisent la contraception représentent 13 %, que celle-ci soit moderne (7,2 %) ou naturelle (4,5 %). Chez les autres femmes, cette proportion est de 26,7 % (20 % pour les méthodes modernes) (annexe 1, tableau A4).

Le rôle de l'éducation dans la pratique contraceptive a plusieurs fois été signalé. Une pratique accrue de la contraception et l'emploi de méthodes plus efficaces sont généralement associées à une instruction plus poussée. L'instruction apparaît comme un important discriminant de la pratique contraceptive, notamment en ce qui concerne l'utilisation des méthodes modernes (Jolly *et al.*, 1996). La pratique contraceptive des femmes burkinabé potentiellement fécondes évolue dans le même sens que l'instruction scolaire. Les femmes sans instruction sont les moins nombreuses (9 %) à faire usage de la contraception, avant celles de niveau primaire (22 %), celles de niveau secondaire (42 %) et celles qui ont un niveau de formation supérieur (60 %) (annexe 1, tableau A3). La faiblesse de l'effectif des femmes du supérieur recommande de rester vigilant, bien que l'évolution de la courbe d'utilisation soit ascendante et témoigne d'une très forte pratique contraceptive au sein de ce groupe. Cela s'explique par une meilleure information sur les méthodes ainsi qu'une meilleure disponibilité à leur utilisation. L'urbanisation et la culture occidentale véhiculée par l'école prédisposent les personnes instruites à plus de connaissances, notamment en ce qui a trait à la contraception moderne. La force inhibitrice de l'utilisation des moyens contraceptifs efficaces se traduit par la proportion de réduction de la fécondité cumulée qui atteint 49 % chez les femmes ayant fait des études universitaires. La variation est de 212 % entre l'absence d'instruction et le primaire. Entre le primaire et le secondaire, la variation est plus faible (128 %). Entre les deux derniers niveaux, elle n'est que de 19 %. Cette tendance est corroborée par le risque relatif entre les femmes instruites et les femmes non instruites (annexe 2, tableau A29). En effet, les femmes instruites, c'est-à-dire ayant au moins le niveau primaire, ont sept fois plus de chance de pratiquer la contraception moderne que les femmes n'ayant bénéficié d'aucune instruction. L'instruction des femmes joue donc un rôle important dans la baisse de leur fécondité au Burkina Faso.

La pratique contraceptive varie de façon significative en fonction de la confession religieuse. Globalement, les catholiques ont la prévalence contraceptive la plus forte (17 %). Chez les musulmans, 11 % des femmes utilisent la contraception, avec 6 % pour les méthodes modernes. Les animistes sont celles qui utilisent le moins la contraception (6 %) (annexe 1, tableau A5). En matière de risque relatif, il n'y a pas de différence entre les chrétiennes et les autres. Pourtant, la réduction de la fécondité cumulée est la plus forte pour les catholiques et atteint 12 %. Viennent ensuite les protestantes qui ont une proportion de réduction de 8,8 % et les musulmanes une proportion de réduction de 7,2 %.

En s'intéressant à la variable qui combine la situation matrimoniale et l'activité sexuelle, on constate que les femmes mariées et sexuellement actives ont quatorze fois plus de risque d'utiliser une méthode moderne de contraception que les autres (annexe 2, tableau A29). De façon spécifique, plus de 50 % des femmes non mariées et sexuellement actives ont recours à la contraception, moderne ou non. L'inhibition de la fécondité cumulée atteint 12 % pour ces femmes mariées et sexuellement actives, contre 4,9 % pour celles qui sont mariées mais non sexuellement actives.

On retiendra à la suite de cette partie que la grande majorité des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive. Au regard du risque relatif, le niveau d'instruction et la situation matrimoniale combinée avec l'activité sexuelle sont les principaux facteurs qui exposent la femme à une pratique contraceptive privilégiant les méthodes les plus efficaces, c'est-à-dire les méthodes modernes.

### 3.2.2. Environnement socio-économique et pratique contraceptive

Le lieu de résidence de la femme peut avoir un effet important sur la fécondité parce qu'il influence les valeurs d'une femme, la manière dont elle passe son temps et envisage la vie (Jolly *et al.*, 1996 : 91). Les femmes en zone rurale ont une préférence pour les familles nombreuses. Les enfants sont très appréciés parce que non seulement ils perpétuent la lignée familiale, mais ils représentent aussi des biens économiques synonymes de main-d'œuvre, de prospérité, d'assurance-risque et de sécurité pour les vieux jours (Cohen, 1996 : 24). Par contre, beaucoup plus instruites et susceptibles d'être employées dans le secteur moderne, les femmes en zone urbaine sont plus disposées à apprécier les avantages d'une famille plus restreinte car les coûts que représente un enfant sont des facteurs favorisant la limitation de la fécondité. C'est assurément ce qui explique que les femmes burkinabé vivant en ville sont plus nombreuses à utiliser la contraception, notamment la contraception moderne : 23 % des femmes de Ouagadougou utilisent les méthodes modernes contre 20 % dans les autres villes et 4 % en zone rurale. Cette tendance est observable au niveau de l'effet inhibiteur de la contraception sur la fécondité. En effet, cet effet diminue lorsqu'on passe de la capitale aux villes moyennes et des villes moyennes à la campagne (annexe 1, tableau A6). Les méthodes efficaces de contraception sont les plus utilisées en ville parce qu'on y trouve une meilleure disponibilité des services et des méthodes, un meilleur réseau d'information et de communication. Le fait de vivre en ville expose à de nouvelles valeurs et au secteur moderne de la santé, à la planification familiale et aux attitudes plus occidentales. C'est aussi en ville que les unions libres sont les plus nombreuses, alors que c'est dans ce cadre que la contraception efficace est la plus utilisée. L'observation du risque relatif entre les populations de la capitale et celles des autres localités témoigne du rôle combien important de la résidence, notamment dans la capitale, sur le niveau de la pratique contraceptive. Les Ouagalaises ont en effet près de six fois plus de chance de pratiquer la contraception moderne que les autres femmes (annexe 1, tableau A6).

Le test du Khi2 indique qu'il existe une liaison entre les conditions de vie du ménage et le choix contraceptif. Il est reconnu que le standing de l'habitat reste lié au milieu de résidence. Le classement en trois types de standing tient compte des matériaux du sol, du type d'approvisionnement en eau et du type d'éclairage, notamment l'électricité. Pourtant, certains éléments existent presque exclusivement en zones urbaines. Il a été noté dans le cas des femmes burkinabé potentiellement fécondes que le niveau d'utilisation de la contraception progresse au fur et à mesure que le standing s'améliore. De même, un haut standing est sous-tendu par une forte inhibition de la fécondité cumulée. Lorsque l'habitat de la femme est de haut standing, la pratique contraceptive atteint 27 % pour les méthodes modernes, 10 % pour les méthodes naturelles. La pratique contraceptive des femmes d'un standing moyen représente la moitié de celle pratiquée dans un meilleur standing. Chez les femmes de bas standing, seulement 3 % utilisent une méthode contraceptive moderne. La réduction substantielle de la fécondité liée à la contraception est de 34 % pour le haut standing et de 12 % pour le moyen standing. Pour le bas standing, elle est marginale (5 %) (annexe 1, tableau A7). De meilleures conditions de vie entraînent donc une forte pratique contraceptive, notamment moderne. En effet, la probabilité pour une femme burkinabé de standing élevé

(haut et moyen) d'adopter la contraception moderne est près de sept fois supérieure à celle des femmes de conditions de vie médiocres (annexe 2, tableau A29).

L'activité économique procure à la femme une certaine liberté et une certaine aisance dans la gestion quotidienne des tâches et des activités. Bien que de niveau faible, la pratique contraceptive de la femme burkinabé est plus élevée quand elle travaille (13 %) que lorsqu'elle ne travaille pas (9 %) (annexe 1, tableau A8). L'examen du risque relatif entre celles qui travaillent et celles qui ne travaillent pas indique un risque identique. Il n'y a pas véritablement une différence significative dans le comportement en la matière. L'intérêt est plus manifeste lorsqu'il s'agit du type d'activité que la femme occupe. En effet, l'occupation de la femme discrimine son choix contraceptif. Le fait de travailler dans l'agriculture est associé à une utilisation marginale de la contraception, que celle-ci soit moderne ou non. La fécondité est fortement sollicitée dans ce milieu, notamment pour pallier le manque de moyens de production adéquats. En effet, l'utilisation d'outils de production encore rudimentaires et la forme extensive de la culture nécessitent une main-d'œuvre abondante. Les femmes doivent compter sur l'aide des enfants dans les travaux domestiques, agricoles et le petit commerce (Guiella et Poirier, 2000). Les secteurs moderne, artisanal et commercial sont les trois secteurs qui sont associés à une utilisation contraceptive accrue (respectivement 67 %, 17 % et 15 %). La moitié des femmes qui travaillent dans le secteur moderne (public ou privé) utilisent la contraception moderne contre 10 % et 9 % pour les commerçantes et les artisanes. Ceci se traduit dans les faits par un potentiel d'inhibition de la fécondité cumulée de l'ordre de 48 % chez les femmes du secteur moderne, 10 % chez les commerçantes et 9 % chez les artisanes (annexe 1, tableau A9). La probabilité pour une femme du secteur moderne d'utiliser des méthodes de contraception efficaces est de près de quinze fois supérieure à celle des femmes travaillant dans les autres secteurs de la vie active (annexe 2, tableau A29). Les femmes qui sont dans le secteur moderne sont assurément confrontées à l'arbitrage entre leur rôle d'épouse, de mère et de productrice (Oppong, 1988). Pour conserver les avantages de leur activité économique, il leur faudra une gestion rigoureuse des conflits de rôles entre l'activité économique, la gestion du foyer (travaux ménagers, entretien de la maison, préparation des repas, ...) et l'élevage des enfants. Une grande progéniture remettrait assurément en question le temps de travail. Par contre, le commerce et l'artisanat paraissent moins contraignants en matière de gestion du temps de travail.

Quant à l'exposition aux médias, on notera que la femme burkinabé adopte un comportement différent selon le type de média auquel elle a accès. Le média le plus déterminant est l'écrit, puisque 47 % des femmes qui y ont accès utilisent une méthode contraceptive (37 % pour les méthodes modernes). Elles sont suivies par celles qui ont accès au média visuel (23 % pour les méthodes modernes) et enfin celles qui écoutent la radio (15 % pour les méthodes modernes). L'accès au média écrit suppose un certain niveau d'instruction scolaire et un certain lieu de résidence vu que les médias de l'écriture ne sont pas toujours présents dans toutes les localités, notamment dans les campagnes. La télévision quant à elle commence à rentrer dans les habitudes de la population du pays depuis l'opération de couverture du territoire national entreprise en 1998. La radio a été de tout temps, le canal privilégié d'information sur le monde extérieur dans les campagnes mais également en milieu urbain. Le rôle de ces médias dans la réduction du taux de fécondité par l'intermédiaire de la pratique contraceptive se traduit dans le même ordre d'importance avec 38 % de réduction pour le média écrit contre 26 % pour le média visuel et 14 % pour le média audio (annexe 1, tableaux A10, A11 et A12). L'examen de la probabilité d'utilisation de moyens contraceptifs confirme encore ces résultats, puisque les femmes qui ont accès au média écrit, celles qui ont accès au média visuel et celles qui ont accès au média audio ont

respectivement dix, sept et trois fois plus de chance que les autres de faire usage de contraceptifs modernes en vue d'espacer leurs naissances (annexe 2, tableau A29).

En combinant le niveau d'instruction et la résidence et en croisant la nouvelle variable composée avec la pratique contraceptive, on se rend compte que la liaison entre elles est assez importante. De plus, le sens de la relation indique que cette combinaison détermine le choix contraceptif de la femme burkinabé. Habiter au village donne lieu à une faible utilisation de la contraception moderne, sauf si la femme a au moins un niveau secondaire. D'ailleurs, avec un tel niveau d'instruction, on n'observe pas de différence de comportement entre le village et la ville moyenne. Plus un niveau élevé d'instruction est associé à une résidence urbaine, plus la pratique contraceptive est orientée vers les méthodes plus efficaces. Le fait d'habiter dans une agglomération urbaine induit une réduction de la fécondité cumulée d'au moins 14 %, quel que soit le niveau d'instruction scolaire (annexe 1, tableau A26). Lorsque le lieu de résidence est le village, le niveau d'instruction doit être au moins égal au primaire pour que la proportion de réduction de cette fécondité atteigne 10 %. La résidence semble être un élément important de cette combinaison, le niveau d'instruction n'intervenant qu'à partir du secondaire. C'est pourquoi les femmes ayant au moins le niveau secondaire et résidant dans la capitale Ouagadougou ont neuf fois plus de chance que les autres d'utiliser au moins une méthode moderne de contraception (annexe 2, tableau A29).

En faisant de même pour le standing de l'habitat et la résidence, la pratique contraceptive s'en trouve modifiée. Quel que soit le standing de l'habitat, le fait de résider au village n'entraîne pas une utilisation accrue des méthodes modernes. Par contre, le niveau de pratique contraceptive est amélioré lorsque la résidence est au moins égale à la ville moyenne. Les plus utilisatrices de la contraception moderne sont les femmes d'un meilleur niveau de vie vivant dans la capitale (39 % de ces femmes utilisent une méthode contraceptive avec 28 % pour les méthodes modernes). Celles qui en utilisent le moins sont celles qui vivent au village avec un bas niveau de vie (8 % pour la contraception de façon globale et 3 % pour les méthodes modernes) ou un niveau de vie moyen (9 % pour la contraception de façon globale et 5 % pour les méthodes modernes). Le fait d'être au moins dans une ville moyenne conduit à une proportion de réduction de la fécondité cumulée d'au moins 10 %. L'élément principal qui sous-tend le choix des méthodes contraceptives semble être la résidence, notamment le milieu urbain où les utilisatrices de méthodes efficaces sont les plus nombreuses. De ce fait, la proportion de réduction de la fécondité est inférieure à 7 % lorsque les femmes vivent au village et atteint 38 % pour celles qui sont d'un haut standing et vivent dans la capitale. Elle est inférieure à 20 % lorsque le standing est bas en ville et supérieur à 20 % lorsqu'il est moyen en ville pour atteindre 30 % lorsqu'il est haut en ville (annexe 1, tableau A27). Lorsque le standing est moyen ou haut pour les burkinabé vivant dans la capitale, le risque pour elles d'utiliser une méthode moderne de contraception est sept fois supérieur à celui des autres (annexe 2, tableau A29). On notera néanmoins que 10 à 11 % de femmes de la capitale (bas et haut standing) ont encore un besoin de contraception efficace, puisque utilisant les méthodes naturelles de contraception.

### 3.2.3. Niveau de connaissance sur le planning familial et pratique contraceptive

La connaissance des sources d'approvisionnement en contraceptifs, notamment en contraceptifs modernes, doit nécessairement précéder leur utilisation. C'est pourquoi le fait de connaître une source d'approvisionnement en PF donne 339 fois plus de chance aux femmes d'utiliser une méthode contraceptive moderne. Les femmes qui affirment connaître une source de planification familiale et qui utilisent une méthode de contraception représentent 28 %

(21 % utilisent les méthodes modernes). Celles qui ne connaissent pas de source d'approvisionnement n'utilisent pas de méthodes modernes mais plutôt des méthodes naturelles (4 %). C'est pourquoi l'inhibition de la fécondité cumulée est de 19 % pour les premières et seulement de 2 % pour les secondes. Le secteur médical est la principale source d'approvisionnement en contraceptif pour les femmes (annexe 1, tableau A14).

La discussion sur la planification familiale au sein des couples est fortement liée au choix contraceptif. Plus les couples discutent de PF, plus ils utilisent des méthodes contraceptives, surtout des méthodes modernes. Les couples burkinabé qui ne discutent jamais de PF font le moins recours à la contraception (2 % pour les méthodes modernes et 5 % pour les méthodes naturelles). Par contre, pour ceux qui en discutent souvent, un quart d'entre eux (25 %) utilisent les méthodes modernes. Enfin, 12 % des couples qui discutent seulement une ou deux fois de la PF utilisent les moyens modernes. Cette utilisation de méthodes modernes se traduit par 27 %, 13 % et 4 % de réduction de la fécondité suivant que l'on discute souvent, une ou deux fois ou jamais de la PF au sein du ménage entre conjoints (annexe 1, tableau A19). La discussion au sein des couples est donc un facteur important pour une pratique contraceptive des femmes. À ce propos, on constatera que le risque pour les couples qui discutent au moins une fois de PF de pratiquer la contraception atteint près de quatorze fois celui des autres qui n'en parlent jamais (annexe 2, tableau A29). Assurément, le rôle du conjoint ne peut être négligé dans ce dialogue. Pour que la contraception moderne se développe rapidement, il y a lieu que les programmes de PF tiennent davantage compte du conjoint dans les différentes activités à mettre en place. Une réelle discussion devra pouvoir s'instaurer au sein des couples, afin de donner au conjoint les éléments indispensables à une meilleure appréciation du planning familial. Celui-ci pourrait ainsi se faire une opinion favorable au recours des moyens contraceptifs, notamment modernes. En effet, l'opinion du conjoint est significativement liée au désir d'espacement des naissances chez la femme (annexe 1, tableau A18). Lorsque le conjoint est favorable à la PF, le niveau d'utilisation des contraceptifs s'en trouve modifié à la hausse. Il a été constaté que 23 % des couples où le conjoint est favorable à la PF utilisent un moyen contraceptif (parmi lesquels 14 % utilisent les méthodes modernes). Au sein des couples où le conjoint de la femme est défavorable à la PF, seulement 7 % des femmes utilisent un moyen contraceptif (seulement 3 % utilisent les moyens modernes). Manifestement, cela traduit un recours de certaines femmes à la contraception sans l'avis du conjoint. Cela pose la question de l'offre et de la qualité des prestations de services en matière de contraception, face à une demande non satisfaite qui peut être plus accentuée, compte tenu du caractère secret de la démarche de ces femmes. C'est peut être pourquoi l'efficacité de la pratique contraceptive au sein de ces couples reste à démontrer. Le pourcentage d'inhibition de la fécondité est de 16 % pour les couples où le conjoint a un avis favorable à la PF, contre 4 % chez les autres (annexe 1, tableau A18). Les couples où le conjoint est favorable à la PF ont cinq fois plus de chance que les autres d'adopter une méthode moderne de contraception (annexe 2, tableau A29).

### 3.2.4. Caractéristiques du conjoint et pratique contraceptive des femmes

Un lien existe entre le fait de vivre sous le même toit que son conjoint et la pratique contraceptive même si cette relation apparaît faible ( $V$  de Cramer<sup>23</sup> = 0.069). On notera que 12 % des couples vivant cette situation utilisent une méthode contraceptive quelconque contre

<sup>23</sup> Basé sur la statistique du khi-deux, ce  $V$  de Cramer varie entre 0 et 1. Il prend une valeur proche de 0 lorsque l'intensité de la liaison entre la variable à expliquer et la variable explicative est faible. À l'opposé, une valeur de  $V$  proche ou égal à 1 traduit une liaison forte entre les deux variables.



9 % pour les autres. Pourtant le niveau d'utilisation des méthodes modernes est quasiment identique entre les deux groupes de femmes (6 % pour les co-résidants et 5 % pour les autres). La faiblesse de l'utilisation de la contraception efficace se traduit par une proportion bien faible de réduction de la fécondité (8 % au maximum). Lorsqu'on s'intéresse au niveau d'instruction du conjoint, on constate une corrélation avec la pratique contraceptive. À un niveau d'instruction du conjoint élevé est associée une utilisation accrue de la contraception, mais surtout de la contraception moderne. En effet, que ce soit les méthodes modernes ou les méthodes naturelles, au sein des couples où le conjoint est sans instruction on assiste à la plus faible utilisation. Mais cela évolue positivement au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente. Dans les couples où le conjoint est de niveau supérieur, 48 % des femmes utilisent les méthodes modernes de contraception, contre seulement 4 % de femmes ayant un conjoint sans instruction. C'est d'ailleurs cette faible utilisation de moyens contraceptifs efficaces qui explique que la réduction de la fécondité est inférieure à 10 % (6 %). À partir du niveau primaire, cette réduction est de 17 % et atteint 41 % dès le secondaire (annexe 1, tableau A16). En termes de risques, les couples dont le conjoint est instruit (au moins le niveau primaire) ont près de neuf fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne que les couples où le conjoint est sans instruction (annexe 2, tableau A29).

Bien que l'activité du conjoint soit liée au choix contraceptif de la femme, cette relation apparaît bien très faible ( $V=0,192$ ). Les femmes qui utilisent le moins la contraception sont celles dont le conjoint travaille dans le secteur agricole (8 % dont seulement 3 % pour les méthodes de plus grande efficacité). C'est surtout les femmes ayant leur conjoint dans le secteur moderne qui sont les plus insérées dans la pratique contraceptive moderne. Celles-ci ont dix fois plus de chance de pratiquer une contraception moderne que les autres femmes n'ayant pas de conjoint travaillant dans ce secteur (annexe 2, tableau A29). Il convient de noter que 12 % des femmes dont le mari est sans travail utilisent une méthode moderne de contraception. Élever des enfants exige entre autres des moyens financiers et matériels. L'utilisation des méthodes efficaces de contraception chez ces dernières peut être une réponse à une volonté de différer la venue des enfants dans l'espoir futur de conditions matérielles et financières adéquates. Le fait d'être sans travail pour le mari pourrait également résulter de la perte d'un emploi dans le secteur moderne. Du point de vue du pouvoir d'inhibition de la fécondité, le secteur agricole est le moins significatif avec 5 % de réduction (annexe 1, tableau A17).

### 3.2.5. Vie génésique des femmes et pratique contraceptive

Le fait d'avoir au moins un enfant de chaque sexe au sein du ménage ne modifie pratiquement pas le choix contraceptif de la femme burkinabé. Les femmes ayant au moins une fille et un garçon et qui utilisent les moyens contraceptifs modernes représentent 6 % contre 8 % de celles n'ayant pas des enfants de chaque sexe. Aucun risque différent n'est associé au fait d'avoir des enfants des deux sexes. C'est pourquoi la proportion de réduction de la fécondité atteint seulement 8 % chez les premières et 7 % chez les secondes (annexe 1, tableau A20). Cette situation s'explique par un désir d'enfants encore très marqué ne faisant pas de distinction entre les sexes pour la progéniture. Ceci est d'autant plus vrai que 21 % des femmes interrogées dans le cadre de l'EDS ont fourni des réponses approximatives telles que « ce que Dieu donne », « n'importe quel nombre » à la question relative au nombre d'enfants désirés<sup>24</sup>. Lorsqu'il s'agit du nombre d'enfants en vie, aucune relation n'est perceptible également. Cependant, il y a lieu de souligner la grande différence existant au niveau de la

<sup>24</sup> Voir à ce sujet INSD, 1999 : 93.

réduction de la fécondité cumulée entre les deux groupes, à savoir les femmes ayant moins de cinq enfants et celles ayant cinq enfants ou plus. On note une proportion de réduction nulle pour les femmes de moins de cinq enfants en vie. De plus, le nombre d'enfants nés vivants ne discrimine pas les femmes quant à la méthode contraceptive à utiliser (annexe 1, tableau A21). Pourtant, le désir d'enfant est un facteur essentiel dans la pratique contraceptive. Au-delà d'un certain nombre d'enfants en vie (cinq enfants et plus), la pratique contraceptive peut devenir importante. À ce niveau, les méthodes efficaces paraissent alors les plus sollicitées pour un arrêt de la fécondité.

La proportion de femmes ayant eu au moins un enfant décédé (41 %) traduit une mortalité relativement élevée, ce qui ne favorise pas un recours accru à la contraception. Chez les femmes n'ayant pas eu d'enfant décédé, 8 % ont recours aux méthodes modernes contre 4 % pour celles ayant au moins 1 enfant décédé. Bien que la part de l'inhibition de la fécondité cumulée soit faible, celle des femmes sans enfant décédé est de 9 % contre seulement 6 % pour les autres. En somme, si une différence existe, celle-ci demeure assez faible, notamment en faveur des femmes n'ayant pas d'enfant décédé (annexe 1, tableau A23). Ces femmes ont deux fois plus de chance de s'insérer dans une pratique contraceptive moderne que les autres (annexe 2, tableau A29).

Lorsqu'on s'intéresse au désir d'enfants (supplémentaires pour certaines), on constate qu'une relation existe entre celui-ci et le choix contraceptif. Celles qui désirent des enfants et qui pratiquent la contraception représentent 15 % contre 14 % des femmes qui n'en veulent plus. Cependant, les premières ont beaucoup plus recours aux méthodes naturelles que les secondes. La part de réduction de la fécondité atteint 11 % pour les femmes ne voulant plus d'enfant contre 8 % pour les autres (annexe 1, tableau A24). Cela traduit une utilisation de la contraception beaucoup plus orientée vers l'espacement des naissances. Il n'y a pas véritablement de différence entre ces femmes quant à l'utilisation de la contraception moderne. Pour ces femmes qui veulent des enfants, le nombre des enfants souhaités entretient un lien avec la pratique contraceptive. Près de 20 % des femmes (14 % ont recours aux méthodes modernes) qui veulent moins d'enfants c'est-à-dire au plus quatre enfants utilisent une méthode contraceptive. Par contre, 9 % de celles qui souhaitent plus de quatre enfants y ont recours (4 % utilisant les méthodes modernes). Le fait pour les premières d'utiliser beaucoup plus les méthodes modernes conduit à une baisse de 14 % de la fécondité cumulée contre 6 % pour les autres (annexe 1, tableau A25).

On retiendra que certaines variables sont étroitement liées à la pratique contraceptive. Le niveau d'inhibition de la fécondité cumulée est surtout fonction de l'utilisation des méthodes modernes qui sont plus efficaces. Les variables pour lesquelles on observe un taux d'inhibition de la fécondité cumulée d'au moins 25 % sont : le milieu de résidence, le standing de l'habitat, la profession de la femme et son niveau d'instruction, l'occupation et le niveau d'instruction du conjoint, le médium écrit et le médium visuel, la discussion au sein du couple, la connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptifs.

## 4. Essai d'explication de la pratique contraceptive des femmes burkinabé potentiellement fécondes

Après avoir identifié au niveau descriptif et sans ajustement<sup>25</sup> les variables susceptibles de rendre compte de la pratique contraceptive, il y a lieu de rechercher les influences réciproques qui existeraient entre certaines variables afin d'en mesurer l'effet net sur l'adhésion de la femme au planning familial. La variable à expliquer et la plupart des variables explicatives étant qualitatives, la méthode explicative retenue est la régression logistique<sup>26</sup>. La variable à expliquer est donc rendue dichotomique. Dans un premier temps, on considère la contraception moderne seule et dans un second temps, on considère ensemble la contraception moderne et la contraception naturelle. Dans le premier cas, la variable prendra la valeur 1 quand la femme utilise une méthode contraceptive moderne et 0 sinon. Dans le second cas, la variable prendra la valeur 1 si la femme utilise une méthode contraceptive, que celle-ci soit moderne ou naturelle, et 0 sinon.

Avant d'arriver au modèle final qui illustre les variables pertinentes en matière de pratique contraceptive, la démarche utilisée prend d'abord en compte un certain nombre de modèles partiels. Ces modèles partiels utilisent une partie des variables indépendantes et font intervenir au fur et à mesure des variables supplémentaires jusqu'au modèle final retenu. Durant ce processus, les variables dont la plupart des modalités sont non significatives au seuil de 10 % sont conservées pour le modèle suivant et en sont exclues ensuite si aucun changement n'est perceptible. Il s'agissait de s'assurer que ces variables ne sont pas toujours significatives même lorsque d'autres variables interviennent. Cette démarche a permis de constituer les modèles avec les variables les plus pertinentes qui expliquent au mieux le choix contraceptif des femmes burkinabé. Pour ce faire, les caractéristiques d'identification sociale ont été introduites les premières, suivies des variables liées à l'environnement de vie la femme. Par la suite, sont intervenues les variables liées à la vie génésique, celles liées au conjoint et enfin les variables composites. Pour les besoins de cette analyse multivariée (combinaison de plusieurs variables explicatives), les données ont été transférées sur le logiciel STATA.

### 4.1. L'utilisation de la contraception moderne

Au total, huit variables ont été finalement retenues pour leurs effets manifestes (coefficients très significatifs) dans le choix contraceptif des femmes burkinabé potentiellement fécondes (tableau 4). Les plus déterminantes sont par ordre : la combinaison « situation matrimoniale –

---

<sup>25</sup> Au niveau descriptif, les variables sont considérées de manière isolée dans leur rapport avec la variable dépendante. L'ajustement consistera à mesurer l'effet réel de ces variables en présence d'autres variables, susceptibles d'influencer la relation existante (dans le sens comme dans l'intensité) entre les facteurs en amont et la pratique contraceptive.

<sup>26</sup> La régression logistique est une forme de régression multiple où la variable à expliquer est dichotomique et les variables explicatives catégorielles ou discrètes. Son principe est de rendre dichotomique chaque variable nominale ou catégorielle figurant parmi les variables explicatives en autant de variables artificielles que la variable a de modalités moins une unité. Ainsi, pour N variables explicatives catégorielles ayant chacune K modalités par exemple, le modèle de régression logistique fournit  $N*(K-1)$  paramètres qui s'interprètent comme la variation de l'effet d'appartenir à la catégorie par rapport à l'effet d'appartenir à la catégorie de référence.

activité sexuelle », la discussion au sein du couple, l'attitude du conjoint face à la planification familiale et le niveau d'instruction.

Tableau 4 – Résultats de la régression logistique sur l'utilisation de la contraception moderne

Variables	Odds Ratios	Significativité
<b>Milieu de résidence habituelle (villages)</b>		
Capitale	1,86	***
Villes moyennes	1,77	***
<b>Niveau d'instruction de la femme (Sans instruction)</b>		
Primaire	1,53	**
Secondaire	2,12	***
Supérieur	2,22	-
<b>Profession de la femme (Secteur agricole)</b>		
Sans travail	1,31	-
Secteur artisanal	1,70	**
Secteur commercial	1,82	***
Secteur moderne	1,57	-
<b>Accès à un médium écrit (non)</b>		
Oui	1,60	**
<b>Nombre total d'enfants souhaités (5 et plus)</b>		
0 – 4 enfants	1,47	***
<b>Conjoint favorable à la PF (Non)</b>		
Oui	3,82	***
<b>Discussion avec le conjoint relative à la PF (jamais)</b>		
Une ou deux fois	3,10	***
Plus souvent	4,64	***
<b>Situation matrimoniale et Activité sexuelle (mariée/sexuellement active)</b>		
Mariée/non sexuellement active	0,25	***
Non mariée/sexuellement active	21,91	***
Non mariée/non sexuellement active	1,55	*

\*\*\* Significatif à 1 % ; \*\* Significatif à 5 % ; \* Significatif à 10 % ; ( ) modalité de référence

Le fait de résider en milieu urbain induit une probabilité plus grande d'adopter les méthodes modernes de contraception. Que ce soit dans la capitale ou dans une ville moyenne, l'écart existant avec les femmes du village est pratiquement le même : de 1 à 1,9. Avec un niveau d'instruction minimal tel que le primaire, la femme a 1,5 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception. Cet écart avec la femme non instruite est de 2 lorsqu'elle atteint le secondaire. Avoir au minimum le niveau d'instruction secondaire favorise grandement une adoption des méthodes contraceptives modernes. En ce qui concerne la profession de la femme, on notera que par rapport aux femmes du secteur agricole, les artisanes et les commerçantes sont celles qui ont le plus de chance d'utiliser ces méthodes modernes. Les déplacements incessants, que nécessitent ces activités, peuvent expliquer que le désir d'enfants est moins manifeste. Les médias, notamment le médium écrit joue un rôle important dans le choix contraceptif de la femme. L'accès à ce médium confère 1,6 fois plus de chance de recourir aux méthodes modernes de contraception. Cet accès est fortement lié au

niveau d'instruction, car c'est essentiellement la langue française qui est utilisée pour ce type de médium.

La place et le rôle du conjoint dans un couple sont déterminants en ce qui concerne la PF. En effet, un conjoint favorable à la PF confère près de quatre fois plus de chance à sa conjointe d'utiliser les méthodes modernes. Cette probabilité est presque la même lorsque ce dernier discute une ou deux fois avec elle. Bien plus encore, la discussion devra être plus fréquente puisque la femme a près de cinq fois plus de chance d'adopter une méthode moderne de contraception lorsque la discussion sur la PF se fait très souvent dans le couple. La discussion au sein du couple sur le sujet du planning familial s'avère être un des déterminants les plus pertinents de la pratique contraceptive moderne. La majeure partie de la fécondité étant réalisée au sein des unions, les femmes non en union mais sexuellement actives ont vingt-deux fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception (tableau 4).

En somme, les politiques et programmes de planification familiale devront intégrer des volets relatifs aux conjoints des femmes mais aussi à la fécondité des adolescentes, vu que les femmes sexuellement actives mais non en union sont beaucoup plus susceptibles d'utiliser les méthodes modernes de contraception. Cette population doit être consolidée dans ses acquis en matière d'attitude et de comportement favorable à la PF. Un message en direction des femmes en union mettra l'accent sur la place et le rôle de la contraception notamment moderne dans la vie de la femme et dans celle du couple. Par conséquent, un plaidoyer en faveur de l'éducation des filles pourrait conduire, à terme, à une meilleure disposition à l'égard de la PF et induire une pratique accrue des moyens efficaces de contraception. Il y a lieu que des actions soient ciblées sur le milieu rural qui a un niveau très faible, malgré la progression observée ces dernières années. On pourrait ainsi envisager le nouveau décollage de la transition démographique tel qu'il a pris place dans certains pays africains (Bella, 1998).

## 4.2. L'utilisation des méthodes modernes et naturelles

Les modèles suivants sont relatifs à la pratique contraceptive de façon générale, c'est-à-dire l'utilisation de toutes les méthodes, qu'elles soient modernes ou naturelles. Au total, sept variables se sont avérées pertinentes : l'âge, l'instruction, la résidence, l'accès à la presse écrite, l'attitude du conjoint face à la planification familiale, la discussion au sein du couple et la combinaison « situation matrimoniale – activité sexuelle ».

Il est manifeste que la combinaison « situation matrimoniale – activité sexuelle » ainsi que la discussion au sein du couple, le niveau d'instruction de la femme et l'attitude du conjoint face au planning familial sont les variables qui expliquent au mieux la pratique contraceptive des femmes burkinabé. Le mariage et, dans une moindre mesure, l'union libre demeurent encore très valorisés de sorte qu'une conception en dehors de ce cadre est toujours mal perçue, malgré les récentes évolutions observées surtout dans les agglomérations urbaines. En effet, ne pas être en union mais sexuellement active augmente de dix fois la chance d'utiliser une méthode contraceptive, qu'elle soit moderne ou naturelle, par rapport au fait d'être mariée et sexuellement active. La discussion au sein du couple peut résulter ou favoriser une attitude favorable du conjoint face à la PF. Son effet sur le choix contraceptif des femmes burkinabé ne fait pas de doute. Sans toutefois statuer sur l'ordre de préséance entre ces deux facteurs, on notera que la discussion instaurée plus souvent donne trois fois plus de chance à la femme d'avoir recours à la contraception qu'à celle qui n'en discute jamais dans son foyer. Quant à l'attitude favorable à la PF du conjoint, elle induit pour la femme trois fois plus de chance d'y recourir (tableau 5). L'homme, dans les sociétés africaines et la société burkinabé en

particulier, joue un rôle capital dans la gestion du ménage et toute décision concernant la progéniture doit recevoir son consentement et son approbation. Par conséquent, une attitude favorable est un atout non négligeable pour la femme qui désire contrôler sa fécondité.

Tableau 5 – Résultats de la régression logistique sur l'utilisation de la contraception moderne et naturelle

Variables	Odds Ratio	Significativité
<b>Résidence habituelle (villages)</b>		
Capitale	1,89	***
Villes moyennes	1,71	***
<b>Âge (45 ans et +)</b>		
15 – 24 ans	1,21	-
25 – 34 ans	1,59	*
35 – 44 ans	1,62	**
<b>Niveau d'instruction de la femme (Sans instruction)</b>		
Primaire	1,78	***
Secondaire	2,94	***
Supérieur	2,65	**
<b>Accès à un médium écrit (non)</b>		
Oui	1,66	***
<b>Conjoint favorable à la PF (Non)</b>		
Oui	2,51	***
<b>Discussion avec le conjoint relative à la PF (jamais)</b>		
Une ou deux fois	1,78	***
Plus souvent	3,09	***
<b>Situation matrimoniale et Activité sexuelle (mariée/sexuellement active)</b>		
Mariée/non sexuellement active	0,49	***
Non mariée/sexuellement active	10,34	***
Non mariée/non sexuellement active	0,63	***

\*\*\* Significatif à 1 % , \*\* Significatif à 5 % ; \* Significatif à 10 % ; ( ) modalité de référence.

Par rapport au niveau d'instruction, on notera avec intérêt que la différence est déjà perceptible avec le niveau primaire et augmente au fur et à mesure que la femme progresse dans ses études. Bien que la différence d'utilisation de la contraception soit moins tranchée pour tous les âges, les femmes de 25-44 ans ont une légère avance en matière de contraception par rapport aux autres. Cette tranche d'âges est celle où plus de 97 % des femmes sont mariées (INSD, 1999). C'est aussi le moment où la fécondité est maximale. Le recours à la contraception se justifierait donc en ce moment pour espacer les enfants additionnels. La culture de la forte fécondité impose à cet effet que les femmes jeunes n'utilisent pas les méthodes de contraception.

Le milieu urbain est aussi un facteur distinctif de la pratique contraceptive des femmes. Le fait urbain est connu pour son rôle non négligeable, à travers les médias et le mélange culturel, sur les valeurs de la femme. Les coûts que représentent les enfants et la cherté de la vie urbaine sont autant de facteurs qui contraignent les familles à limiter le nombre de leurs

enfants. C'est pourquoi les citadines ont 1,9 fois plus de chance de pratiquer la contraception que les villageoises. La presse écrite, par exemple, donne à celles qui y ont accès près de deux fois (1,7) plus de chance de pratiquer la contraception.

## Conclusion

Au Burkina Faso, la réduction du taux d'accroissement de la population est une priorité nationale. Pourtant, le niveau d'utilisation de la contraception reste faible. Au regard de l'évolution sur les cinq dernières années, la pratique contraceptive reste assez marginale.

Les résultats de la présente étude montrent que l'utilisation de la contraception moderne au Burkina Faso est réservée à certaines catégories de femmes : il s'agit des femmes résidant en milieu urbain, les femmes des jeunes générations et les femmes non en union et sexuellement actives. Les premières bénéficient des infrastructures et des moyens de communication leur permettant d'être mieux informées sur la question. Les femmes jeunes bénéficient également de meilleures informations, parce que plus instruites, et ont recours à la contraception pour des besoins d'espacement des naissances. Ces femmes ont une fécondité désirée plus faible que celle des autres. Les femmes non en union et sexuellement actives préfèrent la contraception pour espacer ou éviter les naissances, vu que la vie en union est toujours fortement valorisée.

Pourtant, la politique de population révisée en 2000 s'est fixée comme objectif d'accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6 % en 1998 à 19 % en l'an 2015. À dix ans de cette échéance, cet objectif paraît ambitieux au regard de la situation actuelle. Le rôle de la contraception dans le processus de transition de la fécondité n'est plus à démontrer<sup>27</sup> (Bongaarts *et al.*, 1990) et l'impact d'une volonté politique réelle, traduite sur le terrain par des infrastructures et du personnel adéquat, sur le cours de l'évolution de la transition a également été maintes fois démontré (Bella, 1998). Pour que cet objectif soit une réalité, il faut par conséquent une volonté politique manifeste et une offre de services adéquate, de qualité et en nombre suffisant (Kobiané, 2000 : 208).

Cependant, il ne s'agit pas de fournir uniquement des services de PF. Cela doit s'accompagner d'une éducation réelle de la population, d'une mise à disposition de personnels qualifiés et en nombre, des infrastructures en nombre et aussi proches que possible des populations, mais plus encore des populations rurales. Il faut promouvoir la scolarisation des filles et définir des stratégies d'approche des populations n'ayant pas accès aux médias, mais aussi multiplier les campagnes de sensibilisation à la radio et à la télévision, pour ceux qui y ont accès. De plus, il est désormais impérieux de tenir compte de l'homme dans les stratégies de communication afin de rendre son attitude favorable à la PF et de transformer ces attitudes en discussion. C'est uniquement dans ce cas que la femme peut facilement adopter une pratique contraceptive, notamment les moyens les plus efficaces que sont les moyens contraceptifs modernes.

---

<sup>27</sup> Certains pays comme le Kenya, le Botswana et le Zimbabwe ont réussi à influencer considérablement sur le niveau de fécondité par une politique et un programme de planification familiale basés sur la participation de toutes les couches de la population. Cela a permis d'atteindre des prévalences contraceptives modernes de plus de 14 % parmi les femmes mariées de 15-49 ans.

## Références bibliographiques

- Akoto E.M., Tambashe O.B., Amouzou A.J. et Djangone A.R., 2000 - *Besoins non satisfaits en planification familiale : niveaux, tendances et déterminants au Burkina Faso*. Projet régional Santé Familiale et Prévention du SIDA (SFPS), 30 p.
- AFRISTAT, 2000 - *Observatoire économique et statistique d'Afrique Subsaharienne*. Recueil de statistique des états membres d'AFRISTAT, série annuelle n°1, mars.
- Bella J.N., 1998 - Les politiques de population dans deux pays en développement : le Cameroun et la Thaïlande. Les cahiers de l'IFORD, n°17, Yaoundé, 156 p.
- Bongaarts J. and Potter R.G., 1983 - *Fertility, biology and behavior: an analysis of the proximate determinants*. Academic Press, New York.
- Bongaarts J., Mauldin W.P., Phillips J., 1990 - The demographic impact of family planning programs. *Studies in Family Planning*, 21 (6) : 299-310.
- Cohen B., 1996 - Niveaux, différences et tendances de la fécondité. in Foote A.K., Hill H.K. et Martin G.L. (eds), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*. INED, PUF, National Academy of Sciences, Cahiers n° 135 : 9-70.
- Demers L., 1981 - *La fécondité en Haute-Volta : 1960-1976*. INSD/DRD, Ouagadougou, 112 p.
- Gendreau F., 1996 - *Démographies africaines*. Ed. ESTEM, Paris, 128 p.
- Guiella G. et Poirier J., 2000 - Fondements socio-économiques de la fécondité chez les Mossi du plateau central (Burkina Faso). in Pilon M. et Guillaume A. (éds), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. IRD, Paris : 93-110.
- Guillaume A. et Pilon M. (dir.), 2000 - *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. IRD, Paris.
- INSD (Institut National de la statistique et de la démographie), 1994 - *Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso 1993*. INSD et Macro International INC.
- INSD (Institut National de la statistique et de la démographie), 1999 - *Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso 1998/99*. INSD et Macro International INC.
- INSD (Institut National de la statistique et de la démographie), 2004 - *Enquête Démographique et de Santé au Burkina Faso 2003*. INSD et Macro International INC.
- Jolly L.C. et Gribble N.J., 1996 - Les déterminants proches de la fécondité. in Foote A.K., Hill H.K. et Martin G.L. (éds), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*. INED, PUF, National Academy of Sciences, Cahiers n° 135 : 71-117.
- Joseph V. et Garenne M., 2001 - *Datation de la baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*. Paris, Les Dossiers du CEPED, n° 66, 64 p.
- Kobiané J.F., 2000 - Evolution de la fécondité et planification familiale au Burkina Faso. in Vimard P. et Zanou B. (éds), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*. Coll. Populations, L'Harmattan, Paris : 189-213.
- Locoh T. et Makdessi Y., 1996 - *Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne*. Les Dossiers du CEPED n° 44, Paris, 47 p.
- Ministère de l'économie et des Finances, 2000 - *Politique nationale de population du Burkina Faso*. Ouagadougou, décembre, version révisée n° 1, 64 p.



- Opong C., 1988 - Les femmes africaines – des épouses, des mères et des travailleuses. in Tabutin D. (dir.), *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. L'Harmattan, Paris : 421-440.
- Rwenge M., 2000 – Urbanisation et comportement procréateur au Bénin. in Guillaume A. et Pilon M., *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*. IRD, Paris, : 147-160.
- Sadik N., 1980 - Use of Family Planning Services. in *WFS World Conference Proceedings*, London, 2 : 559-595.
- Van de Walle E., 1988 - Les pratiques traditionnelles et modernes des couples en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité. in Tabutin D. (dir), *Population et sociétés en Afrique au sud du Sahara*. L'Harmattan, Paris : 141-165.
- Van de Walle E., 1996 - L'âge au mariage : tendances récentes. in Foote A.K., Hill H.K. et Martin G.L. (éds), *Changements démographiques en Afrique subsaharienne*. INED, PUF, National Academy of Sciences, Cahiers n° 135 : 119-154.

## Annexes

### Annexe 1 – Tableaux résumés des principaux résultats de l'analyse descriptive

Tableau A1 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le groupe d'âges<sup>28</sup>

Groupes d'âges	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
15-24 ans	7,2	4,2	88,6	100	2310	41,5	7,3
25-34 ans	6,9	6,7	86,4	100	1641	29,5	8,6
35-44 ans	6,7	5,0	88,3	100	1267	22,8	8,2
45 ans et +	2,9	3,7	93,4	100	349	6,3	4,6
Total	6,7	5,1	88,2	100	5567	100	7,8

Tableau A2 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la situation matrimoniale

Situation matrimoniale	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Célibataire	10,4	1,9	87,7	100	1076	19,3	-
Sép./Div./Veu.	9,2	7,8	83,0	100	153	2,7	-
Union libre	9,9	5,7	84,5	100	283	5,1	12,5
Mariée	5,4	5,8	88,7	100	4056	72,9	7,5

Tableau A3 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Sans instruction	4,0	4,5	91,5	100	4736	85,1	5,8
Primaire	14,4	7,1	78,5	100	479	8,6	18,1
Secondaire	32,3	9,8	57,9	100	337	6,1	41,2
Supérieur	46,7	13,3	40,0	100	15	0,3	49,1

Tableau A4 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la nationalité

Ethnie	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Mossi	7,2	5,6	87,3	100	3288	59,1	8,7
Autres	5,9	4,4	89,7	100	2248	40,4	6,4
Autres africains	20,0	6,7	73,3	100	30	0,5	
ND	0,0	0,0	100	100	1	0	

<sup>28</sup> Dans les tableaux A1 à A28, les pourcentages calculés concernent les femmes potentiellement fécondes, telles que définies dans le document, et le pourcentage de réduction de la fécondité imputable à la contraception est calculé à partir du modèle de Bongaarts.

Tableau A5 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la religion

Religion	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Catholique	10,3	7,1	82,6	100	1225	22,0	12,4
Protestant	9,4	3,6	87,0	100	331	6,0	8,8
Musulman	6,4	4,7	88,9	100	3097	55,6	7,2
Animiste	2,1	4,3	93,6	100	698	12,5	3,9
Sans religion	4	2,8	95,3	100	211	3,8	2,3
ND	20	40	40	100	5	0,1	0,0

Tableau A6 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le lieu de résidence

Lieu de résidence	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Ouagadougou	23,2	8,3	68,5	100	508	9,1	24,9
Autres villes	19,5	6,7	73,8	100	493	8,9	22,0
Villages	3,5	4,6	91,9	100	4566	82,0	5,3

Tableau A7 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le standing de l'habitat

Standing de l'habitat	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Haut standing	26,6	10,3	63,1	100	233	4,2	33,5
Moyen standing	12,0	5,5	82,5	100	1569	28,2	12,4
Bas standing	3,3	4,6	92,1	100	3765	67,6	5,2

Tableau A8 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon que la femme travaille ou pas

Femme travaille	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	7,0	6,3	86,7	100	3702	66,5	8,9
Non	6,1	2,7	91,2	100	1861	33,4	5,1
SO.	0,0	0,0	100	100	4	0,1	0,0

Tableau A9 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l'occupation de la femme

Occupation de la femme	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Sans travail	7,5	2,9	89,6	100	1224	22,0	6,6
Sect. agriculture	2,6	5,1	92,3	100	2089	37,5	5,5
Sect. artisanat	8,6	8,8	82,6	100	453	8,1	9,2
Sect. commerce	9,5	5,4	85,2	100	1752	31,5	10,0
Sect. moderne	50,0	16,7	33,3	100	42	0,7	47,5
ND	28,6	14,3	57,1	100	7	0,1	58,1

Tableau A10 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l'accès au médium écrit

Accès à un médium écrit	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	36,9	10,3	52,7	100	203	3,6	38,0
Non	5,6	4,9	89,5	100	5364	96,4	7,1

Tableau A11 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l'accès au médium audio

Accès à un médium audio	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	14,6	7,1	78,5	100	1004	18,0	14,1
Non	5,0	4,7	90,4	100	4559	81,9	6,4
ND	0,0	0,0	100	100	4	0,1	0,0

Tableau A12 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l'accès au médium visuel

Accès à un médium visuel	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	23,2	7,6	69,2	100	754	13,5	26,1
Non	4,1	4,7	91,2	100	4811	86,4	5,9
ND	0,0	50,0	50,0	100	2	0,0	16,2

Tableau A13 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon que la femme connaît ou pas une source de planification familiale

Connaît une source de PF	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	21,1	8,3	70,6	100	1759	31,6	18,8
Non	0,0	3,6	96,4	100	3803	68,3	2,3
NP	60,0	0,0	40,0	100	5	0,1	68,9

Tableau A14 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la source d'approvisionnement en moyen de planification familiale connue

Source d'approvisionnement	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Secteur médical public	100	0,0	0,0	100	197	52,8	91,0
Secteur médical privé	100	0,0	0,0	100	36	9,7	86,4
Autres	100	0,0	0,0	100	138	36,8	78,1
NP	100	0,0	0,0	100	3	0,8	91,8

Tableau A15 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la co-résidence avec le conjoint

Co-résidence	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	5,8	6,0	88,2	100	4003	92,2	7,8
Non	5,1	3,9	91,2	100	336	7,8	6,6

Tableau A16 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l'instruction du conjoint

Instruction du conjoint	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Sans instruction	3,7	5,4	90,9	100	3841	88,2	5,8
Primaire	15,8	8,1	76,1	100	234	5,3	17,4
Secondaire	40,3	13,4	46,2	100	119	2,8	40,8
Supérieur	48,1	18,5	33,3	100	27	0,7	47,0
NP	5,9	5,9	88,2	100	118	3,0	7,5

Tableau A17 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l'occupation du conjoint

Occupation du conjoint	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Sans travail	12,0	4,0	84,0	100	25	0,6	12,1
Secteur agriculture	2,9	5,1	92,0	100	3389	78,1	5,1
Secteur artisanat	14,3	7,6	78,0	100	328	7,6	15,8
Secteur commerce	10,7	6,8	82,4	100	438	10,1	12,4
Secteur moderne	33,6	15,1	51,4	100	146	3,4	34,6
NP	25,0	8,3	66,7	100	12	0,3	29,5

Tableau A18 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l'opinion du conjoint sur la planification familiale

Opinion du conjoint	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Favorable	13,9	8,9	77,3	100	1508	34,8	16,1
Non favorable	2,9	3,9	93,1	100	988	22,8	4,3
NP	0,6	4,3	95,1	100	1841	42,4	2,8

Tableau A19 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la discussion entre conjoint sur la planification familiale

Discussion PF entre conjoints	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Jamais	1,6	4,7	93,7	100	3269	75,3	3,9
1 ou 2 fois	11,7	6,8	81,5	100	547	12,6	13,0
Souvent	25,3	11,9	62,8	100	521	12,0	26,8
NP	0,0	0,0	100	100	1	0,0	0,0

Tableau A20 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon que la femme a une fille et un garçon en vie

A une fille et un garçon	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	5,8	5,7	88,6	100	2700	48,5	8,0
Non	7,6	4,6	87,8	100	2867	51,5	7,4

Tableau A21 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d'enfants nés vivants

Nombre d'enfants nés vivants	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
0 – 4 enfants	7,7	5,1	87,2	100	3587	64,4	8,3
5 enfants et plus	4,9	5,2	89,9	100	1980	35,6	7,1

Tableau A22 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d'enfants en vie

Nombre d'enfants en vie	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
0 – 4 enfants	6,9	5,1	88,0	100	4216	75,7	0,0
5 enfants et plus	6,1	5,2	88,7	100	1351	24,3	8,0

Tableau A23 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d'enfants décédés

Nombre d'enfants décédés	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Pas d'enfant décédé	8,4	5,2	86,4	100	3269	58,7	9,4
Au moins 1 enfant décédé	4,4	4,9	90,7	100	298	41,3	6,2

Tableau A24 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le désir d'avoir d'autres enfants

Désir d'autres enfants	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Oui	8,1	6,6	85,2	100	3437	61,7	7,6
Non	9,1	4,9	86,0	100	938	16,9	10,7
Sans objet	0,8	0,8	98,4	100	1192	21,4	3,0

Tableau A25 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d'enfants souhaités

Nombre d'enfants souhaités	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
0 – 4 enfants	14,0	5,0	81,0	100	1558	28,0	13,7
5 enfants et plus	3,9	5,1	91,0	100	4003	71,9	5,9
ND	0,0	0,0	100	100	6	0,1	0,0

Tableau A26 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la variable « Instruction-Résidence »

Instruction-Résidence	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Non instruit-villages	3,0	4,4	92,5	100	4279	76,9	4,9
Non instruit-villes moyennes	13,4	5,1	81,4	100	253	4,5	16,6
Non instruit-capitale	12,2	6,8	81,0	100	205	3,7	13,8
Primaire-villages	8,1	6,6	85,3	100	258	4,6	11,0
Primaire-villes moyennes	20,8	8,9	70,3	100	101	1,8	29,9
Primaire-capitale	22,5	6,7	70,8	100	120	2,2	27,5
Secondaire-villages	31,0	6,9	62,1	100	29	0,5	25,5
Secondaire-villes moyennes	29,5	8,6	61,9	100	139	2,5	38,1
Secondaire-capitale	36,1	10,9	53,0	100	183	3,3	46,1

Tableau A27 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la variable « Lieu de résidence-Standing de l'habitat »

Standing-Résidence	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Bas standing-villages	3,1	4,6	92,2	100	3703	66,5	5,1
Bas standing-villes moyennes	14,0	0,0	86,0	100	42	0,8	10,4
Bas standing-capitale	10,0	10,0	80,0	100	20	0,4	14,9
Moyen standing-villages	5,1	4,3	90,6	100	863	15,5	6,0
Moyen standing-villes moyennes	18,7	7,0	74,4	100	359	6,5	22,3
Moyen standing-capitale	22,2	7,2	70,6	100	347	6,2	23,1
Haut standing-villages	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0	0,0
Haut standing-villes moyennes	25,3	8,8	65,9	100	91	1,6	31,0
Haut standing-capitale	27,5	11,3	61,3	100	142	2,5	37,5

Tableau A28 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la variable « Situation matrimoniale et Activité sexuelle »

Situation matrimoniale et Activité sexuelle	Moderne	Naturelle	Aucune	Ens.	Effectif	%	Réduction
Mariée/sexuellement active	11,4	6,3	82,3	100	1719	30,9	12,0
Mariée/non sexuellement active	2,0	5,5	92,5	100	2620	47,1	4,9
Non mariée/sexuellement active	44,6	8,4	47,0	100	166	3,0	-
Non mariée/non sexuellement active	4,9	1,6	93,5	100	1062	19,1	-



## Annexe 2

Tableau A29 – Risques relatifs de la pratique contraceptive moderne selon les variables socio-démographiques et autres

Caractéristiques socio-démographiques	Intervalle de confiance à 95 %		
	Risques relatifs	Borne inférieure	Borne supérieure
Génération ( <b>jeunes/âgées</b> )	1,216	0,957	1,547
État matrimonial ( <b>non mariées/autres</b> )	1,876	1,499	2,318
Éthnie ( <b>Mossi/autres</b> )	1,199	0,965	1,489
Niveau d'instruction ( <b>instruites/non instruites</b> )	6,976	5,605	8,683
Religion ( <b>chrétiens/autres</b> )	1,962	1,584	2,431
Lieu de résidence habituelle ( <b>capitale/autres</b> )	5,677	4,460	7,226
Standing de l'habitat ( <b>bon standing/bas standing</b> )	4,734	3,787	5,919
Femme travaille actuellement ( <b>oui/non</b> )	1,159	0,923	1,455
Profession de la femme ( <b>secteur moderne/autres</b> )	14,652	7,926	27,084
Accès à un médium écrit ( <b>oui/non</b> )	9,926	7,295	13,505
Accès à un médium audio ( <b>oui/non</b> )	3,276	2,629	4,083
Accès à un médium visuel ( <b>oui/non</b> )	7,008	5,620	8,739
Connait une source d'approvisionnement ( <b>oui/non</b> )	339,348	108,767	1058,744
Source d'approvisionnement ( <b>source privée/autres</b> )	*	*	*
Co-résidence avec le conjoint ( <b>oui/non</b> )	1,155	0,697	1,914
Niveau d'instruction du conjoint ( <b>instruit/non instruit</b> )	8,981	6,779	11,898
Activité économique du conjoint ( <b>secteur moderne/autres</b> )	10,134	6,987	14,698
Discussion au sein du couple sur la PF ( <b>oui/non</b> )	13,952	10,186	19,110
Conjoint favorable à la PF ( <b>oui/non</b> )	5,325	3,579	7,922
A au moins une fille et un garçon ( <b>oui/non</b> )	0,745	0,602	0,922
Nombre total d'enfants en vie (<à 4/>à 4)	1,152	0,894	1,483
Nombre total d'enfants décédés ( <b>0 enfant décédé/au moins 1 enfant décédé</b> )	2,011	1,589	2,545
Désir d'autres enfants ( <b>oui/non</b> )	1,496	1,162	1,927
Instruction-Résidence ( <b>second+ capitale/autres</b> )	9,279	7,136	12,064
Standing de l'habitat-Résidence ( <b>moyen ou haut capitale/autres</b> )	7,461	5,998	9,280
Situation matrimoniale et Activité sexuelle ( <b>mariées sexuellement actives/autres</b> )	13,677	9,858	18,975

\* Pas de statistiques, pratique contraceptive constante

## Annexe 3 – Dictionnaire des variables pour l'AFCM

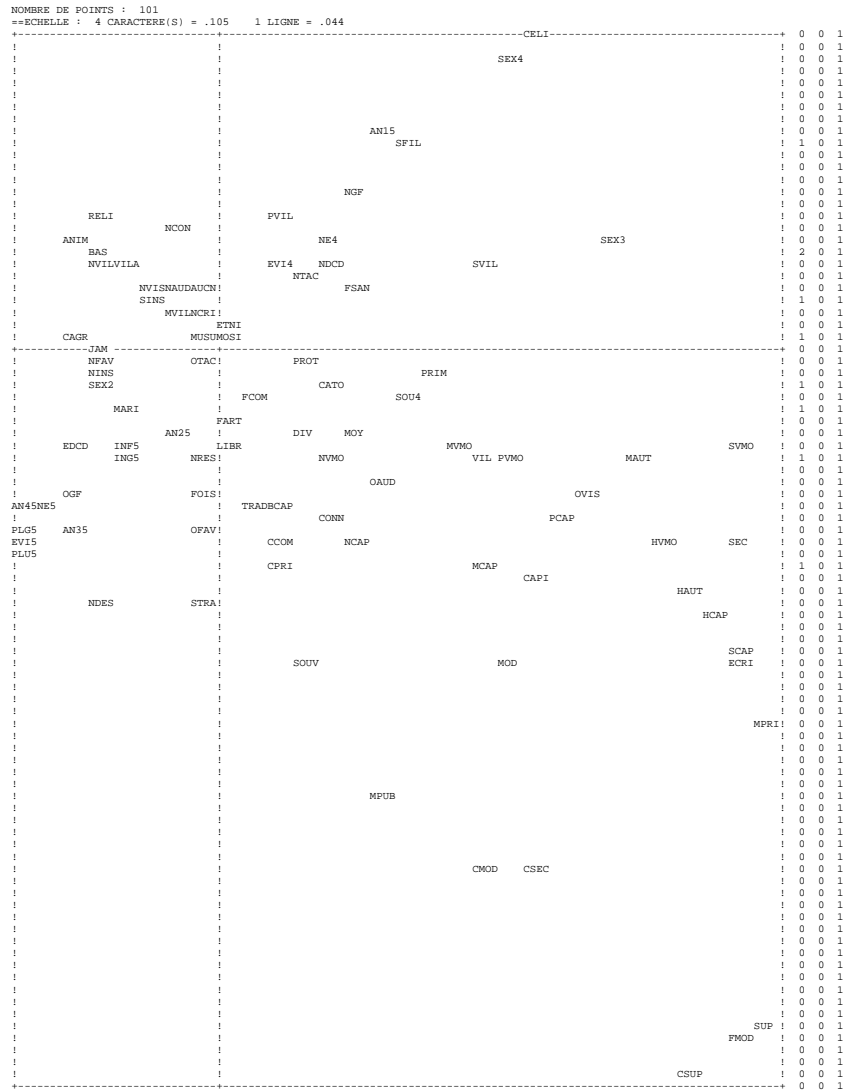
Variables	X	Modalités	Modalités variables
Ethnie	<b>X2</b>		
Religion	<b>X3</b>	Protestant Catholique Musulman Sans religion	Protest Cato Musu ligion
Résidence habituelle	<b>X4</b>	Capitale Autres villes Villages	capit Ville Vilag
Résidence dans l'enfance	<b>X4bis</b>	NA	
Standing de l'habitat	<b>X5</b>	Haut standing Moyen standing Bas standing	Haut Moyen Bas
Âge	<b>X6</b>	15-24 ans 25-34 ans 35-44 ans 45 ans et +	an15 an25 an35 an45
Situation matrimoniale	<b>X7</b>	Mariée Union libre Célibataire Séparée/div./veuve	Marie ulibr Celib sepdiv
Co-résidence avec le conjoint	<b>X8</b>	Oui Non	Oresi Nresi
Niveau d'instruction	<b>X9</b>	Sans instruction Primaire Secondaire Supérieur	Sanecol Prim Second Sup
Niveau d'instruction du conjoint	<b>X10</b>	Sans instruction Primaire Secondaire Supérieur	Ninst Cprim Csec Csup
Travail actuel du conjoint	<b>X11</b>	Sans travail Secteur agricole Secteur artisanal Secteur commercial Section moderne	Strav Cagri Carti Ccom cmod
Nombre de filles en vie	X12	Sans fille 0 à 4 filles 5 et + filles	Sfill Inff5 Plus5
Nombre de garçons en vie	X13	Sans garçon 0 à 4 garçons 5 et + garçons	Sgarc infg5 Plug5
Un garçon et une fille en vie	X13bis	Oui Non	Ogf Ngf

## Dictionnaire des variables pour l'AFCM – suite

Nombre total d'enfants en vie	X14	0 à 4 enfants 5 et + enfants	Evi4 Evi5
Nombre total d'enfants nés vivants	X15	0 à 4 enfants 5 et + enfants	Ne4 Ne5
Nombre total d'enfants décédés	X16	0 enfant décédé au moins 1 enfant décédé	Ndcd Sdcd
Désir d'avoir d'autres enfants	X17	Oui Non	Odesi Ndesi
Nombre total d'enfants souhaités	X18	0 à 4 enfants 5 et + enfants	Sou4 Sou5
Travaille actuellement	X20	Oui Non	Otact Ntact
Profession principale	X21	Sans travail Secteur agricole Secteur artisanal Secteur commercial Section moderne	Fsan Fagri Farti Fcom fmod
Accès à un médium écrit	X23	Oui Non	Ecri Necri
Accès à un médium audio	X24	Oui Non	Audi naudi
Accès à un médium visuel	X25	Oui Non	Visu Nvisu
Connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptifs	X26	Connaît une source Ne connaît pas de source	Conn Ncon
Source d'approvisionnement en contraceptifs	X27	Secteur médical public Secteur médical privé Autre secteur	Mpub Mpriv Maut
Conjoint favorable à la PF	X29	Oui Non	Favo nfavo
Discussion avec le conjoint sur la PF	X30	Jamais 1 ou 2 fois plus souvent	Jam Fois Souv
Instruction-Résidence	X31	Non instruite au village Non instruite en ville moyenne Non instruite en capitale Niv prim au village Niv prim en ville moy Niv prim en capitale Niv sec au village Niv sec en ville moy Niv sec en capitale	Nivil Nivm Nicap Pvil Pvm Pcap Svil svm scap
Résidence-Standing de l'habitat	X32	Bas standing au village Bas standing en ville moyenne Bas standing en capitale Moyen stand au village Moyen stand en ville moy Moyen stand en capitale <b>Haut stand au village</b> Haut stand en ville moy Haut stand en capitale	Bvil Bvm Bcap Mvil Mvm Mcap <b>Hvil (absent)</b> Hvm hcap
Situation matrimoniale et Activité sexuelle	X33	Mariée/sexuel active Mariée non/sexuel active Non mariée/sexuel active Non mariée/non sex. active	Sex1 Sex2 Sex3 Sex4

# Annexe 4 – Représentation graphiques des variables modalités par l'AFCM

## 1. AXE HORIZONTAL( 1)--AXE VERTICAL( 2)





3. AXE HORIZONTAL( 2)--AXE VERTICAL( 3)

NOMBRE DE POINTS : 101
==EHELLE : 4 CARACTERE(S) = .127 1 LIGNE = .053

Table with 101 rows and 3 columns. Rows are labeled with variables like SUP, CSUP, FVMD, HCAP, SCAP, MPRI, CAPI, ECRI, HAUT, MCAP, BCAP, PCAP, NCAP, SEC, MAUT, SVIL, CMOD, LIBR, PROT, CSEC, DIV, BILANIM, MOD, TRAD, MOSI, VILA, AN35AN45 INF5EDCD, AN25CATONFAV, RELI, NDES, PLG5OGF, MARI, NCRIFSAN, ANI5, SOUV, PLUS, CONNSEX1, MGSU, NRES, ETNI, PVIL, FOIS, FCOM, MPUB, CCOM, MOY, PRIM, CPRI, HVM, SVMO, VIL, NVM, MVM, PVMO. The table is bounded by dashed lines.

NOMBRE DE POINTS SUPERPOSES : 25
SEX3(ANIM) FAGR(BAS) FART(DIV) NVIL(BAS) CAGR(MOSI) NCON(RELI) JAM(NFAV) SEX2(CATO) SINS(AUCN) SGAR(SFIL)
INS(INS) NE4(EVI4) NE5(AN45) NDCD(EVI4) SOU5(AUCN) OTAC(NINS) NTAC(AUCN) NAUD(AUCN) NVIS(AUCN) SEX4(CELI)
EVI5(PLG5) SOU4(MARI) OVIS(OGF) OFAV(PLG5) NVIL(ETNI)

## Annexe 5 – Résultats finaux de la régression logistique (détails)

## 5.1. Utilisation de la méthode moderne

```
. logistic xlr prim sec sup sex2 sex3 sex4 fsan
fart fcom fmod ecri ovis sou4 ofav fois souv
```

```
Logit estimates                               Number of obs   =       5616
                                                LR chi2(16)    =       1096.41
                                                Prob > chi2    =         0.0000
Log likelihood = -1086.5296                    Pseudo R2      =         0.3353
```

xlr	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95 % Conf. Interval]
prim	1.633038	.2708584	2.957	0.003	1.179817 2.260362
sec	2.319137	.4502256	4.333	0.000	1.58518 3.392926
sup	2.405046	1.33144	1.585	0.113	.8126357 7.117882
sex2	.239797	.0380725	-8.994	0.000	.1756705 .3273321
sex3	21.03307	5.136705	12.473	0.000	13.03233 33.9456
sex4	1.530879	.3506962	1.859	0.063	.977116 2.398476
fsan	1.475004	.2955438	1.940	0.052	.9959545 2.184474
fart	1.868105	.452397	2.581	0.010	1.162162 3.002866
fcom	2.094164	.3655086	4.235	0.000	1.487458 2.948334
fmod	1.712436	.6345321	1.452	0.147	.8283372 3.54015
ecri	1.57314	.2968741	2.401	0.016	1.086759 2.2772
ovis	1.564645	.2250845	3.112	0.002	1.180225 2.074277
sou4	1.501299	.1945609	3.135	0.002	1.164544 1.935436
ofav	3.872475	.7494274	6.996	0.000	2.650077 5.658729
fois	3.083622	.6130277	5.664	0.000	2.088533 4.552826
souv	4.772323	.8836627	8.440	0.000	3.319846 6.860278

## 5.2. Utilisation de la contraception (moderne et/ou naturelle)

```
. logistic xlrbis an15 an25 an35 prim sec sup capi vil ecri
ofav fois souv sex2 sex3 sex4
```

```
Logit estimates                               Number of obs   =       5616
                                             LR chi2(15)    =      1097.14
                                             Prob > chi2    =       0.0000
Log likelihood = -1716.1749                 Pseudo R2      =       0.2422
```

xlrbis	Odds Ratio	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]
an15	1.207438	.293958	0.774	0.439	.7492637 1.945785
an25	1.58654	.3796267	1.929	0.054	.9926033 2.535865
an35	1.623834	.3967946	1.984	0.047	1.005877 2.621431
prim	1.77804	.2440031	4.194	0.000	1.35872 2.326769
sec	2.938148	.4957732	6.387	0.000	2.110789 4.089805
sup	2.653032	1.310985	1.975	0.048	1.007221 6.988118
capi	1.889551	.2402623	5.005	0.000	1.472739 2.424329
vil	1.710164	.2317499	3.960	0.000	1.31126 2.230421
ecri	1.655193	.2920673	2.856	0.004	1.17125 2.339093
ofav	2.505286	.300347	7.661	0.000	1.980664 3.168866
fois	1.775012	.2515871	4.048	0.000	1.344477 2.343414
souv	3.093104	.4143643	8.429	0.000	2.378834 4.02184
sex2	.488307	.0513104	-6.822	0.000	.3974206 .5999784
sex3	10.34173	2.093803	11.539	0.000	6.95437 15.37903
sex4	.6275963	.108804	-2.687	0.007	.4467975 .8815562



## Liste des tableaux et figure

Tableau 1 – Évolution de l’ISF des femmes depuis 1960, selon le milieu de résidence .....	7
Tableau 2 – Pourcentage de femmes en union utilisant une méthode au moment de l’enquête .....	9
Tableau 3 – Prévalence de la contraception selon les types de méthodes pour l’ensemble des femmes et pour les femmes en union (1993-1998/99).....	10
Tableau 4 – Résultats de la régression logistique sur l’utilisation de la contraception moderne .....	28
Tableau 5 – Résultats de la régression logistique sur l’utilisation de la contraception moderne et naturelle .....	30
Tableau A1 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le groupe d’âges .....	34
Tableau A2 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la situation matrimoniale.....	34
Tableau A3 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le niveau d’instruction.....	34
Tableau A4 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la nationalité .....	34
Tableau A5 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la religion.....	35
Tableau A6 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le lieu de résidence .....	35
Tableau A7 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le standing de l’habitat .....	35
Tableau A8 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon que la femme travaille ou pas.....	35
Tableau A9 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l’occupation de la femme .....	35
Tableau A10 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l’accès au médium écrit.....	36
Tableau A11 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l’accès au médium audio .....	36
Tableau A12 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l’accès au médium visuel .....	36
Tableau A13 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon que la femme connaît ou pas une source de planification familiale.....	36
Tableau A14 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la source d’approvisionnement en moyen de planification familiale connue.....	36

Tableau A15 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la co-résidence avec le conjoint.....	37
Tableau A16 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l’instruction du conjoint .....	37
Tableau A17 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l’occupation du conjoint.....	37
Tableau A18 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon l’opinion du conjoint sur la planification familiale.....	37
Tableau A19 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la discussion entre conjoint sur la planification familiale.....	38
Tableau A20 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon que la femme a une fille et un garçon en vie.....	38
Tableau A21 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d’enfants nés vivants .....	38
Tableau A22 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d’enfants en vie .....	38
Tableau A23 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d’enfants décédés .....	38
Tableau A24 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le désir d’avoir d’autres enfants .....	39
Tableau A25 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon le nombre d’enfants souhaités.....	39
Tableau A26 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la variable « instruction-résidence »	39
Tableau A27 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la variable « lieu de résidence-standing de l’habitat » .....	39
Tableau A28 – Type de méthode de contraception utilisée et réduction de la fécondité cumulée imputable à la contraception (en %) selon la variable « situation matrimoniale-activité sexuelle » .....	40
Tableau A29 – Risques relatifs de la pratique contraceptive moderne selon les variables socio-démographiques et autres.....	41
Figure 1 – Évolution de l’ISF au Burkina Faso depuis 1960.....	6

## Liste des sigles utilisés

AFCM	Analyse factorielle des correspondances multiples
AFRISTAT	Observatoire économique et statistique d'Afrique subsaharienne
CEPED	Centre population et développement
CNLS	Comité national de lutte contre les IST et le VIH/Sida
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
DBC	Distribution à base communautaire
DIU	Dispositif intra utérin
EDS	Enquête démographique et de santé
EDSBF	Enquête démographique et de santé au Burkina Faso
EMF	Enquête mondiale sur la fécondité
GRIPPS	Groupe international de partenaires population – santé
IEC	Information, éducation, communication
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISF	Indice synthétique de fécondité
ISP	Indice synthétique de planification
IST	Infection sexuellement transmissible
OMS	Organisation mondiale de la santé
PF	Planification familiale
PMI	Protection maternelle et infantile
PROMACO	Projet de marketing social des condoms
SIDA	Syndrome de l'immuno-déficience acquise
UERD	Unité d'enseignement et de recherche en démographie
VIH	Virus de l'immuno-déficience humaine

## Table des matières

Remerciements .....	3
INTRODUCTION.....	4
1. NIVEAU ET ÉVOLUTION DE LA FÉCONDITÉ ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO .....	6
1.1. Niveaux et tendance de la fécondité.....	6
1.2. Importance de la planification familiale .....	8
2. OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE .....	12
2.1. Objectifs .....	12
2.2. Méthodologie .....	12
2.2.1. Définition opérationnelle de la pratique contraceptive.....	12
2.2.2. Source de données .....	13
2.2.3. Méthodes d'analyse .....	13
3. ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE FÉMININE AU BURKINA FASO .....	14
3.1. Caractéristiques des femmes potentiellement fécondes .....	14
3.1.1. Les caractéristiques socio-démographiques .....	14
3.1.2. Analyse exploratoire de la différenciation du mode de contrôle de la fécondité	16
3.2. Niveaux et tendances de la pratique contraceptive en 1998/99 .....	18
3.2.1. Caractéristiques socio-démographiques et pratique contraceptive.....	19
3.2.2. Environnement socio-économique et pratique contraceptive.....	21
3.2.3. Niveau de connaissance sur le planning familial et pratique contraceptive .....	23
3.2.4. Caractéristiques du conjoint et pratique contraceptive des femmes.....	24
3.2.5. Vie génésique des femmes et pratique contraceptive.....	25
4. ESSAI D'EXPLICATION DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE DES FEMMES BURKINABÉ POTENTIELLEMENT FÉCONDES.....	27
4.1. L'utilisation de la contraception moderne.....	27
4.2. L'utilisation des méthodes modernes et naturelles .....	29
CONCLUSION .....	31
Références bibliographiques .....	32
Annexes .....	34
Annexe 1 – Tableaux résumés des principaux résultats de l'analyse descriptive.....	34
Annexe 2 – Risques relatifs de la pratique contraceptive moderne selon les variables socio-démographiques et autres .....	41
Annexe 3 – Dictionnaire des variables pour l'AFCM .....	42
Annexe 4 – Représentation graphiques des variables modalités par l'AFCM.....	44
Annexe 5 – Résultats finaux de la régression logistique (détails) .....	47
Liste des tableaux et figure.....	49
Liste des sigles utilisés .....	51

