

Sixième Conférence Africaine sur la Population

La Population Africaine: Passé, Présent et Futur

Ouagadougou – Burkina Faso, 5–9 Décembre 2011

Séance 3 :

Santé maternelle, des nouveau-nés et des enfants

Thème :

La pratique contraceptive par les femmes en union au Burkina Faso : Quelle est la place et le rôle du conjoint?

Dalomi BAHAN(*) & Idrissa KABORE ()**

(*) Institut National de la Statistique et de la Démographie (Burkina Faso)

badal03t@yahoo.fr

(**) Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP)

Université de Ouagadougou (Burkina Faso)

idrissakabore@yahoo.fr

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| <i>Introduction</i> | 3 |
| <i>1 - Contexte</i> | 5 |
| <i>2 - Données et méthodes</i> | 7 |
| <i>3 - Conceptualisation de l'influence du conjoint</i> | 8 |
| <i>4 - Tendances de l'utilisation de la contraception</i> | 8 |
| <i>5 – Déterminants de l'utilisation des méthodes modernes de contraception selon les variables explicatives</i> ... | 9 |
| <i>6 - Place et rôle de l'homme dans la pratique contraceptive</i> | 11 |
| <i>Conclusion</i> | 15 |
| <i>BIBLIOGRAPHIE</i> | 16 |

Introduction

Dans les pays les moins avancés, l'amélioration de la santé des populations en général, de la mère et de l'enfant en particulier constitue une priorité des gouvernements et des institutions internationales. Ces préoccupations sont inscrites dans les programmes d'aide au développement et les différentes politiques nationales mises en œuvre. Selon les Nations Unies (2008), l'Afrique subsaharienne est l'une des parties du monde qui enregistre les plus forts niveaux de mortalité maternelle. Cela est bien précisé dans le cinquième Objectif de la Déclaration des Nations Unies pour le Millénaire (OMD), qui est de réduire de trois quart (75%), le taux de mortalité maternelle entre 1990 et 2015.

Cependant, au plan mondial, elle n'a diminué que de 1% entre 1990 à 2005 alors qu'il lui faut une amélioration annuelle de 5,5% dans l'espoir d'atteindre cet objectif. On estime par ailleurs que 15% des femmes enceintes sont victimes de complications potentiellement mortelles au moment de l'accouchement. Aussi, les risques de décès augmentent avec le nombre de grossesse. Or, 200 millions de femmes qui aimeraient repousser ou éviter la prochaine grossesse ne disposent pas de moyens efficaces et sans danger pour y parvenir. D'ailleurs, chaque année, quelque 19 millions d'avortements ont lieu dans des conditions dangereuses dans le monde en développement et débouchent sur 68 000 décès (Nations Unies, 2008).

Au nombre des facteurs de la santé maternelle figure la planification familiale. Perçue comme un ensemble de mesures techniques et éducatives, la planification familiale permet aux couples de choisir le nombre de leurs enfants et le moment de leur naissance, tout en favorisant la poursuite d'une activité sexuelle harmonieuse (Meyer L., 1991). La planification familiale se révèle être ainsi, une approche prometteuse à même de contribuer à trouver des solutions satisfaisantes à la question. En effet, pour les Nations Unies (2010), le développement des programmes de planification familiale constitue une solution véritablement économique pour progresser plus rapidement vers la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, tandis qu'une conférence récente sur la planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone tenue à Ouagadougou en février 2011 soulignait l'urgence d'agir pour atteindre les objectifs de développements.

En réalité, les programmes de planification familiale, surtout en ce qui concerne les femmes en union, doivent être replacés dans un contexte des discussions qui prévalent dans la société en général et au sein du couple en particulier quant à la conceptualisation du bien-être et, par

conséquent la manière d'appréhender les méthodes modernes de contraception. En effet, toute divergence observée au sein du couple sur l'adoption d'une méthode de contraception pourrait se terminer par la non adhésion aux programmes de planification familiale. Ceci indique le rôle primordial du conjoint dans la pratique contraceptive au sein du couple. La présente étude s'inscrit dans cette perspective et tente d'examiner la place et le rôle du conjoint dans la pratique contraceptive par les femmes en union. De manière spécifique, cette communication se propose de :

- 1) Fournir des caractéristiques des femmes en union selon la pratique contraceptive ;
- 2) Mesurer l'influence du conjoint dans la pratique contraceptive chez les femmes en union ;
- 3) Déterminer le processus par lequel le conjoint peut influencer la pratique contraceptive au sein du couple.

1 - Contexte

Selon le recensement général de la population et de l'habitation de 2006, la population du Burkina Faso était estimée à 14 017 262 habitants dont 7 248 523 femmes et plus de trois quart de la population (77,3%) vit en milieu rural. Parmi les femmes on comptait 83,7 % d'analphabètes. Chez les femmes en union, on notait que 44 % vivaient en union polygamique. L'indice synthétique de fécondité était de 6,2 enfants par femme. S'agissant de l'accès à l'information, selon l'enquête sur les conditions de vie des ménages réalisée en 2007, on relève que 69,5 % des ménages en avaient accès à travers la radio et seulement 16,9 % à travers la télévision.

L'accès aux services de santé, le taux de couverture sanitaire et la capacité fonctionnelle des services de santé en particulier les CSPS ??

Face à un quotient de mortalité infanto-juvénile de 141,9 décès pour mille naissances vivantes et à un rapport de mortalité maternelle de 307 décès pour 100 000 naissances en 2006, le pays se trouve confronté à des défis de santé maternelle et infantile. Les études antérieures ont montré que la planification familiale (PF) joue un rôle important dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile à tel point qu'elle occupe aujourd'hui une place centrale dans les politiques gouvernementales (Réf.).

Introduite au Burkina Faso autour des années 1980, la planification familiale a évolué dans un environnement légal allant du plus restrictif voire répressif à une libéralisation progressive. Cette évolution s'est faite non seulement sous la pression de la communauté internationale et aussi du fait du corps médical confronté au quotidien à la morbidité et à la mortalité maternelle qui pouvaient dans bien des cas être évitées si les services de planification familiale étaient disponibles.

Le premier plan d'action définissant les grandes lignes d'une politique nationale de planification familiale a été adopté en Avril 1985. Pour favoriser la promotion de la planification familiale et atteindre les objectifs fixés à travers politiques et programmes, l'Etat burkinabé a commencé par abroger la loi de 1920 dans sa partie interdisant toute publicité sur les contraceptifs, la réglementation de la prescription et de la vente des contraceptifs, la censure des articles de presse portant une information erronée sur les contraceptifs et l'application des sanctions sévères infligées à l'encontre de tous les auteurs et complices d'avortements clandestins.

Plusieurs autres stratégies ont été développées pour faire la promotion de la planification familiale. En effet, une revue de littérature montre que la question de la planification familiale a été abordée dans une multitude de documents de politiques, programmes et plans, et de conférences auxquelles le Burkina Faso a participé, traduisant le fait que depuis bientôt trois décennies, la planification familiale est devenue un sujet central dans le domaine de la santé de la mère, et principalement de l'enfant et de la population. Toutefois, cette multiplicité de documents de référence semble indiquer l'absence d'une vision à la fois stratégique et cohérente.

Ceci dit, plusieurs efforts sont déployés par le gouvernement et les partenaires au développement pour améliorer la pratique contraceptive. Malgré ces efforts, la prévalence de la pratique contraceptive demeure extrêmement faible. Estimé à 7,7% en 1993, le taux de prévalence contraceptive est passé à 12% en 1998, à 14% en 2003 puis à 16,2% en 2010 d'après les différentes enquêtes démographiques et de santé (INSD, 1994, 2000, 2004, 2011). Cette faible prévalence est surtout observée en milieu rural (10,1%) et notamment chez les femmes non instruites (10,6%) (INSD, 2004).

Le constat qui est fait est que la majorité des femmes connaissent les méthodes modernes de contraception. En effet, si en 1993, elles étaient 62 % à connaître ces méthodes, elles étaient 76 % en 1999 et depuis 2003 elles représentaient 90 %. La méthode la mieux connue étant le condom (INSD, 2004). Pour Kobiané (2000), 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. Si les femmes les plus instruites sont les plus nombreuses à recourir à la contraception (52 %) alors que non seulement ce niveau est faible au regard des attentes et aussi que la quasi-totalité d'entre elles connaissent les méthodes contraceptives (98,9 %), la question qui se pose est de savoir ce qui pousse ces dernières à ne pas y adhérer.

Des études ont montré que les femmes qui adoptent la planification familiale sont souvent plus instruites que celles qui ne l'adoptent pas (Hogan DP, 1993 ; Gage AJ, 1995). Les femmes résidant en milieu urbain sont plus susceptibles à adopter la contraception que celles du milieu rural (Gage AJ, 1995 ; Salway S et al., 1994). Bien que certaines études n'aient relevé aucune association entre la pratique contraceptive et l'emploi (Salway S et al., 1994) ; d'autres ont observé que les femmes employées en dehors du foyer sont susceptibles de

recourir à cette pratique que les autres (Nazar-Beutelspacher A et al., 1999). Les auteurs aboutissent également à la conclusion selon laquelle les plus nantis sont aussi associées à l'adoption d'une méthode contraceptive moderne. Par ailleurs, le nombre d'enfants nés vivants, la discussion de la planification familiale avec le partenaire (Sharan M et Valente TW, 2002), l'approbation de la pratique de la planification familiale (Salway S et al., 1994) et le désir de ne plus avoir d'enfants (Lasee A et Becker S et al., 1997) sont associés à une plus grande probabilité de pratique contraceptive.

La recherche relative à l'influence du conjoint sur la pratique contraceptive est assez rare dans les pays à faible prévalence contraceptive comme le Burkina Faso où les attitudes natalistes sont encore non seulement courantes mais, très peu de femmes connaissent leurs droits en matière de procréation.

2 - Données et méthodes

Les données que nous utilisons proviennent de l'enquête démographique et de santé de 2003. C'est une enquête nationale fournissant des informations détaillées sur les couples notamment en ce qui concerne la fécondité, la planification familiale, la nuptialité et l'exposition aux risques de grossesse. Cette enquête a touché 8 894 femmes parmi lesquelles 9,8 % utilisaient une méthode moderne de contraception au moment de l'enquête et 90,2 % n'en utilisaient pas.

L'analyse porte sur l'ensemble des femmes en union âgées de 15-49 ans connaissant une méthode moderne de contraception. Le choix des femmes en union comme population cible se justifie par sujet lui-même puisqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure l'homme (conjoint) peut contribuer à l'adoption de méthode contraceptive par la femme.

L'analyse descriptive est envisagée pour examiner les associations entre chaque variable indépendante et la variable dépendante à savoir l'utilisation d'une méthode moderne de contraception. La mesure du degré d'association est estimée à l'aide de la statistique de khi-deux qui permettra de rejeter ou non l'hypothèse selon laquelle les deux variables sont indépendantes.

Pour l'analyse des déterminants, nous allons recourir à la régression logistique binomiale. Ce choix se justifie par la nature dichotomique de notre variable dépendante (utilise ou n'utilise pas) car la régression logistique binomiale est une méthode d'analyse statistique adaptée aux situations où la variable dépendante est qualitative.

3 - Conceptualisation de l'influence du conjoint

Dans cette étude, nous avons retenu deux variables principales comme variables indépendantes : opinion du couple face à la planification familiale et la discussion de la planification familiale avec le mari. La première comprend trois modalités (mari approuve, mari désapprouve, opinion du mari non connu) et permettra de saisir la place qui renvoie à l'importance de l'homme à décider des orientations du couple en matière de pratique contraceptive. Quant à la seconde, elle comprend trois modalités également (jamais, un ou deux, plus de trois) et va servir pour saisir le rôle entendu comme étant la disponibilité accordée par l'homme dans la vie du couple en matière de pratique contraceptive.

En tenant compte de la littérature, plusieurs variables sont introduites dans le modèle pour prendre en compte les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Il s'agit de l'occupation du conjoint, du niveau d'instruction du conjoint, du niveau d'instruction de la femme, du milieu de résidence, du niveau de vie du ménage et de l'âge de la femme.

Le niveau de vie de la mère est mesuré par un indicateur construit à partir des caractéristiques de l'habitat : nature des murs, du toit et du sol, mode d'éclairage, principale source d'approvisionnement en eau de boisson, type d'aisance et type de combustible utilisé pour la cuisson des aliments. Cet indicateur de niveau de vie est construit selon le milieu de résidence en recourant à la méthode d'analyse en composantes principales. La première composante qui explique une grande proportion de la variance est considérée comme l'indicateur synthétique des variables utilisées. Il convient de noter que cette méthodologie s'inspire d'autres travaux qui ont utilisé les données sur l'habitat pour la construction d'indicateurs (Filmer et Pritchett, 2001; Montgomery, 2000; Kobiané, 2004 et 2006; Kobiané et al, 2005). Cet indicateur, qui est en fait un indice de confort du logement, reflète assez bien le niveau de vie socioéconomique des ménages (Filmer et Pritchett, 2001, Kobiané 2004), et de façon indirecte celui des membres du ménage.

4 - Tendances de l'utilisation de la contraception

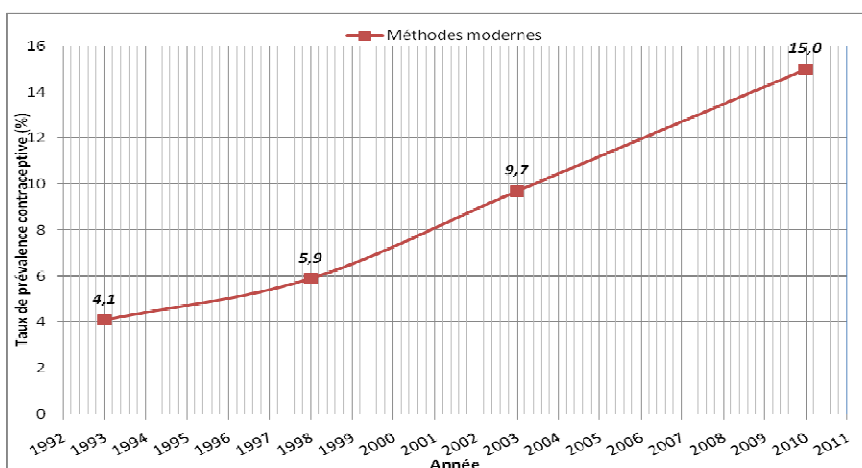
Dans cette partie, nous analysons l'utilisation d'une méthode moderne de contraception par les femmes en union âgées de 15-49 ans et connaissant une méthode moderne de contraception selon les différentes variables indépendantes. Globalement, le niveau d'utilisation des méthodes modernes de contraception par les femmes en union est faible au

Burkina Faso. Aussi, de cette analyse, il ressort que toutes les variables de l'étude sont significativement associées à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Estimé à 4,1% en 1993, l'utilisation des méthodes modernes de contraception est passée à 5,9% en 1999 puis à 9,7% en 2003. Selon les résultats préliminaires de l'enquête démographique et de santé de 2010, le taux d'utilisation des méthodes modernes se situe à 15%. Ainsi, en moins de deux décennies, le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception a plus que triplé.

En dehors des efforts déployés par le gouvernement et les partenaires au développement dont l'offre sanitaire, ce niveau relativement satisfaisant de l'utilisation des méthodes modernes de contraception par les femmes en union pourrait s'expliquer par l'intérêt croissant que les populations accordent aux services de santé en général et à ceux de la planification familiale en particulier. Cet intérêt s'est traduit par une amélioration du niveau de fréquentation des formations sanitaires qui est passé de 21,6% en 2001 à 56,2% en 2009 (DGIS, 2010).

Graphique 1 : Evolution du taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception



Source: EDS 1993, EDS 1998/99, EDS 2003, EDS 2010

5 – Déterminants de l'utilisation des méthodes modernes de contraception selon les variables explicatives

Comme nous l'avons rappelé plus haut, toutes les variables explicatives retenus dans l'étude sont significativement associées à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

➤ *Opinion sur la planification familiale*

Les variables opérationnalisant l'opinion du conjoint, l'opinion de la femme et la discussion avec le partenaire sur la planification familiale sont toutes significativement associées à l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Lorsque le conjoint approuve la planification familiale, la femme a plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception. En effet, 18,% des femmes dont le mari approuve utilise une méthode moderne contre 4,1% pour celle qui n'en utilise. Par ailleurs 1,7% des femmes qui n'approuvent pas la planification familiale utilise les méthodes contre 10,9% pour celles qui l'approuvent. En outre, l'utilisation des méthodes modernes s'améliore avec la fréquence de discussion au sein du couple. De 2,9% de femmes à utiliser une méthode moderne de contraception, on passe à 15,3% pour celles ayant discuté une ou deux fois avec leur partenaire puis à 29,8% pour celles ayant eu au moins trois discussion avec leur partenaire sur la planification familiale.

➤ ***Niveau d'instruction***

Le niveau d'instruction de la femme et celui du conjoint sont significativement lié l'utilisation d'une méthode moderne de contraception. Qu'il s'agisse de la femme ou du conjoint, on constate que plus le niveau d'instruction augmente, plus on enregistre de meilleurs taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception.

L'utilisation des méthodes modernes de contraception passe de 6,8 % chez les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction à 41,7% chez celles de niveau secondaire ou plus (Tableau 1). Cette tendance de l'évolution des taux d'utilisation est identique lorsqu'il s'agit du conjoint.

➤ ***Occupation du conjoint***

L'occupation du conjoint est significativement associée à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Les femmes des agriculteurs sont celles qui utilisent peu les méthodes modernes de contraception. Les femmes des non agriculteurs sont 5 fois plus nombreuses à utiliser la contraception. Il en est de même des femmes des commerçants avec la particularité que la relation est très significative. Pour ces femmes, l'absence probable du conjoint pour ses activités et le risque d'une grossesse expliquerait un tel comportement.

➤ ***Milieu de résidence***

Les résultats indiquent des différences suffisamment importantes entre milieu rural et urbain. En milieu urbain, on observe que 28,6% des femmes utilise les méthodes modernes de contraception contre seulement 5,8% en milieu rural. L'une des raisons de ce faible niveau pourrait être la disponibilité des services de santé en milieu rural. Cette raison est soutenue par Akoto (2002) dans l'étude du recours aux soins modernes. Ici, nous faisons l'analogie en ce sens que c'est dans les formations sanitaires que les méthodes contraceptives sont offertes.

➤ *Niveau de vie du ménage*

Le niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme est significativement associé à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Plus le niveau de vie du ménage augmente, plus on enregistre de meilleurs taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception (Tableau). De 4% de femmes résidant dans les ménages pauvres, on passe à 8,2% pour les femmes des ménages de classe intermédiaire puis à 20,7% pour les femmes résidant dans les ménages nantis.

➤ *Age de la femme*

L'âge de la femme est fortement corrélé à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. On note que le taux d'utilisation des méthodes modernes de contraception est plus élevé dans la tranche d'âge 25-34 ans. Il est de 11% contre 9% dans les tranches d'âge 15-24 ans et 35-49 ans.

6 - Place et rôle de l'homme dans la pratique contraceptive

Le tableau 3.2 présente les résultats de la régression logistique binomiale. Les chiffres indiquent les risques relatifs de chaque groupe par rapport à la catégorie de référence de la variable indépendante. Le premier modèle mesure l'effet brut de la place du conjoint opérationnalisée par la variable « *mari approuve* », le deuxième modèle mesure l'effet brut du rôle du conjoint, « *discussion avec le partenaire* », le troisième modèle mesure l'effet combiné des deux variables sur la pratique contraceptive modernes et le dernier modèle évalue cet effet en contrôlant par les autres variables explicatives retenues dans l'étude.

Les résultats indiquent que lorsque le conjoint approuve la planification familiale, la femme a 4,2 fois plus de chance d'utiliser les méthodes contraceptive comparativement à une femme dont le mari ne l'approuve. Ceci signifie que lorsque l'homme occupe réellement sa place en matière de pratique contraceptive en décidant de l'utilisation de la contraception, la femme est plus encline à recourir aux méthodes modernes de contraception. En considérant la discussion avec le partenaire indépendamment de la place de l'homme, on constate que la chance pour une femme de recourir à la pratique contraceptive croît à mesure que le nombre de discussion sur la pratique contraceptive augmente dans le couple. Ainsi, au cours des 12 derniers mois ayant précédés l'enquête, les femmes ayant eu une discussion sur la planification familiale avec leur conjoint avaient 7 fois plus de chance d'y recourir comparativement à leur homologues qui n'ont pas eu de discussion avec leur conjoint et celles qui ont discuté sur la planification familiale au moins trois fois avec leur conjoint avait pratiquement 17 fois plus

de chance d'y recourir comparativement à celles qui n'ont eu aucune discussion. Toutefois, lorsque le mari occupe la place qu'il faut et joue son rôle en matière de pratique contraceptive, les écarts se réduisent. En d'autres termes, si tous les conjoints jouaient le même rôle, les femmes dont les conjoints approuvent la planification familiale auraient 2,4 fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive par rapport à leurs homologues qui n'en utilisent pas. En outre, si tous les conjoints occupaient la même place en matière de planification familiale, les femmes qui discutent une ou deux fois avec leur conjoint sur la planification familiale auraient 3,5 fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive que celles qui n'ont ne le font jamais alors que celles qui discutent au moins trois fois avec leur conjoint auraient 7,45 fois plus de chance comparativement à celles qui discutent jamais de la planification familiale avec leur conjoint.

La prise en compte des autres variables dans le modèle (modèle 4) réduit considérablement les écarts.

➤ **Variables principales**

Lorsqu'on contrôle les deux variables principales par les autres variables, on note que ces deux variables restent significatives. Les femmes dont les conjoints approuvent la planification familiale ont 1,7 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraceptive que leurs homologues ayant des conjoints qui n'approuvent pas la planification familiale. Celles qui discutent avec leurs conjoints une ou deux fois ont 3 fois plus de chance d'en utiliser comparativement à celles ne discutent jamais avec leur conjoint. Les différences sont toujours importantes entre celles qui discutent au moins trois fois de la planification familiale avec leur conjoint et celles qui ne le font jamais. Ceci dit, sans vouloir attribuer la non utilisation des méthodes modernes contraception par les femmes en union à leur conjoint, il convient de souligner que si tous les conjoints occupaient la place qu'il leur faut et jouaient leur rôle en ce qui concerne la pratique contraceptive, leurs femmes seraient plus prédisposées à utiliser les méthodes modernes de contraception.

➤ **Les autres variables du modèle**

Au-delà de la place occupée par le conjoint et du rôle qu'il joue, l'opinion de la femme est très déterminante. En effet, comme on pouvait s'y attendre les femmes qui approuvent la planification familiale ont 4 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception que celles qui ne l'approuvent pas. Le niveau d'instruction de la femme exerce également un effet positif sur l'utilisation des méthodes moderne de contraception. Les

femmes de niveau secondaire ou plus ont 1,8 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception que celles n'ayant pas fréquenté l'école. Quant à celles de niveau primaire, on note qu'elles ont 1,26 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception comparativement à celles qui n'ont aucun niveau.

L'occupation du conjoint est aussi significativement associée à l'utilisation des méthodes modernes de contraception : les femmes dont les conjoints sont des commerçants ont pratiquement 2 fois plus de chance de recourir à une méthode moderne de contraception que leurs homologues dont les conjoints sont des agriculteurs.

Le niveau de vie du ménage de la mère introduit des différences significatives quant à l'utilisation des méthodes modernes de contraception. En effet, comparativement à celles résidant dans les ménages pauvres, les femmes qui résident dans les ménages de niveau intermédiaires (1,4 fois); celles résidant dans les ménages nantis (1,5 fois) ont plus de chances d'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Outre l'influence exercée par l'opinion du conjoint, la discussion avec le partenaire, l'opinion de la femme, le niveau de vie du ménage, l'occupation du conjoint, le niveau d'instruction de la femme, les résultats montrent que les femmes résidant en milieu rural ont 46% moins de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception par rapport celles du milieu urbain. Ces différences pourraient s'expliquer par l'inégale répartition des services de planification familiale (National Research Council, 1993b). De plus, le fait de résider en ville expose les femmes à la "modernité" ; laquelle modernité peut en retour influencer leurs comportements contraceptifs et reproductifs.

En revanche, le niveau d'instruction du conjoint n'a pas d'effet significatif sur l'utilisation des méthodes modernes de contraception. Au niveau de l'âge, on note l'absence d'une différence significative entre les femmes de 25-34 ans et celles de 15-24 ans alors que celles de 35-49 ans ont 1,27 fois plus de chance d'utiliser les méthodes modernes de contraception que celles de 15-24 ans.

Tableau 1 : Synthèse des résultats

| Variables | Utilisation des méthodes modernes de contraception | | Risques relatifs de la pratique contraceptive | | | |
|--|--|------------|---|----------|----------|----------------|
| | Signification | Proportion | Modèle 1 | Modèle 2 | Modèle 3 | Modèle 4 |
| <i>Mari approuve</i> | | | | | | |
| Désapprouve | | 4,1 | (r) | | (r) | (r) |
| Approuve | *** | 18,5 | 4,32*** | | 2,4*** | 1,71*** |
| NSP | | 1,3 | 0,22*** | | 0,34*** | 0,32*** |
| <i>Discussion avec le partenaire</i> | | | | | | |
| Jamais | | 2,9 | | (r) | (r) | (r) |
| Une ou deux fois | *** | 15,3 | | 7,00*** | 3,45*** | 3,03*** |
| Plus de trois fois | | 29,8 | | 16,88*** | 7,45*** | 4,82*** |
| <i>Femme approuve</i> | | | | | | |
| Désapprouve | | 1,7 | | | | (r) |
| Approuve | *** | 10,9 | | | | 4,10*** |
| NSP | | 2,3 | | | | 2,31 <i>ns</i> |
| <i>Milieu de résidence</i> | | | | | | |
| Urbain | *** | 28,6 | | | | (r) |
| Rural | | 5,8 | | | | 0,54*** |
| <i>Occupation du conjoint</i> | | | | | | |
| Agriculteur | | 5,3 | | | | (r) |
| Commerçant | *** | 21,6 | | | | 1,93*** |
| Autre | | 24,9 | | | | 1,71*** |
| <i>Niveau d'instruction du conjoint</i> | | | | | | |
| Aucun | | 6,4 | | | | (r) |
| Primaire | *** | 20,6 | | | | 1,17 <i>ns</i> |
| Secondaire ou plus | | 34,6 | | | | 1,13 <i>ns</i> |
| <i>Niveau d'instruction de la femme</i> | | | | | | |
| Aucun | | 6,8 | | | | (r) |
| Primaire | *** | 20,8 | | | | 1,26* |
| Secondaire ou plus | | 41,7 | | | | 1,84*** |
| <i>Age de la femme</i> | | | | | | |
| 15-24 | | 9,1 | | | | (r) |
| 25-34 | *** | 11 | | | | 1,10 <i>ns</i> |
| 35-49 | | 9,0 | | | | 1,27 ** |
| <i>Niveau de vie du ménage</i> | | | | | | |
| Pauvre | | 4,0 | | | | (r) |
| intermédiaire | *** | 8,2 | | | | 1,41*** |
| Nantis | | 20,7 | | | | 1,54*** |
| Ensemble | | 9,8 | | | | |

Niveau de significativité : *** $p < 0,01$; ** $0,01 \leq p < 0,05$; * $0,05 \leq p < 0,1$.

(r) : La modalité de référence.

Conclusion

Cette étude avait pour objectif d'examiner la place et le rôle du conjoint dans l'utilisation des méthodes modernes de contraception par les femmes en union. Les résultats indiquent que si tous les conjoints occupaient la place qu'il leur faut et jouaient leur rôle en ce qui concerne la pratique contraceptive, les femmes seraient plus prédisposées à utiliser les méthodes modernes de contraception.

Ainsi on note que les femmes dont les conjoints approuvent la planification familiale ont 1,7 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception que leurs homologues dont les conjoints n'approuvent pas la planification familiale. On note également que la propension pour une femme d'utiliser les méthodes modernes de contraception augmente avec le nombre de discussion au sein du couple en matière de planification familiale. Les femmes qui discutent avec leurs conjoints une ou deux fois ont 3 fois plus de chance d'en utiliser comparativement à celles qui ne discutent jamais avec leur conjoint et celles qui discutent au moins 3 fois avec leur conjoint sur la planification familiale ont 4,8 fois plus de chance que leur homologue qui ne discutent jamais avec leur conjoint sur la planification familiale.

Au delà de l'influence exercée par la place occupée par le conjoint et le rôle qu'il joue (mari approuve la planification familiale, discussion avec le partenaire sur la planification familiale), les résultats indiquent que plusieurs autres variables ont des effets significatifs sur l'utilisation des méthodes modernes de contraception par les femmes en union. Il s'agit entre autres de l'opinion de la femme, le niveau de vie du ménage, l'occupation du conjoint, le niveau d'instruction de la femme, l'âge de la femme.

La chance de recourir à une méthode moderne de contraception est plus variable selon le milieu de résidence de la femme. Les femmes qui résident en milieu rural ont 46% moins de chance de recourir à une méthode moderne de contraception comparativement à celles du milieu urbain. Ceci pourrait s'expliquer en partie par la disponibilité des structures sanitaires en milieu urbain et par les pesanteurs socioculturelles toujours prédominantes en milieu rural.

BIBLIOGRAPHIE

AKOTO E.M. et al. (2002), « *Besoins non-satisfaits en planification familiale et transition contraceptive au Burkina Faso, au Cameroun et en Côte d'Ivoire* », African Population Studies/Etude de la Population Africaine, Vol. 17, No. 1, May 2002, pp. 19-45

BAYA BANZA (2001), « *Impact de la distribution de produits contraceptifs en milieu rural au Burkina Faso : le cas du Bazèga* », pp.288-299

CONGO ZAKARI (2005), « *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso* », 53p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE ET ORC MACRO (2004), « *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2003* », Calverton, Maryland (USA) : INSD et ORC Macro., 455 p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE La DEMOGRAPHIE et ORC MACRO (2000), *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 1998-99*, Calverton, Maryland, USA : INSD et ORC Macro., 327p.

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE La DEMOGRAPHIE et ORC MACRO (1993), *Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso 1992-93*, Calverton, Maryland, USA : INSD et ORC Macro., 293p.

INSTITUT DE RECHERCHE EN SCIENCES DE LA SANTE (2011), « *Evaluation des Besoins en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence, couplée à la cartographie de l'offre de soins en Santé de la Reproduction au Burkina Faso* », 351 p.

JEAN-PIERRE GUENGANT (2010), « *Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, Analyse pays Burkina Faso* », 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ (2011), « *Supporting the use of research evidence (sure) for policy in African health systems* », 71 p.

OUEDRAOGO C. et al. (2001), « *La mortalité maternelle au Burkina Faso, évolution et stratégie nationale de lutte* », 27p.

POPULATION COUNCIL (2009), « *Analyse secondaire des données de l'analyse situationnelle des services de sante de la reproduction* », 53p.

National Research Council. (1993), « *Factors Affecting Contraceptive Use in Sub-Saharan Africa*. Washington, DC: National Academy Press».

RAÏMI FASSASSI (2006), « *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle* », 61p.

SCOTT MORELAND, SANDRA TALBIRD (2007), « *Achieving the Millennium Development Goals: The contribution of fulfilling the unmet need for family planning* », 52p.

TRAORE OUSMANE (2006), « *Contribution de l'UNFPA dans la promotion de la santé de la reproduction, y compris la planification familiale (PF) au Burkina Faso, rapport de stage* », 79 p.

UNITED STATES AGENCY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (2006), « *Achieving the millennium development goal: the contribution of fulfilling the unmet need of family planning* », 77p.