

## Parcours d'Entrée en Vie Féconde et Pratiques Contraceptives chez les Femmes en Union en Afrique de l'Ouest

*Bassinga Hervé*

Institut Supérieur des Sciences de la Population,  
Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

*Barry Ousmane*

Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université Joseph Ki-Zerbo  
Institut National de la Statistique et de la Démographie, Burkina Faso

*Ouedraogo Sibiri Clément*

Institut National de la Statistique et de la Démographie, Burkina Faso

Doi: [10.19044/esipreprint.5.2023.p352](https://doi.org/10.19044/esipreprint.5.2023.p352)

Approved: 23 May 2023  
Posted: 25 May 2023

Copyright 2023 Author(s)  
Under Creative Commons BY-NC-ND  
4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Hervé B., Ousmane B. & Clément O.S. (2023). *Parcours d'Entrée en Vie Féconde et Pratiques Contraceptives chez les Femmes en Union en Afrique de l'Ouest*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.5.2023.p352>

### Resume

Nonobstant les nombreuses initiatives visant à faire progresser le recours à la planification familiale (PF) (sensibilisation, subvention et distribution à base communautaire des produits contraceptifs), la prévalence contraceptive moderne dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne reste faible. En 2021, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union était de 32 % au Burkina Faso (INSD et DHS programme, 2022). En Côte d'Ivoire, ce taux était de 19,6 % en 2018 (PMA 2020, 2018). Au vu de ces faibles prévalences, ce papier vise à analyser l'utilisation d'une méthode moderne de planification familiale chez les femmes en union en conciliation avec leurs trajectoires d'entrée en vie féconde. Les données utilisées sont issues d'enquêtes démographiques et de santé (EDS) de périodes proches, de huit pays d'Afrique de l'Ouest. Nous recourons à une analyse descriptive à partir notamment d'analyses d'association et de comparaison de proportions et une analyse explicative qui mobilise une régression logistique afin d'examiner la relation entre le parcours d'entrée en vie féconde et l'utilisation de la contraception moderne. Les résultats mettent

en lumière des inégalités socio-économiques, socioculturelles et générationnelles dans le recours à la contraception moderne chez les femmes en union. Ils révèlent également un effet d'habitus qui serait attribuable à leur parcours d'entrée en vie féconde. Ces résultats impliquent la nécessité de renforcer les actions de sensibilisation, de counseling, de suivi et de facilitation d'accès aux contraceptifs modernes, chez les jeunes hors union particulièrement issus des classes socio-économiques basses.

---

**Mots-clés:** Parcours d'entrée en vie féconde, Pratique contraceptive moderne, Afrique de l'Ouest

---

## **Path to Reproductive Life and Contraceptive Practices Among Women in Union in West Africa**

*Bassinga Hervé*

Institut Supérieur des Sciences de la Population,  
Université Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso

*Barry Ousmane*

Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université Joseph Ki-Zerbo  
Institut National de la Statistique et de la Démographie, Burkina Faso

*Ouedraogo Sibiri Clément*

Institut National de la Statistique et de la Démographie, Burkina Faso

---

### **Abstract**

Despite numerous initiatives to increase the use of family planning (FP) (awareness, subsidies, and community-based distribution of contraceptives), modern contraceptive prevalence in many sub-Saharan African countries remains low. In 2021, the modern contraceptive prevalence rate among women in union was 32% in Burkina Faso (INSD and DHS program, 2022). In Côte d'Ivoire, the rate was 19.6 percent in 2018 (PMA2020, 2018). In view of these low prevalences, this paper aims to analyze the use of a modern family planning method among women in union in conciliation with their fertility entry trajectories. The data used come from Demographic and Health Surveys (DHS) from eight countries in Western Africa. We use a descriptive analysis based on association and comparison of proportions analyses and an explanatory analysis that uses logistic regression to examine the relationship between the pathway to fertility and the use of modern contraception. The results highlight socioeconomic, sociocultural and generational inequalities in the use of modern contraception among women in union. They also reveal a habitus effect that is attributable to their pathway to fertility. These results imply the need to reinforce awareness

raising, counseling, follow-up and facilitation of access to modern contraceptives among young people out of union, particularly from low socio-economic classes.

---

**Keywords:** Fertility trajectory, Modern contraceptive practices, Western Africa

## I. Introduction

L’Afrique de l’Ouest est l’une des régions du monde qui connaît une croissance rapide de sa population et des niveaux de fécondité des plus élevés (Tabutin et Schoumaker, 2020). Le taux d’accroissement naturel au cours de la période 2015-2020 dans cette région d’Afrique est estimé à 2,7%. Aussi, en moyenne, une femme de cette région aura 5,2 enfants au cours de sa vie génésique (Tabutin et Schoumaker, 2020). La population de certains pays tel que le Niger a doublé au cours des 20 dernières années passant de 11 à 24 millions d’habitants (Tabutin et Schoumaker, 2020). Cette forte croissance qui s’inscrit dans un contexte de sous-développement où les défis de satisfactions des besoins vitaux des populations sont de plus en plus énormes, a contraint les Etats à une prise de conscience de la nécessité de promouvoir la planification familiale. Cependant, malgré les progrès réalisés dans ces pays pour faciliter et promouvoir la planification familiale par l’utilisation de moyens modernes de contraception, bon nombre de femmes en union n’y recourt pas. En 2018, le taux de prévalence contraceptive modernes chez les femmes en union était de 30,1 au Burkina Faso, 19,6 en Côte d’Ivoire et de 21,9 au Niger (PMA 2020). Il est vrai que ce faible taux n’est pas uniquement attribuable à un choix délibéré ni à une méconnaissance des méthodes modernes de contraception chez les femmes, mais également à l’offre de services. Bien que la planification familiale soit désormais gratuite dans certains pays tels que le Burkina Faso et le Niger, les facteurs liés à l’offre de services contraceptifs demeurent sans doute l’un des défis à relever.

Par ailleurs, face à un affranchissement de plus en plus évident vis-à-vis des mécanismes de contrôle socio-culturels traditionnels en raison d’une globalisation galopante, en Afrique, il émerge une reconfiguration des parcours de vie féconde. Un tour d’horizon sur la recherche à ce sujet laisse entrevoir principalement deux types de parcours : un parcours du type traditionnel dans lequel l’encadrement de la sexualité et de l’entrée en union est essentiellement assuré par les us et coutumes (Beninguissé, 2007 ; Cornelia, 2012 ; Badini 1994; Bledsoe et Cohen 1993 ; Bassinga et al, 2021) et un parcours du type moderne qui émerge de la modernité nourrie par l’école, les médias, les nouvelles compositions des ménages (Pilon et Vimard 1998) et l’influence des pairs favorisant ainsi l’accommodation des

comportements sexuels et reproducteurs des adolescents et jeunes à un style qui s'éloigne de plus en plus de celui des anciennes générations (Rwenge, 2004). La rupture d'avec les modèles d'abstinence se fait d'ailleurs de plus en plus remarquée dans un contexte de forte urbanisation (Zabin et al., 1998 ; Tourné, 2006 ; Calvès *et al.* 2007). La diminution du contrôle social, associée à la baisse des capacités économiques des parents favoriserait donc le relâchement de l'autorité familiale (Zabin et al., 1998 ; Beninguise, 2007).

Ainsi, alors que le mariage représentait traditionnellement le point de départ de la séquence des événements de vie familiale, cette séquence appelée parcours nuptial se complexifie suite à l'effritement des modes traditionnels du passage à l'âge adulte, les jeunes citadins reportant leur mariage (Tourné, 2006 ; Mensch et al. 2001 ; Mensch et al. 2006 ; Mensch et al. 2005 ; Oppong 1997), le contexte de l'initiation sexuelle est plus souvent pré-nuptial et le nombre de naissances hors mariage semble augmenter (Vergara, 2010) donnant ainsi lieu à un parcours de type maternité pré-nuptial (Bassinga et al., 2021 ; Vergara, 2010). Ce modèle, bien que répandu par le fait de la modernité, a cependant été entretenu traditionnellement dans certains contextes africains. Dans ces contextes, l'on tolère et encourage parfois l'activité sexuelle et reproductive pré-nuptiale, la fécondité pré-nuptiale étant une démonstration de la fertilité de la femme et de la virilité des hommes (Rwenge, 2004 ; Greig, 2008).

En Afrique, l'ancrage de la religion favoriserait indirectement l'entrée en vie sexuelle et reproductive pré-nuptiale tout en sanctionnant les grossesses des célibataires. Pour Delaunay (1994), cette prohibition est légitimée et entretenue par certaines institutions religieuses à travers leurs prescriptions de virginité et de chasteté (Delaunay, 1994). Ce modèle de parcours est qualifié de modèle de sexualité pré-nuptiale (Bassinga et al., 2021 ; Vergara, 2010). Le mariage ayant lieu de plus en plus tardivement, les jeunes n'attendent plus nécessairement d'être mariés pour entamer leur vie sexuelle (Oppong 1997 ; Mensch et al. 2001 ; Mensch et al. 2006 ; Mensch et al. 2005).

Des modèles de sexualité et de maternité pré-nuptiales, émerge un quatrième type de parcours, celui de célibat définitif. Il est vrai que ce parcours est souvent qualifié par les concernées et la société comme un échec, une incompétence et une incapacité à se marier (Tourné, 2006), toutefois, l'on rencontre de plus en plus des jeunes faisant le choix de vivre sans entrée en union. Une analyse faite par Vergara (2010) à partir des données d'enquêtes démographiques et de santé, montre que 3% des femmes burkinabè suivent ce type de parcours que l'on qualifie de célibat de longue durée. Ces « célibataires endurcies » sont des femmes qui ont déjà eu des rapports sexuels et parfois ont connu la maternité.

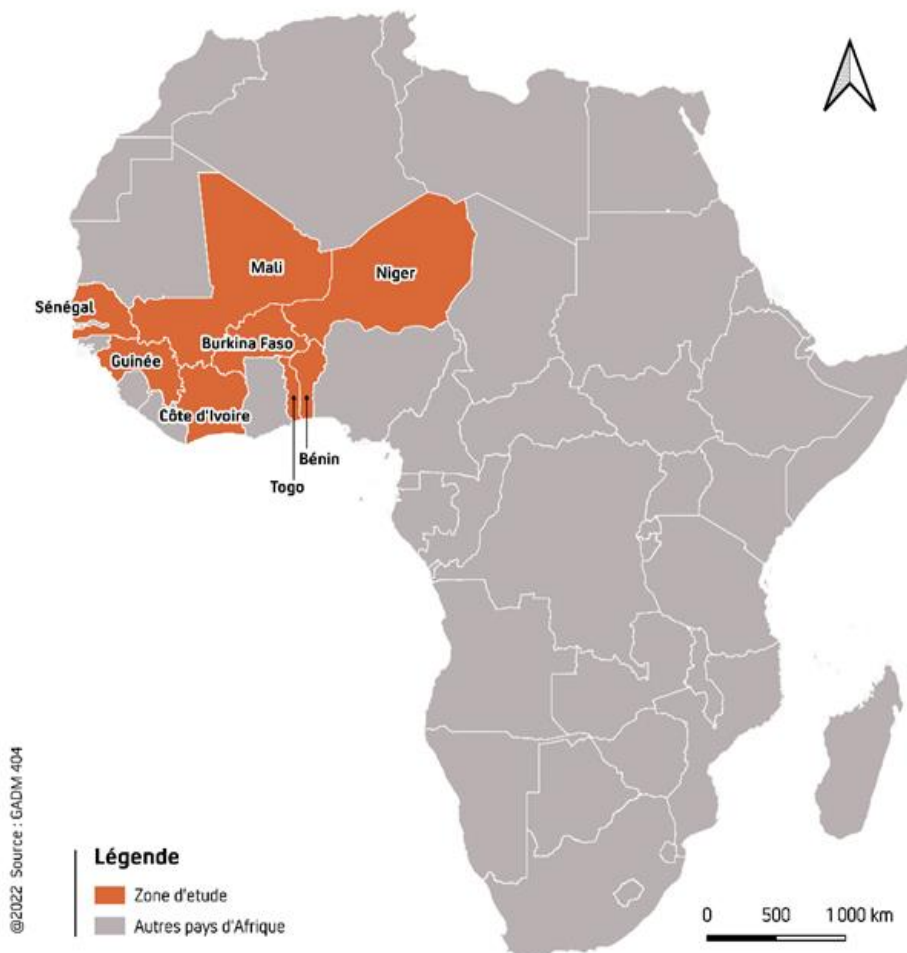
En s'inscrivant dans la logique de la demande des services de contraception, la trajectoire (ou parcours) d'entrée en vie féconde suivie par les femmes serait-elle un facteur déterminant du recours à une méthode moderne de contraception ? En raison de l'expérience de sexualité pré-nuptiale, nous faisons l'hypothèse que les femmes qui ont un parcours de maternité pré-nuptiale ("premier rapport sexuel", "première maternité" et "première union") ou celles ayant un parcours de sexualité pré-nuptial ("premier rapport sexuel" ensuite "première union" et enfin "première naissance") sont plus enclines à recourir à la contraception moderne par rapport aux femmes qui ont un parcours nuptial (début sa sexualité et contracte sa première maternité dans le cadre d'une union).

Ce papier vise donc à analyser le recours à une méthode moderne de planification familiale chez les femmes en union dans huit pays d'Afrique de l'ouest en mettant en perspective leurs trajectoires d'entrée en vie féconde.

## **II. Données et méthodes**

### **2.1. Présentation de la zone d'étude**

La zone d'étude concerne huit pays d'Afrique de l'Ouest que sont le Bénin, le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, la Guinée, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo. Ces pays partagent une vision commune en matière de planification familiale dans le cadre d'un partenariat dénommé "partenariat de Ouagadougou". Les huit pays ont en commun une proximité culturelle et géographique (confère carte 1). Le partage de frontière favorise et facilite en partie le brassage culturel entre ces différents pays qui se caractérisent par une population à majorité non instruite. En effet, les proportions des personnes de 6 ans et plus sans aucun niveau d'instruction varient de 24,9 % pour le Togo (EDS 2013-2014) à 66,8 % au Niger (EDS 2012). Ces proportions sont encore plus élevées chez les femmes allant jusqu'à 72,6 % au Niger. Cette forte proportion des femmes sans niveau d'instruction pourrait influencer sur leurs pratiques contraceptives et leurs parcours de vie notamment celui d'entrée en vie féconde, car le lien entre l'instruction et les parcours de n'est plus à démontrer (Vergara, 2010). Concernant les pratiques ou croyances religieuses, deux groupes de pays se dégagent. Le premier groupe est celui du Niger, du Mali, du Sénégal, du Burkina Faso et de la Guinée où plus de 60 % de la population est de religion islamique selon les derniers recensements de ces pays. La proportion des musulmans varie de 63 % au Burkina Faso à plus 95 % au Niger et au Sénégal. Le deuxième groupe est le Bénin, le Togo, et la Côte d'Ivoire. Dans ce groupe, l'islam est relativement moins pratiqué avec moins de 50 % de musulmans en Côte d'Ivoire et moins de 25 % au Bénin et au Togo.

**Carte 1. Zone de l'étude**

Sur le plan économique, ces pays, exceptée la Guinée, partagent une même communauté économique à savoir, l'Union économique et monétaire ouest-africaine (UEMOA). A l'exception de la Côte d'Ivoire, les sept autres pays sont moins avancés en termes de développement selon le rapport 2021 des Nations Unies sur les pays les moins avancés. En 2019, ces huit pays sont classés comme des pays à développement humain faible et l'Indice de développement humain (IDH) varie entre 0,545 pour le Bénin et 0,394 pour le Niger.

Par ailleurs, l'urbanisation est de plus en plus une réalité dans ces différents pays, même si la majorité de la population vit dans les zones

rurales. Selon les statistiques de World Vision (2022)<sup>1</sup>, le taux d'urbanisation au Bénin était de 43,6% en 2011. Il était de 24,6 % au Burkina Faso en 2010, de 47,7 % en Côte d'Ivoire en 2011 et de 39,0 % au Togo en 2013. Le taux d'urbanisation le plus faible est observé au Niger (16,2%). On peut s'attendre à des différences de connaissances, de comportements et d'opinions concernant à la fois les pratiques contraceptives et les parcours de vie sexuelle et féconde en fonction de l'environnement dans lequel les populations résident à l'intérieur de chaque pays.

## 2.2. Données et variables d'analyses

Les données utilisées dans cette étude sont issues des dernières EDS de huit pays du partenariat de Ouagadougou. Il s'agit du Bénin (2011-12), du Burkina Faso (2010), de la Côte d'Ivoire (2011-12), de la Guinée (2012), du Mali (2012-13), du Niger (2012), du Sénégal (2010-11) et du Togo (2013-14). La population cible est constituée de l'ensemble des femmes en union et âgées de 15-49 ans. L'effectif de ces femmes varie entre 6 594 en Côte d'Ivoire et 13 027 au Burkina Faso. La variable dépendante d'analyse est l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne et la variable indépendante principale est le parcours d'entrée en vie féconde. Il convient de préciser que la variable parcours d'entrée en vie féconde a été conçue à partir des dates des événements : « avoir son premier rapport sexuel (R) », « avoir sa première naissance (N) » et « contracter sa première union (U) » qui représentent la succession des états dans lequel une femme est passée depuis l'âge de début d'observation (15 ans) jusqu'à l'âge à la date de l'enquête. Une naissance étant impossible sans rapports sexuels, seulement trois séquences d'éléments sont logiquement parcourables. Ainsi, la variable parcours d'entrée en vie féconde prendra la modalité R-U-N si la femme connaît d'abord l'événement « premier rapport sexuel » ensuite l'évènement « première union » et enfin l'évènement « première naissance » ; on parle alors de parcours de sexualité pré-nuptiale. De même, elle prendra la modalité U-R-N si la femme débute sa sexualité et contracte sa première maternité dans le cadre d'une union ; il s'agit ici d'un parcours nuptial. La modalité R-N-U fait référence aux femmes qui connaissent d'abord leurs « premiers rapports sexuels » ensuite leur première maternité et enfin leur première union ; il s'agit donc d'un parcours de maternité pré-nuptiale.

La description des proportions des femmes en union selon leurs parcours d'entrée en vie féconde (Tableau 1) permet de dégager deux groupes de pays. Les pays dont la majorité des femmes connaissent l'union

---

<sup>1</sup><https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.URB.TOTL.IN.ZS&codePays=TGO&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&codeStat2=x&codePays2=BEN&optionsDetPeriodes=avecNomP>



avant la sexualité et la maternité c'est-à-dire un parcours nuptial (U-R-N) constituent le premier groupe. Il s'agit de la Guinée, du Burkina Faso, du Sénégal, du Niger et du Mali avec respectivement 69,7%, 63,3%, 56,8%, 54,6% et 48,8% de femmes en union qui ont eu un parcours nuptial. Dans ce groupe, la proportion des femmes en union ayant eu une maternité prénuptiale (R-N-U) est inférieure à celles ayant un parcours de sexualité prénuptiale (R-U-N). Le deuxième groupe concerne la Côte d'Ivoire, le Togo et le Bénin. En Côte d'Ivoire, le parcours de maternité prénuptial prédomine (36,6%) alors qu'au Bénin et au Togo, le parcours de sexualité prénuptiale est le plus fréquent (respectivement 39,2% et 37,6%).

**Tableau 1.** Année d'enquête, effectif de la population étudiée et répartition selon le parcours d'entrée en vie féconde par pays

Pays	Année	Effectif	Parcours d'entrée en vie féconde		
			U-R-N	R-U-N	R-N-U
<i>BÉNIN</i>	2011-12	11 301	28,2	39,2	32,6
<i>BURKINA FASO</i>	2010	13 027	63,3	22,9	13,8
<i>COTE D'IVOIRE</i>	2011-12	6 594	34,6	28,8	36,6
<i>GUINÉE</i>	2012	6 606	69,7	18,1	12,2
<i>MALI</i>	2012-13	8 264	48,8	26,9	24,3
<i>NIGER</i>	2012	9 148	54,6	28,1	17,3
<i>SENEGAL</i>	2010-11	10 264	56,8	21,6	21,6
<i>TOGO</i>	2013-14	6 676	33,9	37,6	28,5
TOTAL	-	71 880	49,6	27,7	22,6

Pour ce qui est des autres variables explicatives, nous les avons classées en quatre groupes suivant les enseignements tirés de la littérature scientifique sur le recours à la contraception. Il s'agit des caractéristiques sociodémographiques (âge de la femme), des caractéristiques socioculturelles (niveau d'instruction de la femme, la religion de la femme, le milieu de résidence de la femme), des caractéristiques socioéconomiques (quantile de niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme). Ces variables sont obtenues directement dans les bases de données des enquêtes démographiques et de santé. La variable quantile de niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme est un proxy matérialisant le niveau de vie économique des ménages. Il est calculé à partir des biens, des équipements et des caractéristiques de l'habitat du ménage.

### 2.3. Méthodes d'analyses

Tenant compte de la nature de la variable d'analyse "utilisation de la contraception moderne" (qualitative bimodale) et de celle indépendante principale "parcours de vie féconde" (qualitative trimodale), nous recourons à une analyse d'association de chi-2 entre la variable dépendante et la variable indépendante principale dans un premier temps. Cette première



analyse à visée descriptive est réalisée pour ausculter la relation qui existe entre le recours à la contraception et le parcours d'entrée en vie féconde des femmes en union. Cette relation est ensuite contrôlée par le biais des autres variables explicatives. Dans un second temps, la relation est analysée en présence d'autres variables à travers une régression logistique binomiale afin d'identifier les déterminants du recours à la contraception moderne en se polarisant sur le parcours d'entrée en vie féconde.

Le modèle d'analyse peut être illustré par l'équation mathématique suivante :

$$Z_i = \text{Ln} \left[ \frac{P_i}{1 - P_i} \right] = \beta_0 + \beta_1 x X_1 + \beta_2 x X_2 + \dots + \beta_n x X_n \text{ et } P_i = F(Z_i)$$

$$= \frac{1}{1 + e^{-Z_i}}$$

où  $P_i$  est la probabilité que la femme  $i$  utilise une méthode de contraception moderne,  $X_j$  est la  $j^{\text{ième}}$  variable indépendante et  $\beta_j$  est le coefficient de la  $j^{\text{ième}}$  variable indépendante. Chaque coefficient mesure l'impact d'un changement dans la variable indépendante afférente sur la probabilité de recourir à une méthode de contraception moderne. Le quotient  $\frac{P_i}{1 - P_i}$  est appelé odds. La transformation logarithmique de ce quotient est le logit  $z$ .

Les "odd ratios" ou rapport de cotes (RC) sont donnés par ( $e^z$ ). Si cette valeur est inférieure à 1, on dira que les femmes de la catégorie  $k$  ont  $(1 - \text{RC}) * 100$  moins de chance que leurs homologues du groupe de référence de recourir à une méthode moderne de contraception. Un "odd ratio" supérieur à 1 signifie que cette chance est de RC fois plus que les femmes de la catégorie de référence.

### III. Résultats

#### 3.1. Analyse descriptive

##### Relation entre l'utilisation de la contraception moderne et le parcours d'entrée en vie féconde

Quel que soit le pays d'analyse, les femmes en union ayant eu un parcours de maternité prénuptiale (R-N-U) et celles de sexualité prénuptiale (R-U-N) sont relativement celles qui ont le plus recours à la contraception moderne au seuil de 5% (cf. tableau 2). Une analyse comparative de ces deux premiers groupes ne révèle pas de différences saillantes en matière de pratique contraceptive et ce, quel que soit le pays d'analyse. Au sein du groupe de femmes ayant eu un parcours nuptial, la proportion de celles ayant recours à la contraception moderne varie d'un minimum de 4,6% en Guinée à un maximum de 14,1% au Togo. Cette proportion varie de 7% (Guinée) à 19,1% (Togo) pour celles qui ont eu un parcours de sexualité prénuptiale.

Pour celles ayant eu un parcours de maternité pré-nuptiale, la faible prévalence contraceptive est constatée au Bénin (8,7%) et la plus élevée au Togo (20%).

**Tableau 2.** Taux d'utilisation de la contraception moderne par pays selon le parcours d'entrée en vie féconde

Pays	Parcours d'entrée en vie féconde			Test de khi2
	U-R-N	R-U-N	R-N-U	
<i>BÉNIN</i>	7,0	8,9	8,7	***
<i>BURKINA FASO</i>	13,9	17,2	18,8	***
<i>COTE D'IVOIRE</i>	10,9	14,7	14,4	***
<i>GUINÉE</i>	4,6	7,0	7,5	***
<i>MALI</i>	8,0	11,6	12,7	***
<i>NIGER</i>	11,6	14,5	14,0	***
<i>SENEGAL</i>	12,4	12,8	13,7	*
<i>TOGO</i>	14,1	19,1	20,0	***

Significativité : \*\*\* 1 % ; \*\* 5% ; \* 10% ; ns non significatif

### **Contrôle de la relation entre l'utilisation de la contraception moderne et le parcours d'entrée en vie féconde par d'autres variables**

Le taux d'utilisation des méthodes de contraception moderne est plus faible chez les femmes ayant un parcours nuptial par rapport aux autres femmes quel que soit le pays et le milieu de résidence à l'exception des milieux urbains du Bénin, du Niger et du Sénégal (cf. annexe 1). Suivant les pays, ce taux varie entre 8 et 30% en milieu urbain et entre 3 et 15% en zone rurale chez les femmes qui ont un parcours nuptial. Ce qui laisserait croire que l'utilisation de la contraception moderne relèverait plus, d'une part, des femmes résidant en milieu urbain et d'autres part, de celles ayant eu un parcours d'entrée en vie féconde hors union c'est-à-dire la sexualité et/ou la maternité avant l'union. En milieu urbain, les proportions les plus élevées de femmes ayant recours à la contraception moderne sont enregistrées au Burkina Faso, quel que soit le type de parcours, tandis que les plus faibles sont observées en Guinée et au Bénin. Parallèlement, en milieu rural, ce sont le Togo et la Guinée qui affichent respectivement les proportions les plus élevées et les plus faibles.

Considérant l'utilisation de la contraception moderne selon le parcours d'entrée en vie féconde et le niveau d'instruction des femmes, on constate une relation positive entre pratique contraceptive et niveau d'instruction quel que soit le type de parcours. En effet, les proportions des femmes pratiquant la contraception croissent avec le niveau d'instruction pour chacun des trois types de parcours (cf. annexe 2). Parmi les femmes sans instruction, il ressort que les prévalences contraceptives élevées sont constatées dans les groupes de parcours de sexualité et de maternité pré-nuptiale quel que soit le pays. Aussi, on note qu'indépendamment du

parcours, les différences de prévalence s'amointrissent à l'intérieur des groupes de femmes ayant le même niveau d'instruction. Ce qui laisserait croire que le niveau d'instruction reste un facteur explicatif de la pratique contraceptive plus important que le parcours d'entrée en vie féconde.

L'analyse selon la religion, montre que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est moins élevé chez les femmes ayant un parcours nuptial (U-R-N) quel que soit la religion considérée à quelques exceptions près (les chrétiennes en Guinée et les femmes d'autres religions au Burkina Faso, en Guinée et au Mali). Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives moderne est en outre plus élevé chez les femmes adeptes du christianisme que chez leurs homologues adeptes de l'Islam ou d'autres religions (annexe 3).

Suivant les groupes d'âge, la prévalence contraceptive moderne demeure en somme moins élevée aux jeunes âges (15-19 ans) et aux âges avancés (35-49 ans) comparativement aux âges intermédiaires (20-24 ans et 25-34 ans). Au sein de chaque groupe d'âge, la tendance à une moindre utilisation de la contraception moderne chez les femmes ayant un parcours nuptial est généralement respectée.

De façon globale, une relation positive est constatée entre l'utilisation de la contraception et le niveau de vie des ménages. En outre, aucune tendance nette ne se dégage suivant le parcours d'entrée en union au sein des femmes ayant un même niveau de vie. Les écarts en matière d'utilisation de la contraception moderne restent faibles au sein des groupes de niveau de vie égal.

### **3.2. Analyse explicative**

Vivre une expérience de sexualité ou de maternité pré-nuptiale favoriserait le recours à la contraception moderne chez les femmes en union. Il est vrai que la variable "parcours d'entrée en vie féconde" n'est significative que dans quatre pays (Burkina Faso, Mali, Niger et Togo) des huit concernés par cette étude, mais, les coefficients de régressions témoignent de façon générale que les femmes en union qui ont eu un parcours de maternité pré-nuptiale (R-N-U) ou celles qui ont eu un parcours de sexualité pré-nuptiale (R-U-N)) sont plus enclines à recourir à la contraception moderne par rapport aux femmes en union qui ont eu un parcours nuptial (U-R-N).

Au Mali, les femmes en union qui ont eu un parcours de sexualité pré-nuptiale ou de maternité pré-nuptiale ont respectivement 1,36 et 1,46 fois plus de chance de recourir à la contraception moderne comparativement à celles qui ont un parcours nuptial au seuil de significativité d'un pour mille. Au Niger, ces chances sont respectivement de 1,22 et 1,15 fois plus et au Togo, elles sont 1,24 et 1,37 fois plus et ce au seuil de significativité de un

pour mille. Contrairement aux trois pays précédents, les femmes burkinabè ayant un parcours de sexualité pré-nuptiale auraient quant à elles, 11% moins de chance de recourir à la contraception moderne par rapport à leurs congénères qui ont suivi un parcours nuptial au seuil de 5%. Les femmes burkinabè feraient donc exception en la matière même si cette différence de chance est faible. Au Bénin, en Côte d'Ivoire, en Guinée et au Sénégal par contre aucune différence n'est constatée quant à l'utilisation de la contraception en fonction du parcours d'entrée en vie féconde.

**Tableau 2.** Résultats de l'analyse explicative

Variables indépendantes	PAYS							
	BÉNIN	BURKINA FASO	CÔTE D'IVOIRE	GUINÉE	MALI	NIGER	SENEGAL	TOGO
Parcours d'entrée en vie féconde								
<i>U-R-N</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
<i>R-U-N</i>	1,126ns	0,885*	1,084ns	1,066ns	1,361***	1,218***	0,924ns	1,239**
<i>R-N-U</i>	1,162ns	1,037ns	1,091ns	1,212ns	1,460***	1,154*	1,025ns	1,371***
Milieu de résidence								
<i>Urbain</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
<i>Rural</i>	1,077ns	0,814***	1,058ns	0,602**	0,880ns	0,595***	0,522***	1,010ns
Niveau d'instruction								
<i>Sans niveau</i>	0,693***	0,570***	0,578***	0,789ns	0,850ns	0,670***	0,503***	0,608***
<i>Primaire</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
<i>Secondaire et +</i>	1,168ns	1,417***	0,952ns	1,139ns	1,674***	1,370**	1,048ns	1,182*
Religion								
<i>Chrétienne</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	-	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
<i>Musulmane</i>	1,194**	0,705***	0,756***	0,337***	0,723ns	-	0,576***	0,736***
<i>Autres religions</i>	0,860ns	0,551***	0,734***	1,745**	0,612ns	-	<i>Réf.</i>	0,917ns
Groupe d'âge								
<i>15-19 ans</i>	0,765ns	0,418***	0,663*	0,688ns	0,708*	0,741**	0,609***	0,412***
<i>20-24 ans</i>	0,762**	0,927ns	0,926ns	0,714**	0,893ns	0,826**	0,668***	0,760**
<i>25-34 ans</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
<i>35-49 ans</i>	1,125ns	0,899*	0,761***	0,679***	0,963ns	0,593***	0,966ns	0,786***
Quintile du niveau de vie du ménage								
<i>Très pauvre</i>	0,593***	0,753***	0,587***	0,905ns	0,626***	0,976ns	0,534***	1,139ns
<i>Pauvre</i>	0,819*	0,909ns	0,735**	0,785ns	0,940ns	0,898ns	0,728***	1,145ns
<i>Moyen</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>	<i>Réf.</i>
<i>Riche</i>	0,944ns	1,676***	1,276*	1,072ns	2,342***	1,372***	0,946ns	0,837ns
<i>Très riche</i>	1,207ns	2,703***	1,392**	2,004**	3,859***	1,809***	1,286**	1,141ns
chi2	132,341	1101,756	194,248	195,66	522,573	406,859	626,64	148,586

Significativité : \*\*\* 1 % ; \*\* 5% ; \* 10% ; ns non significatif

Considérant les autres variables mobilisées, il apparaît que le recours à la contraception moderne chez les femmes en union est largement influencé par les inégalités socioéconomiques et démographiques exprimées à travers

le milieu de résidence, la religion, le niveau d'instruction et le groupe d'âge de la femme ainsi que le niveau de vie du ménage auquel elle appartient.

Plus la femme en union est instruite, mieux elle recourt à la contraception moderne. Ce constat est fait au Burkina Faso, au Mali, au Niger et au Togo avec respectivement 1,43 ; 1,69 ; 1,45 et 1,18 fois plus de chance de recourir à la contraception moderne pour une femme en union qui a atteint au moins le secondaire comparativement à celle qui s'est limitée au primaire. Cette situation va dans le même sens avec les conclusions d'autres études. En effet, Congo (2005) en étudiant les facteurs de la contraception au Burkina Faso a trouvé qu'à niveau d'instruction minimal tel que le primaire, la femme a 1,5 fois plus de chance d'utiliser une méthode moderne de contraception. Il conclut qu'avoir au minimum le niveau d'instruction secondaire favorise grandement une adoption des méthodes contraceptives modernes.

Par contre ne pas avoir été à l'école réduit les chances de recourir à la contraception moderne chez les femmes en union dans tous les pays à l'exception de la Guinée et du Mali. Au Sénégal par exemple, les femmes non instruites ont 54% moins de chances de recourir à une contraception moderne par rapport à celles qui ont un niveau primaire. Comme il est fait constat avec le niveau d'instruction, toute chose égale par ailleurs, le niveau de vie du ménage influence positivement le recours à la contraception moderne chez les femmes en union dans la plupart des pays. En effet, exception faite du Togo et du Bénin, les femmes issues de ménages de très riches et celles riches recourent plus à la contraception moderne par rapport à celles de niveau de vie moyen. Au Bénin, cependant, l'on observe la même tendance que les autres pays lorsque l'on considère le groupe des femmes issus de ménages très pauvres ; elles présentent en générale moins de chance de recourir à la contraception moderne par rapport aux femmes de niveau de vie moyen.

Suivant le milieu de résidence, il apparaît que les femmes résidant en milieu rural sont moins enclines à l'utilisation de la contraception. En Guinée, au Niger et au Sénégal, les femmes du milieu rural ont respectivement 40% ; 40% et 48% moins de chances d'utiliser la contraception moderne par rapport à leurs homologues du milieu urbain. Les différences sont moins marquées au Burkina Faso avec 19% de chances en moins d'utiliser la contraception moderne en milieu rural par rapport au milieu urbain.

En analysant la seule variable socio-culturelle, à savoir la religion de la femme, il ressort, exception faite du Bénin (effet contraire) et du Mali (variable non significative), que les femmes en union pratiquant la religion musulmane sont moins enclines à recourir à la contraception moderne comparativement à leurs consœurs de la religion chrétienne. Au Bénin, pays

majoritairement chrétien, les femmes musulmanes en union auraient 1,19 fois plus de chance de recourir à la contraception moderne par rapport à celles de la religion chrétienne. Au Mali, pays majoritairement musulman la religion n'aurait aucun effet sur le recours à la contraception chez les femmes en union. L'on pourrait penser qu'au-delà des enseignements véhiculés par la religion, les normes traditionnelles de société prédominent sur les comportements en santé sexuelle et reproductive chez les femmes en union.

La cohorte d'appartenance de la femme (groupe d'âge) révèle un fait saillant, les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans et celles relativement âgées (plus de 34 ans) ont toutes moins de chances de recourir à la contraception moderne comparativement à celles d'âge intermédiaire (25-34 ans). Ce constat est assez général sauf au Mali où la variable n'est pas significative.

#### **IV. Discussion**

La littérature scientifique a longtemps mis en évidence l'action des facteurs socio-culturels, socioéconomiques et sociodémographiques sur les pratiques contraceptives chez les femmes. Cette analyse loin de contrarier cet état des faits vient confirmer les résultats longuement entretenus. De surcroît, elle met en lumière l'effet des habitudes reflétées ici par les parcours de vie des femmes en matière de sexualité et de maternité avant le mariage. Il est vrai que ce fait n'est pas vérifié dans tous les huit pays mais les résultats laissent penser de façon générale que les femmes qui ont eu une expérience de sexualité hors du mariage seraient plus enclines à recourir à la contraception moderne une fois en union. Cette expérience vécue avant le mariage ne serait-elle pas la conséquence d'un ensemble de facteurs qui influencent les comportements d'avant mariage ?

Déjà, nos analyses descriptives montrent que les femmes ayant un parcours du type moderne (R-N-U ou R-U-N) sont celles vivant majoritairement en ville, avec un niveau d'instruction relativement élevé et qui sont issues de ménages relativement riches. Les quelques exemples rencontrés dans la littérature viennent conforter l'hypothèse d'un schéma de parcours de vie intuitivement impulsé par le contexte socioculturel et socioéconomique (Vergara, 2010 ; Bassinga et al. 2021; Mounté et al. 2016). A ce titre Vergara (2010) a montré qu'au Burkina Faso, les femmes rurales sont davantage représentées dans les parcours traditionnels (84 %) que dans les parcours émergents (49 %) ou ceux de célibataires (47 %). Par contre, les parcours qui s'écartent plus du contrôle social et culturel comme ceux de sexualité pré-nuptiale, de maternité pré-nuptiale et des célibataires sont davantage représentés par des femmes ayant grandi en ville, 28%, 50 % et 57 % respectivement (Vergara, 2010).

Considérant la scolarisation, Vergara montre également que la catégorie nuptiale est majoritairement composée de femmes n'ayant jamais été sur les bancs d'école (92%). Pour des femmes ayant eu de 6 à 18 années de scolarité, elles ont presque quatre fois plus de chances d'avoir un parcours de sexualité pré-nuptiale, 11 fois plus de chances d'avoir une naissance pré-nuptiale et 15,5 fois plus de chances de rester célibataire jusqu'à 25 ans. La scolarisation modifie ainsi la séquence de l'entrée en vie féconde nuptiale et ouvre les portes aux jeunes femmes à d'autres choix, et à d'autres risques, que le mariage et la procréation durant leur adolescence. Quant au facteur religion de la femme, l'on note que les femmes musulmanes sont davantage représentées dans le parcours de sexualité pré-nuptiale par rapport à la moyenne, mais le trait le plus important est leur faible représentation pour les parcours de célibataires. Les femmes animistes se démarquent par leur présence dans les parcours nuptiaux, parce qu'elles résident davantage en milieu rural où se pratiquent plus couramment les croyances et coutumes traditionnelles. Les Protestantes et les Catholiques sont davantage représentées dans les parcours de maternité pré-nuptiale et de célibataires.

Partant de la théorie de l'existence d'une rationalité économique des comportements sexuels des jeunes, et de l'idée selon laquelle la sexualité peut constituer une stratégie utilisée par les jeunes pour améliorer leur statut via le mariage ou la fécondité, l'emprunt d'un parcours de vie s'inscrit comme une action volontaire conduite dans le cadre d'une stratégie de survie économique. En effet, « en l'absence de ressources matérielles, la sexualité d'une jeune femme est ce qu'elle peut offrir et manipuler pour garder l'affection d'un homme » (Faiz Rashid, 2008, p. 119). L'analyse suivant les groupes ethniques classés selon l'autonomie des femmes (Kobiané, 2006), révèle que les femmes des ethnies où l'autonomie est relativement élevée ont une plus forte tendance à suivre des parcours de célibataire (25%) et de maternité pré-nuptiale (17%) par rapport aux autres femmes. Ces résultats semblent indiquer que l'autonomie décisionnelle et économique de la femme joue sur le fait de rester célibataire et d'avoir une naissance pré-nuptiale.

Tenant compte de l'âge, Vergara (2010) met en évidence le fait que les femmes plus jeunes (25-29 ans) suivent d'avantage des parcours non nuptiaux (principalement un parcours de sexualité pré-nuptiale) comparativement à celles plus âgées qui ont une plus forte tendance à suivre le parcours nuptial. En effet, les femmes de 25-29 ans ont 85 % plus de chances que les femmes de 45-49 ans de suivre un parcours de sexualité pré-nuptiale que de suivre le parcours nuptial, puis, pour les 30-34 ans ces chances sont de 74 % et pour les 35-39 ans, de 37 %. Par ailleurs, les parcours de maternité pré-nuptiale gagnent du poids chez les générations plus jeunes, progressant discrètement dans la population en passant de 3 % pour les 45-49 ans à presque 5 % pour les 25-29 ans. Ceci semble présager un



changement important dans la séquence des transitions d'entrée en vie féconde au bénéfique principalement de la séquence de sexualité pré-nuptiale et dans une moindre mesure de la séquence de maternité pré-nuptiale. C'est ainsi que Müller et al. (2007) observent qu'au fil des générations les chances d'entrer précocement en union diminuent. Il en est de même pour la première naissance. Antoine (2002) montre qu'à Yaoundé, les nouvelles générations ont tardivement leur premier enfant comparativement aux vieilles générations qui, à leur âge, avaient déjà leur premier enfant.

Ces résultats confortent bien l'idée selon laquelle, l'environnement socioculturel, où vivent et grandissent les adolescents et jeunes, a une influence certaine sur le moment et l'ordre de survenance des événements : avoir son premier rapport sexuel, avoir sa première conception et contracter sa première union. Ces parcours de vie, autant qu'ils sont le fruit de plusieurs facteurs, révèlent des différences spécifiques dans le recours à la contraception moderne chez les femmes en union.

## Conclusion

L'amélioration de la prévalence contraceptive moderne demeure un défi des programmes et politiques de santé maternelle et reproductive. Ce papier tout en mettant en lumière des inégalités socioéconomiques, socioculturelles et générationnelles dans le recours à la contraception moderne chez les femmes en union, révèle un effet d'habitus qui serait attribuable à l'expérience vécue par les concernées durant leurs parcours d'entrée en vie féconde. Les femmes qui connaissent une expérience de sexualité et de maternité pré-nuptiale ont tendance à plus recourir à la contraception moderne par rapport à celles qui découvrent leur sexualité une fois dans le mariage. Ces résultats mis en conciliation appellent à renforcer les actions de sensibilisation, de counseling, de suivi et de facilitation d'accès aux contraceptifs modernes, chez les jeunes particulièrement issus des classes socio-économiques basses.

## References:

1. Antoine P. (2002), « L'approche biographique et ses possibilités pour l'analyse des systèmes de genre », Paris : DIAL, 24 p. multigr. (Document de Travail - DIAL).
2. Attané A. (2002), « Identités plurielles des hommes mossi (Burkina Faso): entre autonomie et précarité », *Nouvelles Questions Féministes*, Vol. 21, no 3, pp. 14-27. (ArticleType: researcharticle / Issue Title: Les répertoires du masculin / Full publication date: 2002 / Copyright © 2002 *Nouvelles Questions Féministes & Questions Feministes*).

3. Badini, A. 1994. "Naître et grandir chez les Moosé traditionnels." in *Découvertes du Burkina*. Paris-Ouagadougou: SEPIA-ADDB.
4. Bakyono R, Tapsoba LDG, Lépine A, Berthé A, Ilboudo PG, Diallo CO, Méda N, D'Exelle B. (2020), Utilisation des contraceptifs par les femmes rurales mariées ou en concubinage au Burkina Faso : une analyse qualitative de l'utilisation d'un bon gratuit [Contraceptive use by married women or concubines living in rural areas in Burkina Faso: a qualitative study of free voucher use]. *Pan Afr Med J*. 2020 Sep 18 ;37:72. French. doi: 10.11604/pamj.2020.37.72.23786. PMID: 33244335; PMCID: PMC7680239.
5. Bassinga H., Barry O. et Ouedraogo C. (2021), « Parcours d'entrée en vie féconde et pratiques contraceptives chez les femmes en union dans les Country d'Afrique membre du partenariat de Ouagadougou », communication à la conférence internationale de la population.
6. Beninguisse G. (2007), « Sexualité prémaritale et santé de la reproduction des adolescents et des jeunes en Afrique subsaharienne », *L'Afrique face à ses défis démographiques: Un avenir incertain*, Paris; Nogent-sur-Marne, pp. 289-321.
7. Bledsoe, Caroline H. and Barney C. (1993), "Social Dynamics of Adolescent Fertility in SubSaharan Africa." Pp. 208, edited by P. D. o. A. F. i. S.-S. Africa. Washington, D.C.: National Academy Press.
8. Caldwell, John C. and Pat Caldwell. (1987), "The Cultural Context of High Fertility in Sub-Saharan Africa." *Population and Development Review* 13:409.
9. Caldwell, John C., Pat Caldwell, and Pat Quiggin (1989), "The Social Context of AIDS in subSaharan Africa." *Population and Development Review* 15:185-234.
10. Caldwell, John C., Pat Caldwell, Bruce K. Caldwell, and Indrani Pieris (1998), "The Construction of Adolescence in a Changing World: Implications for Sexuality, Reproduction, and Marriage." *Studies in Family Planning* 29:137-153.
11. Calvès, Anne-Emmanuèle (1999), "Marginalization of African single mothers in the marriage market: Evidence from Cameroon." *Population Studies* 53:291-301
12. Calvès, Anne-Emmanuèle, Jean-François Kobiané, and Edith Martel (2007), "Changing Transition to Adulthood in Urban Burkina Faso." *Journal of Comparative Family Studies* 38.
13. Congo Z. (2005), *Les facteurs de la contraception au Burkina Faso. Analyse à partir des données de l'enquête démographique et de santé de 1999*, Gripps. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 5.

14. Bounang Mfoungué C. (2012), Le mariage africain, entre tradition et modernité : étude socioanthropologique du couple et du mariage dans la culture gabonaise. Sociologie. Université Paul Valéry - Montpellier III, Français. ffNNT : 2012MON30010ff. fftel-00735563f.
15. Faiz Rashid S. (2008), « Peu de pouvoirs, peu de choix : droits sexuels et reproductifs dans le contexte des bidonvilles au Bangladesh », IDS Bulletin, Au cœur de l'importance de la Sexualité, Vol. 37, no 5, pp. 129-138.
16. Gage-Brandon, Anastasia J (1993), "Sex, Contraception and Childbearing Before Marriage in SubSaharan Africa." International Family Planning Perspectives 19:14.
17. Gage Anastasia J. (1995), "An Assessment of the Quality of Data on Age at First Union, First Birth, and First Sexual Intercourse for Phase II of the Demographic and Health Surveys Program." Macro International Inc, Calverton, Maryland.
18. Grelet Y. (2002), "Des typologies de parcours méthodes et usages." CEREQ- Notes de travail *génération* 92:1-30.
19. GREIG A. (2008), « Le sexe et les droits de l'homme », IDS Bulletin, Au cœur de l'importance de la Sexualité, Vol. 37, no 5, pp. 139-144.
20. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International
21. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) et ICF International, 2022. Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2021. Calverton, Maryland, USA : INSD et ICF International.
22. Kobiané J-F (2006), "Appartenance ethnique, rapports de genre et inégalités sexuelles dans la scolarisation en milieu rural au Burkina Faso : du discours anthropologique aux résultats statistiques." Les travaux de l'ISSP 18:23.
23. Mensch Barbara S., Judith B., and Margaret E. Greene (1998), *The Uncharted Passage: Girls' Adolescence in the Developing World*, Edited by P. Council. New York: Population Council.
24. Mensch Barbara S., Wesley H. Clark, Cynthia B. Lloyd, and Annabel S. Erulkar (2001), "Premarital Sex, Schoolgirl Pregnancy, and School Quality in Rural Kenya." *Studies in Family Planning* 32:285-301.
25. Mensch Barbara S., Monica J. Grant, and Ann K. Blanc (2006), "The Changing Context of Sexual Initiation in sub-Saharan Africa." *Population and Development Review* 32:699-727.107

26. Mensch Barbara S., Singh S., and Casterline J. (2005), "Trends in the timing of first marriage among men and women in the developing world." in *The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries: Selected Studies*, edited by N. R. Council. Washington D.C.: The National Academies Press.
27. Mouté C., Beninguisse G., Mabika C. et Tchoumkeu A. (2016) *parcours de vie des adolescents et des jeunes à Yaoundé : une analyse de séquences de vie, communication à la conférence africaine de la population.*
28. MÜLLER N., STUDER M. et RITSCHARD G. (2007), Classification de parcours de vie à l'aide de l'optimal matching, XIVe Rencontre de la Société francophone de classification (SFC 2007), Paris, 157-160 pp. Consulté à l'adresse [http://mephisto.unige.ch/pub/publications/gr/MullerStuderRitsch\\_SFC07.pdf](http://mephisto.unige.ch/pub/publications/gr/MullerStuderRitsch_SFC07.pdf)
29. Oppong C. (1997), "African family systems and socioeconomic crisis." Pp. 158-182 in *Family, population and development in Africa*, edited by A. Adepoju. London, England: Zed books.
30. Pilon M. and Vimard P. (1998), "Structure et dynamiques familiales à l'épreuve de la crise en Afrique subsaharienne." Pp. 1-22 in *Ménages et familles face à la crise*, edited by C. Quetelet. Louvain-La-Neuve, Belgique: Chaire Quetelet.
31. Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020/Ivory coast) (2018), rapport 2018 de la Ivory coast.
32. Rwenge Mburano J.-R. (2004), « Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : l'exemple des Bamiléké et Bëti ». Consulté à l'adresse <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/4115>
33. Tabutin, D. & Schoumaker, B. (2020), La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI<sup>e</sup> siècle : Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 2(2-3), 169-295. <https://doi.org/10.3917/popu.2002.0169>.
34. Tourné K. (2006), Chapitre XI. Se marier en Égypte, *Fait partie d'un numéro thématique : Devenir adulte aujourd'hui. Perspectives internationales*, Débats Jeunesses, n°18 pp. 195-210
35. Vergara D. (2009), Parcours d'entrée en vie féconde des femmes au Burkina Faso : une analyse séquentielle, Mémoire grade de Maîtrise en sciences en démographie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, 129p.
36. Zabin L. S. et Kiragu K. (1998). The Health Consequences of Adolescent Sexual and Fertility Behavior in Sub-Saharan Africa. *Studies in Family Planning*, Vol. 29, no 2, pp. 210-232.

## Annexes

**Annexe 1 :** Taux d'utilisation de la contraception moderne par pays selon le milieu de résidence et le parcours d'entrée en vie féconde

Pays	Milieu de résidence					
	Urbain			Rural		
	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U
BÉNIN	10,1	10,0	9,7	5,5	7,9	8,1
BURKINA FASO	29,4	32,4	33,8	10,8	11,5	12,6
COTE D'IVOIRE	14,2	17,1	19,3	8,8	12,8	10,7
GUINÉE	8,0	10,8	12,0	3,5	4,6	4,7
MALI	19,8	21,9	26,2	5,4	8,5	8,9
NIGER	27,1	25,5	28,1	9,3	12,0	10,7
SENEGAL	21,2	18,5	21,8	6,4	8,0	7,2
TOGO	13,5	20,6	21,9	14,4	17,8	18,8

**Annexe 2 :** Taux d'utilisation de la contraception moderne par pays selon le niveau d'instruction et le parcours d'entrée en vie féconde

Pays	Niveau d'instruction (1/2)					
	Sans niveau			Primaire		
	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U
BÉNIN	5,9	7,2	7,3	11,0	10,8	10,8
BURKINA FASO	11,1	11,7	13,5	27,4	24,9	30,6
COTE D'IVOIRE	8,7	10,6	10,5	19,3	18,9	18,2
GUINÉE	3,6	6,4	6,2	7,6	7,2	9,6
MALI	6,5	9,4	9,5	11,0	15,5	15,9
NIGER	9,5	13,1	11,6	18,4	21,0	21,9
SENEGAL	8,2	9,4	8,8	20,8	20,2	25,1
TOGO	10,7	13,6	14,9	17,6	19,2	22,8

Pays	Niveau d'instruction (2/2)					
	Secondaire			Supérieur		
	U-R-N	R-U-N	U-R-N	R-U-N	U-R-N	R-U-N
BÉNIN	13,5	13,6	13,5	13,6	13,5	13,6
BURKINA FASO	44,9	43,5	44,9	43,5	44,9	43,5
COTE D'IVOIRE	18,0	22,0	18,0	22,0	18,0	22,0
GUINÉE	10,8	8,8	10,8	8,8	10,8	8,8
MALI	25,9	26,5	25,9	26,5	25,9	26,5
NIGER	31,8	23,3	31,8	23,3	31,8	23,3
SENEGAL	28,9	20,0	28,9	20,0	28,9	20,0
TOGO	19,4	24,3	19,4	24,3	19,4	24,3

**Annexe 3 : Taux d'utilisation de la contraception moderne par pays selon la religion et le parcours d'entrée en vie féconde**

Pays	Religion								
	Chrétienne			Musulmane			Autres religions		
	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U
BÉNIN	8,6	9,0	9,3	7,3	10,0	9,8	4,4	7,7	6,3
BURKIN A FASO	19,8	21,3	24,7	12,6	16,3	18,1	7,7	6,2	5,9
COTE D'IVOIRE	15,2	17,6	17,4	9,8	12,9	13,1	8,6	11,4	9,7
GUINÉE	11,0	8,3	13,5	3,8	5,5	6,8	10,3	20,1	6,9
MALI	8,1	14,3	13,4	8,0	11,9	12,9	6,5	0,9	7,2
NIGER	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SENEGA L	17,4	24,8	24,7	12,3	12,3	13,2	-	-	-
TOGO	16,2	21,2	22,2	12,8	12,9	15,0	12,3	17,3	18,0

**Annexe 4 : Taux d'utilisation de la contraception moderne par pays selon le groupe d'âge et le parcours d'entrée en vie féconde**

Pays	Groupe d'âge (1/2)					
	15-19 ans			20-24 ans		
	U-R-N	R-U-N	U-R-N	R-U-N	U-R-N	R-U-N
BÉNIN	4,0	8,3	6,2	4,8	9,3	4,9
BURKINA FASO	4,2	10,1	15,6	13,1	17,9	22,0
COTE D'IVOIRE	8,1	12,1	8,2	8,1	16,5	16,3
GUINÉE	5,0	3,7	0,0	4,7	7,1	4,0
MALI	7,3	9,0	7,3	7,9	11,6	13,7
NIGER	8,8	12,3	17,5	13,1	14,7	12,2
SENEGAL	7,3	6,4	7,3	9,1	9,5	8,5
TOGO	13,1	8,3	6,0	11,4	20,5	18,3

Pays	Groupe d'âge (2/2)					
	25-34 ans			35-49 ans		
	U-R-N	R-U-N	U-R-N	R-U-N	U-R-N	R-U-N
BÉNIN	6,9	8,0	10,0	8,2	9,9	8,9
BURKINA FASO	15,1	19,7	20,5	14,2	14,6	15,7
COTE D'IVOIRE	11,9	16,1	16,6	11,6	12,3	12,0
GUINÉE	5,1	9,1	10,4	3,9	5,4	6,9
MALI	8,7	11,2	13,5	7,3	12,7	12,2
NIGER	14,2	17,7	14,3	8,1	11,1	14,1
SENEGAL	13,0	13,4	17,4	14,1	14,0	12,9
TOGO	16,3	22,6	22,1	13,1	15,6	19,4

**Annexe 5 :** Taux d'utilisation de la contraception moderne par pays selon le niveau de vie et le parcours d'entrée en vie féconde

Pays	Niveau de vie (1/2)								
	Très pauvre			Pauvre			Moyen		
	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U
BÉNIN	5,1	5,4	4,2	5,2	7,0	8,4	8,0	9,5	7,9
BURKIN A FASO	7,3	5,7	9,3	9,3	8,1	9,5	9,4	9,6	13,8
COTE D'IVOIRE	4,6	12,3	8,4	11,8	7,6	10,1	10,2	16,4	14,0
GUINÉE	2,6	6,1	2,3	3,5	4,3	3,7	4,0	5,9	7,7
MALI	3,0	4,7	3,4	3,8	6,4	7,0	6,0	5,2	5,0
NIGER	8,6	10,2	8,2	7,4	10,7	7,1	8,0	10,4	11,4
SENEGAL	4,3	5,3	5,8	7,0	8,4	6,9	12,5	12,3	14,0
TOGO	13,7	15,3	20,1	14,3	19,7	19,2	15,4	18,1	17,6

Pays	Niveau de vie (2/2)					
	Riche			Très riche		
	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U
BÉNIN	7,9	9,2	8,5	11,4	11,7	14,5
BURKINA FASO	17,4	16,0	17,3	32,5	36,4	35,2
COTE D'IVOIRE	15,4	16,1	17,7	16,8	20,3	22,2
GUINÉE	5,4	3,8	6,9	9,9	12,6	13,7
MALI	9,2	17,5	15,5	21,1	23,5	30,8
NIGER	12,1	16,2	13,0	23,5	23,7	27,4
SENEGAL	16,0	13,5	17,8	24,0	23,3	24,9
TOGO	11,5	17,1	18,4	15,9	23,8	25,0