



ESJ Natural/Life/Medical Sciences

## **Parcours d'Entrée en Vie Féconde et Recours à la Contraception Moderne chez les Femmes en Union en Afrique de l'Ouest**

***Hervé Bassinga***

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

***Ousmane Barry***

***Sibiri Clément Ouedraogo***

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

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

[Doi:10.19044/esj.2023.v19n18p262](https://doi.org/10.19044/esj.2023.v19n18p262)

---

Submitted: 17 May 2023

Accepted: 27 June 2023

Published: 30 June 2023

Copyright 2023 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

*Cite As:*

Bassinga H., Barry O. & Ouedraogo S.C. (2023). *Parcours d'Entrée en Vie Féconde et Recours à la Contraception Moderne chez les Femmes en Union en Afrique de l'Ouest*. European Scientific Journal, ESJ, 19 (18), 262.

<https://doi.org/10.19044/esj.2023.v19n18p262>

---

### **Résumé**

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, 2021). Il était de 10,6% en Guinée et 16,4% au Mali en 2018 (EDS). Au vu de ces faibles prévalences, cet article 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. L'analyse a été à la fois descriptive (bivariée) et explicative (régression logistique). 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, femme en union, Afrique de l'Ouest

---

## **Journey to Childbearing and Use of Modern Contraception among Married Women in West Africa**

*Hervé Bassinga*

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

*Ousmane Barry*

*Sibiri Clément Ouedraogo*

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

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, 2021). It was 10.6% in Guinea and 16.4% in Mali in 2018 (DHS). 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) of closed periods, from eight countries in Western Africa. The analysis was both descriptive (bivariate) and explanatory (logistic regression). 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, woman in union, Western Africa

## 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. 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 & 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 & 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). Les EDS parviennent également à des prévalences relativement faibles : 12,4% au Bénin en 2017, 10,6% en Guinée en 2018, 16,4% au Mali en 2018, 25,5% au Sénégal en 2019 et 32 % au Burkina Faso en 2021.

Ces faibles taux ne sont pas uniquement attribuables 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 (Badini, 1994 ; Bassinga et al, 2021 ; Beninguissé, 2007 ; Bledsoe et Cohen, 1993 ; Cornelia, 2012) et un parcours du type moderne qui émerge de la modernité nourrie par l'école, les médias, les nouvelles compositions des ménages (Pilon & 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 (Calvès et al., 2007 ; Tourné, 2006 ; Zabin et al., 1998). La diminution du contrôle social, associée à la baisse des capacités économiques des parents favoriserait donc le relâchement de l'autorité familiale (Beninguisse, 2007 ; Zabin et al., 1998).

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 (Oppong, 1997 ; Mensch et al., 2001 ; Mensch et al., 2006 ; Mensch et al. 2005 ; Tourné, 2006), 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-nuptiale (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 (Greig, 2008 ; Rwenge, 2004).

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). 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). Ce modèle de parcours est qualifié de modèle de sexualité pré-nuptiale (Bassinga et al., 2021 ; Vergara, 2010).

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 (Vergara, 2010).

En s'inscrivant dans la logique de la demande des services de contraception, la trajectoire (ou le 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, l'hypothèse formulée ici est 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-nuptiale ("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).

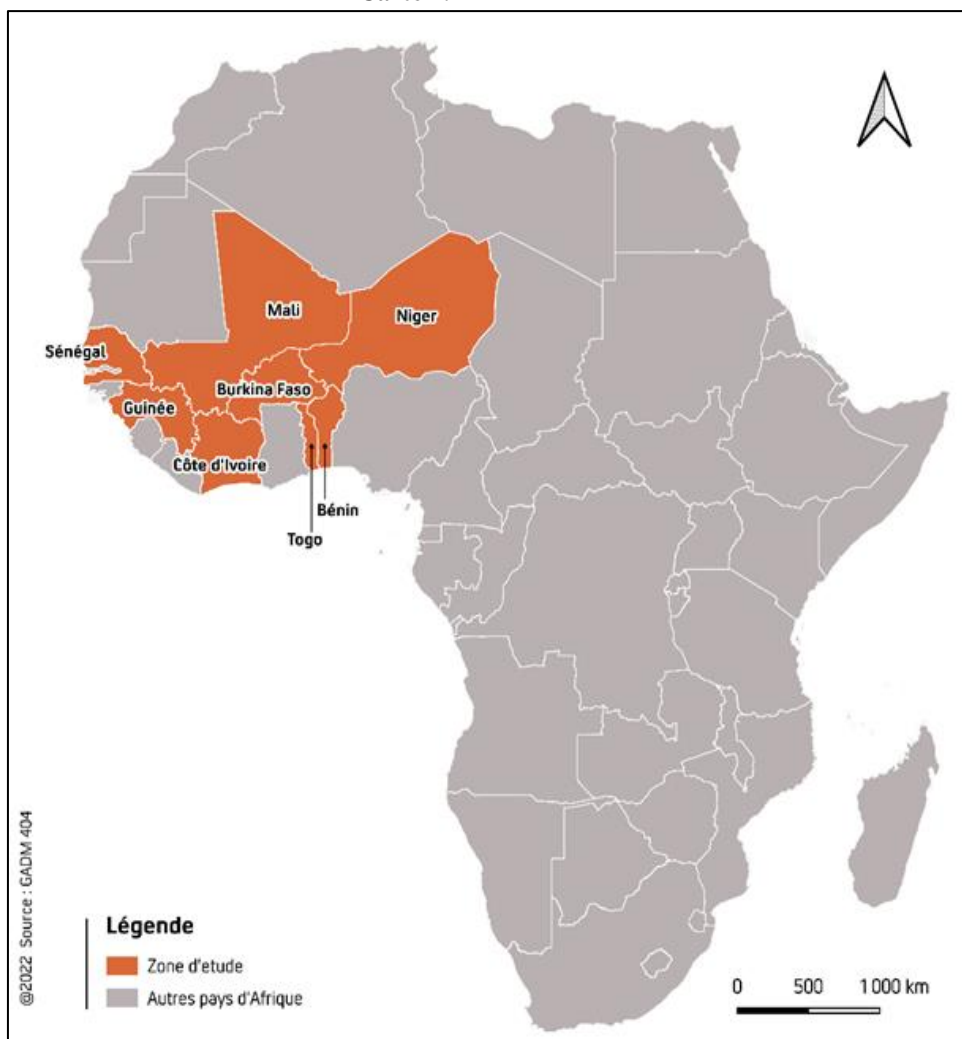
Cet article vise donc à analyser le recours à une méthode moderne de planification familiale chez les femmes en union dans huit pays d'Afrique de l'ouest en mettant en perspective leurs trajectoires d'entrée en vie féconde.

## **1- Données et méthodes**

### **1.1. 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 vie 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 (RGPH). 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 (RGPH).

**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 selon le rapport sur le développement humain 2021-2022<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> <https://www.undp.org/fr/morocco/publications/rapport-sur-le-developpement-humain-2021-22>

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>2</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.

## 1.2. Données et variables d'analyses

Les données utilisées dans cette étude sont issues des 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.

---

<sup>2</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>

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 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 pré-nuptiale (R-N-U) est inférieure à celles ayant un parcours de sexualité pré-nuptiale (R-U-N). Le deuxième groupe concerne la Côte d'Ivoire, le Togo et le Bénin. En Côte d'Ivoire, le parcours de maternité pré-nuptial prédomine (36,6%) alors qu'au Bénin et au Togo, le parcours de sexualité pré-nuptiale 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, elles sont classées en trois 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 (quintile de niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme, l'occupation de la femme). Ces variables sont obtenues directement dans les bases de données des enquêtes démographiques et de santé. La variable quintile de niveau de vie du ménage d'appartenance de la femme est un proxy matérialisant le niveau de vie économique des ménages. Elle est calculée à partir des biens, des équipements et des caractéristiques de l'habitat du ménage. La variable religion n'a pas été prise en compte dans le cadre de cette analyse car elle n'a pas été collectée dans certains pays.



### 1.3. Méthodes d'analyses

Tenant compte de la nature qualitative de la variable d'analyse "utilisation de la contraception moderne" et de celle indépendante principale "parcours de vie féconde", une analyse d'association de chi-2 entre la variable dépendante et la variable indépendante principale est faite 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, car la variable dépendante est qualitative binaire ou dichotomique, afin d'identifier les déterminants du recours à la contraception moderne tout en se polarisant sur le parcours d'entrée en vie féconde.

Le modèle d'analyse explicative 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,  $X_i$  est la  $i^{\text{ème}}$  variable indépendante et  $\beta_i$  est le coefficient de la  $i^{\text{ème}}$  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 ratio. La transformation logarithmique de ce quotient est le logit  $z$ .

Les "odd ratios" ou rapport des cotes (RC) sont donnés par ( $e^z$ ), où  $e$  est la fonction mathématique exponentielle. Si cette valeur est inférieure à 1, on dira que les femmes de la catégorie  $k$  ont  $(1-RC)*100$  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.

## 2- Résultats

### 2.1. 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 moderne 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 pré-nuptiale. Pour celles ayant eu un parcours de maternité pré-nuptiale, la faible prévalence contraceptive est constatée au Bénin (8,7%) et la plus élevée est observée 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 l'occupation de la femme montre que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est moins élevé chez les femmes ayant un parcours nuptial (U-R-N) quelle que soit l'occupation à quelques exceptions près (Au Sénégal, le taux des femmes du parcours U-R-N est plus élevé que celui de celles du parcours R-U-N). Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est en outre plus élevé chez les femmes actives que chez leurs homologues inactives à quelques exceptions près (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.

## **2.2. 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 (Guinée, 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 maternité pré-nuptiale ont 1,39 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, les femmes en union ayant un parcours de sexualité pré-nuptiale ont 1,22 fois plus de chance de recourir à la contraception moderne comparativement à celles qui ont un parcours nuptial. Au Togo, les femmes en union qui ont eu un parcours de sexualité pré-nuptiale ou de maternité pré-nuptiale ont respectivement 1,27 et 1,40 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 (1‰). Ces chances sont respectivement de 1,27 et 1,30 fois au seuil de 10‰ en Guinée. Cependant, au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Burkina Faso et au Sénégal, aucune différence significative 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
<b>Parcours d'entrée en vie féconde</b>								
<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>	1.029ns	0.908ns	1.117ns	1.267*	1.177ns	1.223***	0.939ns	1.265***
<i>R-N-U</i>	1.098ns	1.043ns	1.123ns	1.302*	1.397***	1.154*	1.041ns	1.399***
<b>Milieu de résidence</b>								
<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>	1.030ns	0.777***	1.045ns	0.639**	0.864ns	0.593***	0.521***	1.015ns
<b>Niveau d'instruction</b>								
<i>Sans niveau</i>	0.738***	0.527***	0.527***	0.684**	0.920ns	0.676***	0.498***	0.585***
<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>	1.273**	1.456***	0.942ns	1.179ns	1.844***	1.335**	1.066ns	1.225**
<b>Occupation de la femme</b>								
<i>Inactive</i>	0.709***	0.853**	0.798**	0.423***	0.615***	0.809***	0.906ns	0.772**
<i>Active</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>
<b>Groupe d'âge</b>								
<i>15-19 ans</i>	0.798ns	0.428***	0.673*	0.752ns	0.793ns	0.759*	0.613**	0.420***
<i>20-24 ans</i>	0.766**	0.925ns	0.916ns	0.780ns	1.023ns	0.850*	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>	1.080ns	0.904*	0.753***	0.668***	0.932ns	0.580***	0.960ns	0.783***
<b>Quintile du niveau de vie du ménage</b>								
<i>Très pauvre</i>	0.613***	0.753***	0.594***	0.665**	0.644**	0.997ns	0.543***	1.112ns
<i>Pauvre</i>	0.858ns	0.926ns	0.742**	0.764ns	1.006ns	0.912ns	0.734***	1.139ns
<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>	0.963ns	1.657***	1.209ns	0.877ns	2.533***	1.365***	0.940ns	0.829ns

Variables indépendantes	PAYS							
	BÉNIN	BURKINA FASO	CÔTE D'IVOIRE	GUINÉE	MALI	NIGER	SENEGAL	TOGO
<i>Très riche</i>	1.272*	2.669***	1.385**	1.454ns	4.129***	1.771***	1.267**	1.128ns
<b>chi2</b>	133.346	1025.913	182.176	142.880	458.399	416.041	616.390	145.807

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, l'occupation, 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, au Togo et au Bénin avec respectivement 1,45 ; 1,84 ; 1,33, 1,22 et 1,27 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 (seuil de 5%). 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 à 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. Au Sénégal par exemple, les femmes non instruites ont 51% 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 de la Guinée, les femmes issues de ménages de très riches recourent plus à la contraception moderne par rapport à celles de niveau de vie moyen. Au Togo, particulièrement, l'on observe que le quintile du niveau de vie du ménage n'est pas significatif quel que soit le groupe de femme considéré. Autrement dit, il n'y a pas de différence par rapport au niveau de vie des ménages quant au recours à la contraception moderne chez les togolaises.

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, au Sénégal et au Burkina Faso, les femmes du milieu rural ont respectivement 36%, 41%, 48% et 22% moins de chances d'utiliser la

contraception moderne par rapport à leurs homologues du milieu urbain. Il n'y a pas de différence significative entre les milieux urbain et rural en Côte d'Ivoire, au Bénin, au Mali et au Togo.

En analysant la variable occupation de la femme, il ressort, exception faite du Sénégal (différence non significative), que les femmes inactives sont moins enclines à recourir à la contraception moderne comparativement à leurs consœurs actives.

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.

### **3- 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, l'analyse descriptive montre 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 (2010) 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.

S'appuyant sur la théorie de l'existence d'une rationalité économique dans le comportement sexuel des jeunes, et sur l'idée que la sexualité peut être une stratégie utilisée par les jeunes pour améliorer leur statut par le mariage ou la fécondité, l'emprunt d'un chemin de vie est considéré comme une action volontaire réalisée 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). Tenant compte de l'âge, Vergara (2010) met en évidence le fait que les femmes plus jeunes (25-29 ans) suivent davantage 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 bénéfice principalement de la séquence de sexualité pré-nuptiale et dans une moindre mesure de la séquence de maternité pré-nuptiale. Par exemple, Müller et al. (2007) montrent qu'au fil des générations, les chances de former un couple tôt diminuent. Il en va de même pour la première naissance. Antoine (2002) montre qu'à Yaoundé, les nouvelles générations ont leur premier enfant plus tard que les générations plus anciennes, qui avaient déjà leur premier enfant au même âge.

Cette analyse bien qu'ayant mis en évidence des résultats probants, elle présente quelques limites. D'abord la religion de la femme n'a pas été considérée du fait de sa non prise en compte lors des collectes de données dans certains pays tel que le Niger alors qu'elle constitue un facteur clé dans l'explication des comportements sexuels et reproductifs. Il en est de même de l'ethnie. En effet, 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, ce qui pourrait influencer le comportement contraceptif. Toutefois, la prise en compte de l'occupation de la femme dans le modèle, transcende avec l'autonomie de cette dernière.

Par ailleurs, la tendance chez les femmes qui ont connu un parcours de maternité pré-nuptiale à recourir plus à la contraception moderne par rapport aux femmes qui ont connu un parcours nuptial, pourrait également être tributaire d'une satisfaction de leur désir d'avoir des enfants, ce désir ayant été comblé en partie ou totalement hors mariage.

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, engendrent 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. Cet article 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. La modification des parcours ne relevant pas forcément de l'action politique, il serait plus indiqué que celles, qui optent implicitement ou de façon explicite pour des parcours de sexualité et de maternité pré-nuptiale, n'aient pas de barrières quant à l'accès à la contraception pour espérer un impact sur les comportements sexuels et reproductifs une fois dans la vie de couple.

## **References:**

1. Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie (ANSD) [Sénégal], et ICF. 2019. Sénégal : Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2019). Rockville, Maryland, USA : ANSD



- et ICF.
2. 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).
  3. Badini, A. 1994. "Naître et grandir chez les Moosé traditionnels." in Découvertes du Burkina. Paris-Ouagadougou: SEPIA-ADDB.
  4. Bassinga H., Barry O. et Ouedraogo C. (2021), « Parcours d'entrée en vie féconde et pratiques contraceptives chez les femmes en union dans les pays d'Afrique membre du partenariat de Ouagadougou », communication à la conférence internationale de la population.
  5. 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.
  6. 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.
  7. Calvès, Anne-Emmanuèle (1999), "Marginalization of African single mothers in the marriage market: Evidence from Cameroon." *Population Studies* 53:291-301
  8. Calvès, Anne-Emmanuèle, Jean-François Kobiané, and Edith Martel (2007), "Changing Transition to Adulthood in Urban Burkina Faso." *Journal of Comparative Family Studies* 38.
  9. 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.
  10. 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.
  11. Gage-Brandon, Anastasia J (1993), "Sex, Contraception and Childbearing Before Marriage in SubSaharan Africa." *International Family Planning Perspectives* 19:14.
  12. 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.
  13. Institut National de la Statistique (INS) et ICF. 2018. Enquête Démographique et de Santé en Guinée 2018. Conakry, Guinée, et Rockville, Maryland, USA : INS et ICF.
  14. Institut National de la Statistique (INSTAT), Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF) et ICF. 2019. Enquête Démographique et

- de Santé au Mali 2018. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA : INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF.
15. Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique (INSAE) et ICF. 2019. Enquête Démographique et de Santé au Bénin, 2017-2018. Cotonou, Bénin et Rockville, Maryland, USA : INSAE et ICF.
  16. 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
  17. 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.
  18. 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.
  19. 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.
  20. 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
  21. 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.
  22. 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.
  23. 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)
  24. Oppong C. (1997), "African family systems and socioeconomic crisis." Pp. 158-182 in *Family, population and development in Africa*, edited by A. Adepaju. London, England: Zed books.
  25. Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020/Ivory coast) (2018), rapports 2018 du Burkina Faso, de la Ivory Côte d'Ivoire

et du Nigercoast.

26. 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.
27. Rwenge Mburano J.-R. (2004), « Les différences ethniques des comportements sexuels au Cameroun : l'exemple des Bamiléké et Bèti ». Consulté à l'adresse <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/4115>
28. Tabutin, D. & Schoumaker, B. (2020), *La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXIe 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>.
29. 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
30. 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.
31. 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 l'occupation et le parcours d'entrée en vie féconde

Pays	Occupation					
	Inactive			Active		
	U-R-N	R-U-N	R-N-U	U-R-N	R-U-N	R-N-U
BÉNIN	6,0	6,3	6,3	7,7	9,4	9,5
BURKINA FASO	12,5	27,0	18,9	14,1	15,7	18,4
COTE D'IVOIRE	8,7	14,1	12,7	11,6	14,7	14,7
GUINÉE	3,2	3,3	5,0	4,8	8,0	8,0
MALI	6,7	8,3	8,8	9,4	13,1	16,7
NIGER	10,9	12,7	11,5	13,1	19,0	20,1
SENEGAL	11,3	9,1	12,4	13,5	15,8	15,0
TOGO	12,5	18,4	15,1	14,3	19,2	21,0

**Annexe 4.** Taux d'utilisation (%) de la contraception moderne par pays selole 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
BURKINA 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

	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