

Tendances des inégalités dans la couverture et les besoins non satisfaits de la planification familiale au Burkina Faso

Roch Modeste MILLOGO, Douba NABIE, Bruno LANKOANDE, Mahamadi TASSEMBEDO, Melinda MUNOS, Abdoulaye MAIGA

Résumé

Tous les travaux indiquent que la Planification Familiale (PF) au Burkina Faso est en hausse dans ces dernières années. Mais la plupart ne met pas en avant l'équité dans cette expansion et le lien est rarement avec les politiques et engagements en matière de PF. Cette étude a exploité les politiques de population de la décennie 2010 et les données de l'EDS et PMA et a fait des analyses de tendance et d'inégalités entre groupes socioéconomiques. Il est ressorti que la prévalence contraceptive a augmenté après le partenariat de Ouagadougou (OR 2.2), et l'entrée en vigueur de la gratuité de la PF (OR 1.33). Quant aux Besoins non satisfaits (BNS) en PF, ils ont augmenté après le partenariat (OR 1.20) et baissé après la gratuité (OR 0.72). En outre, les couches défavorisées sont à la traîne avec un écart d'avec les autres qui n'a commencé à se réduire qu'après la gratuité des soins.

Contexte

L'Afrique subsaharienne (ASS) se démarque de la plupart des régions du Monde avec une fécondité toujours élevée et une transition de la fécondité tardive, entamée au milieu des années 1970. Cela correspond à un décalage de près de deux siècles après les pays européens et ceux d'origine européenne (Australie, Canada, etc.) et deux décennies après l'Asie et l'Amérique Latine. En dehors des campagnes indiennes, la transition de la fécondité est achevée dans plusieurs régions d'Asie et de l'Amérique latine depuis la décennie 2 000, du fait de la contraception moderne en partie. La baisse de la fécondité en ASS demeure lente malgré la disponibilité des moyens modernes de contraception et des programmes de planification familiale. Ce qui occasionne au même moment une explosion démographique. Les théories classiques de la transition démographique lient la baisse de la fécondité au développement socioéconomique (y compris les progrès scientifiques en matière de la santé de la reproduction) (Notestein, 1953 ; Knodel, 1977). D'autres modèles associent la lenteur de la baisse de la fécondité africaine à une faible dynamique économique centrée sur l'agriculture de subsistance nécessitant une main d'œuvre importante et à bon marché (constituées de progénitures) et un système social qui encourage une descendance nombreuse (Bongaarts et Watkins, 1996 ; Caldwell et Caldwell, 1987). L'ASS est aussi caractérisée par la précocité de l'entrée en union avec une maternité importante aux jeunes âges. Cependant, ces dernières années des transformations sur le continent liées principalement à l'éducation des filles sont en cours et occasionnent un report du début de la maternité (Clark et al., 2017; Mensch et al., 2006). Par ailleurs, Presque toutes les recherches lient la réduction de la fécondité à une utilisation de plus en plus accrue de la contraception moderne.

Après les "violences néomalthusiennes" à travers les avortements et stérilisations forcés rapportées en Inde, en Chine et en Amérique Latine (Kovarik, 2019; Follet, 2020), la conférence du Caire de 1994 considère désormais un lien étroit entre la Planification Familiale et les droits des citoyens en particulier les femmes. Toutefois, avec la survenue de la pandémie du VIH/Sida au début des années 1990, les priorités de la communauté internationale et de santé reproductive ont été revisitées pour fonder la planification familiale dans une composante plus large de Santé

Sexuelle et Reproductive (SSR) après la Conférence du Caire. Cependant, face à la lenteur de la baisse de la fécondité africaine avec un taux important de besoins non satisfaits en matière de PF, des chercheurs tels que Cleland (2006) ont suggéré une place encore plus importante des investissements en matière de PF. On a pu constater, en 2011 le partenariat de Ouagadougou qui a été lancé et s'est donné pour objectif un million supplémentaires d'utilisatrices de méthode contraceptive entre 2011 et 2014 dans les pays francophones de l'Afrique de l'Ouest (FP2020 progress report, 2018). Puis, le Sommet de Londres est survenu en 2012 et a créé un partenariat mondial (FP2020) pour principalement fournir des informations, des services et des moyens de contraception modernes à un maximum de femmes dans les pays les plus pauvres dont le Burkina Faso d'ici 2020 (Brown et al, 2014).

La première politique de population avec référence à la planification familiale au Burkina Faso fut adoptée en 1986, à la suite du Conseil National de Population créé en 1983 (Conseil National de Population, 2000). Cette politique n'a pas connu de succès par manque de financement et de volonté politique (ibid). C'est au début des années 2010 que le pays s'est investi conséquemment en initiant successivement le plan national de relance de la PF en 2012, la politique de gratuité des soins en 2016, le Plan National d'Accélération de Planification Familiale 2017-2020 avant de s'engager toujours en 2017 dans la politique de gratuité de la PF. La dernière initiative du Burkina Faso fut l'adoption dans le mois de juin 2022 d'un nouveau plan national de la PF (2021-2025) qui a pour ambition de porter l'utilisation de la contraception des femmes en union à 41.3% en 2025 avec un budget d'environ 1/3 de celui accordé à la Santé Sexuelle et Reproductive. L'ensemble de ces efforts en matière de PF semblent s'accompagner d'une augmentation dans l'utilisation de la contraception chez les femmes en union qui est passée de 12% en 2010 (INSD & Macro) à 24% en 2016 et 34% en 2021 avec environ 25% des besoins non satisfaits en matière de contraception (PMA Burkina). Il faut ajouter qu'à Ouagadougou, des techniques naturelles/traditionnelles de réduction de la fécondité telles que l'abstinence sexuelle qui devraient être remplacées par des moyens modernes en vue de réduire les besoins non satisfaits de planification, sont utilisées presque au même titre que la contraception (Millogo et Rossier, 2022).

La plupart des évidences scientifiques sur la planification familiale révèle un accroissement de la couverture de planification familiale, sans se focaliser suffisamment sur la relation entre cet accroissement et l'évolution des inégalités socioéconomiques. En outre, les études de l'évolution de la couverture de planification familiale au regard des politiques et programmes de planification familiale sont très rares et parcellaires. L'objectif de cette étude est d'analyser les changements dans la couverture de planification au Burkina Faso à la lumière des politiques et programmes en la matière et dans une optique d'équité. A cette analyse écologique des relations politiques-résultats de planification familiale seront associées des analyses de tendances, d'inégalités et de caractérisation des facteurs d'inégalités potentiellement utiles pour les politiques et programmes en cours ou à venir.

Données et méthodes

Données

Nous avons recours à trois types de données afin de répondre aux différentes questions de recherche. Dans un premier temps, il s'agira d'exploiter les rapports et documents relatifs aux politiques et programmes de PF. Dans un second temps, les analyses quantitatives vont s'appuyer sur les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et les données de Performance Monitoring for Action-PMA (Zimmerman et Olson, 2017 ; PMA/Burkina Faso, 2013).

La présente étude s'appuie sur l'enquête auprès des ménages et des femmes de PMA. Outre quelques caractéristiques socioéconomiques du ménage, des informations sur la femme sont collectées. Il s'agit notamment de l'éducation, le statut matrimonial, la fécondité, les préférences en matière de fécondité, l'accès, le choix et l'utilisation du planning familial, la qualité des services de planning familial et l'exposition aux messages médiatiques sur le planning familial. Ces données associées à l'EDS permettent de ressortir la tendance sur la dernière décennie des changements opérés sur la couverture et les inégalités en termes de besoins non satisfaits en PF au Burkina Faso. Etant donné que l'EDS et PMA collectent des informations sur l'activité sexuelle, nous allons cibler les femmes sexuellement actives dans cette étude. Cette option à l'avantage d'avoir dans l'échantillon des adolescentes mais aussi des femmes célibataires adultes dont la fécondité est en augmentation sur le continent (Clark, 2017).

Méthodes

Les analyses sont axées sur les tendances de la couverture et celle des besoins non satisfaits en matière de PF mais aussi sur les inégalités sociales et contextuelles. Les inégalités sont mesurées à travers l'âge ; le niveau d'éducation ; le statut matrimonial ; le niveau de vie du ménage ; le contexte (Urbain/Rural) et l'exposition médiatique à la PF. Les variables d'intérêts sont donc (1) la prévalence de la contraception moderne et (2) les besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La prévalence de la contraception moderne est définie comme la proportion de femmes utilisatrices de contraception parmi celles qui sont actives sexuellement. Les femmes qui ont des besoins non satisfaits en PF sont définies comme celles qui sont sexuellement actives et fécondes mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception, et qui ne veulent plus d'enfants ou qui souhaitent retarder leur prochaine maternité.

Les changements dans le temps et entre les catégories sociales et contextuelles suivant les variables d'intérêt sont constatés d'abord dans une analyse bivariée à travers la comparaison des prévalences et odds ratio avec des intervalles de confiance pour préciser la qualité des estimations. Il faut noter que l'effet d'une politique de PF sera estimé à partir d'une variable qui renseigne sur l'entrée en vigueur de la politique en question. Par exemple, l'effet de la gratuité de la PF entrée en vigueur en 2016 va être mesuré par une variable binaire qui prend la valeur 1 dans les données collectées à partir de 2017 et 0 pour celles recueillies jusqu'en 2016. Enfin, dans une régression logistique multivariée ces changements et ces inégalités nets sont mesurés. Toutes les analyses sont faites à l'aide du logiciel stata 15.1.

Résultats préliminaires

Evolution de l'utilisation de la contraception au cours des deux dernières décennies

La prévalence contraceptive parmi les femmes sexuellement actives est en progression depuis 2010, passant de 16.6% à 26.5% en 2016 et 33.3% en 2017 (Figure 1). Cependant, après 2017 le niveau n'a pas statistiquement varié (croisement des intervalles de confiance). Il faut noter qu'il y a une différence significative entre la prévalence de 2010 et celle de 2015 (et non 2014). Le graphique des odds ratios va dans le même sens que celui des prévalences ; mais il convient de noter qu'il y a une différence statistique nette entre 2010 et une rupture après 2016.

Les tendances observées selon les catégories socioéconomiques vont globalement dans le même sens que les tendances générales observées (Graphique 2). Les non-instruites (vs instruites), les pauvres (celles dont les ménages ont les trois quintiles les plus bas vs les deux autres) et celles qui habitent le milieu rural (vs urbain) ont des prévalences contraceptives catégories inférieures à leurs consœurs mais qui augmentent dans le temps. L'écart entre les catégories inférieures et supérieures semblent par moment se creuser ou se maintenir. Ainsi, l'écart entre les riches et les pauvres dans l'utilisation de la PF semble se réduire à partir de 2017 où le taux ne croît plus

chez les plus riches. En ce qui concerne l'instruction, après 2017, on ne constate pas d'augmentation importante chez les femmes instruites, l'écart avec les non-instruites semble diminuer depuis ce moment. Par ailleurs, depuis le saut en 2015 de la prévalence en milieu urbain, aucune croissance n'a été constatée ; le bond du milieu rural est constaté en 2017, commençant à réduire l'écart entre les deux milieux.

Tendance des inégalités dans l'utilisation de la planification familiale au cours du temps au Burkina Faso : les besoins non satisfaits en matière de PF

Le taux de besoins non satisfaits en matière de PF en 2010 est statistiquement égal à ceux de 2017 et 2018, ce qui pourrait être un signe de peu d'intérêt accordé à la PF en ce moment (Graphique 3). Avec les données PMA on constate en 2014 un besoin non satisfait de 39% qui a connu une baisse progressive dont le déclic est observé à partir de 2017.

Pour ce qui concerne les catégories socioéconomiques, les besoins non-satisfaits (BNS) des non-pauvres ne baissent plus depuis 2017, cependant les écarts ne semblent pas diminuer entre eux et les pauvres du fait de leur faible progrès. En ce qui concerne le milieu de résidence, il y a une réduction constante des BNS en matière de PF en milieu urbain avec le maintien des écarts avec le milieu rural. Les besoins non-satisfaits des non-instruites ont connu une baisse importante en 2017 avec un taux resté constant jusqu'en 2021. Dans l'ensemble, les inégalités entre les groupes socioéconomiques favorisés et défavorisés semblent se maintenir dans le temps.

Effet des récentes politiques de population

Tous les quatre modèles (Tableau 1) conduisent à un effet significatif des politiques récentes de population. En effet, la prévalence contraceptive a un odds ratio de 2.2 après 2011 année du partenariat de Ouagadougou, toutes choses égales par ailleurs. La tendance sur la prévalence s'est maintenue jusqu'à l'entrée en vigueur de la gratuité de la PF qui est aussi matérialisée par un effet positif (Odds ratio 1.38). Pour ce qui est des besoins non satisfaits (BNS) en matière de PF, ils se sont accrus après le partenariat de Ouagadougou (odds ratios - OR > 1.2). Cependant, il est constaté une baisse après l'entrée en vigueur de la gratuité (OR 0.72), ce qui semble montrer une certaine absorption d'une part importante de besoins qui restaient jusqu'à cette date insatisfaite. L'année 2016 semble être un seuil de transformation d'un régime de croissance débuté après 2011, la gratuité des soins pour la mère et l'enfant qui prend en compte la PF pour les mères semble donner un coup de pouce à l'élan pris après le partenariat de Ouagadougou.

Les principaux facteurs d'inégalité et les caractéristiques des femmes défavorisées

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes célibataires et actives sexuellement ont une prévalence contraceptive plus élevée que celles qui sont union (OR 0,4) ou les séparées/divorcées (OR 0.7). Cet état de fait montre une bonne dynamique dans l'expansion de la contraception moderne. En ce qui concerne les BNS de la PF, relativement aux célibataires, les divorcées/séparées/veuves en ont moins (OR 0.47) par contre les femmes en union ont un BNS légèrement plus élevés (1.05) mais significatif. Pour ce qui est du groupe d'âge, la prévalence contraceptive est plus importante entre 25-34 ans, la période où la fécondité est maximale. Comme on pouvait s'attendre, les BNS en matière de PF sont plus faibles après 35 ans, une période marquée par la baisse de la fertilité et la ménopause. Le milieu rural reste encore prioritaire car la prévalence y est faible (OR 0.6) avec des BNS de élevés (OR 1.29). L'éducation et la richesse vont dans le même sens que ce qui a été constaté en analyse descriptive, les plus pauvres ont une faible prévalence contraceptive et un fort besoin en PF que les non-pauvres et les non-instruite font de même par rapport aux instruites.

Conclusion

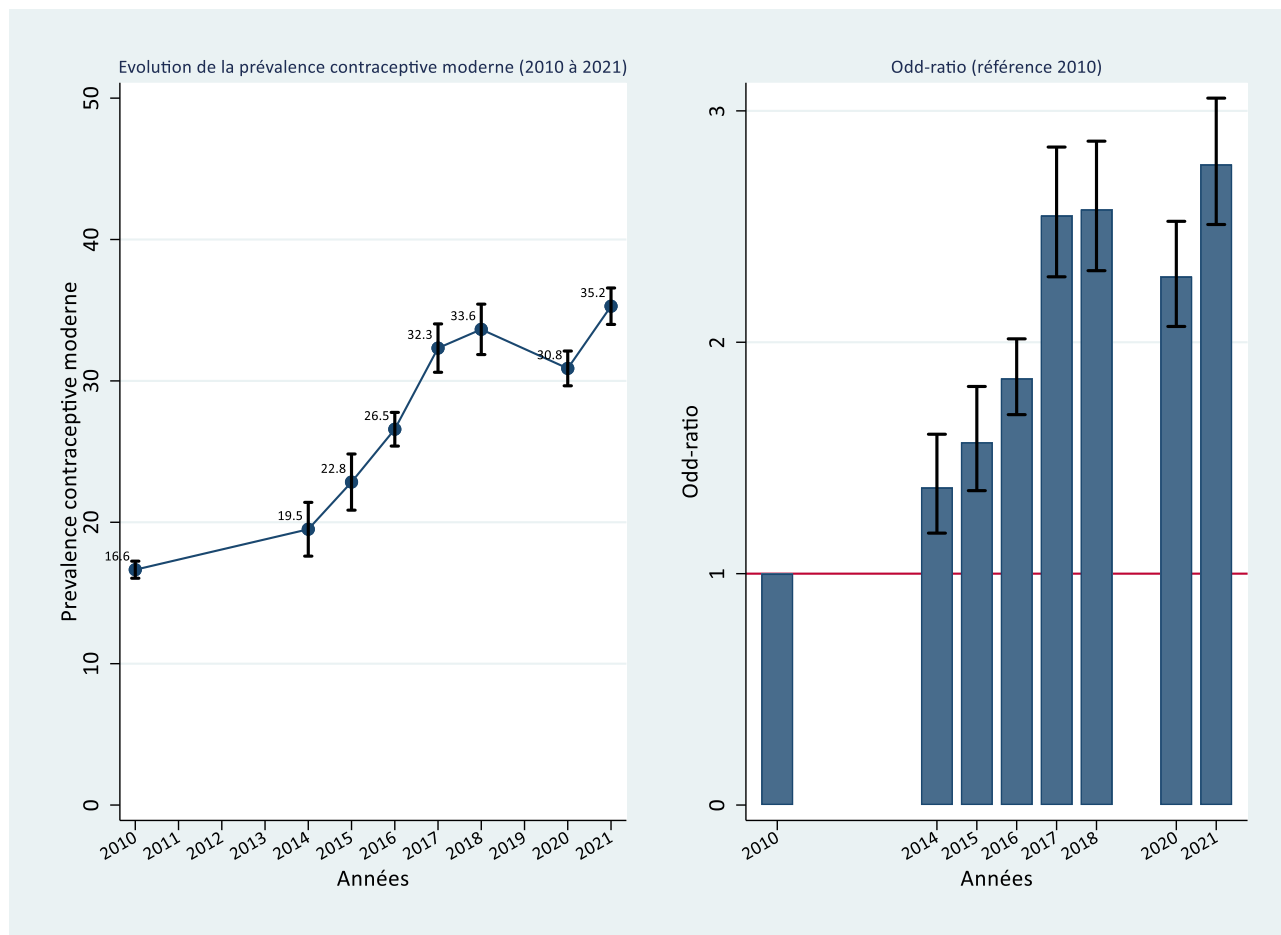
Ces analyses confirment l'expansion de la contraception moderne au Burkina Faso. Cette situation serait fortement liée à aux politiques prises en faveur de la PF et notamment celle de la gratuité. Les couches économiquement défavorisées ont une faible prévalence contraceptive et un BNS de PF plus important. Les écarts entre ces couches et celles plus favorisées économiquement ont commencé à se réduire après l'entrée en vigueur de la gratuité. Ces résultats suggèrent un accent particulier envers les couches défavorisées sans un relâchement dans l'élan en cours.

Tableau 1. Facteurs associés à la prevalence contraceptive et aux besoins non satisfaits en matière de PF, 2010-2020

	(1) Utilisation de la contraception moderne	(2) Utilisation de la contraception moderne	(3) Besoins de planification familiale non satisfaits	(4) Besoins de planification familiale non satisfaits
Partenariat de Ouagadougou (2011)				
Avant	1	1	1	1
Après	2.213***	1.888***	1.203***	1.421***
Gratuité de la planification familiale (2016)				
Avant	---	1	---	1
Après	---	1.337***	---	0.720***
Statut matrimonial de la femme				
Célibataire	1	1	1	1
Mariée ou Union	0.404***	0.405***	1.053	1.044
Div/sep/veuf(ve)	0.721***	0.731***	0.478***	0.466***
Instruction de la femme				
Instruite	1	1	1	1
Non instruite	0.516***	0.525***	1.224***	1.198***
Niveau de vie				
Pauvre	1	1	1	1
Non pauvre	1.365***	1.367***	0.815***	0.814***
Milieu de résidence				
Urbain	1	1	1	1
Rural	0.631***	0.626***	1.282***	1.294***
Groupe d'âge de la femme				
25-34 ans	1	1	1	1
15-24 ans	0.671***	0.672***	1.012	1.008
35-49 ans	0.864***	0.857***	0.840***	0.847***

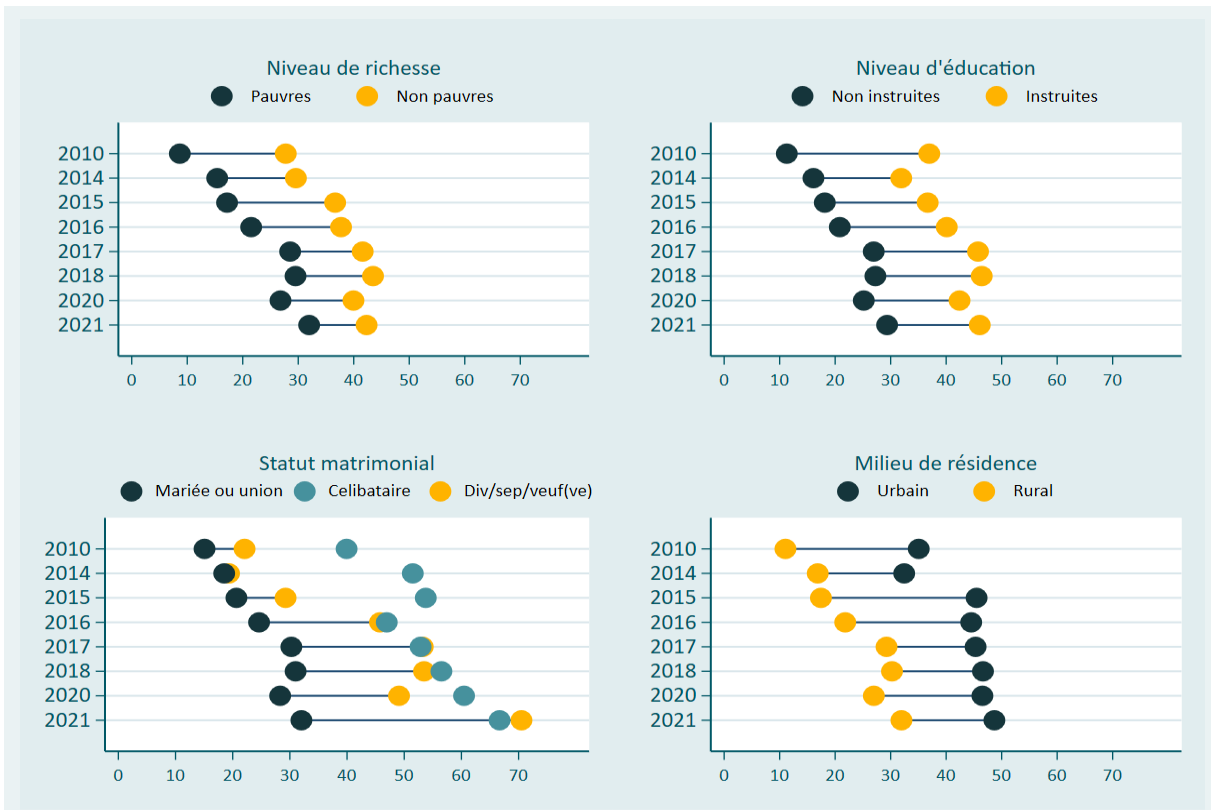
Odd-ratio

* $p < 0.10$, ** $p < 0.05$, *** $p < 0.01$

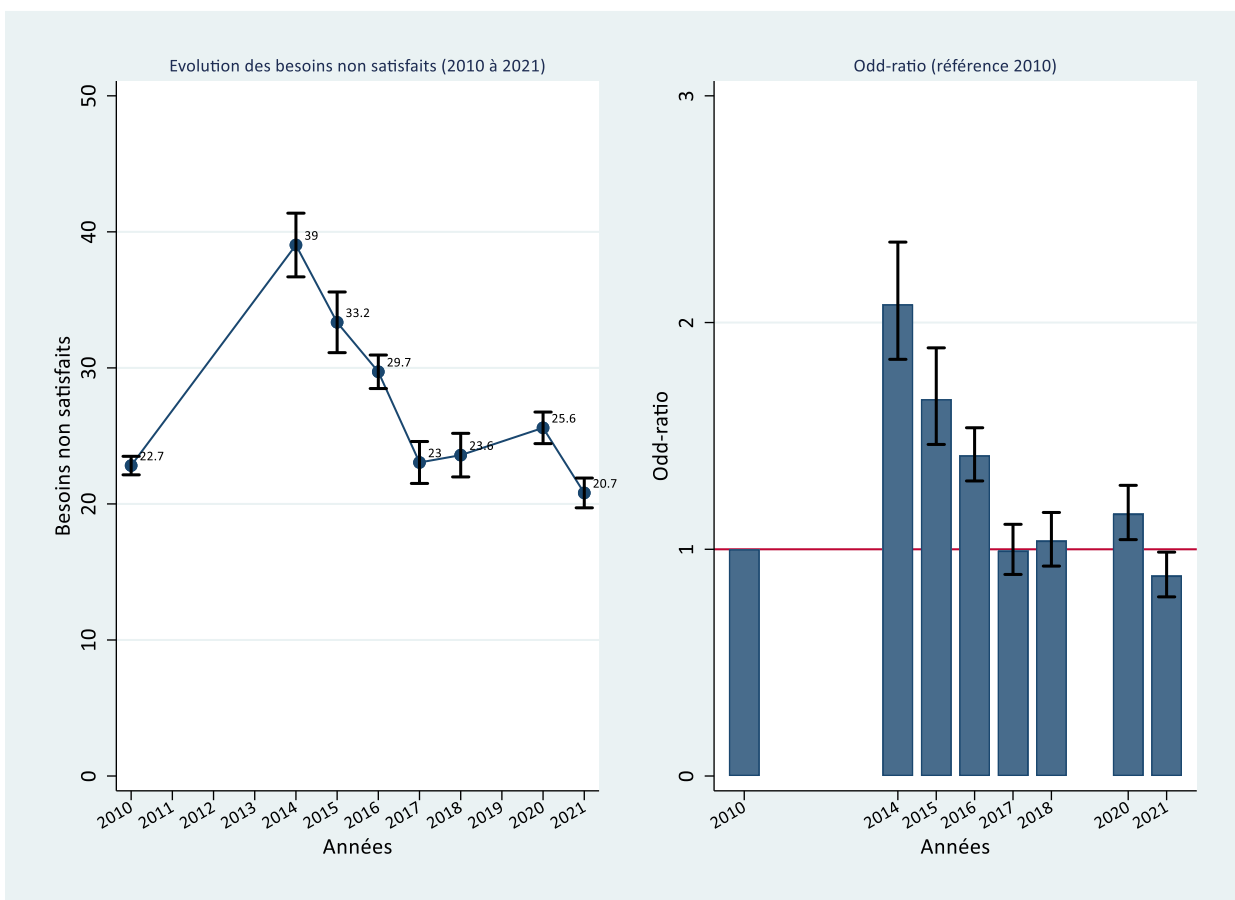


Graphique 1. Tendance de la prévalence contraceptive moderne, 2010-2021

Source : EDS 2010 et PMA 2014-2021, calcul des auteurs



Graphique 2. Tendence de la prévalence contraceptive moderne selon les catégories socioéconomiques, 2010-2021



Graphique 3. Évolution des besoins non satisfaits en matière de PF, 2010-2021



Graphique 3. Tendances des besoins non satisfaits en matière de PF selon les catégories socioéconomiques, 2010-2021

References

- Bongaarts J et Watkins S. C, 1996. "Social interactions and contemporary fertility transitions". *Population and Development Review* 22 (4): 639-682.
- Brown W, Druce N, Bunting J, ... et Darmstadt G. L, 2014. "Developing the "120 by 20" Goal for the Global FP2020 Initiative". *Studies in family Planning*, 45(1), 73-84.
- Caldwell J. et Caldwell P, 1987. "The Cultural Context of High Fertility in sub-Saharan Africa". *Population and Development Review* Vol. 13, No. 3, pp. 409-437.
- Clark S, Koski A. et Smith-Greenaway E, 2017. "Recent trends in premarital fertility across sub-Saharan Africa". *Studies in family planning*, 48(1), 3-22.
- Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *The lancet*, 368(9549), 1810-1827.
- Follett C. 2020. "Neo-Malthusianism and Coercive Population Control in China and India". *Policy Analysis*, (897).
- Conseil National de Population, 2000. "POLITIQUE NATIONALE DE POPULATION DU BURKINA FASO", *Conseil National de Population*, Révision 1, décembre 2000, <https://faolex.fao.org/docs/pdf/bkf196865.pdf> (consulté le 10.02.2024)
- Knodel J, 1977. "Family limitation and the fertility transition: Evidence from the age patterns of fertility in Europe and Asia". *Population Studies*, 31(2), 219-249.
- Kovarik J, 2019. "Silenced No More in Peru: After two decades battling impunity, Indigenous Peruvian women who survived Alberto Fujimori's forced sterilization campaign finally have their say". *NACLA Report on the Americas*, 51(3), 217-222.
- Mensch B. S, Grant M. J. et Blanc A. K, 2006. "The changing context of sexual initiation in sub-Saharan Africa". *Population and development review*, 32(4), 699-727.

Millogo R. and Rossier C., 2022. "Fertility Transition in Dakar, Nairobi, and Ouagadougou Since the 1970s: An Identical Reduction at All Ages Through Modern Contraception?." *Population Research and Policy Review* 41(5), 2115-2142.

Notestein F. W, 1953. "Economic problems of population change". London: Oxford University Press, pp. 13-31.

PMA2020/Burkina Faso, 2013. "**Méthodologie de l'enquête**", *PMA2020*, <https://fr.pmadata.org/data/survey-methodology> (consulté le 10 février 2024)

Zimmerman L., Olson H., PMA2020 Principal Investigators Group, Tsui A. & Radloff S, 2017. "PMA2020: rapid Turn-Around survey data to monitor family planning service and practice in ten countries". *Studies in family planning*, 48(3), 293-303.