

Titre : Evolution des inégalités sociodémographiques dans l'utilisation des méthodes contraceptives réversibles de longue durée au Burkina Faso entre 2010-2015

1. Introduction

La plupart des pays en retard dans la transition démographique, en plus d'une croissance démographique rapide, sont caractérisés par une faiblesse de la prévalence contraceptive moderne. Une analyse faite par Jain et al. (2013) avec les données du Family Planning Program Effort Survey de 2009, montre que les femmes d'Afrique subsaharienne ont un accès¹ plus faible aux méthodes modernes que les femmes des autres régions en développement. Cette faiblesse concerne aussi la disponibilité des méthodes permanentes et ou de longue durée relativement à l'ensemble des méthodes disponibles. Le faible accès à la contraception est un facteur clé à l'origine des grossesses non désirées dont le taux est de 55 pour mille dans le monde et 86 pour mille en Afrique en 2008 (Singh, Sedgh, & Hussain, 2010). Ces mêmes estimations montrent que ces taux de grossesses non désirées ont connu une baisse de 20 points dans le monde contre seulement 7 points en Afrique entre 1995 et 2008. Cette évolution peu favorable est surtout lié au fait que les pays d'Afrique subsaharienne n'ont connu que tardivement une croissance des prévalences d'utilisation des méthodes de longue durée (Tsui, Brown, & Li, 2017).

Au Burkina Faso, la prévalence contraceptive moderne reste faible. Pour améliorer le niveau de la pratique contraceptive moderne, le Burkina a initié un plan national de relance de la Planification familiale (PF) en juillet 2012, qui visait une évolution de la prévalence contraceptive de 1,5 points de pourcentage par an jusqu'en 2015. Entre 2010 et 2015, le taux de prévalence contraceptive moderne des femmes en union est passé de 15% à 22,5% (INSD, 2016). Par ailleurs, cette croissance a aussi concerné les méthodes de longue durée. En effet, en 2010, l'implant et le DIU avaient des prévalences respectives de 3,4% et 0,3% chez les femmes de 15-49 ans en union (INSD, 2012). En 2015, ces chiffres sont passés à 10,4% et 0,7% respectivement (INSD, 2016). Toutefois, la croissance rapide de la prévalence contraceptive, notamment celle de longue durée, pose des questions relatives au type de femmes qui ont adopté ces différentes méthodes et à l'évolution des inégalités socioéconomiques, démographiques et attitudinales dans l'utilisation de la contraception moderne sur la période. La diffusion des méthodes de longue durée tendrait-elle à accentuer les différences dans la pratique contraceptive, ou permet-elle de les atténuer ?

Peu d'études se sont intéressées à l'utilisation différentielle selon les types de méthodes au Burkina Faso. Cet article vise à combler ce vide en analysant l'évolution des niveaux d'utilisation selon les types de méthodes utilisées ainsi que l'évolution des caractéristiques associées à l'utilisation des méthodes de longue durée chez les utilisatrices de méthodes modernes réversibles entre 2010 et 2015.

2. Cadre théorique

Les caractéristiques sociodémographiques associées à l'utilisation de la contraception, notamment en Afrique subsaharienne, ont été analysés dans de nombreuses études (Akam, 2007; Congo, 2007; Guiella, Turke, Coulibaly, Radloff, & Choi, 2018; MacLachlan et al., 2018; Rossier, Senderowicz, & Soura, 2014; Sondo, Sya, Paré, Kouanda, & Savadogo, 2001). Les caractéristiques fréquemment associées à l'utilisation de la contraception sont l'âge (les groupes d'âges élevés), le niveau de vie élevé, le milieu de résidence urbain, l'état matrimonial marié, les préférences de fécondité, la discussion de la PF avec le partenaire, entre autres. Cependant, peu d'études se sont penchées sur les profils différentiels des utilisatrices selon les types de méthodes (de courte et de longue durée), notamment dans le contexte de l'Afrique subsaharienne. Quelques études menées en Ethiopie (Prata, Bell, Holston, Gerdt, & Melkamu, 2011; Takele, Degu, & Yitayal, 2012) ont traité des méthodes de longue durée, souvent en les mixant avec les méthodes permanentes. Hormis ces travaux, nous n'avons pu trouver que quelques

¹ L'accès a été mesuré à travers un index composite calculé sur la base du niveau disponibilité (Proportion de femmes auxquelles la méthode est immédiatement accessible) de 6 méthodes contraceptives (la pilule, le DIU, le condom, l'injectable, la stérilisation masculine et féminine) (Jain, Obare, RamaRao, & Askew, 2013).

études assez anciennes sur les contextes du Burkina, de Madagascar et de la Tunisie (Hamzoui et al., 1996; Kone et al., 1999; Ravolamanana, Randaoharison, & Razafintsalama, 2000).

L'intérêt pour les méthodes de longue durée est justifié dans le contexte subsaharien, dans la mesure où il a été révélé que les femmes n'utilisent pas assez efficacement les méthodes contraceptives : chaque année plus d'un million de grossesses résultent d'une mauvaise utilisation de la contraception (Takele et al., 2012). Il ressort aussi que la faible assiduité des femmes dans l'utilisation de méthodes contraceptives est l'un des facteurs contributifs aux grossesses non intentionnelles (Joshi, Khadilkar, & Patel, 2015). Une étude menée aux Etats Unis montre que 43% des grossesses non désirées proviennent d'une utilisation incorrecte de la contraception (Frost & Darroch, 2008; Kavanaugh, Frohwirth, Jerman, Popkin, & Ethier, 2013). A travers une analyse publiée en 2011, sur les femmes françaises ayant eu recours à l'IVG en 2007, il est ressorti que près de 20% des femmes se sont retrouvées enceintes quand elles utilisaient des méthodes contraceptives de courte durée tandis que la proportion des échecs chez celles qui utilisaient les méthodes de longue durée ne dépassait pas 2% (Moreau, Desfrères, & Bajos, 2011). Les recherches sur les choix contraceptifs montrent que l'efficacité et la facilité d'utilisation sont parmi les principales raisons de choix d'une méthode contraceptive (Wickstrom & Jacobstein, 2011). Ainsi, dans la mesure où les méthodes de longue durée remplissent particulièrement bien ces conditions, on s'attend à ce qu'elles de plus en plus utilisées pour peu qu'elles soient accessibles et que les femmes désirent retarder ou espacer plus longtemps voire limiter les naissances.

Cependant, la littérature montre qu'il existe deux barrières principales à l'utilisation des méthodes de longue durée. Il s'agit du faible niveau d'information parmi les utilisatrices et les prestataires, et du temps nécessaire pour le counseling sur ces méthodes (Ricketts, Klingler, & Schwalberg, 2014). Le faible niveau d'information des utilisatrices et des prestataires les conduit à croire et perpétuer des rumeurs sur les méthodes de longue durée, ce qui ne favorise pas leur usage non seulement pas les femmes et les jeunes filles, surtout celles qui sont moins dotées socialement. Ainsi, certaines études ont noté que ces méthodes, à l'instar de la plupart des méthodes hormonales ou médicalisées, sont perçues comme n'étant pas appropriées pour les femmes n'ayant pas encore réalisé leur fécondité désirée (Bajos et al., 2013). Pourtant, de plus en plus, il est démontré que les jeunes filles, mêmes nullipares, peuvent utiliser ces méthodes de longue durée (Ricketts et al., 2014) et qu'elles sont aussi adaptées pour les femmes qui veulent limiter les naissances sans utiliser une méthode irréversible (Jain, Obare, RamaRao, & Askew, 2013). En ce qui concerne le temps nécessaire pour le counseling, il ressort que les prestataires requièrent souvent une deuxième visite à la femme pour la pose d'une méthode de longue durée (Biggs, Arons, Turner, & Brindis, 2013; Parks & Peipert, 2016). Dans une étude menée sur les prestataires de santé par Biggs et al. (2013), il ressort que plus de la moitié des prestataires ont dit qu'une seule visite n'est pas adéquate pour un counseling complet avant d'offrir une méthode de longue durée. Pourtant, les multiples visites peuvent être des obstacles dans certains contextes.

A ces obstacles-là s'ajoute aussi, dans certains cas, le coût élevé qui peut entraver l'utilisation des méthodes de longue durée. Dans une étude longitudinale sur le choix contraceptif, il ressort que 70% des femmes de 14-20 ans ont choisi les méthodes de longue durée en l'absence d'obstacles de coût (Ricketts et al., 2014). Dans les formations sanitaires publiques au Burkina Faso, avant l'entrée en vigueur de la gratuité des produits contraceptifs le 1^{er} juin 2019, les méthodes de longue durée (DIU et Implant) coûtaient 1000 Fcfa contre moins de 500 Fcfa pour les méthodes de courte durée². Ces coûts n'incluent pas les autres frais afférents à leur pose ni les autres coûts d'opportunités. Des inégalités selon le milieu de résidence pourraient aussi se manifester, à travers la disponibilité différentielle des centres de distribution que sont les centres de santé et les cliniques. Très souvent, le milieu urbain est caractérisé par une plus grande accessibilité aux méthodes contraceptives modernes notamment celles de longue durée. Cela pourrait causer des problèmes d'accès aux femmes rurales à travers des dépenses supplémentaires pour accéder aux centres de santé parfois distants. On le voit, même si les produits contraceptifs et les accessoires sont subventionnés dans les centres de santé publics, les femmes doivent s'acquitter de certains coûts qui constituent des obstacles pour les plus pauvres (Bankole et al., 2013). Toutefois, de plus en plus d'efforts sont faits au Burkina Faso pour offrir à bas coûts les méthodes contraceptives aux femmes à travers des stratégies avancées, les équipes mobiles et la distribution à base

² <http://www.planificationfamiliale-burkinafaso.net/commodites.php>

communautaire. Cependant, l'offre en méthodes de longue durée n'est pas encore possible à travers la distribution communautaire. Ce qui pourrait limiter l'accès de certaines femmes à ces méthodes comparativement aux méthodes de courte durée qui peuvent être fournies plus facilement par les agents de santé à base communautaire.

D'autres obstacles qui jouent en défaveur de l'utilisation des méthodes de longue durée sont les effets secondaires. Une étude réalisée en milieu clinique au Burkina Faso en 1996, quatre ans après l'introduction des Implants au Levonorgestrel (Norplant), avait déjà noté quelques limites de cette méthode de longue durée. Ces limites concernent les effets secondaires qui, entre autres, influencent la durée d'utilisation. Plusieurs demandes de retrait ont été enregistrées à la demande des utilisatrices pour des raisons liées, entre autres, aux troubles du cycle, aux raisons médicales, à la convenance personnelle et au désir de grossesse. Ainsi, les auteurs notent que dans la mesure où la plupart de ces raisons sont connues, les utilisatrices devraient recevoir toutes les informations sur le Norplant en vue d'éviter les retraits avant la cinquième année d'insertion (Kone et al., 1999).

Ces différents obstacles expliquent le profil des utilisatrices de la contraception de longue durée. Dans une étude menée à Addis-Abeba sur la contraception post-avortement, il ressort que l'utilisation des méthodes de longue durée est plus grande chez les femmes de 25-29 ans, chez celles de niveau d'instruction secondaire ou plus, et chez celles qui ont plusieurs enfants (Prata et al., 2011). Une recherche dans une autre ville d'Ethiopie sur la demande en méthodes permanentes ou de longue durée (Takele et al., 2012) trouve que l'utilisation passée d'une méthode permanente/longue durée est fortement associée à l'utilisation actuelle d'une méthode permanente/longue durée. Cet auteur montre également que les femmes qui discutent avec leur mari le plus souvent de la contraception ont quatre fois plus de chance d'utiliser les méthodes de longue durée/permanentes que les femmes qui discutent une ou deux fois de la contraception (Takele et al., 2012). Cependant, cet auteur ne trouve pas de relation statistiquement significative entre l'utilisation des méthodes de longue durée/permanente et l'âge, le nombre d'enfants, le niveau d'éducation, la religion, le niveau de vie de la famille. Au-delà de la discussion avec le partenaire, il y a son approbation qui pourrait plus compter dans l'attitude de la femme vis-à-vis des méthodes contraceptives. Ainsi, dans une étude menée à Zanzibar il est ressorti que l'approbation du partenaire beaucoup associée avec l'intention d'utiliser la contraception (Esber, Foraker, Hemed, & Norris, 2014). A l'issue de cette revue de la littérature sur les facteurs susceptibles d'influencer le choix des types de méthodes, nous pouvons noter qu'il existe plusieurs obstacles susceptibles de créer des inégalités sociodémographiques d'utilisation des méthodes de longue durée.

3. Données et méthodologie

Sources de données

Les données proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso de 2010 (EDSBF-MICS) de 2010 et de l'Enquête Module Démographie et Santé (EMDS) de 2015. Les données de l'EDS de 2010 ont été collectées par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) avec l'assistance technique de ICF International (ex ORC Macro) à l'aide des questionnaires ménage, femme (15-49 ans), enfant (0-5 ans) et hommes (15-59 ans). Le questionnaire ménage a été administré à 17087 femmes de 15-49 ans entre mai 2010 à janvier 2011 (INSD, 2012). Les données de l'Enquête Module Démographie et Santé (EMDS) de 2015 ont été collectées par l'INSD à l'aide des questionnaires ménage, femme (15-49 ans) et homme (15-59 ans). Un échantillon de 11 504 femmes de 15-49 ans ont été interviewées entre mars et mai 2015. Les échantillons des deux enquêtes sont représentatifs au niveau national, régional et selon le milieu de résidence. L'EDSBF-MICS 2010 a concerné 574 ZD contre 400 pour l'EMDS 2015. Ce sont les données issues du questionnaire femme qui seront essentiellement utilisées dans cet article. Nous précisons que les questionnaires et la méthodologie utilisés pour la collecte des données auprès des femmes dans les deux enquêtes sont globalement similaires, ce qui est une force pour la comparabilité des indicateurs calculés entre les deux dates. Le choix de ces deux sources de données se justifie aussi par le fait qu'entre les deux enquêtes,

d'importantes mesures stratégiques et opérationnelles ont été mises en œuvre au Burkina Faso dans le cadre du plan de relance de la planification familiale 2012-2015.

Variables d'analyse

La variable dépendante a été construite à partir de deux questions posées aux femmes non enceintes. La première est : « Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? ». Les réponses possibles à cette question sont les deux modalités : « Oui » ou « Non ». Dans le cas où la réponse est « oui », la deuxième question : « *Quelle méthode utilisez-vous ?* » est posée . A cette question il y avait plusieurs réponses possibles si bien que dans le cas où la répondante utilise plusieurs méthodes, la plus efficace est considérée. La variable utilisation actuelle de la méthode contraceptive moderne est créée en regroupant les modalités de contraceptifs qui sont qualifiés de modernes selon la définition adoptée par le Burkina Faso (INSD, 2012, p. 68). Selon cette définition, les méthodes modernes, comprennent « *la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants, le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées), la pilule du lendemain et la Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée* ». La variable dépendante « l'utilisation d'une méthode réversible de longue durée » est définie sur l'ensemble des utilisatrices d'une méthode moderne réversible ou ayant un besoin non satisfait en matière de contraception. Elle prend ainsi trois modalités : 0 : N'utilise pas ; 1 : Utilise une méthode de courte durée ; 2 : Utilise le DIU ou l'Implant. Les utilisatrices des méthodes de stérilisation ont ainsi été exclues de l'analyse car elles concernent une part assez négligeable qui n'a presque pas évolué entre les deux dates. Pour ce qui est des non-utilisatrices, nous avons considéré celles qui ont des besoins non satisfaits en matière de contraception et qui ne sont pas actuellement enceintes, c'est-à-dire qui sont actuellement exposées au risque de grossesse.

Les variables indépendantes sont classées en trois grands groupes :

- Dans le premier groupe nous avons les variables socioéconomiques : le milieu de résidence : Capitale, Autres villes, Rural ; le niveau d'instruction : Sans niveau d'instruction, primaire, secondaire ou plus ; le niveau de vie qui a été construit et disponible dans les deux bases de données. Il s'agit d'un indicateur composite construit par l'ACP avec les variables sur les biens et les caractéristiques de l'habitation du ménage. Cette variable comprend cinq modalités allant de « Très pauvre » à « Très riche ».
- Le deuxième groupe concerne la place de la femme dans le cycle de vie : L'âge de la femme a été recodé en trois modalités en vue d'éviter les groupes d'âges à très petits effectifs. Ce qui donne un groupe d'âges des jeunes qui est 15-24 ans, ceux des adultes de 25-39 ans et de 40-49 ans ; La parité qui est le nombre d'enfants de la femme. Cette variable a été construite sur la base des questions posées sur le nombre d'enfants mis au monde vivants par la femme. Elle est regroupée en 3 modalités : pas d'enfant, un à trois enfants, quatre enfants ou plus ; Et l'état matrimonial qui comprend deux modalités : En union et Non en union. La modalité « Non en union » comprend aussi bien les femmes célibataires que celles qui sont séparées/divorcés.
- Le troisième groupe de variables est celui qui reflète les attitudes : La religion est en deux modalités : Musulmane, Chrétienne et Autres ; l'approbation du partenaire dont les modalités sont « Approuve » et « N'approuve pas » concerne les femmes ayant un mari/partenaire et qui ont répondu à la question. Pour les femmes pour lesquelles les réponses sont « Ne sait pas » ou celles qui n'ont pas de partenaire, elles ont été ajoutées à la modalité « Approuve » car nous pensons que l'absence d'avis du partenaire sur la PF est plus proche d'une approbation de celle-ci surtout si la femme est seule à décider. Le niveau d'information sur les méthodes a été créé en combinant les réponses à trois questions qui sont posées aux utilisatrices de la contraception. La première cherche à savoir si le prestataire a parlé d'autres méthodes contraceptives à la femme. La deuxième demande si les effets secondaires lui ont été présentés. Si oui, la troisième question demande si elle a été informée de ce qu'il faut faire en cas d'effets secondaires. Ces variables ont été recodées 1 si la réponse est « oui » et 0 si c'est « non » ou « non concernée ». Une nouvelle variable synthétique a été créée en sommant ces trois variables. Ce qui donne des valeurs allant de 0 (si toutes les réponses sont « non ») à 3 (si « oui » à toutes les questions) que

nous avons recodées en « Non informée » pour 0, « Peu informée » pour 1 ou 2 et « Bien informée » pour la valeur 3.

4. Les méthodes d'analyses

Nous utilisons des analyses descriptives et explicatives. Les analyses descriptives permettront de mettre en exergue les liens entre les variables indépendantes et l'utilisation de la contraception moderne. Nous avons aussi testé les liaisons entre les variables indépendantes de sorte pour voir dans quelles mesures certaines pourraient être corrélées. Dans la mesure où nous avons des variables catégorielles nous avons utilisé le test de Chi2 (avec 5% comme seuil de signification) qui montre s'il existe une certaine association entre les variables. Cependant, sa valeur et sa signification dépendent de la taille de l'échantillon. C'est pourquoi, nous avons utilisé le V de Cramer, qui permet de mesurer l'intensité de la relation entre les variables indépendamment de la taille de l'échantillon. La mesure de l'intensité des liens entre les variables a permis de voir que l'état matrimonial et la parité étaient les plus corrélées (V de Cramer > 0.6). Cette corrélation nous a amenés à supprimer l'état matrimonial de l'analyse explicative. Nous avons préféré la parité à cause du nombre et de la répartition des effectifs entre les modalités. L'analyse explicative est basée sur la régression logistique binomiale car nous cherchons à expliquer la probabilité d'utilisation d'une méthode de longue durée chez les utilisatrices de méthodes modernes réversibles. Nous cherchons ainsi à identifier les effets des variables indépendantes sur la variable dépendante à travers des modèles pas à pas. Le premier modèle concerne les effets bruts (M0). Dans le deuxième modèle (M1), nous ajoutons le premier groupe de variables sur les caractéristiques socioéconomiques. Les variables sur la place de la femme dans le cycle de vie sont prises en compte dans le troisième modèle (M2). Enfin, dans le dernier modèle (M3) nous incluons toutes les variables. A ce niveau nous avons analysé les Odds Ratio (OR) et considéré que les rapports de chances sont significatifs au seuil de 5%.

5. Résultats

Pour comprendre l'évolution du profil des utilisatrices entre les deux dates, nous avons élaboré deux tableaux descriptifs. Le premier tableau 1 concerne toutes les femmes utilisatrices ou ayant des besoins non satisfaits au moment de l'enquête. Il présente les proportions des non-utilisatrices, des utilisatrices des méthodes de courte durée et celles des méthodes de longue durée pour les deux dates. Quant au tableau 2, il concerne uniquement les utilisatrices de méthodes modernes réversibles. Il permet d'analyser la probabilité d'utiliser une méthode de longue durée ou de courte durée chez les femmes qui ont opté pour une méthode moderne réversible.

Evolution du niveau d'utilisation de la contraception selon les types de méthodes modernes réversibles

En 2010, les prévalences contraceptives des méthodes de courte durée et de longue durée sont plus élevées dans la Capitale, dans les villes moyennes que dans le milieu rural. Selon le niveau d'instruction, nous constatons que la prévalence des méthodes de courte durée croît avec le niveau d'instruction de la femme, tandis que ce sont les femmes du niveau d'éducation primaire qui utilisent le plus les méthodes de longue durée (12,5%). Selon le niveau de vie, plus la femme est nantie, plus elle tend à utiliser la contraception. Cette relation croissante est plus nette pour les méthodes de courte durée que pour celle de longue durée. Il ressort que la prévalence contraceptive des méthodes de courte durée croît avec la situation socioéconomique des femmes (résidence, niveau d'instruction et niveau de vie), mais cette relation n'est nette en ce qui concerne les méthodes de longue durée.

On observe que la prévalence des méthodes de courte durée baisse quand l'âge de la femme croît tandis que la prévalence des méthodes de longue durée croît. Ces mêmes tendances s'observent selon le nombre d'enfants. Les femmes en union sont plus aptes à utiliser les méthodes de longue durée (8,9%) tandis que celles qui ne sont pas en union adoptent plus les méthodes de courte durée. De ces trois variables sur la place de la femme dans le cycle de vie, on peut déduire que les méthodes de longue durée sont plus prisées par les femmes plus avancées (en âge et en nombre d'enfant) que par celles qui sont au début du cycle de vie.

Selon les caractéristiques qui influencent les attitudes, il ressort que les femmes non musulmanes et celles dont les partenaires approuvent le PF utilisent le plus les deux types de méthodes que les femmes des autres catégories.

En 2015, comparativement à 2010, nous voyons une croissance de l'utilisation des méthodes contraceptives d'une façon globale et dans toutes les catégories sauf chez les femmes sans enfant où nous pouvons voir une hausse de la proportion des non-utilisatrices (de 26,8% à 28,7%). Dans toutes les catégories, on note une hausse de la prévalence contraceptive de longue durée (voir Graphique 1). Toutefois, pour certaines catégories, on peut noter une baisse de la prévalence des méthodes de courte durée. Cette baisse de la prévalence contraceptive de courte durée peut s'interpréter comme un passage des femmes de la catégorie des méthodes de courte durée vers celles de longue durée, notamment si la prévalence globale de contraception moderne a peu évolué. Selon le milieu de résidence, la Capitale possède toujours la plus forte prévalence en méthodes de courte durée (54,3%). Cependant, ce sont les villes moyennes qui viennent en tête pour ce qui est des méthodes de longue durée (31,2%). Pour la Capitale et le milieu rural, on a une forte baisse de la proportion des non-utilisatrices, une faible croissance des méthodes de courte durée et une forte croissance des méthodes de longue durée, tandis que dans les villes moyennes, on note une baisse des méthodes de courte durée suivie de la plus forte croissance des méthodes de longue durée (19 points). Cette baisse de la part des méthodes de courte durée dans les villes moyennes témoignerait d'un passage d'une forte proportion des femmes vers les méthodes de longue durée. Selon le niveau d'instruction, les tendances observées entre les modalités en 2015 sont les mêmes que celles constatées en 2010. Ici, le passage des méthodes de courte durée vers celles de longue durée est plus notable chez les femmes de niveau d'éducation secondaire ou plus où on note une baisse de 11 points dans la prévalence des méthodes de courte durée au profit de celles de longue durée (de 66,8% à 55,8%). C'est aussi le même cas chez les femmes de niveau de vie très riche où il y a une baisse de près de 6 points dans la prévalence des méthodes de courte durée qui est passée de 53,7% à 47,9% entre les deux dates. En somme, la croissance de la prévalence contraceptive de longue ne s'est pas faite de la même manière selon les caractéristiques socioéconomiques de la femme. Pour certaines femmes, plus favorisées (niveau d'éducation secondaire et plus, niveau de vie élevé) on assiste beaucoup plus à un transfert des méthodes de courte durée vers celles de longue durée alors que les femmes des autres classes sociales tendent à passer directement aux méthodes de longue durée.

La prévalence contraceptive de courte durée est restée presque constante chez les femmes de 15-24 ans et chez celles de 25-39 ans en dépit d'une baisse substantielle de la proportion des non-utilisatrices. En revanche, chez les femmes de 40-49 ans, la prévalence contraceptive connaît une baisse de 27,1% à 21,9% tandis que les méthodes de longue durée sont passées de 11,9% à 26,6%. Chez les femmes non en union, il ressort une diminution de la prévalence de courte durée qui passe de 68,4% à 60,4%, témoignant d'un transfert vers les méthodes de longue durée qui sont passées de 4,7% à 15% soit une croissance de 13,3 points. Pendant ce temps, la prévalence des méthodes de longue durée chez les femmes en union a connu une augmentation de 17,3 points. La baisse de la prévalence de courte durée chez les femmes sans enfant a été suivie d'une hausse de la non-utilisation et de l'utilisation des méthodes de longue durée. Globalement, les inégalités selon la place dans le cycle de vie se sont plus accentuées selon la parité des femmes. En effet, Les femmes sans-enfant ont le plus faible niveau d'utilisation des méthodes de longue durée, qui n'a évolué que de moins de 4 points (passant de 1,3% à 5,2%) entre les deux enquêtes, tandis que les autres catégories connaissent des croissances de plus de 10 points de pourcentage.

Selon les variables attitudinales, on observe les mêmes tendances qu'en 2010 entre les modalités de la religion et de l'approbation de la PF par le partenaire. Les évolutions les plus notables sont la baisse des proportions des non-utilisatrices (entre 8 et 15,8 points) et la hausse des prévalences contraceptives de longue durée (entre 6,8 à 18 points).

Evolution de l'importance des types méthode chez les utilisatrices de méthodes modernes réversibles

Le tableau 2 ci-après présente les liens bivariés entre les variables indépendantes et l'utilisation d'une méthode de longue durée, en limitant l'analyse cette fois aux utilisatrices de méthodes modernes réversibles. Ce tableau permet de mieux voir la propension des utilisatrices dans l'adoption d'une méthode de longue durée versus courte durée. Ce tableau permet aussi de prendre en compte la variable

sur le niveau d'information qui ne concerne que les femmes utilisatrices. Il y ressort que pour la plupart des variables utilisées, il existe une association avec l'utilisation des méthodes de longue durée. Au seuil de 1%, toutes les variables sont significativement liées à l'utilisation d'une méthode de longue durée en 2010 sauf le milieu de résidence et l'approbation du partenaire. Le milieu de résidence reste significativement lié au seuil de 5% alors qu'il n'y a pas de lien significatif avec l'approbation du partenaire. En 2015, c'est la religion et l'approbation du partenaire qui ne sont pas significativement liées à l'utilisation d'un des types de méthodes.

En 2010, les utilisatrices du milieu rural et des petites villes optaient plus les méthodes de longue durée. En 2015, la tendance s'accroît : on note une plus grande croissance de la proportion des méthodes de longue durée en milieu rural et dans les autres villes que dans la capitale. Cette proportion qui était de 24,1% pour les utilisatrices en milieu rural en 2010 a presque doublé pour donner 47,8% en 2015. Il en est de même pour la proportion de méthode de longue durée dans les autres villes qui est passée de 19,2 à 41,8. Ainsi contrairement aux attentes, la Capitale, qui avait la même proportion de méthodes de longue durée que les autres villes, se retrouve en 2015 avec des utilisatrices moins nombreuses à adopter les méthodes de longue durée (30,4% contre respectivement 41,8% et 47,8% pour les autres villes et le rural). De manière similaire, selon le niveau d'instruction, ce sont les utilisatrices modernes de niveau d'instruction secondaire ou plus qui utilisent le moins les méthodes de longue durée 14% en 2010 et 29,9% en 2015 : l'écart avec les autres niveaux d'instruction s'est creusé en 2015 au profit des niveaux d'instruction plus faible. On note aussi que les utilisatrices modernes de niveau de vie « riche » et « très riche » adoptent le moins les méthodes de longue durée en 2010. C'est chez les utilisatrices de niveau de vie « pauvre » et « moyen » que l'on note les grandes augmentations dans les proportions de méthodes de longue durée. L'analyse montre que les utilisatrices des catégories socioéconomiques défavorisées tendent à plus utiliser les méthodes de longue durée que leurs consœurs des catégories plus aisées.

La part de méthodes de longue durée est plus faible chez les jeunes de 15-24, dans les deux enquêtes, comme attendu, même si elle a connu une de 12% à 31,4% entre les deux dates. Cette croissance de chez les plus jeunes est assez faible que celles observées entre les deux dates chez les utilisatrices de 25-39 ans (21,6 points) et chez celles de 40-49 ans (24,3 points). C'est presque le même constat chez les utilisatrices sans enfant où on note que malgré une croissance de leur proportion de méthodes de longue durée 1,7% à 7,3%, ainsi que chez les utilisatrices non en union malgré une croissance de 6,4% à 19,7%. Cela montre que les jeunes filles et les utilisatrices sans enfants tendent à être plus cantonnées dans l'utilisation des méthodes de courte durée, mais que la tendance est moins prononcée à la dernière date.

En 2010, la part de méthodes de longue durée était plus élevée chez les utilisatrices dont les partenaires n'approuvent pas la PF que chez celles dont les partenaires l'acceptent. Mais en 2015, les deux proportions sont équivalentes dans la mesure où on a enregistré une plus forte augmentation de la part des méthodes de longue durée là où le partenaire est d'accord avec la PF. Toutefois, pour les deux années, les différences ne sont pas significatives au regard des valeurs du Chi2. Selon la religion, les utilisatrices de méthodes modernes qui sont de la religion musulmane étaient moins portées sur les méthodes de longue durée, mais en 2015, il n'y a plus de différences significatives entre les utilisatrices des deux catégories religieuses définies (Le Chi2 n'est pas significatif en 2015). Les utilisatrices de méthodes modernes qui ont un faible niveau d'information sont les moins enclines à utiliser les méthodes de longue durée dans les deux enquêtes. De plus, les écarts se creusent selon le niveau d'information des utilisatrices car on note une hausse de 17,5 points chez les utilisatrices non informées, 19,8 points chez celles peu informées contre 32,6 points chez celles qui sont bien informées.

Conclusion partielle

Il ressort de nos analyses bivariées et multivariées que la parité et le fait d'avoir eu des informations lors du choix de la méthode sont des facteurs d'inégalités persistantes en ce qui concerne l'utilisation des méthodes de longue durée. En effet, cette étude montre qu'il existe une sous-utilisation des méthodes de longue durée chez les femmes nullipares et chez les femmes qui n'ont pas assez d'information sur les méthodes contraceptives. Même si cette sous-utilisation pourrait être causée par des facteurs liés aux prestataires qui pourraient orienter les plus âgées vers les méthodes de longue durée en leur donnant les informations détaillées après le choix, nous estimons que ces deux aspects peuvent aussi être compris

sous l'angle de l'accessibilité psychosociale et cognitive de la femme que nous aborderons dans d'autres travaux.

Tableaux

Graphique 1: Variation du niveau d'utilisation selon le type de méthodes chez les femmes entre 2010 et 2015 selon les catégories sociodémographiques

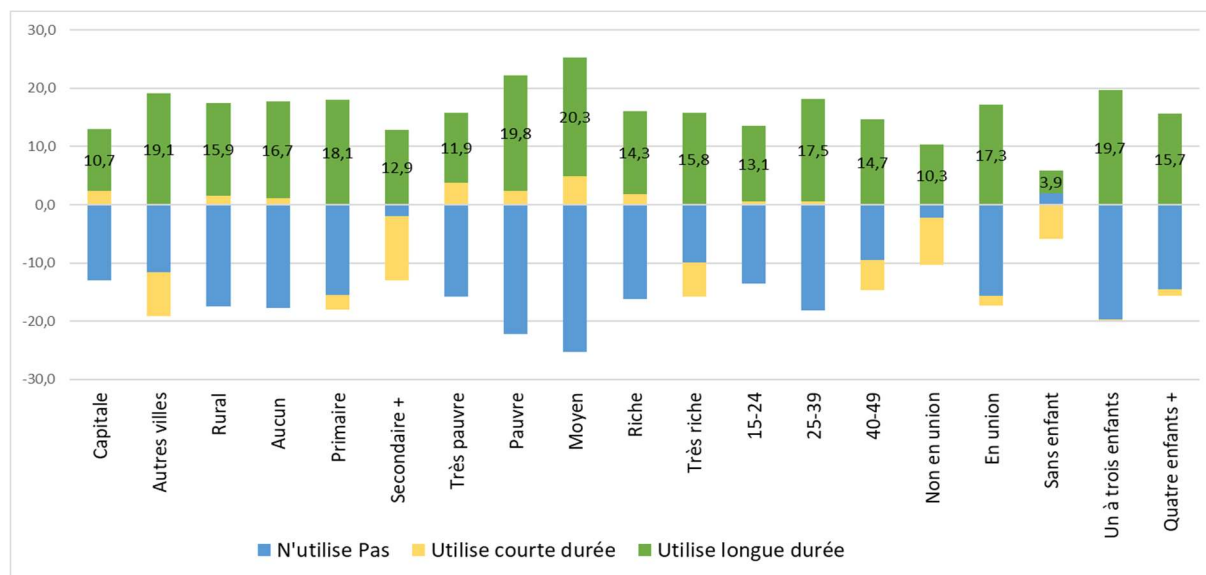


Tableau 1: Liens bivariés entre l'utilisation selon le type de méthode et les caractéristiques sociodémographiques chez les femmes de 15-49, utilisatrices de méthodes modernes réversibles ou ayant de besoins non satisfaits au moment de l'enquête, EDSBF-MICS 2010 et MDS 2015

Variables	n	2010			Chi2	n	2015			Chi2
		Non %	Courte durée	Longue durée %			Non %	Courte durée	Longue durée %	
Milieu de résidence										
					483.56(p<.001)					284.36(p<.001)
Capitale	518	35,0	52,0	13,0		291	22,0	54,3	23,7	
Autres villes	1630	36,9	50,9	12,1		1019	25,4	43,4	31,2	
Rural	3556	68,1	24,2	7,7		2907	50,7	25,7	23,6	
Niveau d'instruction										
					687.3(p<.001)					321.71(p<.001)
Aucun	3957	67,7	24,1	8,2		3001	50,0	25,1	24,9	
Primaire	899	45,2	42,3	12,5		526	29,7	39,7	30,6	
Secondaire ou plus	848	22,3	66,8	10,8		690	20,4	55,8	23,8	
Niveau de vie										
					683.47(p<.001)					317.61(p<.001)
Très pauvre	754	76,6	17,0	6,4		649	60,9	20,8	18,3	
Pauvre	914	73,3	19,5	7,2		763	51,1	21,9	27,0	
Moyen	1018	71,5	21,8	6,7		873	46,3	26,7	27,0	
Riche	1242	56,6	33,9	9,5		922	40,5	35,7	23,9	
Très riche	1776	33,2	53,7	13,0		1010	23,3	47,9	28,8	
Age de la femme										
					84.21(p<.001)					94.94(p<.001)
15-24	1704	54,7	39,9	5,4		1054	41,1	40,4	18,5	
25-39	3056	58,4	31,0	10,6		2351	40,2	31,6	28,1	
40-49	944	61,0	27,1	11,9		812	51,5	21,9	26,6	
Etat matrimonial										
					360.28(p<.001)					236.95(p<.001)
Non en union	610	26,9	68,4	4,7		555	24,7	60,4	15,0	
En union	5094	60,9	29,3	9,8		3662	45,3	27,7	27,0	

Parité				468.72(p<.001)				339.54(p<.001)			
Pas d'enfant	530	26,8	71,9	1,3	407	28,7	66,1	5,2			
Un à trois	2389	56,1	34,5	9,4	1706	36,4	34,5	29,1			
Quatre ou plus	2785	64,9	24,5	10,6	2104	50,3	23,3	26,3			
Religion				41.91(p<.001)				14.17(p<.001)			
Musulmane	3392	60,8	31,3	8,0	2539	44,9	30,6	24,5			
Chrétienne + Autre	2312	53,0	35,7	11,3	1678	39,1	34,1	26,8			
Partenaire approuve				618.54(p<.001)				502.28(p<.001)			
Non	1445	84,5	11,6	3,9	861	76,3	13,0	10,7			
Oui (ou pas de partenaire)	4259	48,8	40,1	11,0	3356	34,0	36,8	29,2			

Les proportions sont pondérées, les effectifs ne sont pas pondérés

Tableau 2 : Liens bivariés entre l'utilisation des méthodes de longue durée et les caractéristiques sociodémographiques chez les femmes de 15-49, utilisatrices de méthodes modernes réversibles, EDSBF-MICS 2010 et MDS 2015

Variables	DHS 2010				EMDS 2015				Ecart entre 2015 et 2010
	N	Non %	Oui %	Chi2	n	Non %	Oui %	Chi2	
Milieu de résidence				7.6(p<.022)				26.77(p<.001)	
Capitale	341	80,0	20,0		227	69,6	30,4		10,4
Autres villes	991	80,8	19,2		760	58,2	41,8		22,6
Rural	1159	75,9	24,1		143	52,2	47,8		23,7
Niveau d'instruction				33.22(p<.001)				64.59(p<.001)	
Aucun	1321	74,5	25,5		150	50,2	49,8		24,3
Primaire	508	77,1	22,9		370	56,5	43,5		20,6
Secondaire ou plus	662	86,0	14,0		549	70,1	29,9		15,9
Niveau de vie				14.25(p<.007)				43.9(p<.001)	
Très pauvre	180	72,5	27,5		254	53,1	46,9		19,4
Pauvre	262	73,0	27,0		373	44,8	55,2		28,2
Moyen	307	76,5	23,5		469	49,7	50,3		26,8
Riche	554	78,0	22,0		549	59,9	40,1		18,1
Très riche	1188	80,5	19,5		775	62,5	37,5		18,1
Age de la femme				70.59(p<.001)				63.85(p<.001)	
15-24	792	88,0	12,0		621	68,6	31,4		19,4
25-39	1327	74,5	25,5		140	53,0	47,0		21,6
40-49	372	69,5	30,5		394	45,2	54,8		24,3
Etat matrimonial				79.56(p<.00)				122.32(p<.00)	
Non en union	445	93,6	6,4		418	80,1	19,9		13,5
En union	2046	75,0	25,0		200	50,6	49,4		24,4
Parité				140.49(p<.00)				194.57(p<.001)	
Pas d'enfant	391	98,3	1,7		290	92,8	7,2		5,5
Un à trois	1094	78,5	21,5		108	54,2	45,8		24,3
Quatre ou plus	1006	69,7	30,3		104	47,0	53,0		22,7
Religion				8.88(p<.003)				.05(p<.822)	
Musulmane	1376	79,7	20,3		139	55,5	44,5		24,2
Chrétienne + Autres	1115	76,0	24,0		102	56,0	44,0		20,0
Partenaire approuve la PF				.9(p<.342)				.06(p<.81)	
Non	226	74,8	25,2		204	54,9	45,1		19,9
Oui (ou pas de partenaire)	2265	78,4	21,6		221	55,8	44,2		22,6
Niveau d'information sur les méthodes				142.57(p<.001)				149.12(p<.001)	
Non informée	804	92,3	7,7		647	74,8	25,2		17,5
Peu informée	464	76,3	23,7		535	56,4	43,6		19,8
Bien informée	1223	69,0	31,0		123	45,4	54,6		23,6

Les proportions sont pondérées, les effectifs ne sont pas pondérés

Bibliographie

- Akam, E. (2007). Les facteurs de la contraception au Cameroun au tournant du siècle: Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998.
- Bajos, N., Teixeira, M., Adjamagbo, A., Ferrand, M., Guillaume, A., & Rossier, C. (2013). Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains. *Population*, 68(1), 17–39.
- Bankole, A., Hussain, R., Sedgh, G., Rossier, C., Kaboré, I., & Guiella, G. (2013). Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso: Causes et conséquences.
- Biggs, M. A., Arons, A., Turner, R., & Brindis, C. D. (2013). Same-day LARC insertion attitudes and practices. *Contraception*, 88(5), 629–635. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.05.012>
- Congo, Z. (2007). Les facteurs de la contraception au Burkina Faso au tournant du siècle: Analyse des données de l'enquête démographique et de santé 1998/1999.
- Esber, A., Foraker, R. E., Hemed, M., & Norris, A. (2014). Partner approval and intention to use contraception among Zanzibari women presenting for post-abortion care. *Contraception*, 90(1), 23–28. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.03.006>
- Frost, J. J., & Darroch, J. E. (2008). Factors associated with contraceptive choice and inconsistent method use, United States, 2004. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 40(2), 94–104.
- Guiella, G., Turke, S., Coulibaly, H., Radloff, S., & Choi, Y. (2018). Rapid uptake of the subcutaneous injectable in Burkina Faso: Evidence from PMA2020 cross-sectional surveys. *Global Health: Science and Practice*, 6(1), 73–81.
- Hamzoui, R., Derbel, S., Gorgob, K., M'HAMDI, A., MANSOUR, H., Boulehia, N., & GUEDDANA, N. (1996). La contraception par les implants sous-cutanés de levonorgestrel: Une étude tunisienne. *La presse médicale*, 25(23), 1063–1065.
- INSD. (2016). Rapport provisoire de l'Enquête Module Démographie et Santé (EMDS).
- INSD, I. (2012). *International: Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Burkina Faso 2010*. Calverton, Maryland, USA: Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) and ICF International.
- Jain, A. K., Obare, F., RamaRao, S., & Askew, I. (2013). Reducing unmet need by supporting women with met need. *International perspectives on sexual and reproductive health*, 133–141.
- Joshi, R., Khadilkar, S., & Patel, M. (2015). Global trends in use of long-acting reversible and permanent methods of contraception: Seeking a balance. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(S1), S60–S63. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.024>
- Kavanaugh, M. L., Frohwirth, L., Jerman, J., Popkin, R., & Ethier, K. (2013). Long-acting reversible contraception for adolescents and young adults: Patient and provider perspectives. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 26(2), 86–95.
- Kone, B., Lankoande, J., Ouédraogo, C. M. R., Ouédraogo, A., Bonane, B., DAO, B., & SANOU, J. (1999). La contraception par les implants sous-cutanés de Lévonorgestrel (Norplant®): Expérience africaine du Burkina Faso. *Contraception, fertilité, sexualité*, 27(2), 162–163.
- MacLachlan, E., Atuyambe, L. M., Millogo, T., Guiella, G., Yaro, S., Kasasa, S., ... Namagembe, A. (2018). Continuation of subcutaneous or intramuscular injectable contraception when administered by facility-based and community health workers: Findings from a prospective cohort study in Burkina Faso and Uganda. *Contraception*. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.007>
- Moreau, C., Desfrères, J., & Bajos, N. (2011). Circonstances des échecs et prescription contraceptive post-IVG: Analyse des trajectoires contraceptives autour de l'IVG. *Revue française des affaires sociales*, (1), 148–161.
- Parks, C., & Peipert, J. F. (2016). Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). *American journal of obstetrics and gynecology*, 214(6), 681–688.
- Prata, N., Bell, S., Holston, M., Gerds, C., & Melkamu, Y. (2011). Factors Associated with Choice of Post-Abortion Contraception in Addis Ababa, Ethiopia. *African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé Reproductive*, 15(3), 51–57.

- Ravolamanana, R. L., Randaoharison, P. G., & Razafintsalama, D. L. (2000). La contraception par les Implants sous cutanés de Levonorgestrel (Norplant) au CHU de Mahajanga MADAGASCAR: Résultats préliminaires. *Médecine d'Afrique noire*, 47, 410–415.
- Ricketts, S., Klingler, G., & Schwalberg, R. (2014). Game change in Colorado: Widespread use of long-acting reversible contraceptives and rapid decline in births among young, low-income women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(3), 125–132.
- Rossier, C., Senderowicz, L., & Soura, A. (2014). Do natural methods count? Underreporting of natural contraception in urban Burkina Faso. *Studies in family planning*, 45(2), 171–182.
- Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: Worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in family planning*, 41(4), 241–250.
- Sondo, B., Sya, D., Paré, R., Kouanda, S., & Savadogo, L. (2001). L'utilisation des méthodes contraceptives par les Mossi d'un district sanitaire rural de Kaya, Burkina Faso. *Cahiers d'études et de recherches francophones/Santé*, 11(2), 111–6.
- Takele, A., Degu, G., & Yitayal, M. (2012). Demand for long acting and permanent methods of contraceptives and factors for non-use among married women of Goba Town, Bale Zone, South East Ethiopia. *Reproductive health*, 9(1), 26.
- Tsui, A. O., Brown, W., & Li, Q. (2017). Contraceptive Practice in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 43(S1), 166–191.
- Wickstrom, J., & Jacobstein, R. (2011). Contraceptive Security: Incomplete Without Long-Acting and Permanent Methods of Family Planning. *Studies in Family Planning*, 42(4), 291-298.