

Original Article

## Tendances et inégalités de contraception moderne au Burkina Faso : Une analyse à l'aune des politiques et programmes de planification familiale

**Citation :** Millogo, R. M.; Nabié, D.; Lankoandé, B; Tassembedo, M ; Tamboura, N ; Munos, M ; Maïga, A. Tendances et inégalités de contraception moderne au Burkina Faso : Une analyse à l'aune des politiques et programmes de planification familiale. *Journal of African Population Studies* 2026, 38(2), 5310. <https://doi.org/10.59147/bd9pdv82>

Academic Editor: Ngianga-Bakwin Kandala

Received: 28 October 2024

Accepted: 14 January 2026

Published: 19 March 2026

**Publisher's Note:** JAPS stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



**Copyright:** © 2026 by the authors. Submitted for possible open access publication under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Roch Modeste MILLOGO <sup>1,\*</sup>, Douba NABIE <sup>1</sup>, Bruno LANKOANDE <sup>1</sup>, Mahamadi TASSEMBEDO <sup>2</sup>, Nadine TAMBOURA BAMOGO <sup>3</sup>, Melinda MUNOS <sup>4</sup>, Abdoulaye MAIGA <sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP)/ Université Joseph KI-ZERBO, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>2</sup> Direction de la Promotion et de l'Éducation pour la Santé / Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, Ouagadougou, Burkina Faso

<sup>3</sup> Global financing facility (GFF) / World bank

<sup>4</sup> Department of International Health, Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, United States of America

\* Correspondance : rochmillogo@gmail.com

### Résumé

**Contexte.** L'objectif de cette étude était d'analyser les évolutions et les inégalités de couverture contraceptive moderne à la lumière des politiques et programmes de planification familiale (PF) au Burkina Faso.

**Méthodes.** Nous avons réalisé des analyses descriptives et des modèles de régressions pour examiner les tendances et inégalités socioéconomiques de la couverture contraceptive à partir des données de politiques et programmes de PF, et de douze enquêtes démographiques et de santé (EDS et PMA2020) sur la période 2010-2021.

**Résultats.** Nonobstant la hausse de la couverture et la réduction des inégalités, à la faveur de la politique de gratuité, les populations pauvres, non-instruites ou vivant en milieu rural ont toujours une faible couverture de PF.

**Conclusion.** Il y a une nécessité de jouer à la fois sur le levier de l'offre, dont la gratuité de services de qualité, mais aussi le levier de la demande de service, via la promotion de la PF, dans l'optique d'un accès universel aux services de santé.

**Mots clés :** Contraception moderne, Besoins non satisfaits en PF, Politiques de PF, Burkina Faso

### Abstract

**Background.** The aim of this study was to analyze the trends and inequalities in the coverage of modern contraceptive methods in the light of family planning (FP) policies and programs in Burkina Faso.

**Methods.** We performed descriptive analyses and regression models to examine the trends and socioeconomic inequalities in contraceptive coverage using data from FP policies and programs, and twelve demographic and health surveys (DHS and PMA2020) over the period 2010-2021.

**Results.** Notwithstanding the increase in coverage and the reduction in inequalities, thanks to the policy of free care service, the poor, non-educated and rural populations still experience low FP coverage.

**Conclusion.** There is a need to address both supply issues, including free quality services, as well as service demand issues, via the promotion of FP, with a view to achieving universal access to health services.

**Keywords:** Modern contraception, Unmet needs, Family planning policy, PF, Burkina Faso

## 1. Introduction

La baisse de la fécondité en Afrique Sub-Saharienne (ASS) demeure lente malgré les programmes de planification familiale et la disponibilité des moyens modernes de contraception. 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) [1,2]. 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 [3,4]. L'ASS est aussi caractérisée par la précocité de l'entrée en union, des naissances précoces et nombreuses 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 [5,6]. Par ailleurs, presque toutes les recherches lient la réduction de la fécondité à une utilisation de plus en plus accrue de la contraception moderne.

Les pays d'Amérique latine et d'Asie ont bénéficié de gros financements de la part de la communauté internationale dans les années 1970 et 1980 pour leur besoin en contraception. Cependant, suite au changement de paradigme [7] et quelques abus (avortements et stérilisations forcés) [8,9], la communauté internationale lors de la conférence du Caire de 1994 a décidé de faire moins de fixation sur la Planification Familiale (PF). Elle est ainsi devenue une composante de la Santé Sexuelle et Reproductive qui est étroitement liée aux droits des citoyens en particulier les femmes. Toutefois, avec la survenue de la pandémie du VIH/Sida au début des années 1990, les priorités ont été revisitées pour fonder la planification familiale dans la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR) après la Conférence du Caire. Face au niveau encore élevé de la fécondité et une forte proportion de besoins non satisfaits, des organisations internationales ainsi que la communauté scientifique plaident un accroissement des investissements, ainsi que la mise en œuvre de politiques et programmes de PF adaptés pour une véritable transition de la fécondité [10,11]. On note par exemple à Ouagadougou que 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 [12].

La première politique de population avec référence à la planification familiale au Burkina Faso fut adoptée en 1986, à la suite de la création du Conseil National de Population en 1983 [13]. Cette politique n'a pas connu de succès par manque de financement et de volonté politique [13]. C'est au début des années 2010 que le pays s'est investi conséquemment en initiant plusieurs plans et politiques nationaux. On observe une tendance à la hausse de la couverture de contraception moderne passant de 12% en 2010 à 32% en 2021. Toutefois, il n'y a pas d'évidences concernant les gains et les changements de la couverture de la contraception moderne avec les politiques et stratégies mises en œuvre [14,15].

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. Quelles sont les politiques et programmes adoptés en faveur de la PF depuis le nouvel intérêt pour la thématique ? quelles pourraient être leurs contributions dans le progrès en matière de la PF au cours de cette dernière décennie ? L'objectif de cette étude est d'analyser les changements dans la couverture de planification familiale 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.

## 2. Données et méthodes

### 2.1. Données

Nous avons utilisé deux types de données dans cette étude. Nous avons d'abord exploité les rapports et documents relatifs aux politiques et programmes de PF au Burkina Faso. Dans un second temps, les données d'enquête en l'occurrence les Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) et les données de Performance Monitoring for Action (PMA2020) ont été utilisées pour des analyses quantitatives [16,17].

Ce sont au total 10 données d'enquêtes, soit 02 enquêtes EDS ( EDS 2010 et 2021) et 08 enquêtes PMA2020 (rounds 1 à 6 et les phases 1 et 2) qui ont été mobilisées. Ces données ont permis de constituer une série temporelle couvrant la période 2010 à 2021 en vue d'analyser l'évolution et les changements dans le temps des indicateurs de contraception moderne. Contrairement à d'autres études qui ne tiennent compte que des femmes en union, dans cette étude nous avons ciblé

les femmes sexuellement actives c'est-à-dire celles de 15-49 ans qui ont eu au moins un rapport sexuel au cours des 30 derniers jours. Ce choix à l'avantage d'exclure du dénominateur les femmes en union qui n'ont pas régulièrement de rapport sexuel et d'y inclure les femmes hors-union et actives sexuellement telles les femmes célibataires et les adolescentes caractérisées par une fécondité précoce et élevée [5]. Le tableau 1 présente la distribution de l'échantillon des différentes enquêtes ainsi que celle de la base de données complète. Il met en évidence un faible taux de valeurs manquantes dans l'ensemble (0,9%). Ces valeurs manquantes sont observées pour la prévalence contraceptive moderne, les besoins non satisfaits ainsi que le niveau d'instruction et concernent principalement les rounds 1 à 4 des enquêtes PMA conduites entre 2014 et 2016.

Tableau 1 : Distribution de l'échantillon (en %) et des taux de non réponse par variable d'analyse et par enquête

|                                  | Enquêtes          | 2010EDS | 2014R1 | 2015R2 | 2016R3 | 2016R4 | 2017R5 | 2018R6 | 2020P1 | 2021EDS | 2021P2 | Ensemble |
|----------------------------------|-------------------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|--------|----------|
| Milieu                           | Urbain            | 27,93   | 41,86  | 45,85  | 45,98  | 46,12  | 42,97  | 43,70  | 56,41  | 32,85   | 55,59  | 39,00    |
|                                  | Rural             | 72,07   | 58,14  | 54,15  | 54,02  | 53,88  | 57,03  | 56,30  | 43,59  | 67,15   | 44,41  | 61,00    |
| Groupe d'âge                     | 15-24 ans         | 30,32   | 31,29  | 30,99  | 33,40  | 31,13  | 30,31  | 31,13  | 30,40  | 29,76   | 30,28  | 30,50    |
|                                  | 25-34 ans         | 36,56   | 38,65  | 38,25  | 36,74  | 37,66  | 38,01  | 36,89  | 36,32  | 34,39   | 36,20  | 36,20    |
|                                  | 35-49 ans         | 33,12   | 30,06  | 30,76  | 29,86  | 31,21  | 31,68  | 31,98  | 33,27  | 35,86   | 33,52  | 33,40    |
| Besoins non satisfaits           | Non               | 77,59   | 59,78  | 66,19  | 69,31  | 68,83  | 78,46  | 78,98  | 80,12  | 85,90   | 83,41  | 79,00    |
|                                  | Oui               | 22,41   | 33,80  | 28,28  | 26,26  | 25,64  | 21,54  | 21,02  | 19,88  | 14,10   | 16,59  | 20,10    |
|                                  | Manquants         | 0,00    | 6,42   | 5,53   | 4,43   | 5,53   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00   | 0,90     |
| Prévalence contraceptive moderne | Non               | 82,72   | 73,09  | 66,99  | 65,97  | 64,90  | 64,33  | 62,57  | 60,75  | 65,02   | 57,60  | 68,90    |
|                                  | Oui               | 17,28   | 20,49  | 27,48  | 29,60  | 29,57  | 35,67  | 37,43  | 39,25  | 34,98   | 42,40  | 30,20    |
|                                  | Manquants         | 0,00    | 6,42   | 5,53   | 4,43   | 5,53   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00   | 0,90     |
| Statut matrimonial               | En union          | 91,63   | 91,42  | 85,54  | 86,33  | 84,42  | 86,48  | 85,24  | 85,37  | 88,04   | 84,58  | 88,00    |
|                                  | Non en union      | 8,36    | 8,58   | 14,45  | 13,67  | 15,58  | 13,52  | 14,76  | 14,62  | 11,96   | 15,41  | 12,10    |
| Niveau de vie                    | Non pauvres       | 56,51   | 55,63  | 53,80  | 53,19  | 54,25  | 55,30  | 53,92  | 41,87  | 56,72   | 42,28  | 53,20    |
|                                  | Pauvres           | 43,49   | 44,37  | 46,20  | 46,66  | 45,75  | 44,70  | 46,08  | 58,13  | 43,28   | 57,72  | 46,70    |
|                                  | Manquants         | 0,00    | 0,00   | 0,00   | 0,15   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00   | 0,00     |
| Instruction de la femme          | Instruites        | 78,29   | 64,51  | 61,64  | 57,63  | 59,37  | 61,27  | 57,19  | 51,42  | 65,41   | 48,80  | 64,60    |
|                                  | Non instruites    | 21,71   | 29,13  | 33,18  | 38,32  | 35,40  | 38,73  | 42,81  | 48,58  | 34,59   | 51,20  | 34,60    |
|                                  | Manquants         | 0,00    | 6,36   | 5,18   | 4,06   | 5,23   | 0,00   | 0,00   | 0,00   | 0,00    | 0,00   | 0,80     |
| Parité                           | Nullipare         | 11,88   | 10,92  | 12,85  | 15,55  | 17,59  | 14,24  | 14,10  | 15,15  | 13,95   | 14,92  | 13,75    |
|                                  | 1-2 enfants       | 26,63   | 33,27  | 30,88  | 32,31  | 29,17  | 32,40  | 34,09  | 33,49  | 28,95   | 32,19  | 29,86    |
|                                  | 3-4 enfants       | 24,31   | 27,15  | 25,29  | 23,03  | 24,82  | 25,35  | 24,14  | 25,83  | 26,89   | 26,70  | 25,51    |
|                                  | 5 enfants et plus | 37,19   | 22,24  | 25,81  | 25,06  | 28,39  | 28,01  | 27,67  | 25,50  | 30,21   | 26,19  | 30,30    |
|                                  | Manquant          | 0,00    | 6,42   | 5,18   | 4,06   | 0,04   | 0,00   | 0,00   | 0,02   | 0,00    | 0,00   | 0,58     |
| Exposition aux média             | Non               | 25,27   | 34,68  | 31,57  | 31,14  | 29,80  | 19,49  | 26,56  | 24,90  | 29,04   | 25,09  | 27,04    |
|                                  | Oui               | 74,73   | 65,32  | 68,43  | 68,86  | 70,20  | 80,51  | 73,44  | 75,10  | 70,96   | 74,91  | 72,96    |
|                                  | Effectif          | 14556   | 1713   | 1736   | 2662   | 2695   | 2781   | 2602   | 5121   | 14616   | 5033   | 53515    |

## 2.2. Méthodes

Nous avons réalisé des analyses sur les tendances et les inégalités socioéconomiques de la couverture de la contraception moderne ainsi que des besoins non satisfaits en matière de PF. Les inégalités sont mesurées à travers l'âge ; le

niveau d'éducation ; le statut matrimonial ; le niveau de vie du ménage et le contexte (Urbain/Rural). La parité de la femme et l'exposition aux médias sur PF sont considérés comme variables de contrôle. Le quintile de niveau de vie a été segmenté en deux catégories. Les quintiles 1 à 3 ont été regroupés dans la catégorie des ménages pauvres, alors que les ménages non-pauvres sont constitués des quintiles 4 et 5. Cela répond à des nécessités de puissance statistique de taille d'échantillon et d'interprétabilité des résultats. Pour la même raison, le statut matrimonial est catégorisé en femmes en union et non-union.

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 de 15 à 49 ans sexuellement actives au cours des 30 derniers jours qui utilisent des moyens de contraception moderne. Cet indicateur permet de mesurer le niveau de couverture de la contraception moderne. L'indicateur de besoins non satisfaits est défini comme la proportion de femmes fécondes âgées de 15 à 49 ans qui ne veulent plus d'enfants ou qui souhaitent retarder la prochaine naissance, ou qui voulaient retarder ou ne plus avoir d'enfants au moment de leur dernière grossesse mais qui n'utilisent pas de méthode contraceptive. Ces définitions sont standards, utilisées parmi les indicateurs de base FP2020 [18]. La prévalence contraceptive moderne à l'avantage de mesurer directement la couverture et est comparable entre EDS et PMA2020. Le taux de besoin non satisfaits permet de mesurer le manque à gagner par rapport à la couverture de la PF. Pour assurer la comparabilité de l'indicateur des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, la méthode utilisée dans les enquêtes PMA [19] a été appliquée aux données EDS mobilisées. Les changements dans le temps et entre les catégories sociales et contextuelles suivant les variables d'intérêt sont constatés d'abord dans une analyse bivariable 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 ou d'un paquet de plans et politiques de PF est estimé à partir d'une variable qui renseigne sur le début de la mise en œuvre. Par exemple, l'effet de la gratuité de la PF entrée en vigueur en février 2019 va être mesuré par une variable binaire qui prend la valeur 1 dans les données collectées à partir de 2019 et 0 pour celles recueillies jusqu'en 2018. En outre, les politiques et plans en faveur de la PF sont passés par différentes phases qui ont guidé l'analyse des résultats. Chaque phase peut comprendre une ou plusieurs stratégies (plans et politiques) (cf. Tableau 2). Pour mesurer les changements et les effets de ces différentes politiques, des modèles de régression logistique ont été mis en œuvre compte tenu de la nature dichotomique des variables d'intérêt. Tous les effets des politiques sont contrôlés en prenant en compte les facteurs individuels et contextuels des femmes. De façon générale, les modèles de régression logistique s'écrivent :

$$Y_i = \begin{cases} 1 & \text{si } Y_i^* = X_i\beta + u_i \geq 0 \\ 0 & \text{si } Y_i^* = X_i\beta + u_i < 0 \end{cases}$$

Où  $Y^*$  est une variable latente inconnue. Par convention la modalité de référence de la variable dépendante est mise à zéro.  $Y_i$  représente l'utilisation ou non de la contraception moderne ou si la femme a un besoin non satisfait ou pas.  $X_i$  représente l'ensemble des variables explicatives telles que l'âge, le niveau d'instruction, le niveau de vie, le statut matrimonial et les différents groupes de politiques regroupées en variables dichotomiques.

Toutefois, les données ont été pondérées et les différentes variables créées à partir de la date de mise en œuvre ont été introduites progressivement et les effets d'interactions entre les différentes politiques ont été mesurés. Au total neuf (09) modèles de régression logistique multivariés ont été mis en œuvre (voir Annexe 1). Les courbes de ROC ainsi que les aires sous ces courbes (AUC) sont présentées en Annexe 2 (prévalence contraceptive moderne) et Annexe 3 (besoins non satisfaits). Les AUC sont au-delà de 70% pour la PF et au-delà de 60% pour les BNS en PF, ce qui est acceptable en termes de qualité de la prévision de nos modèles. Toutes les analyses sont faites à l'aide du logiciel stata 18.

Tableau 2: Regroupement des différentes stratégies et politiques par variable temporelle

| Variable                                        | Intitulé de la politique |                                                                                                   |
|-------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Politique 1: stratégies de la période 2011-2015 | 1                        | Plan de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006-2015                                         |
|                                                 | 2                        | Plan national stratégique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction 2009-2015 |
|                                                 | 3                        | Politique nationale de population 2010-2030                                                       |
|                                                 | 4                        | Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020                                         |
|                                                 | 5                        | Partenariat de Ouagadougou 2011-2015                                                              |

|                                         |   |                                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                         | 6 | Plan national de relance de la planification familiale 2013-2015                                                                                              |
| Politique 2: Stratégies de 2015         | 1 | Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020                                                                                                |
| Politique 3: Stratégies de 2016         | 1 | Politique nationale de gratuité des soins au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes 2016                                             |
|                                         | 2 | Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020                                                                                         |
| Politique 4: Stratégies de 2017-2018    | 1 | Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020 |
|                                         | 2 | Plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH/Sida 2017-2020                                                                                       |
|                                         | 3 | Plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020                                                                                          |
|                                         | 4 | Politique sectorielle santé 2017-2026                                                                                                                         |
| Politique 5: Stratégies de 2019 et plus | 1 | Politique de gratuité de la PF                                                                                                                                |
|                                         | 2 | Plan national de développement économique et social 2021-2025                                                                                                 |
|                                         | 3 | Plan national de développement sanitaire 2021-2030                                                                                                            |
|                                         | 4 | Plan national de la planification familiale 2021-2025                                                                                                         |

### 2.3. Politiques et plans nationaux de la Planification Familiale au Burkina Faso au cours des 10 dernières années

Le Burkina Faso a souscrit à de nombreux engagements et initiatives mondiaux et africaines de promotion de la planification familiale qui ont connu un certain regain au milieu des années 2000. Dans cette perspective, plusieurs politiques et plans de planification familial ont été mis en œuvre au cours de la dernière décennie afin d'accroître le niveau de couverture en matière de contraception. Les stratégies en rapport avec ces politiques et plans ont été élaborées et mises de façon graduelle et complémentaire, en commençant par la mise à disposition et la pérennisation des contraceptifs modernes avant d'entamer à partir de 2015 la prise en compte des spécificités (adolescentes, gratuité, etc.). Les années 2011, 2015, 2016, 2017 et 2019 sont considérées comme des périodes charnières au regard des politiques, programmes et stratégies de planification familiale qui les ont caractérisées (Tableau 2). La figure ci-dessous résume les politiques, plans et initiatives incluant des composantes de planification familiale élaborés et mis en œuvre depuis 2010.

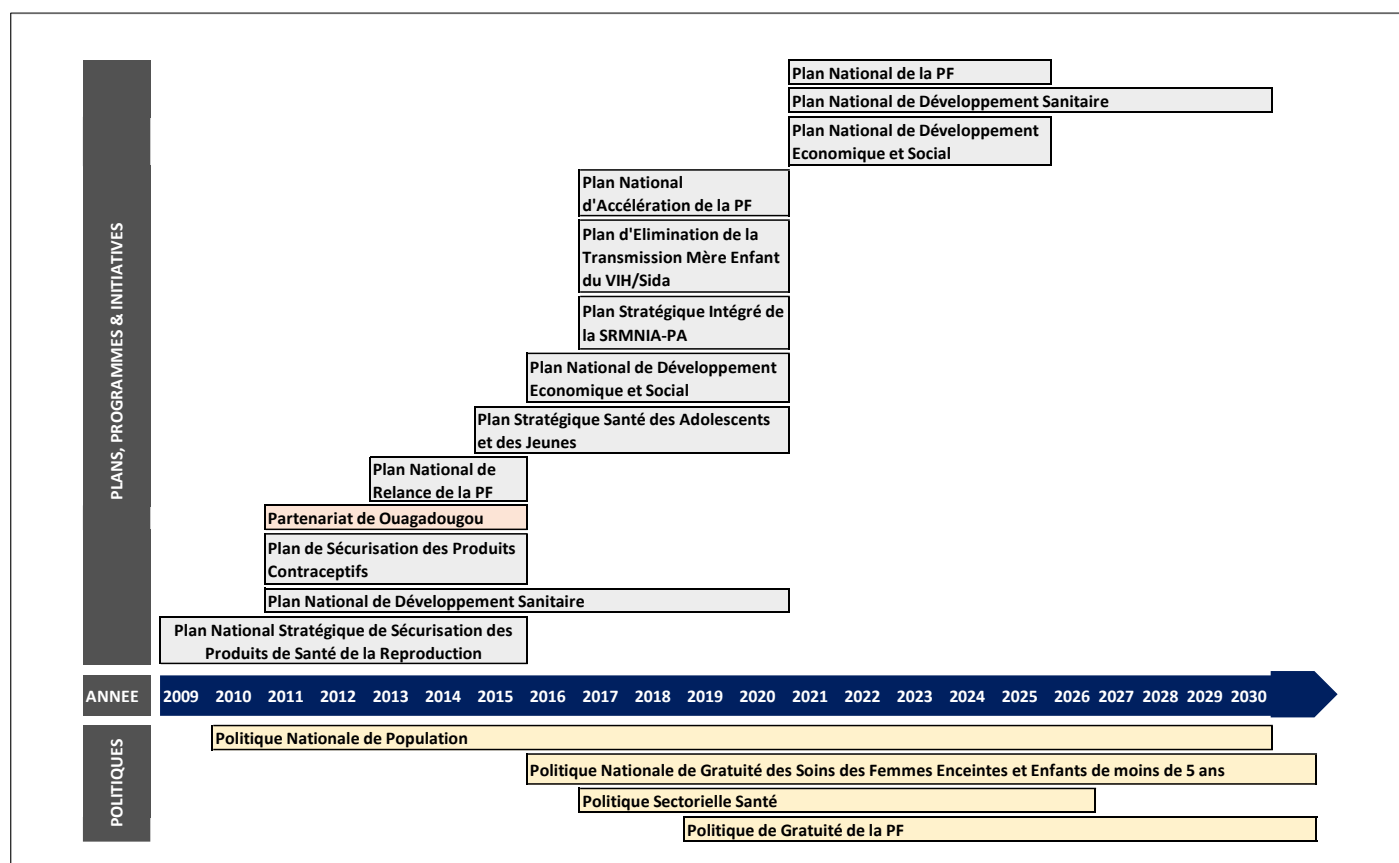


Figure 1. Elaboration et mise en œuvre au cours du temps des politiques, plans et stratégies incluant la planification familiale au Burkina Faso

### 2.3.1. Les stratégies de la période 2011-2015

- Le Plan de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006-2015

Elaboré en 2006, le plan de sécurisation des produits contraceptifs 2006-2015 avait pour objectif de garantir la disponibilité pérenne des produits contraceptifs et l'offre de services de qualité, à travers le financement pérenne des produits de PF, l'amélioration de la qualité des services de PF fournis aux clients, l'amélioration de la gestion de la logistique contraceptive et le développement d'actions efficaces pour promouvoir l'utilisation des méthodes contraceptives. [20].

- Le Plan national stratégique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction 2009-2015

Ce plan a été élaboré en 2009 et visait à assurer une disponibilité pérenne et une utilisation rationnelle selon les besoins du client en mettant en place des services et des produits essentiels de Santé de la Reproduction (SR) de qualité en temps voulu et en tout lieu [21]. Son objectif était de garantir la disponibilité des produits de SR et l'offre de services de qualité dans le domaine de la SR.

- La Politique nationale de population 2010-2030

Cette politique nationale a été élaborée en 2010 couvrant la période 2010-2030 [22]. Elle a pour objectif de contribuer à une meilleure qualité de vie des populations en réduisant le taux de croissance démographique à 2,25% en 2030 pour un développement humain durable. Prenant en compte la planification familiale, à travers la promotion de l'utilisation des services de la reproduction et de la PF, il vise à réduire l'indice synthétique de fécondité de 6,2 enfants par femme en 2006 à 3,6 en 2030 ; réduire la contribution des adolescentes à la fécondité totale de 55% d'ici 2030 et accroître le taux de prévalence contraceptive de 1,5 points par an, soit un taux de 51,5% en 2030.

- Le Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020

Ce Plan 2011-2020 a été élaboré en 2011 et couvrait la période 2011-2020 [23]. A travers l'axe d'intervention « Renforcement de l'offre de services de qualité en faveur de la santé de la mère et de l'enfant », l'objectif est d'assurer une offre de soins en matière de la santé de la reproduction à tous les niveaux du système de santé et de poursuivre le repositionnement de la planification familiale.

- Le partenariat de Ouagadougou 2011-2015

Le Partenariat de Ouagadougou lancé en 2011 visait à accélérer les progrès dans l'utilisation des services de PF au Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal et Togo [24]. L'objectif principal était d'atteindre au moins un million de nouvelles utilisatrices de méthodes de PF dans les neuf pays concernés, en catalysant les efforts en faveur de la PF dans la sous-région à travers la création de la demande de PF, le renforcement de l'offre de PF, la création d'un environnement propice à la PF et le renforcement de la coordination et du suivi des interventions.

- Le plan national de relance de la planification familiale 2013-2015

Elaboré en 2013, ce plan avait pour objectif d'atteindre une prévalence contraceptive moderne de 25% pour les femmes en union en 2015 qui se situait à 15 % en 2010 [25]. Les actions concernaient la disponibilité des produits, l'accès aux services de PF et la création de la demande de PF.

### 2.3.2. Les stratégies de 2015

- Le Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020

Le plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020 a été élaboré en 2015 et a couvert la période 2015-2020 [26]. Le but était de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population du pays et en réduisant la mortalité et la morbidité chez les adolescents et les jeunes d'ici 2020. Il comprend un axe sur la PF dont le but est de réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non désirées chez les adolescentes et les jeunes de 20% et réduire le taux des avortements clandestins chez les adolescentes et les jeunes de 10%.

### 2.3.3. Les stratégies de 2016

- La Politique nationale de gratuité des soins au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes 2016

En 2016, le Gouvernement a instauré la gratuité, une politique de remplacement des frais d'utilisation, visant à augmenter l'accès et le recours aux services de soins de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans [27]. Elle a pour objectif de réduire les obstacles financiers et améliorer l'accès aux services de santé reproductive, de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Même s'ils ne sont pas mis en œuvre en 2016, cette politique comprend des services de planification familiale gratuits.

- Le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020

Il se fixe comme objectif global de transformer structurellement l'économie burkinabè, pour une croissance forte, durable, résiliente, inclusive, créatrice d'emplois décents pour tous et induisant l'amélioration du bien-être social. Il prend en compte la PF dont les principaux défis se résument à l'amélioration de la qualité de l'offre de services de santé, à l'accroissement de l'accès aux services de santé dans le processus d'accélération de la transition démographique pour déclencher le dividende démographique [28].

### 2.3.4. Les stratégies de 2017-2018

- Le Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020

Le Plan SRMNIA-PA 2017-2020 a été élaboré en 2017 et avait pour objectif de contribuer d'ici à l'horizon 2020, à l'amélioration de l'état de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, de l'adolescent, du jeune et de la personne âgée [29]. La PF est abordée comme un axe transversal dont l'objectif était de réduire le nombre de grossesses précoces et/ou non désirées chez les adolescentes et les jeunes de 50% et d'accroître le taux de la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union de 22,5% en 2015 à 32% en 2020.

- Le Plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH/Sida 2017-2020

Le plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH/Sida 2017-2020 avait pour but de contribuer à l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant en réduisant la morbidité et la mortalité liée au VIH [30]. Son objectif principal était de réduire la transmission mère-enfant du VIH à 2% d'ici à fin 2020 dont un des objectifs spécifiques était d'augmenter de 5% à 60% la proportion de femmes utilisatrices des services de PF qui réalisent le dépistage du VIH. Il ambitionnait atteindre 40% des femmes mariées/en union utilisatrices des contraceptifs modernes (23% en 2015).

- Le Plan national d'accélération de la planification familiale (PNAPF) 2017-2020

Le PNAPF 2017-2020 a été élaboré et mis en œuvre dans la perspective d'augmenter la prévalence contraceptive moderne de 22,5% en 2015 à 32% en 2020 chez les femmes en union afin de contribuer à l'amélioration de la santé des populations[31]. Il prend en compte les stratégies déjà mises en œuvre dans le pays, comme le PNDES 2016-2020, le PNDS 2011-2020, le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2009-2015 ainsi que le Plan de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006-2015.

- La Politique sectorielle santé 2017-2026

Elaboré en 2017, la politique sectorielle santé 2017-2026 a pour objectif général d'améliorer l'état de santé de la population avec pour impacts de réduire les morbidités et la mortalité, augmenter l'espérance de vie à la naissance et améliorer le bien-être de la population [32]. Il ambitionne renforcer les services de santé maternelle, de la PF, de la prévention et la prise en charge de la malnutrition, l'accélération de la transition démographique par la mise en œuvre du plan d'accélération de la PF, l'amélioration de l'état de santé des adolescentes et des adolescents.

### 2.3.5. Les stratégies de 2019 et plus

- La politique de gratuité de la PF

La Gratuité des soins a été étendue aux services de planification familiale en 2019 » [33]. Destiné à toute personne sexuellement active, la gratuité comprend des méthodes contraceptives à longue et courte durée d'action, des soins curatifs ambulatoires pour la gestion des effets secondaires indésirables et des soins curatifs hospitalisés en cas de complications.

- Le Plan national de développement économique et social (PNDES) 2021-2025

Le deuxième PNDES se fixe comme objectif global de rétablir la sécurité et la paix, de renforcer la résilience de la nation et de transformer structurellement l'économie burkinabè, pour une croissance forte, durable et inclusive [34]. Un des objectifs est d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de PF, d'information et d'éducation, et veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux.

- Le Plan national de développement sanitaire 2021-2030

Le PNDS 2021-2030 se fixe comme objectif global d'améliorer l'état de santé de la population dont l'un des objectifs est d'améliorer la disponibilité et l'utilisation des paquets de services essentiels, intégrés, de qualité et à haut impact, en particulier les services de SRMNEA-N [35]. Il a été élaboré en 2021 et couvre la période 2021-2030.

- Le Plan national de la planification familiale 2021-2025

Elaboré en 2021, ce plan ambitionne d'améliorer l'environnement et les prestations d'offre de contraception destinées aux adolescents et jeunes dans des points de prestation de services. Il vise à renforcer la qualité et la sécurité des services de PF, à améliorer la disponibilité des produits contraceptifs, des équipements et matériels médicaux techniques, l'accessibilité des services de SR/PF y compris dans les zones à sécurité précaire, l'implication des ministères connexes, des institutions et du secteur privé, la disponibilité et l'application des politiques et textes législatifs et réglementaires en faveur de la SR/PF et accroître les financements domestiques/endogènes en faveur de la PF [36].

## 3. Résultats

### 3.1. Utilisation de la Planification Familiale : Evolution au cours de la dernière décennie

La dernière décennie (2010-2021) est caractérisée par une hausse continue de la prévalence contraceptive avec trois phases distinctes. On observe une hausse modérée (3 points de pourcentage) entre 2010 et 2014, suivie d'une forte accélération de la prévalence contraceptive entre 2014 et 2017 (14 points de pourcentage). Contrairement aux deux précédentes périodes, la proportion de femmes sexuellement actives utilisatrices de méthodes modernes se stabilise entre 2017 et 2021. Le graphique des odds ratios confirme ces différentes phases et tendances de couverture de la contraception moderne.

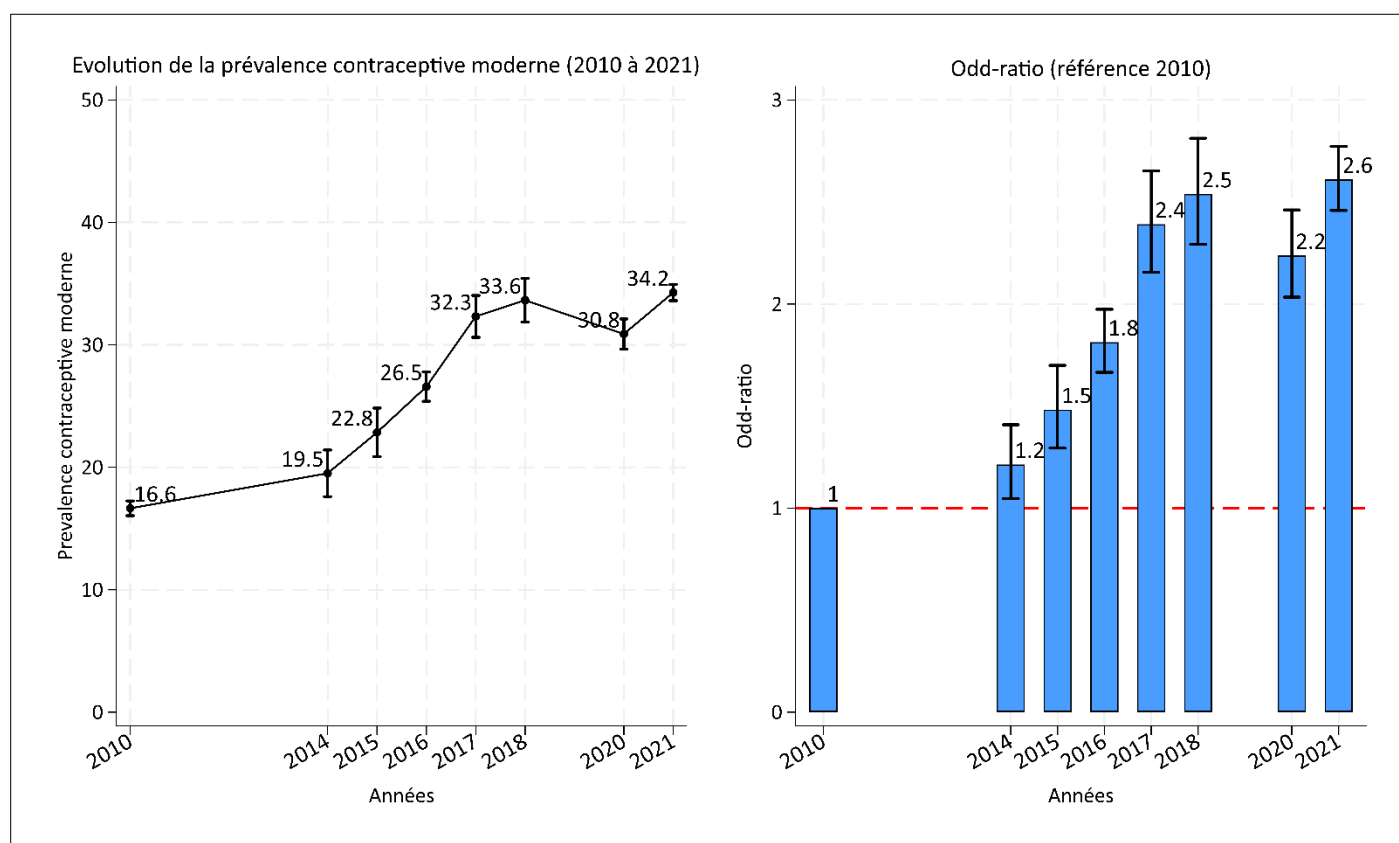


Figure 2. Tendance de la prévalence contraceptive moderne, 2010-2021

Les tendances observées selon les catégories socioéconomiques vont globalement dans le même sens que les tendances générales observées mais avec une avance des catégories socioéconomiques supérieures (Figure 2). Les non-instruites (vs instruites), les pauvres (vs les autres), en unions (vs hors-unions) et celles qui habitent le milieu rural (vs urbain) ont des prévalences contraceptives de catégories inférieures à leurs consœurs mais qui augmentent dans le temps. Globalement, deux phases distinctes sont constatées dans les tendances selon les catégories socioéconomiques, une forte croissance avant 2017 et une croissance modérée voire constante après. En ce qui concerne le niveau de vie et l'instruction la prévalence contraceptive est passée de 09% à 29% pour les pauvres vs 28 à 42% pour les non-pauvres et 11% à 27% pour les non-instruites vs 37% à 46% pour les instruites et reste constante à partir de cette date (chevauchement des intervalles de confiance). En ce qui concerne l'union, la prévalence contraceptive est passée de 15% à 30% entre 2010 et 2017 chez les femmes en union et 35% à 53% chez celles qui ne sont pas en union. L'écart moyen annuel entre pauvres et non-pauvres est de 17 points de pourcentage avant 2018 et de 13 points après. Pour les non-instruites et instruite et celles en union et hors-union il est respectivement de 20% et 23% avant 2017 et 17% et 25% après. Une légère différence est constatée avec le milieu de résidence où les phases diffèrent entre urbain et rural. Si le milieu rural suit les deux phases déjà évoquées (la prévalence y augmente de 11% à 29 entre 2010 et 2017 et reste constante après), en milieu urbain la prévalence contraceptive est passée de 35% en 2010 à 45% en 2015 et est restée constante après. Par ailleurs, l'écart moyen annuel entre les deux milieux est de 23% avant 2017 et de 16% après. L'écart entre les catégories inférieures et supérieures qui était important avant les engagements politiques de la décennie semblent se réduire au fil du temps.

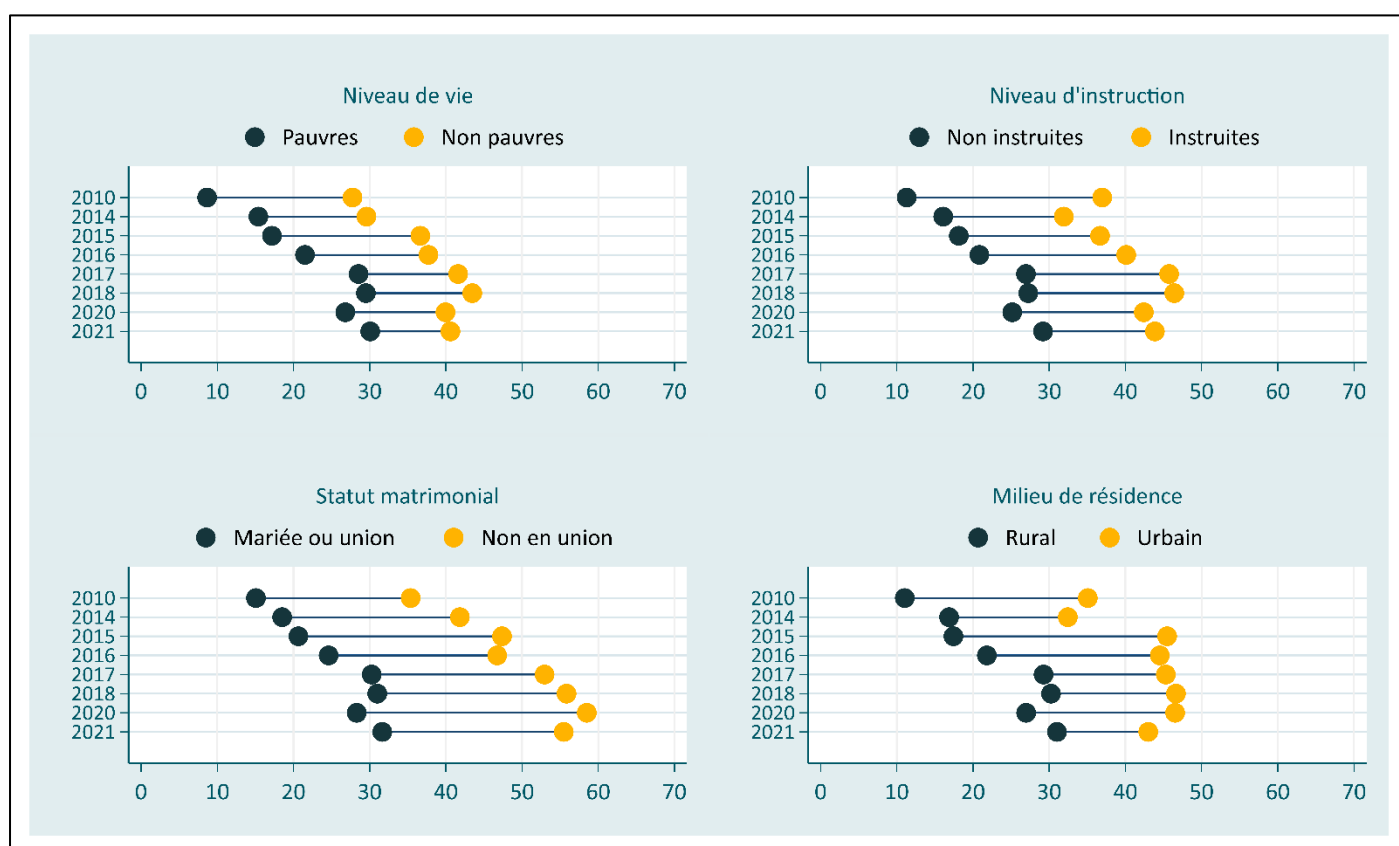


Figure 3. Tendence de la prévalence contraceptive moderne selon les catégories socioéconomiques, 2010-2021

### 3.2. Besoins non satisfaits de la Planification Familiale : tendance au cours de la dernière décennie

L'évolution des taux de besoins non satisfaits (BNS) en matière de PF au cours de la dernière décennie a connu trois phases distinctes. La première est marquée par une hausse rapide (13% entre 2010 et 2014), suivie d'une phase de baisse modérée jusqu'en 2020 (entre 2017 et 2020 le taux est resté statistiquement constant autour de 24%, même niveau qu'en 2010) (Figure 3). La dernière phase est marquée par une baisse importante de 09% entre 2020 et 2021.

Le schéma de la tendance des besoins non satisfaits (BNS) est similaire à celui de la tendance générale. Il présente quel que soit la variables socioéconomiques trois phases distinctes, une première période marquée par une hausse importante de besoins de PF entre 2010 et 2014 suivie par une baisse modérée jusqu'en 2020 et une baisse importante après. En effet, le taux de BNS a connu une hausse entre 2010 et 2014 de 18% pour les pauvres (vs 09% non-pauvres), 16% pour les non-instruites (vs 14% pour les instruites), 15% pour les femmes en unions (vs 12% pour les autres), 17% pour le milieu rural (vs 09% en milieu urbain). Cette première période est aussi marquée par un faible écart entre les catégories socioéconomiques inférieures et supérieures (2% pour le niveau de vie et le milieu de résidence, 04% pour l'instruction et 07% pour le statut matrimonial). La phase de baisse modérée est marquée par une diminution annuelle moyenne comprise entre 1,7 point et 3,1 points de pourcentage pour toutes les catégories socioéconomiques. Par ailleurs, cette phase est caractérisée par un écart annuel moyen de 11 points entre les catégories de niveau de vie, 10 points pour celles du milieu de résidence, de 06 points pour l'instruction et d'un point pour le statut matrimonial. La dernière phase de la tendance est marquée par une baisse de 13% pour les pauvres (vs 06% pour les non-pauvres), 11% pour les non-instruites (vs 10% pour les instruites), 14% pour celles hors-unions (vs 09% en pour celles en union) et 12% pour celles du milieu rural (vs 03% en milieu urbain). Cette dernière phase est aussi caractérisée par une réduction des écarts. Mais, dans l'ensemble, les inégalités entre les groupes socioéconomiques favorisés et défavorisés semblent se maintenir dans le temps.

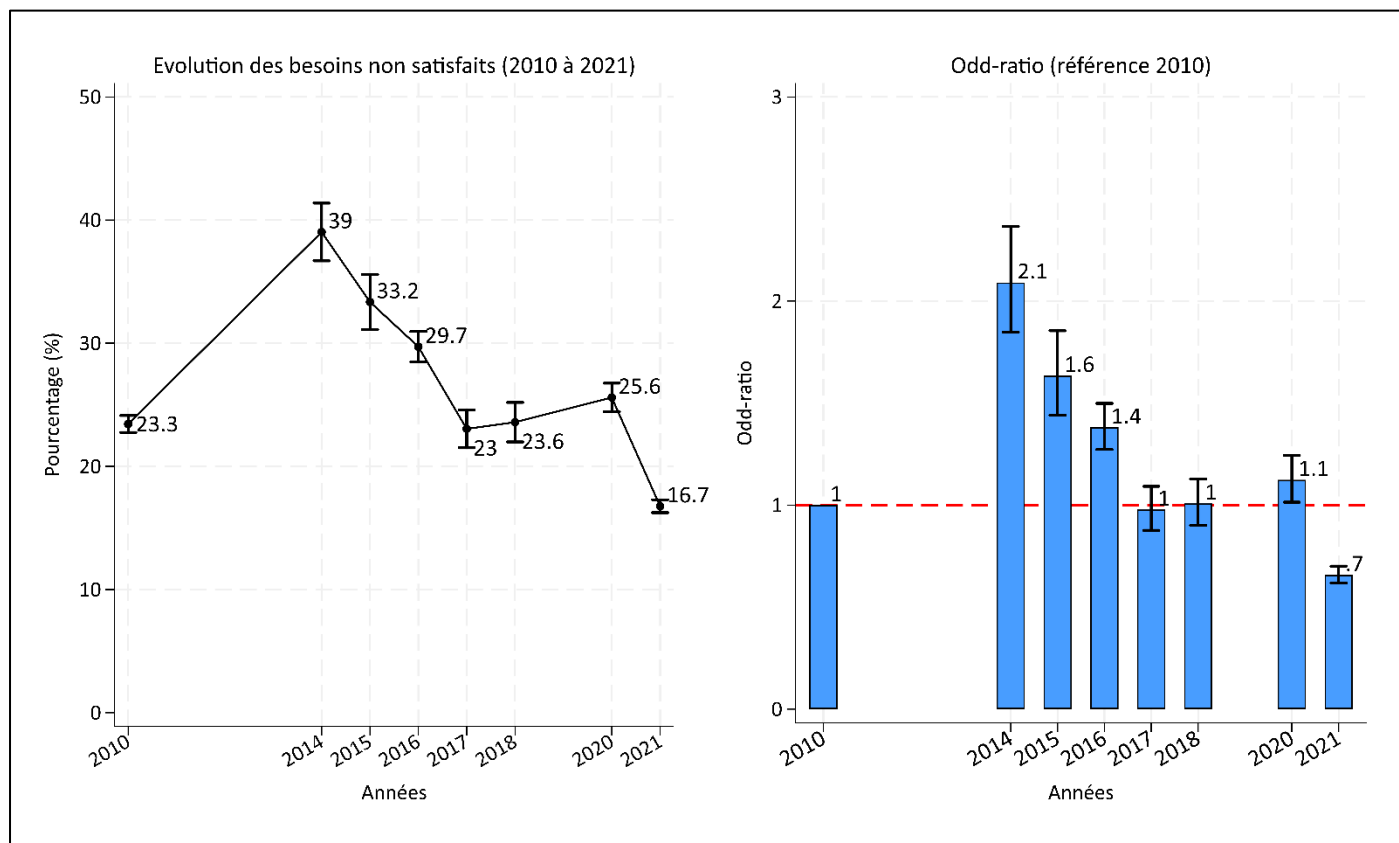


Figure 4. Évolution des besoins non satisfaits en matière de PF, 2010-2021

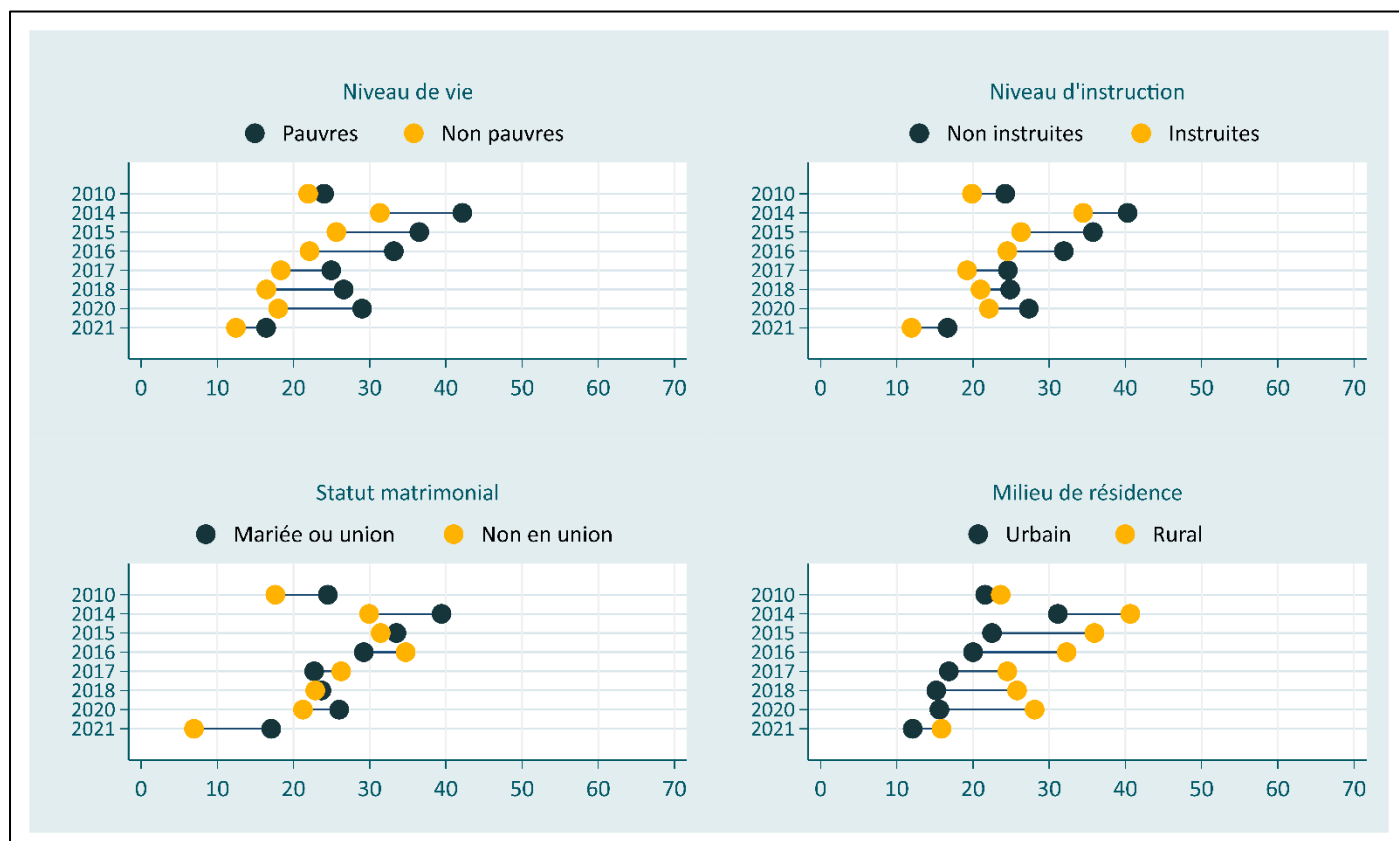


Figure 5. Tendence des besoins non satisfaits en matière de PF selon les catégories socioéconomiques, 2010-2021

### 3.3. Impact des récentes politiques de population sur la Planification Familiale

Comme constaté lors de l'analyse descriptive, la prévalence contraceptive semble connaître une hausse après l'entrée en vigueur d'un certain nombre de politiques en faveur de la PF. En effet, au Burkina Faso, la chance d'utilisation de la contraceptive de 2010 a plus que doublée en 2014 (OR 2,32) et l'effet de ces politiques semblent se maintenir au cours du temps (OR 1,45) (Tableau 3, Modèles 2-9). Par ailleurs, les politiques et stratégies adoptées en 2015 (Politique 2) seraient-elles aussi liées à un impact positif sur la couverture contraceptive, toutes choses égales par ailleurs (OR compris entre 1,28 et 1,67) (Tableau 3, Modèles 2, 4, 6, 8). En outre, comme les Politique 1 et 2, la Politique 3 (voir tableau 2) semble aussi avoir impactée positivement sur la prévalence contraceptive avec un odds ratios de 35% à la hausse par rapport à 2010 (Tableau 3, Modèles 4, 6, 8 et 9). Comme observé en analyse descriptive où la prévalence contraceptive stagne depuis sa dernière phase à partir de 2017, les Politiques 4 et 5 ne semblent pas encore avoir d'effet direct (Tableau 3, Modèles 6 et 8). La gratuité de la PF adoptée en 2018 ne semble pas encore avoir un effet majeur. Cependant, l'effet d'interaction des Politique 1 et 2, 2 et 3, 3 et 4 sont significatifs et non Politique 4 et Politique 5 (Tableau 3, Modèles 3, 5 et 7). Ces résultats confortent les trois phases observées dans la tendance de la couverture contraceptive (Figure 2).

Pour ce qui est des besoins non satisfaits (BNS) en matière de PF, toutes choses égales par ailleurs, les BNS ne semblent pas diminué, en effet l'odd ratio est statistiquement similaire entre 2014 et 2010 (Tableau 4, Modèle 1). Ce qui fait croire que la hausse observée en analyse descriptive est plutôt portée par les caractéristiques socioéconomiques que la variable Politique 1. Cependant, l'ajout successif des autres Politiques dans le modèle montre en réalité qu'il y'a une hausse de 86% du taux de BNS en 2014. Comme constaté en analyse descriptive, les Politiques 2 à 5 semblent conduire à la réduction des BNS (les odds ratios ont une baisse comprise entre 20% et 51%) qui ont connu une hausse à la suite de la Politique 1 (Tableau 4, Modèle 8). Tous les effets d'interactions des BNS en PF sont significatifs et tendent à être négatifs après les Politique 1. et vont dans le même sens que la tendance décrite en analyse descriptive, les odds ratios étant compris entre 0,44 et 0,77 (Tableau 4, Modèles 5, 7 et 9).

Tableau 3. Résultats de l'analyse multivariée-Prévalence contraceptive

1

| Modalités                   | Modèle (1) | Modèle (2) | Modèle (3) | Modèle (4) | Modèle (5) | Modèle (6) | Modèle (7) | Modèle (8) | Modèle (9) |
|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Non en union                | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| En union                    | 0.254***   | 0.255***   | 0.255***   | 0.254***   | 0.254***   | 0.254***   | 0.254***   | 0.254***   | 0.254***   |
| Instruites                  | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| Non instruites              | 0.507***   | 0.512***   | 0.512***   | 0.513***   | 0.513***   | 0.513***   | 0.513***   | 0.513***   | 0.513***   |
| Pauvres                     | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| Non pauvres                 | 1.371***   | 1.366***   | 1.366***   | 1.361***   | 1.361***   | 1.361***   | 1.361***   | 1.361***   | 1.361***   |
| Urbain                      | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| Rural                       | 0.684***   | 0.684***   | 0.684***   | 0.684***   | 0.684***   | 0.684***   | 0.684***   | 0.684***   | 0.684***   |
| 15-24 ans                   | 1.108***   | 1.111***   | 1.111***   | 1.113***   | 1.113***   | 1.113***   | 1.113***   | 1.113***   | 1.113***   |
| 25-34 ans                   | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| 35-49 ans                   | 0.689***   | 0.686***   | 0.686***   | 0.681***   | 0.681***   | 0.681***   | 0.681***   | 0.681***   | 0.681***   |
| Non exposées aux médias     | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| Exposées aux médias         | 1.455***   | 1.453***   | 1.453***   | 1.455***   | 1.455***   | 1.455***   | 1.455***   | 1.455***   | 1.455***   |
| Nullipare                   | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| 1-2 enfants                 | 2.691***   | 2.709***   | 2.709***   | 2.717***   | 2.717***   | 2.718***   | 2.718***   | 2.717***   | 2.717***   |
| 3-4 enfants                 | 4.136***   | 4.173***   | 4.173***   | 4.188***   | 4.188***   | 4.188***   | 4.188***   | 4.188***   | 4.188***   |
| 5 enfants et plus           | 5.017***   | 5.037***   | 5.037***   | 5.073***   | 5.073***   | 5.073***   | 5.073***   | 5.072***   | 5.072***   |
| Politique1=0                | 1          | 1          |            | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          | 1          |
| Politique1=1                | 2.324***   | 1.448***   |            | 1.448***   | 1.448***   | 1.448***   | 1.448***   | 1.448***   | 1.448***   |
| Politique2=0                |            | 1          |            | 1          |            | 1          | 1          | 1          | 1          |
| Politique2=1                |            | 1.668***   |            | 1.283***   |            | 1.283***   | 1.283***   | 1.283***   | 1.283***   |
| Politique1=0 # Politique2=0 |            |            | 1          |            |            |            |            |            |            |
| Politique1=0 # Politique2=1 |            |            | 1          |            |            |            |            |            |            |
| Politique1=1 # Politique2=0 |            |            | 1.448***   |            |            |            |            |            |            |
| Politique1=1 # Politique2=1 |            |            | 2.416***   |            |            |            |            |            |            |

|                             |          |                     |                     |                     |
|-----------------------------|----------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Politique3=0                | 1        | 1                   | 1                   | 1                   |
| Politique3=1                | 1.357*** | 1.344***            | 1.344***            | 1.344***            |
| Politique2=0 # Politique3=0 |          | 1                   |                     |                     |
| Politique2=0 # Politique3=1 |          | 1                   |                     |                     |
| Politique2=1 # Politique3=0 |          | 1.283***            |                     |                     |
| Politique2=1 # Politique3=1 |          | 1.741***            |                     |                     |
| Politique4=0                |          | 1                   | 1                   |                     |
| Politique4=1                |          | 1.011 <sup>ns</sup> | 1.022 <sup>ns</sup> |                     |
| Politique3=0 # Politique4=0 |          |                     | 1                   |                     |
| Politique3=0 # Politique4=1 |          |                     | 1                   |                     |
| Politique3=1 # Politique4=0 |          |                     | 1.344***            |                     |
| Politique3=1 # Politique4=1 |          |                     | 1.358***            |                     |
| Politique5=0                |          |                     | 1                   |                     |
| Politique5=1                |          |                     | 0.988 <sup>ns</sup> |                     |
| Politique4=0 # Politique5=0 |          |                     |                     | 1                   |
| Politique4=0 # Politique5=1 |          |                     |                     | 1                   |
| Politique4=1 # Politique5=0 |          |                     |                     | 1.022 <sup>ns</sup> |
| Politique4=1 # Politique5=1 |          |                     |                     | 1.009 <sup>ns</sup> |

<sup>ns</sup>  $p < 1$ , \*  $p < 0.10$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$

Tableau 4. Résultats de l’analyse multivariée-Besoins non satisfaits

| Modalités          | Modèle (1) | Modèle (2)          | Modèle (3)          | Modèle (4)          | Modèle (5)          | Modèle (6)          | Modèle (7)          | Modèle (8)          | Modèle (9)          |
|--------------------|------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Non en union       | 1          | 1                   |                     | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   |
| Mariée ou en union | 0.877***   | 0.864***            | 0.864***            | 0.859***            | 0.859***            | 0.859***            | 0.859***            | 0.862***            | 0.862***            |
| Instruites         | 1          | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   |
| Non instruites     | 1.051*     | 1.030 <sup>ns</sup> | 1.030 <sup>ns</sup> | 1.022 <sup>ns</sup> | 1.022 <sup>ns</sup> | 1.019 <sup>ns</sup> | 1.019 <sup>ns</sup> | 1.020 <sup>ns</sup> | 1.020 <sup>ns</sup> |
| Pauvres            | 1          | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   | 1                   |

2  
3  
4

|                             |          |          |          |          |          |          |          |          |          |
|-----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Non pauvres                 | 0.836*** | 0.838*** | 0.838*** | 0.844*** | 0.844*** | 0.847*** | 0.847*** | 0.851*** | 0.851*** |
| Urbain                      | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Rural                       | 1.116*** | 1.111*** | 1.111*** | 1.111*** | 1.111*** | 1.110*** | 1.110*** | 1.108*** | 1.108*** |
| 15-24 ans                   | 1.560*** | 1.557*** | 1.557*** | 1.553*** | 1.553*** | 1.554*** | 1.554*** | 1.554*** | 1.554*** |
| 25-34 ans                   | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |
| 35-49 ans                   | 0.685*** | 0.686*** | 0.686*** | 0.692*** | 0.692*** | 0.693*** | 0.693*** | 0.695*** | 0.695*** |
| Non exposées aux médias     | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Exposées aux médias         | 0.965**  | 0.967**  | 0.967**  | 0.965**  | 0.965**  | 0.960*   | 0.960*   | 0.958*   | 0.958*   |
| Nullipare                   | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |
| 1-2 enfants                 | 1.904*** | 1.900*** | 1.900*** | 1.904*** | 1.904*** | 1.904*** | 1.904*** | 1.898*** | 1.898*** |
| 3-4 enfants                 | 2.607*** | 2.604*** | 2.604*** | 2.615*** | 2.615*** | 2.616*** | 2.616*** | 2.612*** | 2.612*** |
| 5 enfants et plus           | 3.765*** | 3.810*** | 3.810*** | 3.814*** | 3.814*** | 3.816*** | 3.816*** | 3.801*** | 3.801*** |
| Politique1=0                | 1        | 1        |          | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Politique1=1                | 0.975**  | 1.858*** |          | 1.859*** | 1.859*** | 1.859*** | 1.859*** | 1.859*** | 1.859*** |
| Politique2=0                |          | 1        |          | 1        |          | 1        | 1        | 1        | 1        |
| Politique2=1                |          | 0.486*** |          | 0.767*** |          | 0.767*** | 0.767*** | 0.767*** | 0.767*** |
| Politique1=0 # Politique2=0 |          |          | 1        |          |          |          |          |          |          |
| Politique1=0 # Politique2=1 |          |          | 1        |          |          |          |          |          |          |
| Politique1=1 # Politique2=0 |          |          | 1.858*** |          |          |          |          |          |          |
| Politique1=1 # Politique2=1 |          |          | 0.903*** |          |          |          |          |          |          |
| Politique3=0                |          |          |          | 1        |          | 1        |          | 1        | 1        |
| Politique3=1                |          |          |          | 0.577*** |          | 0.709*** |          | 0.709*** | 0.709*** |
| Politique2=0 # Politique3=0 |          |          |          |          | 1        |          |          |          |          |
| Politique2=0 # Politique3=1 |          |          |          |          | 1        |          |          |          |          |
| Politique2=1 # Politique3=0 |          |          |          |          | 0.767*** |          |          |          |          |
| Politique2=1 # Politique3=1 |          |          |          |          | 0.442*** |          |          |          |          |
| Politique4=0                |          |          |          |          |          | 1        |          | 1        |          |

|                             |          |                     |
|-----------------------------|----------|---------------------|
| Politique4=1                | 0.795*** | 1.022 <sup>ns</sup> |
| Politique3=0 # Politique4=0 | 1        |                     |
| Politique3=0 # Politique4=1 | 1        |                     |
| Politique3=1 # Politique4=0 | 0.709*** |                     |
| Politique3=1 # Politique4=1 | 0.564*** |                     |
| Politique5=0                |          | 1                   |
| Politique5=1                |          | 0.754***            |
| Politique4=0 # Politique5=0 |          | 1                   |
| Politique4=0 # Politique5=1 |          | 1                   |
| Politique4=1 # Politique5=0 |          | 1.022 <sup>ns</sup> |
| Politique4=1 # Politique5=1 |          | 0.771***            |

<sup>ns</sup>  $p < 1$ , \*  $p < 0.10$ , \*\*  $p < 0.05$ , \*\*\*  $p < 0.01$

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

Toutes choses égales par ailleurs, les femmes en union ont une chance moins élevée d'utiliser la contraception que celles qui sont hors-union et actives sexuellement (OR 0,25). Ce constat statistique n'est pas surprenant dans le contexte actuel de transition de fécondité où le mariage/union est le cadre par excellence de la fécondité et par conséquent le lieu de moindre pratique contraceptive. En ce qui concerne les BNS de la PF, relativement aux femmes hors-unions les femmes en union ont un BNS moins élevé (OR 0,85). Pour ce qui est du groupe d'âge, la chance d'utiliser la PF augmente avec l'âge. Les BNS en matière de PF vont dans le même sens que la PF, ils baissent avec l'âge. Vivre en milieu rural réduit la chance d'une utilisation contraceptive de 31% par rapport au milieu urbain, le sens opposé est constaté avec les BNS (OR 1,11 pour le milieu rural). On observe une corrélation positive entre le niveau d'éducation et le niveau de vie d'une part et l'utilisation de la contraception ; les femmes instruites et celles appartenant à un ménage d'un niveau de vie élevé ont respectivement deux fois et 30% plus de chance d'utiliser la contraception moderne que leurs consœurs non instruites ou ayant de faible niveau de vie. Pour ce qui est des BNS, il n'y a pas de différence selon l'instruction mais les femmes de niveau de vie élevé ont 16% moins de chance d'avoir un BNS en PF (Tableau 2 et Tableau 3). En ce qui concerne les variables de contrôle, la prévalence de la PF augmente avec la parité et l'exposition aux médias. Par ailleurs, pour ce qui est des BNS en PF, il n'y a une faible différence selon l'exposition aux médias mais qui augmente avec la parité.

## 4. Discussion

Il s'agissait dans cette étude d'analyser les changements dans le temps et les inégalités socioéconomiques dans la couverture des méthodes modernes de contraception au regard des politiques, plans et initiatives de planification familiale mis en œuvre au cours de la dernière décennie (2010-2021) au Burkina Faso. Nous rappelons qu'au cours des deux dernières décennies un effort politique considérable a été consenti pour permettre aux familles et aux parents d'éviter des naissances non voulues mais surtout de limiter le nombre de leurs enfants selon leur souhait.

Les résultats ont montré que la prévalence contraceptive et les taux de BNS ont connu trois phases distinctes dans leurs tendances en lien avec différents engagements politiques. Une première période marquée par une hausse (importante pour les BNS et modérée pour la prévalence) jusqu'en 2014. Cette hausse a été observée après l'adoption des stratégies politiques suivantes : plan de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006-2015 ; plan national stratégique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction 2009-2015 ; politique nationale de population 2010-2030 ; plan national de développement sanitaire (PNDS) 2011-2020 ; partenariat de Ouagadougou 2011-2015 ; plan national de relance de la planification familiale 2013-2015. Les résultats ont montré que les BNS étaient élevés (23%) en 2010, disponibiliser et pérenniser les contraceptifs modernes étaient nécessaires pour absorber la demande tout en maintenant l'utilisation [37]. La deuxième phase de la tendance est marquée par une hausse importante de la contraception et une baisse modérée des taux de BNS jusqu'en 2017. Cette tendance s'observe avec la mise en œuvre des stratégies suivantes : plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020 ; politique nationale de gratuité des soins au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes 2016 ; plan national de développement économique et social (PNDES) 2016-2020 ; plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020 ; plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH/Sida 2017-2020 ; plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020 ; politique sectorielle santé 2017-2026. Ces engagements politiques ont visé des groupes spécifiques (adolescents, populations touchées par le VIH, etc.) et auraient renforcés l'effet des politiques déjà en cours pour accroître la prévalence contraceptive et de réduire les besoins non satisfaits. La dernière phase de la tendance (2018-2021) au cours de la dernière décennie est marquée par une stagnation de la prévalence contraceptive et une baisse importante du taux des BNS en PF. Ce constat est fait malgré l'entrée en vigueur de certaines stratégies politiques plus spécifiques. C'est par exemple le cas de la gratuité de la PF ; cela pourrait

être un effet de retard. Il y a de nombreux exemples de politique de PF qui ont mis du temps avant d'avoir un effet escompté sur la couverture, notamment en Asie et en Amérique Latine [38]. L'Inde, sous le poids de sa croissance démographique avait opté pour une offensive de la PF depuis les années 1950 dont les effets significatifs n'ont été constatés qu'après deux décennies [39].

En ce qui est des groupes socioéconomiques, les inégalités dans la couverture de PF restent toujours marquées et semblent se maintenir dans le temps entre les groupes favorisés et défavorisés. Au vu des analyses multivariées, les réductions observées après 2016 en analyse descriptives n'ont pas été confirmées significatives. Par ailleurs, les BNS en PF sont les plus fréquents chez les couches défavorisées. En outre, il faut souligner une bonne dynamique en ce qui concerne la baisse de la fécondité car les femmes les plus jeunes qui ont les taux de fécondité les plus élevés se retrouvent avec la prévalence contraceptive et les BNS les plus élevés. Aussi, la pauvreté est très répandue dans la société burkinabè. Selon les résultats de l'étude sur la pauvreté et les conditions de vie des ménages, la pauvreté est à 43% en 2021 contre 41% en 2018 [40] malgré les soutiens financiers énormes à travers différents projets tels que les filets sociaux soutenus par plusieurs partenaires au développement. Cela semble être le reflet de la crise socio-sécuritaire que traverse le pays. Cette réalité pourrait justifier le maintien de ces inégalités entre les couches favorisées et défavorisées.

Il émerge de l'étude que le ciblage de la disponibilité et d'une grande offre de produits contraceptifs est une condition essentielle mais non suffisante pour une couverture universelle en matière de contraception. Une attention particulière devrait aussi être portée aux stratégies visant à accroître la demande de produits contraceptifs dans les politiques et plans de PF. Ce qui pourrait nécessiter une plus grande inclusion des aspects socioculturels, d'autonomisation des femmes dans le processus décisionnel. Au regard des inégalités, une attention particulière devrait aussi être portée aux femmes vivant en milieu rural, d'un faible niveau de revenu ou d'un faible niveau d'éducation dans les stratégies de PF. Pour ce qui est de l'impact de la gratuité de la PF, une des stratégies qui a souvent porté ailleurs est la communication autour de la politique. Une bonne communication impliquant à la fois les agents de santé, les leaders communautaires et les femmes elles-mêmes et mettant surtout l'accent sur les méthodes à haut impact pour espacer les naissances ou les limiter pourrait avoir un impact significatif sur la demande contraceptive.

Cette étude comporte quelques limites qui pourraient impacter nos résultats sans modifier les tendances observées. La première est liée aux politiques en matière de santé maternelle et néonatale (SMN) dont les faiblesses amoindriront l'impact des politiques et programmes en matière de PF. Lors du travail qualitatif du projet collaboratif de Countdown 2030, plusieurs aspects des politiques en matière de SMN sont passés en revue [41]. En effet, dans la formulation des politiques, on relève par exemple une insuffisance de cohérence et de synergie d'actions des étapes de la planification lors de l'élaboration et une faible/absence d'implication des responsables au niveau déconcentré. On note aussi, une profusion de ces stratégies et plans avec une redondance dans les documents. Par ailleurs, les contextes locaux ne sont suffisamment pris en compte ainsi que les acteurs chargés de la mise en œuvre. Une autre limite et pas des moindres est la non-évaluation de la plupart des plans. La deuxième catégorie de limite est que l'analyse des politiques est écolo-gique, donc difficile de tirer des conclusions définitives. Il aurait été idéal d'avoir une série de données plus longue avec des données annuelles pour mieux voir l'impact des programmes, mais avant 2014 il y a peu de données. Enfin, la crise sécuritaire que traverse le pays depuis 2016 pourrait réduire la prévalence de la PF de sorte que le niveau observé soit inférieur à celui attendu en l'absence de crise sécuritaire. Il faut rappeler que les crises humanitaires provoquées par les insurrections armées peuvent avoir des conséquences négatives immédiates et à long terme sur la santé sexuelle et reproductive. L'accès et la disponibilité des services de SSR sont le plus souvent limités en contexte de crise sécuritaire, en raison des distances, des coûts et de la stigmatisation [42–44]. Par exemple, on a constaté au Burkina Faso que les attaques terroristes ont entraîné une diminution des visites de soins prénatals, des césariennes et des accouchements assistés [45]. Enfin, l'analyse de données est limitée par l'indisponibilité de certaines variables socioéconomiques et

culturelles importants susceptibles d'influencer les comportements reproductifs dans les bases de données des enquêtes PMA de 2014 à 2016. Il s'agit des informations relatives à l'occupation de la femme, au nombre idéal d'enfants, à l'autonomie décisionnelle ainsi qu'aux dimensions socioculturelles telles que la religion et l'ethnie d'antan considérés comme étant sensibles dans le contexte du Burkina Faso.

## 5. Conclusions

Cette étude avait pour objectifs de rappeler les politiques et programmes élaborés au Burkina Faso en faveur de la PF depuis le nouvel intérêt accordé par la communauté internationale en fin 2000 et de les confronter à la couverture avant d'analyser les inégalités sociales et leurs évolutions. Ces analyses confirment le lien étroit entre l'expansion de la contraception moderne et les engagements politiques en faveur de la PF au Burkina Faso. 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 (non significativement) après l'entrée en vigueur de la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en 2016. Ces résultats suggèrent que la focalisation sur des stratégies de PF pour la sécurisation et l'offre de produits contraceptifs est certes essentielle, mais pas suffisante pour une couverture de l'ensemble des populations dont les enjeux de contraception relèvent souvent de considérations socioculturelles plus complexes. Une faible prévalence contraceptive semble persister au sein des populations rurales, pauvres ou peu instruites. Des stratégies ciblées, contextualisées et mieux adaptées à la génération de demande contraceptive gagneraient à être davantage intégrées dans les politiques et plans de PF.

**Contribution des auteurs:** "Conceptualisation, R.M.M. et A.M.; Méthodologie, RMM et DN; logiciel, D.N.; validation, R.M.M. et B.L; Analyse, DN; investigation, R.M.M; ressources, R.M.M.; Traitement des données, DN; rédaction du draft original, R.M.M; révision et édition, R.M.M., A.M., B.L., M.N., M.T et NT.; visualisation, DN.; supervision, A.M. Tous les auteurs ont lu et accepté la version à publier du manuscrit."

**Financement:** Cette étude est réalisée dans le cadre du projet *Countdown to 2030 Country Collaboration / Phase III of Countdown to 2030* financé par Bill & Melinda Gates Foundation (Grant Number INV-042414).

**Institutional Review Board Statement:** Non applicable.

**Ethique :** Non applicable.

**Conflit d'intérêt:** les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt

## Références

1. Notestein FW. Economic problems of population change. Oxford University Press; 1952.
2. Knodel J. Family limitation and the fertility transition: Evidence from the age patterns of fertility in Europe and Asia. *Popul Stud.* 1977 Jul 1;31(2):219–49.
3. Bongaarts J, Watkins SC. Social Interactions and Contemporary Fertility Transitions. *Popul Dev Rev.* 1996;22(4):639–82.
4. Caldwell JC, Caldwell P. The Cultural Context of High Fertility in sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev.* 1987;13(3):409–37.
5. Clark S, Koski A, Smith-Greenaway E. Recent Trends in Premarital Fertility across Sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plann.* 2017;48(1):3–22.
6. Mensch BS, Grant MJ, Blanc AK. The Changing Context of Sexual Initiation in Sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev.* 2006;32(4):699–727.
7. Hodgson D. Orthodoxy and revisionism in American demography. *Popul Dev Rev.* 1988;541–69.

8. Kovarik J. 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 Rep Am*. 2019 Jul 3;51(3):217–22.
9. Follett C. Neo-malthusianism and coercive population control in China and India. *Cato Inst Policy Anal* [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 9];(897). Available from: <https://www.jstor.org/stable/pdf/resrep26887.pdf>
10. UNFPA. Investir dans la planification familiale: un choix avisé, Burkina Faso [Internet]. 2012. Available from: <https://burkinafaso.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Brochureinternationale1.pdf>
11. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*. 2006 Nov 18;368(9549):1810–27.
12. Millogo R, Rossier C. Fertility Transition in Dakar, Nairobi, and Ouagadougou Since the 1970s: An Identical Reduction at All Ages Through Modern Contraception? *Popul Res Policy Rev*. 2022 Oct 1;41(5):2115–42.
13. Conseil national de population: Politique nationale de population du Burkina Faso, révision 1, décembre 2000 [Internet]. [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://faolex.fao.org/docs/pdf/bkf196865.pdf>
14. PMA. Burkina National Phase 2 Results brief english final [Internet]. 2021. Available from: [https://www.pmadata.org/sites/default/files/data\\_product\\_results/Burkina%20National\\_Phase%20XS\\_Results%20Brief\\_English\\_Final\\_17Sep2021.pdf](https://www.pmadata.org/sites/default/files/data_product_results/Burkina%20National_Phase%20XS_Results%20Brief_English_Final_17Sep2021.pdf)
15. INSD, ICF. Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso et Rockville, Maryland, USA : INSD et ICF. 2010.
16. Zimmerman L, Olson H, Group PPI, Tsui A, Radloff S. PMA2020: Rapid Turn-Around Survey Data to Monitor Family Planning Service and Practice in Ten Countries. *Stud Fam Plann*. 2017;48(3):293–303.
17. Survey Methodology | PMA Data [Internet]. [cited 2024 Jul 24]. Available from: <https://www.pmadata.org/data/survey-methodology>
18. FP2020. FP2020 Core Indicators Table [Internet]. 2016. Available from: <https://www.track20.org/download/pdf/FP2020%20Core%20Indicators%20Table%20March%202016%20-%20French.pdf>
19. Bradley SE, Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Revising unmet need for family planning. 2012 [cited 2024 Oct 10]; Available from: <https://www.cabidigitallibrary.org/doi/full/10.5555/20123068870>
20. Ministère de la Santé. PLAN STRATEGIQUE DE SECURISATION DES PRODUITS CONTRACEPTIFS 2006 – 2015, DSF Burkina Faso 2005 [Internet]. [cited 2024 Sep 9]. Available from: [https://www.rhsupplies.org/uploads/tx\\_rhscpublications/MOH\\_RHCS%20strategy\\_Burkina%20Faso\\_2005\\_FR.pdf](https://www.rhsupplies.org/uploads/tx_rhscpublications/MOH_RHCS%20strategy_Burkina%20Faso_2005_FR.pdf)
21. Ministère de la Santé. Plan national stratégique pour la sécurisation des produits de santé de la reproduction 2009-2015. UNFPA, Burkina Faso, 2010 [Internet]. [cited 2024 Sep 9]. Available from: [https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/country\\_docs/Burkina%20Faso/plan\\_spsr\\_2009-2015.pdf](https://extranet.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/country_docs/Burkina%20Faso/plan_spsr_2009-2015.pdf)

- 
22. DGEP [Internet]. 2012 [cited 2024 Sep 9]. Politique Nationale de Population 2010-2030. Available from: <https://www.dgep.gov.bf/index.php/productions/politiques-economiques-et-sociales/autres-documents/politique-nationale-de-population>
  23. Burkina\_Faso\_National\_Health\_Strategy\_2011-2020\_French.pdf [Internet]. [cited 2024 Sep 9]. Available from: [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country\\_Pages/Burkina\\_Faso/Burkina\\_Faso\\_National\\_Health\\_Strategy\\_2011-2020\\_French.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Burkina_Faso/Burkina_Faso_National_Health_Strategy_2011-2020_French.pdf)
  24. Le partenariat – Partenariat de Ouagadougou [Internet]. 2011 [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://partenariatouaga.org/a-propos/le-partenariat/>
  25. Ministère de la santé. Plan national de relance de la Planification Familiale 2013 – 2015. 2013 [cited 2024 Sep 9]; Available from: [https://www.advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/Plan%20de%20relance%20PF\\_2013-2015\\_final.pdf](https://www.advancefamilyplanning.org/sites/default/files/resources/Plan%20de%20relance%20PF_2013-2015_final.pdf)
  26. Ministère de la Santé. Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020. Burkina Faso, 2015 [Internet]. [cited 2024 Sep 9]. Available from: <https://faolex.fao.org/docs/pdf/bkf198269.pdf>
  27. Ministère de la Santé. Politique nationale de gratuité des soins au profit des enfants de moins de cinq ans et des femmes enceintes Burkina Faso [Internet]. 2016. Available from: [https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/10/Gratuite-in-Burkina-Faso\\_Final-FR.pdf](https://thinkwell.global/wp-content/uploads/2020/10/Gratuite-in-Burkina-Faso_Final-FR.pdf)
  28. Ministère de l'économie et des finances. Plan national de développement économique et social 2016-2020 [Internet]. 2016. Available from: [http://www.cns.bf/IMG/pdf/pndes\\_2016-2020-4.pdf](http://www.cns.bf/IMG/pdf/pndes_2016-2020-4.pdf)
  29. Ministère de la Santé. Plan stratégique intégré de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile, des adolescents, des jeunes et de la personne âgée (SRMNIA-PA) 2017-2020. Burkina Faso [Internet]. 2017. Available from: [http://www.leemafrique.org/fr/pdf/bf/psi\\_srmniapa\\_2017\\_2020.pdf](http://www.leemafrique.org/fr/pdf/bf/psi_srmniapa_2017_2020.pdf)
  30. Ministère de la Santé. Plan d'élimination de la transmission mère enfant du VIH/Sida 2017-2020 au Burkina Faso [Internet]. 2017. Available from: [BFA-RH-43-01-PLAN-STRATEGY-2017-fra-Plan-Eliminate-Mother-to-Child-Transmission-HIV.pdf](#) (who.int)
  31. Ministère de la Santé. Plan national d'accélération de la planification familiale 2017-2020. Burkina Faso [Internet]. 2017. Available from: <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/plan-strategy/BFA-RH-18-01-PLAN-STRATEGY-2017-fra-National-Plan-Acceleration-FP-2017-2020.pdf>
  32. Ministère de la Santé. Politique sectorielle santé 2017-2026. Burkina Faso [Internet]. 2017. Available from: [https://spong.bf/wp-content/uploads/2022/04/Politique\\_Sectorielle\\_Sante\\_07.11.17.pdf](https://spong.bf/wp-content/uploads/2022/04/Politique_Sectorielle_Sante_07.11.17.pdf)
  33. Ministère de la Santé. Politique de gratuité de la planification familiale 2017. 2017.
  34. Ministère de l'économie et des finances. Plan national de développement économique et social 2021-2025. PNDES, 2021 [Internet]. 2021. Available from: [https://www.finances.gov.bf/fileadmin/user\\_upload/storage/PNDES-II\\_Document\\_de\\_Strategie.pdf](https://www.finances.gov.bf/fileadmin/user_upload/storage/PNDES-II_Document_de_Strategie.pdf)
  35. Ministère de la Santé. Plan National de développement Sanitaire (PNDS) 2021-2030 [Internet]. 2021. Available from: [https://extra-net.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public\\_file\\_rep/BFA\\_Burkina-Faso\\_PNDS\\_2021-2030.pdf](https://extra-net.who.int/countryplanningcycles/sites/default/files/public_file_rep/BFA_Burkina-Faso_PNDS_2021-2030.pdf)

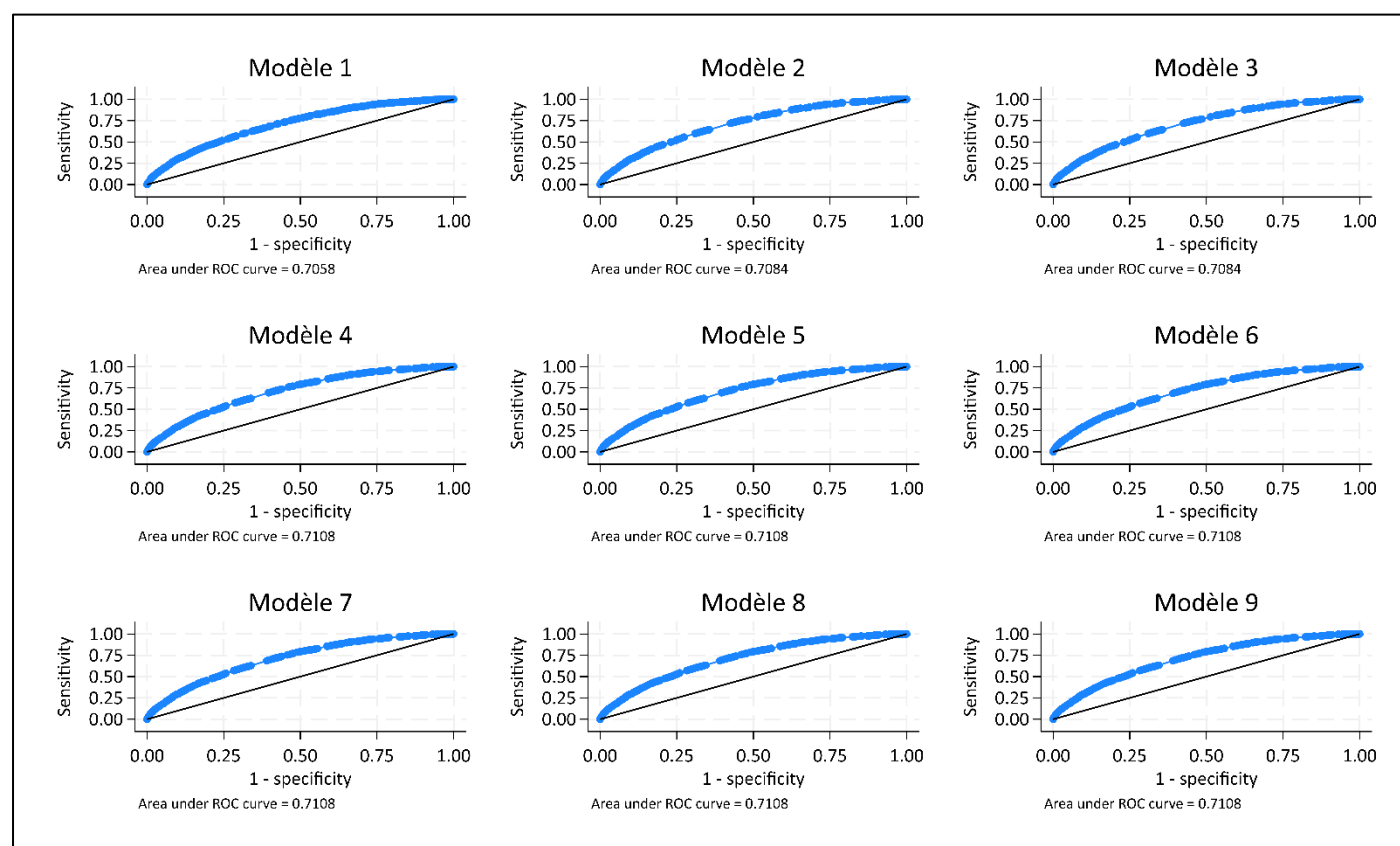
36. Ministère de la Santé. Plan national de la planification familiale (PNPF) 2021-2025 [Internet]. 2021. Available from: <https://score-card.prb.org/wp-content/uploads/2022/03/Plan-national-de-la-planification-familiale-2021-2025.pdf>
37. Cornelius RM, Novak JA. Contraceptive availability and use in five developing countries. *Stud Fam Plann*. 1983;302–17.
38. Freedman R. Family planning programs today: Major themes of the Geneva Conference. *Stud Fam Plann*. 1965;1(8):1–7.
39. Ledbetter R. Thirty years of family planning in India. *Asian Surv*. 1984;24(7):736–58.
40. INSD. Principaux résultats de l'enquête sur les conditions de vie des ménages de 2021/2022 [Internet]. 2024. Available from: <https://www.insd.bf/sites/default/files/2024-01/Principaux%20r%C3%A9sultats%20EHCVM-2021.pdf>
41. Insitut Superieur des Sciences de la Population, Université Joseph Ki-Zerbo, rapport Countdown GFF country collaboration volet quantitatif. 2022.
42. Ivanova O, Rai M, Kemigisha E. A Systematic Review of Sexual and Reproductive Health Knowledge, Experiences and Access to Services among Refugee, Migrant and Displaced Girls and Young Women in Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Aug;15(8):1583.
43. Ackerson K, Zielinski R. Factors influencing use of family planning in women living in crisis affected areas of Sub-Saharan Africa: A review of the literature. *Midwifery*. 2017 Nov 1;54:35–60.
44. Iyakaremye I, Mukagatare C. Forced migration and sexual abuse: experience of Congolese adolescent girls in Kigeme refugee camp, Rwanda. *Health Psychol Rep*. 2016;4(3):261–71.
45. Druetz T, Browne L, Bicaba F, Mitchell MI, Bicaba A. Effects of terrorist attacks on access to maternal healthcare services: a national longitudinal study in Burkina Faso. *BMJ Glob Health*. 2020;5(9):e002879.

#### Annexe 1: Description des différents modèles

| N° du modèle | Description                                                                                                                                                                                                                            |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modèle 1     | Toutes les politiques avant 2011, avec un focus sur le partenariat de Ouagadougou et les variables de contrôle                                                                                                                         |
| Modèle 2     | Partenariat de Ouagadougou, Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020 et les variables de contrôles                                                                                                               |
| Modèle 3     | Interaction entre Partenariat de Ouagadougou et Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020 en plus des variables de contrôle                                                                                       |
| Modèle 4     | Partenariat de Ouagadougou et Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020, Gratuité des soins et Plan national de développement économique et social 2016-2020 en plus des variables de contrôle                    |
| Modèle 5     | Interactions entre partenariat de Ouagadougou et Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020, Gratuité des soins et Plan national de développement économique et social 2016-2020 en plus des variables de contrôle |

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modèle 6 | Partenariat de Ouagadougou, Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020, Gratuité des soins, Plan national de développement économique et social 2016-2020, Plan national d'accélération de la Planification familiale 2017-2020 , Politique sectorielle santé et les variables de contrôle                                                                   |
| Modèle 7 | Partenariat de Ouagadougou, Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020, Plan national de développement économique et social 2016-2020, interaction entre la gratuité des soins et le Plan national d'accélération de la Planification familiale 2017-2020 , Politique sectorielle santé et les variables de contrôle                                         |
| Modèle 9 | Partenariat de Ouagadougou et Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020, Gratuité des soins, Plan national de développement économique et social 2016-2020, Plan national d'accélération de la Planification familiale 2017-2020 , Politique sectorielle santé, Politique de gratuité de la PF 2019 et les variables de contrôle                            |
| Modèle 9 | Partenariat de Ouagadougou et Plan stratégique santé des adolescents et des jeunes 2015-2020, Gratuité des soins et Plan national de développement économique et social 2016-2020, Politique sectorielle santé, interaction entre le Plan national d'accélération de la Planification familiale 2017-2020 et la Politique de gratuité de la PF 2019 et les variables de contrôle |

Annexe 2 : Courbe de ROC et aire sur la courbe de ROC des modèles sur la prévalence contraceptive moderne



Annexe 3 : Courbe de ROC et aire sur la courbe de ROC des modèles sur les besoins non satisfaits

