UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Défis de la Transition de la Fécondité au Burundi: Cas de Non-Intention d'Utiliser la Contraception Moderne chezles Femmes en Union

SINDAYIHEBURA, Jean François Régis

2023-09
UB
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/408

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI
ECOLE DOCTORALE
POLE DE RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Défis de la Transition de la Fécondité au Burundi : Cas de Non-Intention d'Utiliser la Contraception Moderne chez les Femmes en Union

Par

SINDAYIHEBURA Jean François Régis



Thèse de doctorat présentée et soutenue pour l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph.D) en Démographie

@ Bujumbura, septembre 2023

Cette thèse intitulée

Défis de la Transition de la Fécondité au Burundi : Cas de Non-Intention d'Utiliser la Contraception Moderne chez les Femmes en Union

A été présentée et soutenue

Par

SINDAYIHEBURA Jean François Régis

Pour l'obtention du grade de



Philosophiæ Doctor (Ph.D.) en Démographie

Membres du jury:

Pr Désiré MANIRAKIZA (Université du Burundi), Président
Dr Franklin BOUBA DJOURDEBBE (IFORD – Université de Yaoundé II), Secrétaire
Pr Didier NGANAWARA (IFORD – Université de Yaoundé II), Promoteur
Pr René MANIRAKIZA (Université du Burundi), Promoteur
Pr Willy-Marcel NDAYITWAYEKO (Université du Burundi), Membre
Pr Emmanuel BARANKANIRA (Ecole Normale Supérieure), Membre
Pr Aloys NDAYISENGA (Université du Burundi), Membre

DEDICACE

A nos enfants

IRAKIZA Jean Frank Notestein

&

ISHEMEZWE Rita Anny Lauriane,

Nous dédions cette thèse.

REMERCIEMENTS

A la fin de ce périple de recherche qu'il n'était pas sûr de terminer, qu'il nous soit permis d'exprimer notre gratitude envers les personnalités physiques et morales sans le concours desquelles ce travail n'aurait pas eu lieu.

Nos remerciements les plus émus vont à l'endroit des Professeurs Didier NGANAWARA et René MANIRAKIZA qui ont accepté de promouvoir cette recherche doctorale de façon tellement désintéressée que nous le leur seront reconnaissant à jamais. A ce titre d'accompagnement désintéressé, notre reconnaissance va également à l'endroit des Professeurs Emmanuel BARANKANIRA, Franklin BOUBA DJOURDEBBE, Désiré MANIRA-KIZA et Willy-Marcel NDAYITWAYEKO. Leur expérience dans la recherche, leurs pertinentes remarques et leur rigueur scientifique nous ont toujours remis sur les rails au moment où le risque de dérapage était élevé. Nous remercions également le Professeur Aloys NDAYISENGA pour avoir accepté de participer au jury de soutenance de cette thèse malgré ses multiples engagements.

Au-delà de l'encadrement, le Professeur René MANIRAKIZA a mis à notre disposition toute la documentation dont il disposait. Cette dernière nous a été une mine inépuisable dans la formulation du cadre théorique sur lequel se fonde cette recherche. Sa contribution au paiement de certaines de nos publications des résultats a été d'un apport irremplaçable. Nous lui en sommes reconnaissant.

Nous remercions le Professeur Juma SHABANI, Directeur de l'Ecole doctorale de l'Université du Burundi pour son accompagnement incommensurable. Initiateur des doctoriales, il a créé pour tous les doctorants un cadre d'échange de savoir-faire et où l'on acquiert en quelques temps ce qui aurait coûté des dizaines d'heures de lecture et de navigation internet. Son encouragement à publier dans les revues indexées et divulguer les résultats de recherche en ligne (Academia, Google Scholar, ResearchGate, etc.) nous a ouvert à la rencontre de la communauté de chercheurs qui constitue une source inépuisable du savoir et une occasion potentielle de visibilité.

Aussi, que le Directeur-Adjoint chargé du Pôle Sciences Humaines et Sociales, le Professeur Dieudonné GAHUNGU, trouve dans ces lignes l'expression de nos remerciements pour sa disponibilité et son abnégation au service des doctorants.

Que nos collègues, doctorants des 3ème et 4ème cohortes de l'Ecole doctorale de l'Université du Burundi, trouvent dans ces lignes l'expression de nos remerciements que nous leurs témoignons. Les moments d'échange, de critique et d'enrichissement mutuel que nous avons partagés nous ont été d'un apport important dans la rédaction de cette thèse.

Nos remerciements vont aussi à l'endroit du Programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS Program) pour la gratuité des données des EDSB 2010 et 2016-2017 qui nous ont servi dans l'analyse et l'atteinte de nos objectifs. De même, nos remerciements sont adressés à la Direction de la Recherche et l'Innovation de l'Université du Burundi qui nous a gratifié du soutien financier dont nous avions besoin pour récolter les données qualitatives, complémentaires à celles des EDSB.

Cette collecte de données qualitatives nous fait penser aux autorités communales de Gisuru, Kirundo, Mabanda, Musigati et Shombo qui nous ont accueilli dans leurs communes et accordé la permission de réaliser les groupes de discussions. Nous pensons également aux autorités locales de Gacokwe et de Gisuru en commune Gisuru, de Murama-Gaharata et de Runanira II en commune Kirundo, du centre Musigati et de Bunwana en commune Musigati, de Nyanza-Lac et de Samvura en commune Mabanda et de Masanganzira et de Kinazi en commune Shombo pour nous avoir facilité le contact avec les femmes cibles de notre collecte de données. Qu'elles trouvent dans ces lignes l'expression de notre profonde gratitude.

Nous remercions le Centre de Recherche et d'Etudes pour le Développement des Sociétés en Reconstruction qui nous a assuré l'encadrement. Nous pensons particulièrement à son directeur, le Professeur Melchior MUKURI et son adjoint Dr Erasme NGIYE, auprès de qui nous avons trouvé entière disponibilité. Que les collègues du même centre trouvent dans l'aboutissement de ce travail le couronnement de leur collégialité.

Dans le cadre professionnel de l'Université du Burundi, nous reconnaissons l'accompagnement collégial des Professeurs Ferdinand MBERAMIHIGO et Pascal TUYUBAHE et de Monsieur Dieudonné BUTOYI. Ces soirées partagées à la Faculté des Lettres et Sciences Humaines, jusqu'à rentrer tard la nuit, nous ont permis de travailler profondément, avec l'assurance d'une compagnie et d'un déplacement jusqu'au domicile. Nous leurs disons merci !

Les mêmes sentiments de gratitude nous font penser aux collègues du département des Sciences Géographiques, de l'Environnement et de la Population avec qui nous

partageons le quotidien. Qu'ils trouvent dans ces lignes l'expression de nos remerciements collégiaux.

Nos remerciements sont aussi adressés au Centre d'Etudes et de Recherche en Population et Développement (CERPED) qui, en nous associant à certains de ses travaux de consultance, nous a permis de nous acquitter des frais nécessaires pour la publication des résultats de notre recherche. Nous leurs sommes reconnaissant.

Les débuts de cette recherche doctorale ont été marqués par des moments de la turbulence spirituelle. N'eût été l'accompagnement moral de la Communauté des Laïcs de la Charité de Saint Padre Pio, il aurait été difficile de tenir jusqu'au bout. Ainsi, nous remercions vivement son fondateur Frère Jérôme NZOBONIMPA pour l'accompagnement moral. Aussi, que l'ensemble des membres communautaires trouvent en ces lignes la reconnaissance des moments de prières que nous partageons.

Nous ne saurions tourner cette page sans adresser nos remerciements à notre compagne, Mme Aline NIYONKURU. A travers elle, nous avons vu se réaliser l'adage selon laquelle derrière un grand homme se trouve une grande femme. Elle a été toujours compréhensive, prête à nous comprendre et nous épauler. Nous lui serons toujours reconnaissant.

Enfin, que toute personne qui, de près ou de loin, a contribué à cette recherche, trouve en ces termes l'expression de notre très sincère reconnaissance.

RESUME

Pendant que le Burundi entend baisser la fécondité jusqu'à 3 enfants par femme pour atteindre les objectifs du Plan National de Développement, le taux d'intention d'utiliser la contraception moderne a diminué de 13%, passant de 66% en 2010 à 53% en 2016-2017. Etant donné que le taux de prévalence contraceptive reste faible, cette recherche avait pour objet d'étudier les déterminants de la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes de 15 à 49 en union ans au Burundi.

En se basant sur les données des EDSB 2010 et 2016-2017, l'étude a procédé par l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) pour déterminer le profil des femmes âgées de 15 à 49 ans en union sans intention d'utiliser la contraception moderne et sa variation entre les deux dates. Pour identifier les sources de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union de 15-49 ans au Burundi entre 2010 et 2017, la méthode de décomposition a été utilisée. Pour rechercher les facteurs associés à cette non-intention à travers les théories et les paradigmes du moment, la régression logistique binomiale multiniveau a été appliquée. Pour étudier les opinions, les attitudes et interactions sociales de cette non-intention, des données qualitatives ont été collectées et analysées par l'analyse thématique du contenu.

L'étude du profil montre que les femmes sans intention d'utiliser la contraception moderne sont principalement caractérisées par l'âge avancé de la femme et de son conjoint, la parité atteinte élevée et le nombre élevé d'enfants survivants. Comme source de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne, les résultats montrent que loin d'être l'effet du changement de la structure de la population, il s'agit de l'effet du changement de comportement avec des variations selon le niveau de vie et la région de résidence. Concernant les facteurs associés, les résultats montrent que l'effet du niveau de vie n'est pas significatif et que les flux intergénérationnels de richesses ne peuvent pas être avancés comme étant explicatif de la non-intention d'utiliser la contraception. Par contre, le poids socio-culturel dominé par la religion, les rapports de genre qui limitent la liberté d'action de la femme et la mauvaise qualité de l'offre des services de planification sont des déterminants importants. Les données qualitatives renforcent ces résultats en montrant que la peur des effets secondaires vécus et/ou craints, la mauvaise réponse donnée aux demandeuses de traitement des effets secondaires, l'avis des référents importants (conjoint, belle-mère), les croyances religieuses sont à la base des attitudes négatives et la non-intention vis-à-vis de la contraception moderne.

Ces résultats montrent qu'à la base de la non-intention d'utiliser la contraception moderne se trouve le fond culturel défavorable à celle-ci, dominé par des croyances religieuses et populaires qui suscitent des attitudes négatives. En outre, la mauvaise qualité des services offerts en matière de planification familiale suscite la peur des effets secondaires qui annihile toute intention de contraception moderne. Les interventions futures en faveur de l'intention contraceptive consisteraient à la sensibilisation tout en injectant/améliorant le paquet de gestion des effets secondaires dans l'offre des services de planification familiale.

Mots-clés : intention, contraception, profil socio-démographique, facteurs, AFCM, méthode de décomposition, analyse multiniveau, femmes en union, Burundi

ABSTRACT

Whereas Burundi intends to reduce fertility to 3 children per woman to achieve the objectives of the National Development Plan, the rate of intention to use modern contraception has fallen by 13%, from 66% in 2010 to 53% in 2016-2017. Given that the contraceptive prevalence rate remains low, the aim of this research was to investigate the determinants of non-intention to use modern contraception among women in union aged 15 to 49 in Burundi.

Using data from the DHSB 2010 and 2016-2017, the study used AFCM to determine the profile of women aged 15 to 49 in union with no intention of using modern contraception and its variation between the two dates. To identify the sources of the decline in the level of intention to use modern contraception among women aged 15-49 in union in Burundi between 2010 and 2017, the decomposition method was used. To investigate the factors associated with this non-intention across current theories and paradigms, multilevel binomial logistic regression was applied. To study the opinions, attitudes and social interactions of this non-intention, qualitative data were collected and analyzed using thematic content analysis.

The study of the profile shows that women with no intention of using modern contraception are mainly characterized by the advanced age of the woman and her spouse, high achieved parity and high number of surviving children. As a source of the decline in the level of intention to use modern contraception, the results show that far from being the effect of a change in population structure, it is the effect of a change in behavior, with variations according to standard of living and region of residence. Regarding the associated factors, the results show that the effect of standard of living is not significant, and that intergenerational flows of wealth cannot be put forward as an explanation of non-intention to use contraception. On the other hand, socio-cultural factors dominated by religion, gender relationships that limit women's freedom of action and the poor quality of planning services are important determinants. Qualitative data reinforce these findings, showing that fear of experienced and feared side-effects, the poor response given to requests for treatment of side-effects, the opinion of important referents (spouse, mother-in-law) and religious beliefs are at the root of negative attitudes and non-intention towards modern contraception.

These results show that at the basis of the non-intention to use modern contraception lies the cultural background unfavorable to it, dominated by religious and popular beliefs that give rise to negative attitudes. In addition, the poor quality of family planning services creates

a fear of side-effects that negates any intention to use modern contraception. Future interventions to promote contraceptive intention would consist in raising awareness while injecting/improving the side-effect management package into family planning service provision.

Keywords: intention, contraception, socio-demographic profile, factors, AFCM, decomposition method, multilevel analysis, women in union, Burundi

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i
REMERCIEMENTS ii
RESUME v
ABSTRACT vii
LISTE DES TABLEAUX xiv
LISTE DES FIGURES xv
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xvi
AVANT-PROPOS xviii
INTRODUCTION GENERALE 1
CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE ET EMPIRIQUE DE LA NON-INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTIONMODERNE 7
I.1. Cadre théorique 7
I.1.1. Modèle de transition démographique 7
I.1.2. Approches micro-économiques de la fécondité 11
I.1.2.1. Théorie de la nouvelle économie familiale 11
I.1.2.2. Théorie des flux intergénérationnels de richesse 12
I.1.2.3. Théorie des stratégies de survie 13
I.1.3. Approches socio-culturelles 13
I.1.4. Approches genre, féministe et structuro-fonctionnaliste de la fécondité 14
I.1.5. Approche institutionnelle 16
I.1.6. Théories psycho-sociales 17
I.2. Revue des travaux empiriques 18
I.2.1. Définition de la contraception et des méthodes contraceptives dans la littérature 18
I.2.2. Principaux résultats de la recherche empirique 19
I.2.2.1. Croyances, opinions, perceptions et attitudes vis-à-vis de l'intention d'utiliser la contraception moderne 20
I.2.2.2. Autres déterminants des intentions contraceptives 23
I.2.3. Dynamique de l'intention d'utiliser la contraception moderne 31
I.2.4. Analyse critique et positionnement méthodologique 32
I.2.5. Cadre conceptuel 34
I.2.4.1. Hypothèse générale et schéma conceptuel 34
I.2.4.2. Description du schéma conceptuel 35
I.2.4.3. Définition des concepts 37

Conclusion du chapitre 39
CHAPITRE II. CONTEXTE DE L'ETUDE ET SOURCES DE DONNEES 41
II.1. Contexte de l'étude 41
II.1.1. Contexte géographique et socio-économique 41
II.1.2. Contexte socio-démographique 43
II.1.2.1. Processus de transition démographique au Burundi 43
II.1.2.2. Mentalité burundaise et natalité 44
II.1.4. Contexte institutionnel et programmatique 45
II.1.5. Contexte social et culturel au Burundi 48
II.1.5.1. Religion 49
II.1.5.2. Instruction 49
II.1.5.3. Urbanisation 50
II.1.5.4. Pouvoir d'action des femmes 50
II.2. Sources de données 51
II.2.1. Présentation des données quantitatives 51
II.2.1.1. Populations cibles 51
II.2.1.2. Choix des variables 52
II.2.1.3. Qualité des données 57
II.2.2. Limites des données quantitatives 63
II.2.3. Stratégies de collecte de données complémentaires 63
II.2.3.1. Choix des participants 63
II.2.3.2. Techniques de collecte de données 64
II.2.3.3. Déroulement de la collecte de données 64
II.2.3.4. Guides de d'entretien 66
Conclusion du chapitre 67
CHAPITRE III : ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA NON-INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION MODERNE 68
III.1. Profil socio-démographique des femmes sans intention d'utiliser la contraception 68
III.1.1. Cadre d'analyse : hypothèse spécifique 68
III.1.2. Matériels et méthodes 68
III.1.2.1. Variables mobilisées 68
III.1.2.2. Méthodes d'analyse 68
III.1.2.3. Outils d'analyse 69
III.1.3. Résultats 69

III.1.3.1. Détermination des axes factoriels 70
III.1.3.2. Profil des femmes selon les intentions contraceptives 71
III.1.3.3. Hiérarchisation des modalités suivant la contribution aux axes factoriels 77
III.1.4. Discussion des résultats 77
III.1.5. Conclusion 80
III.2. Sources de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne 81
III.2.1. Hypothèses spécifiques 81
III.2.2. Matériels et méthodes 81
III.2.2.1. Variables d'analyse 81
III.2.2.2. Présentation de la méthode d'analyse 83
III.2.2.3. Outils d'analyse 86
III.2.3. Résultats de la décomposition de la baisse de l'intention d'utiliser la contraception moderne entre 2010 et 2016-2017 86
III.2.3.1. Décomposition simple 86
III.2.3.2. Décomposition avancée 87
III.2.4. Discussion des résultats 90
III.2.5. Conclusion 91
Conclusion du chapitre 92
CHAPITRE IV : FACTEURS EXPLICATIFS DE LA NON-INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION MODERNE 94
IV.1. Cadre d'analyse 94
IV.2. Aspects méthodologiques 96
IV.2.1. Méthode d'analyse : approche multiniveau 96
IV.2.2. Test de multi-colinéarité 97
IV.2.3. Qualité de l'ajustement des modèles aux données 98
IV.2.4. Outils d'analyse 101
IV.3. Résultats explicatifs de la non-intention d'utiliser la contraception moderne 101
IV.3.1. Mise en œuvre des modèles : effets des variables des différents niveaux sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne 101
IV.3.1.1. Modèles vides 101
IV.3.1.2. Effets des caractéristiques individuelles et celles du ménage 102
IV.3.1.3. Effets des caractéristiques communautaires 103
IV.3.1.4. Modèles complets : Effets de toutes les variables indépendantes 103

IV.3.2. Influence de la pauvreté des ménages : validité de la théorie des flux intergénérationnels des richesses ? 104
IV.3.2.1. Hypothèse spécifique 105
IV.3.2.2. Résultats 105
IV.3.2.3. Discussion des résultats 108
IV.3.2.4. Conclusion 109
IV.3.3.Influence du poids socio-culturel de la communauté 110
IV.3.3.1. Hypothèse spécifique 112
IV.3.3.2. Résultats 112
IV.3.2.3. Discussion des résultats 112
IV.3.2.4. Conclusion 114
IV.3.4. Influence de l'offre des services de planification familiale 115
IV.3.4.1. Hypothèse spécifique 116
IV.3.4.2. Résultats 116
IV.3.4.3. Discussion des résultats 116
IV.3.4.4. Conclusion 118
IV.3.5.Influence des rapports de genre 119
IV.3.5.1. Hypothèse spécifique 120
IV.3.5.2. Résultats 120
IV.3.5.3. Discussion des résultats 121
IV.3.5.4. Conclusion 124
Conclusion du chapitre 125
CHAPITRE V : ANALYSE DES OPINIONS, ATTITUDES ET INTERACTIONS SOCIALES EN DEFAVEUR DE L'INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION MODERNE AU BURUNDI 127
V.1. Méthodologie 127
V.1.1. Retranscription des données 127
V.1.2. Codage de données 128
V.1.3. Méthode d'analyse de données 128
V.1.4. Outils d'analyse 129
V.2. Résultats 130
V.2.1. Influence de la connaissance des méthodes de contraception moderne 130
V.2.2. Opinions et attitudes contre de la contraception moderne 131
V.2.2.1. Effets secondaires vécus et la peur de les vivre 131

V.2.2.2. Coût et absence de l'offre des services de gestion des effets secondaires 134
V.2.2.3. Opinions religieuses 135
V.2.2.4. Echec des contraceptifs utilisés à éviter une grossesse 136
V.2.3. Influence des interactions sociales sur la non-intention de contraception moderne 137
V.2.3.1. Mythes et rumeurs ou réalités ? 137
V.2.3.2. Influences religieuses 138
V.2.3.3. Cohabitation sociale 139
V.2.4. Auto-efficacité et contrôle du comportement perçu 141
V.3. Discussion des résultats 143
V.3.1. Influence des opinions et attitudes liées aux des effets secondaires vécus ou craints et à la mauvaise qualité d'offre des services de leur gestion 143
V.3.2. Influences religieuses nourries par les fausses idées, mythes et rumeurs 146
V.3.3. Influence d'autres interactions sociales 147
V.3.4. Influence de l'auto-efficacité des femmes 149
Conclusion du chapitre 150
CONCLUSION GENERALE 152
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 157
ANNEXES 177

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 : Evaluation des taux de non-réponse 57

Tableau 2.2 : Calcul de l'indice de Myers relatif à la qualité de la déclaration de l'âge des femmes et de leurs conjoints 61

Tableau 2.3 : Parité moyenne par groupes d'âge quinquennaux et indices A et B 63

Tableau 3.1 : Contribution des modalités à la définition des axes factoriels 71

Tableau 3.2 : Contribution des modalités à la définition du profil des femmes sans intention contraceptive et hiérarchisation 77

Tableau 3.3 : Variables de classification et leur présentation 82

Tableau 3.4 : Décomposition avancée de la baisse de l'intention d'utiliser la contra-ception moderne (changement) attribuable à l'effet de performance 88

Tableau 4.1 : Test de multi-colinéarité : VIFs des variables mobilisées 98

Tableau 4.2 : Paramètres et test de validité de la modélisation multiniveau 100

Tableau 4.3 : Décomposition de la variance, contributions à la variance totale, coefficients de corrélation intra-groupes aux modèles vides 102

Tableau 4.4 : Influence des variables explicatives sur la non-intention d'utiliser la contra-ception moderne 105

LISTE DES FIGURES

Figure 1.1 : Schéma de la transition démographique 9

Figure 1.2 : Cadre conceptuel de la non-intention contraceptive 36

Figure 2.1 : Prévalence de la contraception selon la province de résidence 48

Figure 2.2 : Répartition de l'effectif des femmes et leurs conjoints selon l'âge 60

Figure 2.3 : Répartition du nombre d'enfants nés vivants par femme selon leur âge 62

Figure 2.4. Lieux de collecte de données qualitatives 65

Figure 3.1 : Profil des femmes burundaises en union selon les intentions contraceptives exprimées en 2010 75

Figure 3.2 : Profil des femmes burundaises en union selon les intentions contraceptives exprimées en 2016-2017 76

Figure 3.3 : Décomposition simple de la baisse de l'intention d'utiliser la contraception moderne selon les variables de classification 87

Figure 3.4 : Répartition de la baisse du niveau d'intention contraceptive attribuée à l'effet de différenciation par catégorie du niveau de vie du ménage 89

Figure 3.5 : Répartition de la baisse du niveau d'intention contraceptive attribuée à l'effet de différentiation par région de résidence 89

Figure 4.1 : Schéma d'analyse 95

Figure 4.2 : Evaluation du pouvoir discriminant des modèles complets 99

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ABUBEF : Association Burundaise pour le Bien-Etre Familiale
ACP : Analyse des Composantes Principales
ADEA : Association pour le Développement de l'Education en Afrique
AFCM : Analyse Factorielle des Correspondances Multiples
AIDELF : Association Internationale des Démographes de Langue Française
AOR : Adjusted Odds Ratio
ASC : Agent de Santé Communautaire
BCR : Bureau Central de Recensement
BPS : Bureau Provincial de la Santé
CERPED : Centre d'Etudes et de Recherche en Population et Développement
CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
CREDSR : Centre de Recherche et d'Etudes sur le Développement des Sociétés en Reconstruction
CTR : Contribution des modalités aux axes factorielles
DHSB : Demographic Health Survey of Burundi
DIU : Dispositif Intra-Utérin
DS : District Sanitaire
EDSB : Enquête Démographique et de Santé du Burundi
ENS : Ecole Normale Supérieure
FAO : Food and Agriculture Organisation
FOSA : Formation Sanitaire
FGD : Focus Group Discussion
ICF : Inner City Fund
IFORD : Institut de Formation et de Recherche Démographiques
INSBU : Institut National de Statistique du Burundi
IPPF : International Planned Parenthood
ISF : Indice Synthétique de Fécondité
IST : Infection Sexuellement Transmissible
ISTEEBU : Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi
KFW : Kreditanstalt fur Wiederaufbau
LAPM : Long Acting and Permanent Method
MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MEEATU : Ministère de l'Eau, de l'Environnement, de l'Aménagement du Territoire et de l'Urbanisme
MICS : Multiple Indicators Cluster Survey
MININTER : Ministère de l'Intérieur
MJF : Méthodes à Jours Fixes
MSPLS : Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques
ODD : Objectifs du Développement Durable
OMS : Organisation mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non-Gouvernementale
OR : Odds Ratio
PAM : Programme Alimentaire Mondial
PF : Planification Familiale
PNDB : Plan National de Développement du Burundi
PNSR : Programme National de Santé et de la Reproduction
PNUD : Programme des Nations-Unies pour le Développement
ROCARE : Réseau Ouest et Centre Africain de Recherche en Education
SIDA : Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise
SPSS : Statistical Package for the Social Sciences
SR : Santé de la Reproduction
TAR : Théorie de l'Action Raisonnée
TCP : Théorie du Comportement Planifié
UB : Université du Burundi
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA : United Nations Fund for Population
UPS : Unités Primaires de Sondage
USAID : United States Agency for International Development
VIF : Variance Inflation Factors (Facteurs d'inflation de la variance)
VIH/SIDA : Virus d'Immuno-Humaine/Syndrome d'Immuno-Déficience Acquise

AVANT-PROPOS

En 1798, le Pasteur Anglican, Thomas Robert Malthus, pour montrer que, par la loi universelle de la nature, la population a la propension à se multiplier suivant une progression géométrique alors que les ressources suivaient une progression arithmétique a exprimé sa pensée à travers la parabole du banquet de la nature comme suit :

> *« Un homme qui naît dans un monde déjà occupé, s'il ne peut obtenir de ses parents la subsistance, et si la société n'a pas besoin de son travail, n'a pas le moindre droit à réclamer la plus petite portion de nourriture ; en fait il est de trop. Au grand banquet de la nature, il n'y a pas de couvert mis pour lui. Elle lui commande de s'en aller, et elle met elle-même promptement ses ordres en exécution, s'il ne peut pas recourir à la compassion de quelques-uns des convives du banquet » (T. R. Malthus, 1798 : 261-292)*

Ainsi, Malthus a proposé la contrainte morale (mariage tardif, célibat chaste) comme moyen de contrôle de la croissance de la population avant que la nature ne s'en charge par des famines, épidémies, malnutrition, l'insalubrité, etc. Bien qu'elle n'ait pas manqué de détracteurs, cette pensée a beaucoup influencé l'évolution de la population mondiale. Elle sera plus tard à la base de l'invention de la contraception moderne, admise comme efficace pour la baisse de fécondité. Sur le schéma global de la transition démographique qui consacre la baisse de la fécondité dans sa deuxième phase, c'est la contraception qui se montre comme principal facteur. Les pays qui ont actuellement atteint l'équilibre entre la croissance de la population et les ressources disponibles ont misé sur la contraception.

Actuellement, le Burundi entend contrôler la croissance de la population par la réduction de la fécondité au seuil du remplacement des générations, en passant par la hausse du niveau d'utilisation de la contraception. Dans un contexte de faible prévalence contraceptive et baisse du niveau d'intention d'utilisation de la contraception, cette recherche s'attèle à rechercher les déterminants de la non-intention d'utiliser la contraception moderne.

INTRODUCTION GENERALE

La croissance de la population mondiale n'a jamais été aussi inquiétante qu'au XIX^{ème} siècle. Depuis l'apparition de l'homme sur Terre jusqu'en 1820, la population mondiale n'avait pas encore atteint un milliard d'habitants (Biraben, 1979 ; David, 2015). C'est avec la baisse de la mortalité occasionnée par la révolution technologique et les progrès médicaux que la population mondiale a connu un rythme de croissance sans précédent (George, 1959, 1975 ; David, 2015). D'environ un (1) milliard autour de la décennie 1820, la population mondiale était de 1,811 milliards d'hommes en 1920, soit une augmentation de 81% en un siècle. En 1960, elle avait atteint 2,995 milliards d'habitants pour être une population de 6 milliards en l'an 2000 et de 7 milliards en 2011 (George, 1975 ; Vallin, 1976 ; Ducreux, 1977 ; Biraben, 1979 ; Buettner, 2020).

Les pays de l'Europe occidental, qui ont été les premiers à connaître la baisse de la mortalité, ont été aussi les premiers à comprendre les enjeux de la croissance démographique accélérée et à baisser la fécondité (Chesnais, 1995). Ils ont ainsi tracé le schéma global de ce qui sera appelée plus tard « la transition démographique » (Thompson, 1929 ; George, 1975 ; David, 2015). A des rythmes et à des périodes différentes, les pays du globe se sont alignés sur le schéma de la transition démographique. Aujourd'hui, il est admis que tous les pays du monde ont déjà su baisser la mortalité (Gendreau, 1993 ; David, 2015).

En Afrique, la transition démographique, qui commence avec la baisse de la mortalité pendant la période coloniale, sera la plus tardive (Gahama, 1983 ; Chesnais, 1995). Dès lors, l'introduction de la médecine occidentale, qui a permis la maîtrise des épidémies et de la mortalité, va permettre la croissance de la population qui est aujourd'hui la plus importante du globe (Gendreau, 1993 ; David, 2015 ; Tabutin & Schoumaker, 2020). Face à cette croissance de la population qui a été vite considérée comme la cause de l'extrême pauvreté(Schoumaker, 2004), l'Afrique a dû s'aligner au mouvement global de planification familiale qui a commencé avec la première conférence internationale des chefs d'Etat et des gouvernements membres de l'ONU sur la population (Bucarest, 1974) (George, 1975 ; Sala-Diakanda, 1988 ; United Nations et al., 1995).

Cependant, les réponses aux recommandations de ces conférences n'ont pas été uniformes malgré la volonté exprimée dans les milieux politiques et dans les programmes de développement. Les disparités demeurent importantes entre les régions du continent en ce qui est de la maîtrise de la fécondité (Guengant & May, 2001 ; Tabutin & Schoumaker, 2020).

L'Afrique arabe a presque achevé le processus de transition. Certains pays d'Afrique sub-saharienne dont l'Afrique du Sud, le Ghana, le Kenya, le Rwanda, etc. sont parvenus à baisser la fécondité jusqu'à 3 - 4 enfants par femme. Dans d'autres pays, la fécondité reste élevée (Diop & Marcoux, 2014 ; Tabutin & Schoumaker, 2020).

Au Burundi, la population est estimée à 11 495 438 habitants en 2017 avec une densité de 413 habitants au km^2, ce qui fait du pays l'un des plus densément peuplés d'Afrique (BCR, 2011 ; ISTEEBU[1], 2017). Ce fort peuplement du pays tient à deux facteurs principaux : son histoire et sa croissance. En effet, bien avant la colonisation qui commence à la fin du XIX^{ème} siècle, le Burundi, grâce à sa situation au cœur du continent et son organisation socio-politique, comptait parmi les pays les plus peuplés pendant que le reste de l'Afrique était ravagé par la traite atlantique et l'esclavagisme arabe (Gahama, 1983 ; Thibon, 1984, 1991). Grâce aux progrès de la médecine et une tradition de la population burundaise, ce fort peuplement a constitué la base de la forte densité observée aujourd'hui (Bidou et al., 1991 ; Manirakiza, 2008). Ainsi, estimée à environ 1,2 millions d'habitants en 1930, la population burundaise n'a cessé d'augmenter passant de 2,9 millions en 1962 à 4,03 millions d'habitants en 1979, puis de 5,29 millions en 1990 à 8,05 millions d'habitants en 2008 (BCR, 2011). Cette croissance se faisait avec des taux d'accroissement aussi élevés de tout le continent, la population pouvant doubler dans l'intervalle d'un quart de siècle (Gendreau, 1993 ; Tabutin & Schoumaker, 2020).

Cette croissance fut pour le Burundi le fruit d'un solde naturel extrêmement positif (Gahama, 1983 ; Thibon, 1984 ; Bidou et al., 1991 ; Manirakiza, 2008). Alors que les progrès de la médecine, préventifs et curatifs, réduisaient la mortalité infanto-juvénile et maternelle, la fécondité n'a fait qu'augmenter comme le prouvent les données récentes. Le taux de mortalité infantile et juvénile est passé de 120 $^0/_{00}$ en 2005 (MICS) à 59 $^0/_{00}$ en 2010 (EDSB II) et à 47 $^0/_{00}$ en 2017 (EDSB III). La fécondité qui était au-delà de 7 enfants par femmes en 1990 est resté à 6 enfants par femme jusqu'en 2016 où l'EDSB III a révélé un Indice Synthétique de Fécondité (ISF) de 5,5 enfants par femme (MININTER, 2012 ; ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017).

La croissance rapide de la population au Burundi affecte les conditions de vie des populations. En effet, pour une population qui affirme vivre de l'exploitation de la terre à

[1] L'Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi (ISTEEBU), comme organe chargé de coordination statistique du Burundi, vient de changer d'appellation depuis 2022 pour s'appeler Institut National de Statistique du Burundi, INSBU, en sigles.

90%, la superficie moyenne par exploitation et par ménage est en dessous du seuil de 90 ares fixé par le FAO, soit 40 ares par ménage (Kamuragiye & Buzingo, 2019). L'exiguïté des terres fait que 90% des contentieux traités dans les tribunaux soient liés aux conflits fonciers. Couplée aux irrégularités climatiques récurrentes, l'exiguïté des terres a déjà eu pour conséquences des situations d'insécurité alimentaire qui a atteint 45,5% de la population en 2017 et des réfugiés climatiques (PAM, 2017 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019 ; Sindayihebura & Nkunzimana, 2020).

La croissance démographique se montre aussi particulièrement inquiétante au niveau des infrastructures et services sociaux de base. Dans le secteur de l'éducation, les effets se montrent sans précédent. Les classes et les enseignants sont surchargés : en 2016, le nombre moyen d'élèves par salle de classe était de 74 et celui d'élèves par enseignant était de 56 alors que les normes de l'UNESCO recommandent 40 apprenants par classe et par enseignant. Des indicateurs du secteur de la santé font aussi état de débordement. En 2017, on compte 21 035 habitants par médecins alors que l'OMS fixe le seuil à 10 000 habitants/médecin, 1 413 habitants par infirmier contre 1350 fixés par l'OMS, 126 630 habitants par hôpital contre 100 000 fixés par l'OMS, 1315 habitants par lit d'hôpital contre 1000 fixés par l'OMS, etc. (ISTEEBU, 2019 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019).

Selon les projections faites par l'ISTEEBU en 2016, la population burundaise sera de 26,2 à 28,7 millions d'habitants en 2050 selon que la fécondité aurait baissé jusqu'à 3,1 ou 3,6 enfants par femme. La même source indique qu'elle pourrait se situer entre 45,2 et 62,7 millions d'habitants en 2100, selon que l'ISF sera de 1,8 ou 2,3 enfants par femme. Elle sera de 31,2 millions en 2050 et de 84,7 millions en 2100 si la fécondité reste forte, avec les niveaux estimés à 4,1 enfants et 2,8 enfants par femme en 2050 et 2100, respectivement (ISTEEBU, 2017).

Ces projections impliquent des enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux trajectoires démographiques diverses qui touchent une bonne partie de la population et dont il faut tenir compte dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques publiques efficaces pour un développement durable, une préservation de l'environnement et la prévention de conflits. En outre, à côté des politiques rigoureuses de planification du développement qu'elles exigent, ces projections supposent *a priori* la réduction de la fécondité car d'autres scenarii menacent d'être dramatiques si elle est maintenue au niveau actuel. Ainsi, une baisse de la fécondité s'avère la condition *sine qua none* pour le

ralentissement de la croissance démographique et l'atteinte des objectifs du développement durable. C'est d'ailleurs pour cette raison que le Plan National de Développement du Burundi (PNDB 2018-2027) a l'ambition de réduire la fécondité jusqu'à 3 enfants par femme et qu'un Plan d'Accélération de la Planification Familiale (2015-2020) a été mis en place (République du Burundi, 2016, 2018).

Il est donc indispensable qu'une mobilisation des acteurs se focalise sur les facteurs de la baisse de la fécondité et les moyens à mettre en œuvre pour y parvenir. Selon Kamuragiye et Buzingo (2019), la fécondité pourra baisser jusqu'à 2,6 enfants par femme à l'horizon 2050 et à 1,6 enfants par femme à l'horizon 2100 sous réserve de l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne de 1,5% par an dans les 30 années à venir. Or, la pratique actuelle de la contraception n'est que de 29% chez les femmes en âge de procréer (ISTEEBU et ICF International, 2017). L'augmentation de cette pratique n'est que de 0,5% par an, avec le risque d'une baisse, vu celle du niveau d'intention d'utiliser la contraception : la proportion des femmes en union non-utilisatrices de méthodes contraceptives modernes qui déclarent vouloir en utiliser une dans l'avenir, qui s'élevait à 66% en 2010, avait significativement baissé pour atteindre 53% en 2016-2017 (ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019).

La contraception moderne est le seul moyen efficace pour la réduction de la fécondité et l'accélération de la transition démographique pour enfin récolter les fruits du dividende démographique. Comme le montrent Stover et Heaton (2001), il existe une relation linéaire étroite entre la prévalence de la contraception et les indices synthétiques de fécondité. Chaque accroissement de 10 points de pourcentage de la prévalence est associé à une réduction de 0,7 points de pourcentage de l'indice synthétique de fécondité. Cela n'est pourtant pas le cas pour le Burundi.

La contraception influencerait la baisse de la fécondité qui, dans le contexte d'amélioration de la santé maternelle et infantile, permettrait au Burundi d'accélérer la seconde phase de transition démographique. Ainsi, la non-intention d'utiliser la contraception moderne constitue un des défis à relever. D'où le questionnement suivant : **quelle sont les déterminants de la non-intention d'utiliser la contraception chez les femmes de 15 – 49 ans en union au Burundi ?**

La contraception est connue comme tout moyen employé pour se prévenir d'une grossesse non-désirée (Hubacher & Trussell, 2015). Traditionnellement, elle procède par des moyens naturels dont l'allaitement maternel, le retrait, l'abstinence périodique, bien que les mythes et fables montrent des technologies qui auraient été utilisées depuis longtemps (McClory, 1998 ; Owoutou, 1998). Ce sont ces méthodes que Malthus proposait comme moyen de limiter le déséquilibre entre la croissance exponentielle de la population et celle arithmétique des ressources (Malthus, 1798, 1963). Cependant, les courants néo-malthusiens mettent l'accent sur la contraception moderne qui, selon eux, est plus efficace contre les caprices de l'organisme humain (Marcoux, 1998 ; Vilquin, 2006). Contre les limites de la biologie humaine, les méthodes contraceptives modernes ont été donc conçues pour permettre aux couples de répondre à leurs impulsions et leurs désirs naturels tout en réduisant les risques de grossesse (McClory, 1998). Cependant, l'adhésion à ces méthodes contraceptives modernes fait objet de discorde et, dans le contexte des pays pauvres dont le Burundi, la réticence va jusqu'à la non-intention d'y recourir.

Au moment où la contraception qu'il faut privilégier pour accélérer la baisse de la fécondité rencontre la perte d'intérêt manifeste chez les pionnières de la procréation (femmes en union), les résultats de cette thèse porteront de l'intérêt à plusieurs niveaux.

- Au niveau politique, les résultats de cette étude montreront aux décideurs les canaux par lesquels il est fructueux d'intégrer la contraception dans les politiques de population en vue de la création des conditions nécessaires pour profiter du dividende démographique tout en évitant les réticences qui se manifestent ;
- Au niveau programmatique, les résultats guideront les programmes de population et développement dans l'identification des cibles de leurs programmes pour une bonne promotion des méthodes modernes de planification familiale (PF) ;
- Au niveau scientifique, les résultats apportera de la lumière sur les zones d'ombres qui sont jusqu'ici peu explorées sur la réticence manifestée par les femmes envers l'utilisation de la contraception moderne alors que la sensibilisation à son recours au Burundi date des années 1980.

Cette étude a donc pour objectif général de contribuer à une meilleure connaissance des déterminants de la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union âgées de 15 à 49 ans au Burundi. Spécifiquement, elle vise à :

- Dégager le profil des femmes en union, âgées de 15 à 49 ans sans intention d'utiliser la contraception moderne et sa variation entre 2010 et 2017 ;
- Identifier les sources de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union âgées de 15 à 49 ans entre 2010 et 2017 ;
- Rechercher les facteurs associés à la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union âgées de 15 à 49 ans au Burundi à travers les théories et les paradigmes socio-démographiques ;
- Analyser les opinions, les attitudes et les interactions sociales qui réduisent l'intérêt d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union âgées de 15 à 49 ans au Burundi.

L'étude est structurée en cinq (5) chapitres. Le premier chapitre fait la revue du cadre théorique et empirique dans lequel cette étude s'inscrit. Le deuxième chapitre présente le contexte de l'étude et les sources de données. Le troisième chapitre est consacré à l'analyse du profil des femmes sans intention d'utiliser la contraception moderne et des sources de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne. Le quatrième chapitre fait l'analyse des facteurs explicatifs de la non-intention d'utiliser la contraception moderne à travers les théories et les paradigmes socio-démographiques du moment que sont les flux intergénérationnels de richesse, le poids de la communauté, l'influence de l'offre de services de PF et celle des rapports de genre. Enfin, le cinquième chapitre analyse l'influence des opinions, attitudes et interactions sociales en matière de non-intention d'utiliser la contraception moderne.

CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE ET EMPIRIQUE DE LA NON-INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTIONMODERNE

La revue de la littérature « est le cadre ou le champ théorique ou épistémologique dans lequel le problème, placé, prend sens, envergure, allure ou orientation. Il s'agit pour le chercheur d'inscrire « son » problème dans un cadre de référence en montrant qu'il connaît clairement les tenants et aboutissants des théories et concepts engagés dans la formulation du problème en question» (N'Da, 2015 : 94).

De ce qui précède, il importe de faire la revue des principales théories et des concepts couramment employés. Il s'agit de trouver les orientations théoriques et les modèles qui permettent d'élaborer un cadre conceptuel de la non-intention d'utiliser la contraception moderne. En outre, il s'agit de passer en revue les principaux résultats des travaux antérieurs, à partir desquels s'élabore le cadre d'analyse de cette recherche (Mongeau, 2008 ; Dumez, 2009, 2011 ; Livian, 2015 ; N'Da, 2015). Ainsi, après avoir présenté de façon synthétique les travaux passés en revue, le chapitre finira par une analyse critique des travaux, les orientations que ce travail se donne et le cadre conceptuel adopté.

I.1. Cadre théorique

L'intention d'utiliser la contraception est un phénomène au carrefour des études sur la fécondité et la planification familiale. D'ailleurs, la contraception est l'une des variables intermédiaires dans l'analyse de la fécondité (Davis & Blake, 1956 ; Bongaarts, 1978). Bien qu'il n'y ait pas de théories spécifiques pour l'intention d'utiliser la contraception moderne, on peut toujours l'approcher par les théories de la fécondité et la planification familiale. A côté de la théorie de la transition démographique, qui suppose l'utilisation de la contraception à sa deuxième phase, la recherche sur l'intention d'utiliser la contraception moderne peut faire appel aux approches économiques, sociologiques et culturelles de la fécondité, les approches féministes, structuro-fonctionnalistes et institutionnalistes.

I.1.1. Modèle de transition démographique

Dans son article intitulé « Population », (Thompson, 1929) classait les pays du globe en trois groupes selon les niveaux atteints en ce qui est de l'évolution des taux de natalité, de mortalité, d'accroissement naturel et des effectifs de la population. Il devenait ainsi le précurseur de ce qui sera appelé plus tard la « transition démographique ». En outre, la littérature attribue la paternité du modèle de transition démographique à un avocat polonais, Léon Rabinowicz en 1929 dont l'expression « révolution démographique » sera développée

par Adolphe Landry en 1934. Cette expression sera détournée par le démographe anglo-saxon Frank Notestein qui, avec une vision de l'étendre aux pays du Tiers-Monde, la dénommera « transition démographique » (Gendreau, 1993 ; Chesnais, 1995). Aujourd'hui, l'universalité du modèle de transition démographique n'est pas à remettre en cause malgré la diversité des situations et des processus (Chesnais, 1995 ; David, 2015).

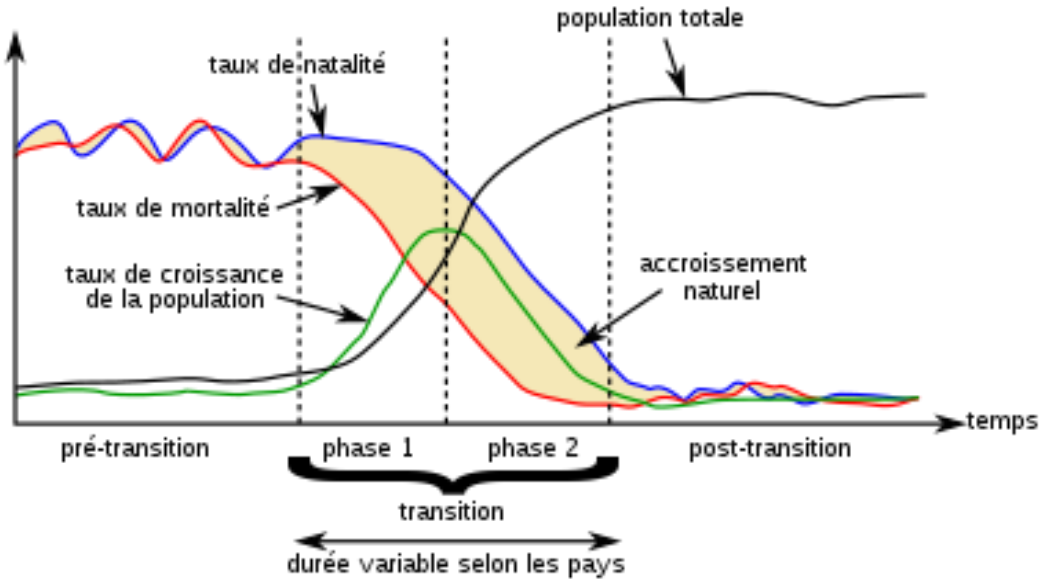
I.1.1.1. Définition et étapes de la transition démographique

La « transition démographique », dans son sens premier signifie « *le passage d'une population d'un état d'équilibre démographique donné à l'autre* ». Aujourd'hui, cette expression est utilisée dans le sens « *du passage d'une croissance démographique faible, résultant d'une forte natalité et d'une forte mortalité, à une situation où la croissance démographique est à nouveau faible, mais cette fois du fait de l'association d'une faible natalité et d'une faible mortalité ; pendant la période de la « transition » , le taux d'accroissement de la population passe par un maximum dans la mesure où la baisse de la mortalité précède celle de la natalité »* (Gendreau, 1993 : 336).

La transition démographique se déroule en trois régimes (David, 2015). Le régime démographique *pré-transitionnel* se caractérise par des taux de natalité et de mortalité très élevés (Figure 1.1). La mortalité fluctue de façon sensible suite aux aléas climatiques, aux troubles politiques et militaires ainsi qu'aux épidémies ou aux crises économiques. La natalité connaît également des fluctuations importantes dues à des comportements démographiques imposés par la conjoncture politico-économique. En fait, la forte natalité est dictée par la volonté d'assurer le remplacement des générations dans un contexte de forte mortalité (Vilquin, 2006 ; David, 2015). Cependant, le solde naturel est faible et la croissance est trop faible, si elle ne stagne (Vilquin, 2006 ; David, 2015). Le régime *transitionnel* renferme en lui deux phases. La première phase voit la mortalité chuter suite aux progrès de la médecine. En fait, les progrès de la médecine préventive et curative, qui réduisent considérablement la mortalité en général, la mortalité maternelle, infantile et juvénile en particulier, vont permettre l'augmentation de l'espérance de vie. Concomitamment, l'attitude nataliste subsiste chez les couples traumatisés par la surmortalité infantile (Vilquin, 2006 ; Manirakiza, 2008 ; David, 2015 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019). Le solde naturel est très élevé, ce qui permet une augmentation rapide des effectifs de population (Chesnais, 1995 ; David, 2015). La deuxième phase de la transition, quant à elle, se caractérise par la baisse de la natalité pendant que la mortalité continue à décroître. Dans ce cas, le pays concerné fait face à une pression sans

précédent sur les budgets publics, les infrastructures sociales de base, le marché du travail, etc. suite à l'explosion de la jeunesse entraînée par la baisse de la natalité. Au-delà des différences culturelles, climatiques, religieuses, socio-économiques, la nécessité de planifier les naissances s'est fait sentir (Chesnais, 1995). En outre, l'instruction et le travail des femmes, la qualité de l'enfant qui prime sur la quantité vont agir en faveur d'une fécondité planifiée (Chesnais, 1995 ; Gendreau, 2014). Ainsi, la fécondité qui décroît jusqu'au seuil de remplacement des générations entraîne une contraction de la croissance démographique (Figure 1.1). Le régime *post-transitionnel,* qui est le dernier de ce schéma de la transition se caractérise par des taux de mortalité et de natalité particulièrement bas. En fait, les progrès de la médecine, qui ont permis l'éradication des maladies infectieuses ou de les soigner efficacement, ont par conséquent permis l'allongement de l'espérance de vie. Les taux de mortalité sont très faibles. Avec des taux de natalité aussi faibles suite à la maîtrise de la fécondité, l'accroissement démographique est de nouveau faible (Figure 1.1). Le remplacement des générations est à peine assuré comme au régime pré-transitionnel (David, 2015).

Figure 1.1 : Schéma de la transition démographique [2]



Aujourd'hui, il est admis qu'aucun pays du monde n'est encore dans la phase pré-transitionnel (Gendreau, 1993 ; Chesnais, 1995 ; David, 2015). Cependant, la transition ne s'est pas passée au même moment et ne s'applique pas de même manière dans tous les pays du globe. Selon Thumerelle (2003 cité par David, 2015), la chronologie et l'intensité de la

[2]https://fr.wikipedia.org/wiki/Transition_démographique#/media/Fichier:Transition_démographique.svg

transition varient considérablement selon les régions du globe. Ceci a permis à David (2015) de distinguer trois formes de transitions, qui peuvent aisément s'étendre à quatre (les transitions longues, celles exportées, celles courtes et celles inachevées).

I.1.1.2. Transition de la fécondité

En évoquant les mécanismes de changement au cours de la transition démographique, la littérature permet de constater que la transition de la fécondité est un phénomène au carrefour de la volonté et de l'incitation (Bianco & Chang-Ming, 1989 ; Chesnais, 1995 ; Bella, 2001 ; Gendreau, 2014). Des femmes ont choisi de réduire la fécondité parce qu'elles ont cru que la descendance nombreuse ne convenait plus à leur profil, par le biais de l'instruction et du travail (Gendreau, 2014 ; Canning et al., 2016 ; Rabier, 2020). D'ailleurs, avec la chute de la mortalité infantile, elles n'avaient plus besoin d'avoir une descendance nombreuse pour perpétuer la lignée familiale (Canning et al., 2016) . Ailleurs, il a fallu l'intervention des pouvoirs publics pour baisser la fécondité, ce qui a donné lieu aux transitions les plus courtes de l'histoire (Caldwell, 1994 ; Bella, 2001 ; Gendreau, 2014). Dans tous les cas, la contraception a été la condition nécessaire pour l'achèvement de la transition de la fécondité dans le processus de transition démographique. Les transformations socio-économiques ont nourri l'intention de faire recours à la contraception : l'instruction et le travail des femmes ont été les facteurs importants de la pratique contraceptive (Chesnais, 1995 ; Gendreau, 2014). En outre, le contexte économique contraignant a fait que même les pouvoirs qui étaient restés indifférents s'y replient (Chesnais, 1995 ; Gendreau, 2014 ; Canning et al., 2016 ; Rabier, 2020).

Malgré les niveaux de scolarisation et de professionnalisation des femmes encore faibles, le Burundi, faisant face à la pression démographique, devait avoir imité ce modèle de transition de la fécondité. Ce modèle donne donc justifie notre étude qui s'interroge sur les raisons de la non-intention d'utiliser la contraception moderne dans un contexte qui la nécessite.

I.1.2. Approches micro-économiques de la fécondité

Au-delà du débat sans fin des approches macro-économiques de la fécondité entre Malthus[3] et les néo-malthusiens[4], d'une part (Diop, 1995 ; Teitelbaum, 2006) et le courant socialiste de Karl Max, Esther Boserup et leurs partisans[5], d'autre part(George, 1971), d'autres auteurs, constatant l'impossibilité d'identifier les déterminants communs de la fécondité nationaux ou régionaux, ont développé une série de théories micro-économiques centrées sur la rationalité des parents (Noumbissi, 1994 ; Joshi & David, 2002 ; Leridon, 2015). Trois théories micro-économiques de fécondité méritent l'attention dans le cadre de cette recherche. Il s'agit de la théorie de la nouvelle économie familiale, la théorie des flux intergénérationnels de richesse et la théorie des stratégies de survie.

I.1.2.1. Théorie de la nouvelle économie familiale

L'un des pionniers de l'Ecole de Chicago qui ont développé la théorie micro-économique de la fécondité fut Becker dans les années 1960. En cherchant à concilier le postulat selon lequel une augmentation du revenu stimule la fécondité et son contraire observé dans les pays industrialisés qui éprouvaient la baisse de la fécondité dans un contexte de croissance économique, il a proposé un nouveau modèle d'analyse de l'effet du revenu sur la fécondité (Becker, 1960). Développé dans le contexte de croissance économique en Amérique du Nord, cette contribution de Becker a le mérite d'avoir pris en compte l'importance du coût d'opportunité de l'enfant pour expliquer la baisse de la fécondité lorsqu'un pays expérimente l'augmentation du revenu par tête. Dans une société industrielle, l'enfant représente un coût, occupant le temps qui pourrait être consacré aux activités créatrices de richesses (Becker, 1991 ; Doliger, 2008). Ainsi, la croissance économique dans un pays n'augmente pas seulement le pouvoir d'achat des ménages, elle se répercute aussi sur le coût des enfants par effet d'augmentation du coût d'opportunité, d'où la relation négative entre revenu et la

[3] Dans un ouvrage intitulé « Prince de population » publié en 1798, Thomas Robert Malthus, partant de la loi naturelle universelle, faisait constater que la population avait la propension de croître suivant une progression géométrique tandis que les ressources qu'il faut pour leur subsistance suivaient une progression arithmétique. Ainsi, il proposait la contrainte morale (mariage tardif, celibat, chasteté dans le mariage) pour limiter la croissance de la population au-délà de la capacité naturelle à les nourrir avant que la nature ne s'en charge par les famines, les épidemies, la malnutrition, l'insalubrité, etc (obstacle destructif).

[4] Le courant néo-malthusien ne sera qu'une résurgence du malthusianisme au XIX^{ème} qui sera radicale pour la limitation des naissances. Ce courant sera à la base de la mise en place des méthodes modernes de contraception telles qu'elles sont connues aujourd'hui.

[5] Le socialisme va opposer la pensée malthusienne qu'elle jugera comme une justification du capitalisme. Selon cette pensée, la misère des peuples réside dans le système capitaliste qui maintient la majorité dans la misère en confisquant les bénéfices de leur travail. Esther Boserup, dans son ouvrage intitulé *Evolution agraire et pression démographique*, va réfuter le rôle de la croissance démographique dans le blocage de la production agricole ou la pauvreté. Pour elle, la croissance démographique stimulerait la production agricole par l'apparition de nouvelles techniques agricoles

fécondité. Plus tard, il a fallu affiner ce modèle par deux apports importants. Le premier a été l'introduction de la qualité de l'enfant dans le modèle tandis que le second fût l'approfondissement de celui-ci par la notion de « valeur du temps » (Becker & Lewis, 1973; Schultz, 1986 ; Doliger, 2008).

De cette théorie de Becker (1960), l'utilisation de la contraception est l'aspiration des femmes dont les ménages s'insèrent dans l'économie industrielle et qui voient le revenu augmenter. Le coût d'opportunité en temps alloué à l'enfant devient donc de plus en plus élevé et les femmes entendent le réduire par la contraception.

Plus tard, l'Ecole de Pennsylvanie, avec l'hypothèse d'Easterlin (1975) va proposer une dimension dynamique, proposant de tenir en compte la relation systématique entre la taille relative de la cohorte et la fécondité dans les pays qui ont fini la transition démographique » (Moffitt, 1982 ; Espenshade, 1985 ; De Bruinj, 2002 ; Doliger, 2008). Cependant, le postulat reste toujours une considération micro-économiste de la fécondité des couples.

I.1.2.2. Théorie des flux intergénérationnels de richesse

Concomitamment à la théorie de la nouvelle économie familiale alors en vogue en Amérique du Nord, la théorie des flux intergénérationnels de richesse a été développée par Caldwell (1976) dans ses travaux sur les pays du Sud, principalement le continent africain. Dans cette théorie, l'auteur postule que la fécondité des pays pauvres est tributaire des flux de richesses actuelles et futures entre les parents et leur descendance (Caldwell, 1976, 1982). Il part du système de parenté qui, dans le contexte africain, peut permettre de décrypter le système de production et les « flux de richesse ». Dans les sociétés africaines traditionnelles, la descendance nombreuse n'est pas un désavantage, même sur le plan économique car les enfants et les jeunes adultes constituent des facteurs de production des subsistances, la gestion des biens étant dans les mains des hommes âgés. Ainsi, les flux de richesse vont des jeunes générations à celles avancées (Kourouma, 2011 ; Leridon, 2015). Dans ce cadre, l'enfant est perçu positivement pour sa rentabilité économique et l'intention de recourir à la contraception pour maîtriser la fécondité est faible.

Cette théorie des flux intergénérationnels de richesse a été critiquée pour reposer sur des hypothèses moins sûres. Les avantages économiques d'une descendance nombreuse dans les familles pauvres sont loin d'être certains, car l'incapacité des parents à investir dans la

qualité des enfants (santé, éducation, nutrition), empêche tout espoir de tirer profit de leur descendance (Birdsall & Griffin, 1988 ; Cain, 1993 ; Merrick, 2001). En outre, la forte fécondité peut être à la base de l'« *externalité intergénérationnelle* » suite aux charges collatérales qu'elle impose aux aînés des familles (Mkangi, 1977).

I.1.2.3. Théorie des stratégies de survie

Construite comme théorie autonome à partir des travaux de Bourdieu (1972) et de Duque et Pastrana (1973 cité par Schoemaker, 1987 : 4), la théorie des stratégies de survie s'inscrit dans le cadre des approches micro-économiques de la fécondité comme les deux premières. Cette théorie propose de *voir dans les comportements socio-démographiques des individus et des ménages pauvres un ensemble d'actions intentionnelles, rationnelles et coordonnées visant à améliorer leurs conditions de vie* (Kourouma, 2011 : 34). En ce qui concerne la fécondité, l'idée principale est que la descendance nombreuse des ménages pauvres est une des stratégies de maximisation du nombre de personnes économiquement rentables dans l'unité domestique de production (Schoemaker, 1987 ; Cain, 1993).

La réussite de cette stratégie nécessite une fécondité particulièrement élevée pour répondre à des objectifs multiples de survie : travaux domestiques, production d'autoconsommation, apprentissage dans les métiers, travaux informels, chacun devant contribuer, dans l'immédiat ou ultérieurement à la survie du groupe (Kourouma, 2011). Schoemaker (1987) a réalisé des enquêtes dans les bidonvilles d'Asunción (Paraguay) dont les résultats corroborent ces arguments. A partir des données recueillies à Dakar et à Bamako, la même conclusion a été tirée (Kuepié, 2004). Dans les campagnes africaines, la forte fécondité qui les caractérisent ferait penser à une stratégie de survie, vu l'attitude nataliste des ménages malgré les risques du contraire (Marcoux, 1993 ; Davis & Mailhos, 2006).

D'après cette théorie, les femmes vivant dans les ménages à revenu faible n'auront pas d'intention de limiter leurs naissances et de recourir à la contraception, misant sur une descendance nombreuse pour la survie.

I.1.3. Approches socio-culturelles

Dans l'étude de la fécondité, des théories basées sur la culture ont été développées pour expliquer les différences de comportements reproductifs. Il s'agit notamment de la théorie de l'héritage culturel, de la théorie de désorganisation sociale et de la théorie de l'imaginaire social.

La théorie de l'héritage culturel suppose la transmission des valeurs traditionnelles et normatives de générations en générations, à travers l'ethnie et l'éducation (Bourdieu & Passeron, 1970). C'est ainsi que les comportements vis-à-vis de la mondialisation des échanges et des cultures diffèrent selon les groupes ethniques. Dans cet ordre d'idées, la non-intention d'utiliser la contraception moderne pour une femme serait subséquente à la norme de son groupe social qui lui inculque ses valeurs opposées au mouvement de la planification familiale. Par contre, dans une société ouverte à la contraception, le changement de mentalités se matérialisera par le passage d'une société traditionnelle à forte fécondité à une société moderne à faible fécondité, donc par la transition de la fécondité (Nganawara, 2017).

Selon Diop (1995), la théorie de la désorganisation sociale est la composante de la théorie générale de modernisation. La modernisation et l'urbanisation des sociétés africaines induisent ainsi les changements structurels et la dislocation des liens sociaux traditionnels (Davis & Mailhos, 2006). Cet affaiblissement des structures traditionnelles donne place aux nouveaux comportements qui fondent l'individualisme. De cette transformation, la transition de la fécondité résulterait de la façon dont la société laisse à l'individu le choix de planifier les naissances. Ainsi, ce sont les femmes urbaines (ville, synonyme de la modernité) qui auront l'intention d'utiliser la contraception moderne que les femmes rurales, encore sous l'emprise de la tradition.

Élaborée par Ela (1995) pour expliquer la dynamique de fécondité dans le contexte d'Afrique noire, la théorie de l'imaginaire social quant à elle suppose la compréhension des valeurs culturelles partagées par un groupe de personnes pour comprendre le phénomène de procréation de ce même groupe. Autrement-dit, il s'agit de faire « *un retour à l'imaginaire qui structure les comportements, les représentations et les choix stratégiques en matière de procréation* » (Ela, 1995 : 192). Pour cet auteur, les comportements sexuels et reproductifs sont l'expression des logiques de production et de reproduction du groupe social auquel appartient l'individu. Par conséquent, l'intention ou non d'utiliser la contraception moderne ne sera pas le fruit de la seule femme en union, mais de la dynamique de son groupe social qui lui impose les valeurs en matière de comportements reproductifs.

I.1.4. Approches genre, féministe et structuro-fonctionnaliste de la fécondité

Les études de fécondité, par l'approche genre, visent à replacer le statut de la femme et sa capacité d'action au centre du comportement reproductif (Leridon, 2015). L'approche genre, dans l'étude de l'évolution de la fécondité, confronte le rôle de la femme à celui de son

mari dans le foyer, et voudrait examiner si sa situation la dote de la capacité de décider d'avoir un enfant ou non et d'accéder à de méthodes contraceptives nécessaires (Mason, 2014). Des études confirment les inégalités de genre qui sont à l'origine de la forte fécondité en Afrique à tel enseigne que le changement ne puisse provenir que d'une augmentation du pouvoir d'action pour les deux sexes (Zavala de Cosio, 2007 ; Millogo et al., 2018 ; Millogo, 2020).

Cependant, pour Mason (2014), les inégalités pensées au sens strict ont un effet limité sur la fécondité et propose d'interroger l'effet des structures sociales. De même, McDonald (2000) propose d'examiner l'évolution des relations et les positions de genre au niveau des valeurs individuelles et des valeurs familiales pour démêler l'effet du genre au rôle de la société. Pour lui, une société peut favoriser l'équité de genre dans certains domaines comme l'économie et la politique, mais maintenir un système social qui tolère le mariage précoce et la solidarité sociale, ce qui n'aurait pas d'effet de baisse de la fécondité (McDonald, 2000).

L'approche genre est prolongée par le féminisme qui tente d'expliquer la fécondité et sa dynamique par la condition féminine. En effet, amorcé depuis le lancement des mouvements féministes et la décennie de la femme (1976-1985) par le système des Nations-Unies, le courant féministe s'inscrit dans le cadre historique et mondial de l'émancipation de la femme. L'objectif du féminisme est le passage d'une société dominée par un seul sexe (les hommes) qui fixe les droits et la place de l'autre à une société régie par et pour les deux sexes (hommes et femmes). Les approches féministes considèrent le genre comme une construction sociale qui se réfère au patriarcat comme système hiérarchique de pouvoir, de domination et de contrôle et qui donne aux hommes un accès préférentiel aux ressources économiques et sociales. A propos de la fécondité, les « *féministes suggèrent que les modèles et niveaux de reproduction sont l'un des facteurs contribuant à libérer les femmes de l'emprise masculine : des maternités nombreuses et involontaires limitent l'autonomie féminine tandis qu'une fécondité faible et maîtrisée rend possible, quoique non inévitable, leur émancipation* » (Mason, 2014 : 447).

C'est pourquoi les féministes mettent au cœur de l'explication de la forte fécondité africaine la place que la société et les structures de production réservent à la femme. En effet, la forte fécondité d'Afrique noire peut s'expliquer par le faible statut social de la femme dans la société traditionnelle africaine, de même que la baisse remarquable de la fécondité dans les

villes peut être expliquée par l'émancipation des femmes urbaines, accompagnée par l'instruction et le travail féminin (Notestein, 1953 ; Gregory & Piché, 1985 ; Lesthaeghe, 1989 ; Adjamagbo & Locoh, 2015).

Ainsi, le féminisme rejoint le structuro-fonctionnalisme selon lequel les changements macro-sociaux produisent au niveau de l'institution familiale un type nouveau de comportement à travers la fonction d'adaptation. Initiée entre 1950 et 1960 par le sociologue américain Talcott Parsons[6] pour expliquer la baisse de la fécondité, elle affirme que la transition de la fécondité s'inscrit dans un ensemble de transformations structurelles survenues avec l'industrialisation, l'urbanisation et l'économie de marché, et que ce sont les changements socio-économiques y relatives qui expliquent la dénatalité depuis le XIX^{ème} siècle (Piché & Poirier, 2002). En fait, la vie économique qu'imposait l'industrialisation a contraint les familles à adopter un type nouveau de comportements en matière de procréation. Évoluant dans le contexte de la mondialisation des échanges et des cultures, la famille est caractérisée par l'amélioration du statut social de la femme grâce à l'instruction et l'accès au marché du travail et une plus grande communication entre conjoints (Piché & Poirier, 2002 ; Adjamagbo & Locoh, 2015).

C'est dans ce type nouveau de famille où la femme est scolarisée, a un emploi rémunéré, avec la possibilité de plus en plus accrue de dialoguer avec son conjoint que l'utilisation de la contraception et son intention trouve la place.

I.1.5. Approche institutionnelle

L'approche institutionnelle admet l'idée selon laquelle les comportements et attitudes en matière de fécondité sont façonnés par les différentes institutions dont les structures familiales, les systèmes de parenté, les classes sociales, le marché du travail, les structures patriarcales et les structures foncières (Delaunay et al., 2008). Elle a été initiée par différents auteurs (Gregory & Piché, 1985 ; Lesthaeghe, 1989) qui ont interrogé l'influence des organisations sociales, familiales, des modes de production et d'accès aux ressources pour rendre compte de la complexité du phénomène de transition démographique, surtout la transition de la fécondité.

[6]Talcott Parsons, né le 13 décembre 1902 à Colorado Springs et mort le 8 mai 1979 à Munich, est un sociologue américain. Il est considéré comme l'un des sociologues les plus influents depuis la fin de la seconde guerre mondiale jusque dans les années 1960.

En étudiant les causes de la crise de la transition démographique en Haïti, Dorvillier (2010) trouve que l'économie morale familiale, présentée comme une institution sociale privée, est à la base de la lenteur de la baisse de la fécondité. Pour lui, c'est la solidarité mécanique qui a créé dans la société haïtienne une « *abondance artificielle* », qui à son tour a empêché les individus de se rendre compte de la précarité et de la vulnérabilité de leurs conditions de vie (Dorvillier, 2010). Ainsi, l'auteur incrimine l'institution familiale comme étant l'entrave à la baisse de la fécondité, par l'obligation morale de solidarité. Dans un tel contexte, la non-intention d'utiliser la contraception intervient quand l'abondance créée par la solidarité sociale empêche les couples de voir la nécessité de recourir à la contraception pour limiter les naissances.

A contrario, l'institution politique pourrait agir dans le sens contraire. Plus d'un auteur conviennent que le succès des politiques de population et les programmes de planification familiale en Asie de l'Est et du Sud-Est (Inde, Corée du Sud, Indonésie, Chine), a été talonné par l'implication des pouvoirs publics et une tradition étatique forte (Bianco & Chang-Ming, 1989 ; Lesthaeghe, 1989). De ce point de vue, le pouvoir central a le rôle stimulateur, parfois contraignant, pour l'adoption de la contraception.

Cependant, les institutions politiques peuvent jouer en défaveur de la contraception (Fassassi, 2007). C'est notamment le cas de l'Afrique subsaharienne où « *l'inadéquation de l'offre de produits contraceptifs à la demande, la qualité souvent déficiente des services en matière de planification familiale et l'adhésion toute récente de nombreux gouvernements à une vision néomalthusienne de la problématique population-développement sont autant de freins à la progression rapide de la contraception* » (Fassassi, 2007 : 7). Dans cet ordre d'idées, c'est l'orientation que les institutions publiques réservent à la planification familiale ainsi que la qualité de l'offre en services de santé qui jouent un rôle de choix dans l'utilisation de la contraception (Bertrand et al., 1994). La non-intention d'utiliser la contraception moderne est donc liée aux défaillances administratives et sanitaires.

I.1.6. Théories psycho-sociales

Dans l'étude des comportements sexuels et reproductifs, les théories psycho-sociales peuvent aussi être mobilisées. C'est le cas de la Théorie de l'Action Raisonnée (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975 ; Tounès, 2003 ; Fayolle et al., 2006) et son extension et la Théorie du Comportement Planifié (TCP) (Ajzen, 1991 ; Ajzen & Fishbein, 2000, 2002 ; Njengoué Ngamaleu & Mboé, 2021). Elles postulent que le comportement, comme l'utilisation de la

contraception moderne, est déterminé par l'intention, qui est à son tour déterminé par l'attitude et les normes subjectives relatives à ce comportement.

En résumé, la littérature avancerait les raisons micro-économiques tandis que d'autres proposent de placer les acteurs de la fécondité dans leurs contexte socio-culturels pour comprendre les comportements reproductifs comme l'absence d'intention d'utiliser la contraception. Le rôle des institutions sociales et politiques n'est pas à oublier, de même que les bouleversements des structures sociales et économiques imposés par la mondialisation des échanges et des cultures. Le rôle des institutions sociales et étatiques n'est pas écarté. Au niveau individuel, le rôle des facteurs psycho-sociaux que proposent les théories de l'Action raisonnée (TAR) et du comportement planifié (TCP) est aussi avancé.

I.2. Revue des travaux empiriques

Ce chapitre a pour objectif de passer en revue les principaux résultats des travaux antérieurs, à partir desquels s'élabore le cadre conceptuel et d'analyse de cette recherche. Ainsi, après avoir présenté de façon synthétique les travaux passés en revue, le chapitre finit par une analyse critique des travaux et les orientations que nous entendons donner à cette recherche. Cependant, avant d'explorer les résultats de recherche sur l'intention d'utiliser la contraception, il importe d'avoir une vue synthétique des contours du concept de contraception et les méthodes contraceptives étudiées dans la littérature.

I.2.1. Définition de la contraception et des méthodes contraceptives dans la littérature

La contraception est définie comme tout moyen utilisé pour éviter une grossesse, pour empêcher une naissance non-désirée (Hubacher & Trussell, 2015). La pratique contraceptive comprise dans ce sens existe dans le monde depuis longtemps. Dans l'Antiquité grecque, il est signalé les pratiques comme l'avortement avant que la grossesse n'atteigne trois mois dans le souci de préserver l'équilibre de la cité (Vilquin, 2006 ; Panidis, 2013, 2015). McClory (1998) signale des pratiques contraceptives dans la tradition gréco-romaine, en Égypte ancienne et en Asie. Owoutou (1998) montre que l'Afrique traditionnelle pratiquait aussi la contraception, bien avant la colonisation. Les pratiques post-partum d'abstinence sexuelle et d'allaitement au sein, ayant pour but d'allonger la durée d'infécondité post-partum et d'augmenter l'espacement des naissances d'au moins 3 ans, étaient connus dans l'Afrique traditionnel. Les sociétés africaines connaissaient aussi le coït interrompu et les plantes médicinales (Wakam, 1994 ; Owoutou, 1998).

Il importe de signaler que ces méthodes contraceptives signalées en Afrique et ailleurs n'avaient pas pour but de limiter les naissances. Cette contraception aujourd'hui dite « traditionnelle » avait comme intention l'espacement des naissances dont l'avantage devait être l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant (Wakam, 1994). En outre, on doute de la qualité et de la fiabilité de ces méthodes qui se passent dans un cadre traditionnel et informel. Depuis le XVIII^{ème}, les préoccupations malthusiennes et néo-malthusiennes ont conduit à la mise en place des méthodes dites « modernes » de contraception (Sala-Diakanda, 1988 ; Pelchat, 2005 ; Locoh & Vandermeesch, 2006). Le but de ces méthodes est d'augmenter l'efficacité de la contraception qui doit mener vers la maîtrise de la fécondité afin d'endiguer la croissance de la population dont le rythme de progression inquiète l'équilibre entre la population et les ressources disponibles (Malthus, 1963, 2017). Le courant de promotion de la contraception moderne sera exacerbé par la montée du féminisme qui, en militant pour l'amélioration du statut de la femme, incrimine la forte fécondité tout en réclamant le planning familial (Mason, 2014 ; Adjamagbo & Locoh, 2015).

Les méthodes contraceptives modernes sont constituées de produits ou médicaments qui interfèrent avec le cycle reproductif de l'individu pour empêcher la conception de grossesses après les rapports sexuels (Hubacher & Trussell, 2015). Aujourd'hui, les méthodes contraceptives modernes, dans leur diversité, offrent la possibilité de planification selon le but du couple en matière de fécondité (espacement des naissances ou arrêt de la procréation), la durée d'action souhaitée de la contraception (méthodes à courte ou longue durée d'action), l'urgence ou non des besoins en planification familiale, etc.

Dans les études portant sur l'intention d'utiliser la contraception, les méthodes à longues durées d'action sont singularisées par rapport aux autres (Negewo, 2010 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Meskele & Mekonnen, 2014). Cependant, cette recherche s'abstiendra de catégoriser les méthodes, considérant que toute intention de recourir à la contraception moderne est un revirement vers le changement de comportement qui doit avoir pour effet la réduction de la fécondité. Loin d'être exhaustif, il s'agit de l'exploitation de quelques travaux recensés sur l'intention d'utiliser les contraceptifs modernes.

I.2.2. Principaux résultats de la recherche empirique

Cette revue des travaux empiriques fait la synthèse des facteurs explicatifs de l'intention d'utiliser la contraception moderne. Premièrement, il s'agit d'explorer les croyances, opinions, perceptions et attitudes que ces études mobilisent avant de présenter

d'autres déterminants. Cette revue analyse aussi la façon dont la dynamique des intentions contraceptives est étudiée. Elle finit par une analyse critique des travaux revus pour trouver le gap que cette recherche s'emploie à combler.

I.2.2.1. Croyances, opinions, perceptions et attitudes vis-à-vis de l'intention d'utiliser la contraception moderne

Cette section passe en revue les croyances, les opinions, les perceptions et les attitudes que les études mobilisent pour expliquer la non-intention d'utiliser la contraception.

a. Facteurs de l'action raisonnée et du comportement planifié

Les théories de l'Action raisonnée (TAR) et du comportement planifié (TCP) considèrent l'intention d'utiliser les méthodes de contraception moderne comme le déterminant immédiat de leur utilisation effective (Fishbein & Ajzen, 1975 ; Ajzen & Fishbein, 2002). Pour la TAR, l'intention à son tour dépendra de l'attitude du sujet à l'égard de la contraception et des normes subjectives perçues. A ces deux facteurs, TCP ajoute aussi le contrôle du comportement perçu comme un autre facteur déterminant des intentions contraceptives (Ajzen, 1991).

Des travaux empiriques ont vérifié la validité de ces théories en matière de planification familiale en examinant le pouvoir qu'ont les normes subjectives, le contrôle du comportent perçu et l'attitude vis-à-vis de la contraception à prédire l'utilisation de la contraception (Bosompra, 2001 ; Jemmott et al., 2007 ; Njengoué Ngamaleu & Mboé, 2021 ; etc.).

Les normes subjectives se montrent comme des déterminants de l'intention d'utiliser la contraception dans l'étude menée au Ghana (Bosompra, 2001) et en Tanzanie (Lugoe & Rise, 1999). Cependant, elles ne l'étaient pas au Canada (Craig et al., 2000), en Afrique du Sud (Jemmott et al., 2007), au Cameroun (Njengoué Ngamaleu et Mboé, 2021). Là où les normes subjectives étaient importantes, les acteurs étaient motivés à se conformer (obéir) aux souhaits de leurs référents importants (partenaires sexuels, amis proches, parents et médecins).

Les attitudes vis-à-vis de la contraception quant à elles déterminaient la contraception au Ghana (Bosompra, 2001), chez les adolescents Xhosa en Afrique du Sud (Jemmott et al., 2007), dans les études de Sheeran et Taylor (1999), de Sutton et al. (1999), de Wang et al. (2008) et de Wilson et al. (1992). Selon Wang et al. (2008), les attitudes sont

déterminées par les facteurs personnels et les influences sociales qui agissent de manière interdépendante pour influencer l'intention contraceptive. L'attitude vis-à-vis de la contraception a été aussi analysée en dehors du cadre des deux théories psychosociales (Agha, 2010 ; Negewo, 2010 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Meskele & Mekonnen, 2014). Dans toutes ces études, les femmes qui avaient des attitudes négatives envers la contraception (par exemple, les LAPMs peuvent détruire l'utérus) avaient moins de chances d'avoir l'intention de les utiliser que celles qui ne les avaient pas.

Le contrôle du comportement perçu déterminait l'intention contraceptive en Afrique du Sud (Jemmott et al., 2007), chez les adolescents tanzaniens (Lugoe et Rise, 1999) et au Cameroun (Njengoué Ngamaleu et Mboé, 2021). Cependant, il n'était pas significatif dans l'étude menée au Canada (Craig et al., 2000). Concernant l'influence du contrôle du comportement perçu, Taffa et ses collègues(2002) ont conclu qu'il s'agit des constructions psychosociales qui déterminent l'intention d'utiliser les méthodes contraceptives.

b. Quatre dimensions de l'idéation contraceptive

Selon Van de Kaa (1996 : 423 cité parBabalola et al., 2015), l'idéation peut être définie comme « *les vues et les idées que les gens ont individuellement* ». Ces points de vue et idées sont le reflet des modes de penser des individus que les médias et les interactions sociales contribuent à façonner (Kincaid, 2000a, cité par Babalola et al., 2015). L'idéation, comme valeurs morales changeantes, a pris de l'importance dans la littérature démographique dans les années 1980 pour expliquer la baisse de la fécondité et nuancer la démographie classique de la théorie de la transition (Babalola et al., 2015). Le postulat autour de l'idéation dans les études de la fécondité est que le changement d'idées est un facteur clé de la transition démographique, surtout la deuxième phase.

L'étude de Babalola et ses collègues (2015) montre quatre dimensions de l'idéation desquelles elle mesure l'influence sur les intentions contraceptives dans les grandes villes du Kenya et du Nigéria. La première dimension est la connaissance de la contraception, comprenant 8 éléments utilisés comme proxy des connaissances[7]. La deuxième dimension concerne les mythes et rumeurs sur les contraceptifs à l'aide des questions qui évaluent le niveau de désaccord des répondants avec des énoncés tels que « les femmes qui utilisent la

[7]Les proxys que Babalola utilisent pour contruire la connaissance comme une des dimensions de l'idéation sont la stérilisation féminine et/ou masculine, celle de la pilule, du DIU, des injectables, des implants, des condoms féminins et des LAPMs

contraception se retrouvent avec des problèmes de santé » (attitudes, sous la dimension cognitive de l'idéation). La troisième dimension concerne l'influence des interactions sociales comprenant la discussion sur la PF avec d'autres personnes significatives, y compris la mère, la belle-mère et la belle-sœur et perçue comme l'approbation de ces personnes pour la pratique contraceptive de la personne interrogée. Enfin, la dernière dimension est l'auto-efficacité perçue comme la capacité de la femme à prendre la décision concernant l'utilisation de la contraception, y compris entamer une conversation sur la planification familiale avec son partenaire.

Ainsi, la connaissance de la contraception est une dimension de l'idéation qui revient dans les études de l'intention contraceptive (Dibaba, 2009 ; Negewo, 2010 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Babalola et al., 2015). La plupart de ces études montrent que la connaissance des méthodes contraceptives augmente la chance d'avoir l'intention de les utiliser. Ainsi par exemple, l'étude de Gebremariam et Addissie (2014) au Tigray a montré que les femmes qui connaissaient les LAPMs avaient près de 5 fois plus de chances d'avoir l'intention de les utiliser que celles qui ne les connaissaient pas.

Les mythes et rumeurs apparaissent aussi comme facteurs déterminant les intentions contraceptives (Rutenberg & Watkins, 1997 ; Meskele & Mekonnen, 2014 ; Babalola et al., 2015). Dans toutes ces études, les femmes qui n'avaient pas entendu les mythes et rumeurs avaient plus de chances d'avoir l'intention contraceptive. Par contre, l'étude de Rutenberg et Watkins (1997) montrait que les femmes qui consultaient les centres de soins complétaient les instructions des prestataires par les expériences de femmes dont le corps et la situation sont similaires aux leurs et restaient ambivalentes vis-à-vis de la planification familiale (effet des rumeurs).

L'influence des interactions sociales s'est aussi montrée comme un déterminant des intentions contraceptives (Agha, 2010 ; Eliason et al., 2013 ; Babalola et al., 2015). Ces études ont en commun les résultats selon lesquels l'avis de la famille élargie et/ou de l'entourage (l'avis de la mère, de la belle-mère et du beau-père) influence significativement l'intention contraceptive. Ainsi par exemple, Eliason et ses collaborateurs (2013) ont trouvé que les femmes dont les belles-mères approuvaient la PF avaient plus de 3 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles dont les belles-mères n'y consentaient pas. La même étude montrait que l'approbation du beau-père semble avoir un effet réducteur des intentions de recourir à la contraception.

L'auto-efficacité de la femme a été aussi évaluée comme facteur influençant les intentions contraceptives (Agha, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Wuni et al., 2018). Les résultats de certaines études montrent que la latitude pour une femme d'engager une discussion en rapport avec la PF avec son conjoint lui donne plus de chances d'avoir l'intention de contraception moderne. Ainsi par exemple, Agha (2010) a observé que les femmes qui n'avaient pas la latitude de discuter de la PF avec leur époux avaient 27% moins de chances de recourir à la stérilisation féminine au Pakistan.

Ces facteurs montrent que les intentions contraceptives émanent du jugement que l'intéressé porte à la pratique contraceptive. Ce jugement n'est pas gratuit. A côté de la connaissance, ces intentions sont les résultats des interactions sociales, des mythes et rumeurs autour de la contraception qui, au dernier moment, façonnent l'auto-efficacité. La décision de la femme de recourir à la contraception tient compte des normes qui déterminent son attitude vis-à-vis de celle-ci.

I.2.2.2. Autres déterminants des intentions contraceptives

À côté des facteurs du système normatif, d'autres facteurs concourent à l'explication des intentions contraceptives des femmes en âge de procréer. Ces facteurs sont aussi variés que les approches et les disciplines qui les étudient et leurs classifications varient d'un auteur à l'autre. Cette synthèse les regroupe en huit catégories dont les facteurs socio-économiques, facteurs culturels, facteurs de l'environnement de résidence, etc.

a. Facteurs socio-économiques

Ces facteurs relèvent des théories micro-économiques de fécondité qui placent la fécondité dans la rationalité économique des parents (Noumbissi, 1994 ; Joshi & David, 2002 ; Leridon, 2015). Ils se rapprochent aussi du structuro-fonctionnalisme selon lequel la promotion de la femme vers les tâches autres que ménagères lui a imposé un type nouveau de comportement vis-à-vis de la fécondité (Piché & Poirier, 2002 ; Adjamagbo & Locoh, 2015). Les facteurs de ce type mis en évidence par la littérature pour expliquer l'intention d'utiliser la contraception moderne sont entre autres le niveau de vie du ménage et l'occupation de la femme.

Le niveau de vie du ménage s'est montré déterminant de l'intention de recourir à la contraception dans plusieurs études. Dans certaines études, plus le niveau de vie est élevé, plus l'intention d'utiliser la contraception augmente (Dibaba, 2009 ; Schaalma et al., 2009 ;

Machiyama & Cleland, 2013 ; Tiruneh et al., 2016), d'où la non-intention d'utiliser la contraception serait la caractéristique des femmes des ménages pauvres. Cependant, des résultats contradictoires ont aussi été trouvés. C'est le cas des études menées au Ghana, ai Kenya et au Nigéria dans lesquelles l'élévation du niveau de vie semblait conforter la non-intention d'utiliser la contraception (Babalola et al., 2015 ; Ahuja et al., 2020).

L'activité de la femme et son occupation se montrent aussi déterminantes de l'intention de recourir à la contraception. Certaines études montrent que les femmes occupées par un emploi quelconque ont plus de chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles qui n'en ont pas (Entwisle et al., 1989 ; Negewo, 2010 ; Tiruneh et al., 2016 ; Murshid & Ely, 2019 ; Ahuja et al., 2020). Par exemple, Tiruneh et ses collègues (2016) ont trouvé que les femmes employées avaient 1,23 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles sans emploi en Éthiopie. Cependant, des résultats contradictoires ne sont pas rares (Callahan & Becker, 2013 ; Gebremariam & Addissie, 2014).

Les résultats ainsi trouvés convergent avec les théories micro-économistes de fécondité selon lesquelles l'intention et l'utilisation de la contraception pour limiter la fécondité s'inscrivent dans les perspectives économiques ouvertes par l'entrée dans la vie économique moderne (Noumbissi, 1994 ; Joshi & David, 2002 ; Leridon, 2015). Les femmes ayant un emploi rémunéré (employées gouvernementales/des ONGs ou une activité génératrice de revenu (commerçantes, etc.) tiennent à la carrière professionnelle et à maximiser les profits qu'à faire des enfants qui, par ailleurs, sont plus coûteux en temps et en moyens financiers, d'où l'intention d'utiliser la contraception (Becker, 1991 ; Doliger, 2008).

b. Facteurs culturels

Les théories économistes ne sont pas toujours pertinentes pour expliquer les comportements reproductifs (Noumbissi, 1994 ; Wakam, 1994 ; Piché & Poirier, 2002). En Asie de l'Est et du Sud-Est, la baisse de la fécondité s'est opérée sans l'aval de l'industrialisation et de la croissance économique (Gendreau, 2014). Les facteurs socio-culturels que la littérature associe à l'étude de l'intention d'utiliser la contraception moderne sont entre autres la religion, l'ethnie, le niveau d'instruction de la femme, celui de son conjoint et l'exposition aux médias.

La religion et la religiosité sont significativement associées à l'intention d'utiliser la contraception dans certaines études au Bangladesh rural (Callahan & Becker, 2013), en

Ethiopie (Tiruneh et al., 2016), au Ghana (Ahuja et al., 2020), au Kenya et au Nigéria (2015). Les résultats de ces études convergent en montrant que l'intention d'utiliser la contraception varie significativement selon la religion ou la religiosité. Par exemple, Babalola et ses collègues (2015)ont trouvé que les musulmanes étaient 60% moins susceptibles d'avoir l'intention de recourir à la contraception au Kenya tandis qu'elles étaient 1,66 fois plus susceptibles d'avoir cette intention au Nigeria. Quant à la religiosité, les nigérianes d'une très grande religiosité étaient 25% moins susceptibles d'avoir l'intention contraceptive que celles moins pieuses.

L'ethnie est aussi un déterminant de l'intention contraceptive. En milieu rural de Madhya Pradesh (Inde), les femmes autres que les Scheduled étaient 51% moins susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles Scheduled (Roy et al., 2003). En Éthiopie, les femmes Oromo et autres avaient 1,95 et 1,63 fois plus de chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que les Afars et Somalis (Tiruneh et al., 2016).

Le niveau d'instruction de la femme apparait aussi dans la littérature comme facteur de l'intention d'utiliser la contraception (Curtis & Westoff, 1996 ; Magnani et al., 1999 ; Agha, 2010 ; Negewo, 2010 ; Meskele & Mekonnen, 2014 ; Tiruneh et al., 2016 ; Ahuja et al., 2020). En effet, l'étude d'Agha (2010) a montré que les femmes de niveau secondaire et plus avaient 3,02 fois plus d'intention que celles sans instruction. Cette étude convergent avec les autres à montrer que les femmes les plus instruites sont les plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception. Cependant, les résultats qui montrent que les femmes les plus instruites ont moins de chances d'avoir cette intention existent (Entwisle et al., 1989 ; Roy et al., 2003 ; Dibaba, 2009 ; Gebremariam & Addissie, 2014).

Le niveau d'instruction du conjoint fait aussi des différences statistiquement significatives en ce qui est de l'intention d'utilisation de la contraception (Gebremariam & Addissie, 2014 ; Babalola et al., 2015 ; Tiruneh et al., 2016). Ainsi par exemple, l'étude de Gebremariam et Addissie (2014) a montré que les femmes dont les maris avaient atteint les niveaux primaire et secondaire avaient, respectivement, 3,7 et 2,9 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir aux LAPMs que celles dont les maris n'avaient pas fréquenté l'école dans la ville d'Adigrat.

L'exposition aux médias est aussi une variable socio-culturelle que la littérature associe à l'intention de contraception moderne (Curtis & Westoff, 1996 ; Dibaba, 2009 ;

Callahan & Becker, 2013 ; Tiruneh et al., 2016). Selon ces études, plus une femme est exposée aux médias, plus elle a la chance d'avoir l'intention contraceptive. Par exemple, Dibaba (2009) a trouvé que les femmes exposées à un et à deux médias parmi la radio, la TV et le journal avaient respectivement 1,19 et 1,31 fois plus de chances d'avoir l'intention de limiter les grossesses que celles qui n'étaient exposées à aucun média dans l'Etat régional d'Oromia en Éthiopie.

c. Facteurs de l'environnement de résidence

L'environnement de résidence est perçu comme le milieu qui façonne les comportements, c'est-à-dire que les influences culturelles évoquées ci-haut se développent dans un contexte résidentiel bien déterminé. En outre, l'étude des comportements sexuels et reproductifs ne doit pas ignorer que l'offre des services de soins, la disponibilité et l'accessibilité géographiques des services de PF varient selon la localité (Mudingo, 2006 ; N'Bouke, 2011). Les variables de cette catégorie que la littérature sur l'intention d'utiliser la contraception met en jeu sont la région et le milieu de résidence.

La région de résidence s'est avérée significativement associée à l'intention d'utiliser les méthodes contraceptives modernes (Roy et al., 2003 ; Agha, 2010 ; Machiyama & Cleland, 2013). Ainsi par exemple, au Pakistan, les femmes du Baluchistan avaient 3,62 fois plus de chances d'avoir l'intention que celles du Sindh. En Inde, les femmes du Pucca (ou de semi-Pucca) avaient 70% moins de chances de recourir à la contraception moderne que celles du Kachcha.

Le milieu de résidence explique aussi l'intention des femmes à recourir à la contraception. Bien que les unes n'aient pas trouvé de différence significative entre le milieu urbain et le milieu rural (Magnani et al., 1999 ; Dibaba, 2009 ; Agha, 2010) en ce qui est de cette intention, d'autres par contre l'ont trouvée (Machiyama & Cleland, 2013 ; Tiruneh et al., 2016). En effet, Tiruneh et ses collègues (2016) ont trouvé que les femmes rurales avaient 17% moins de chances d'avoir cette intention que les urbaines. Cependant cette association perdait de significativité après ajustement des rapports de côte.

d. Facteurs de l'offre des services de planification familiale

Les études des comportements sexuels et reproductifs portent sur les facteurs de l'offre dont la disponibilité des services et la qualité des prestations comme déterminants du recours aux services de PF (N'Bouke, 2011 ; Ngo Mayack, 2017). Les variables que les

études de l'intention d'utiliser la contraception ont prises en compte sont entre autres la disponibilité des méthodes contraceptives et celle du personnel qualifié pour les services de PF.

L'influence de la disponibilité des méthodes de PF exerce une influence positive sur l'intention de contraception (Magnani et al., 1999 ; Schaalma et al., 2009 ; Agha, 2010). Ainsi, l'étude de Schaalma et ses collaborateurs (2009) a montré que l'accessibilité aux condoms expliquait l'intention de les utiliser en Afrique du Sud et au Cameroun.

Aussi, la disponibilité du personnel qualifié pour les services de PF explique l'intention de contraception (Magnani et al., 1999 ; Tiruneh et al., 2016). En effet, Tiruneh et ses collègues (2016) ont observé que les femmes qui avaient parlé avec un facilitateur de soins avaient près de 1,5 fois plus de chances d'avoir cette intention que celles qui n'avaient pas eu cette occasion.

e. Facteurs liés aux rapports de genre

Les rapports de genre dans l'explication des comportements sexuels et reproductifs sont mis à contribution pour analyser la latitude de la femme à adopter un comportement quelconque en tenant compte des rapports avec son conjoint (Mason, 2014 ; Adjamagbo & Locoh, 2015 ; Leridon, 2015 ; Millogo, 2020). Les études portant sur l'intention contraceptive se sont ainsi intéressées aux variables comme l'attitude du mari vis-à-vis de la contraception, la violence dans le couple et la discussion de la taille de la famille.

L'attitude du mari vis-à-vis de la contraception a été comptée parmi les facteurs influençant l'intention d'adopter la contraception au Ghana (Eliason et al., 2013 ; Ahuja et al., 2020)et au Tigray (Gebremariam & Addissie, 2014). Ces études montrent que les attitudes positives du mari favorisent l'intention contraceptive chez sa conjointe. Ainsi par exemple, Eliason et al. (2013) ont trouvé que les femmes dont les partenaires approuvaient la planification familiale étaient 3,20 fois plus susceptibles d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles dont les maris n'y consentaient pas au Ghana rural.

La violence dans le couple s'est montrée aussi d'une influence significativement négative sur l'intention contraceptive (Kalichman et al., 1998 ; Stephenson et al., 2006 ; Ahuja et al., 2020). Ainsi par exemple, Ahuja et al. (2020) ont trouvé que les femmes qui étaient battues par leurs maris quand elles refusaient les rapports sexuels étaient 1% moins

susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles qui n'étaient pas inquiétées quand elles refusaient ces rapports.

La discussion de la taille de la famille a une influence positive sur l'intention des femmes à recourir à la contraception (Curtis & Westoff, 1996 ; Meskele & Mekonnen, 2014). Ainsi, Meskele et Mekonnen (2014) ont trouvé que les femmes qui vivaient dans les ménages où la décision du nombre d'enfants se prenait entre les conjoints avaient 2,22 fois plus de chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles vivant dans les ménages où la décision étaient prise par le mari.

f. Facteurs socio-démographiques

Ngo Mayack (2017) classe certaines variables démographiques comme l'âge, l'état matrimonial, l'âge au premier mariage, la parité atteinte, le nombre d'enfants vivants parmi les facteurs de la demande en PF. Tiruneh et ses collaborateurs (2016) quant à eux classent le nombre d'enfants désirés par la femme ou son mari parmi les facteurs qui créent le besoin en PF. Tous ces travaux ont montré à quel point les variables démographiques jouent un rôle important dans l'étude des comportements sexuels et reproductifs. Les variables démographiques qui sont recensées dans les études de l'intention d'utiliser la contraception moderne sont entre autres l'âge, l'âge au premier mariage, le décès d'enfants, etc.

L'âge agit sur les comportements sexuels et reproductifs par effet de génération. Ainsi, il est plus fréquent dans les travaux empiriques sur l'intention d'utiliser la contraception moderne dans lesquels il se manifeste par un effet négatif. Plus l'âge est avancé, plus les intentions sont faibles (Bhatia, 1982 ; Curtis & Westoff, 1996 ; Magnani et al., 1999 ; Craig et al., 2000 ; Roy et al., 2003 ; Agha, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Meskele & Mekonnen, 2014 ; Tiruneh et al., 2016). Ainsi par exemple, l'étude de Tiruneh et ses collègues (2016) montraient que les femmes âgées de 25 à 34 ans et de 35 à 49 ans avaient respectivement 31% et 85% moins de chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que de moins de 25 ans en Éthiopie.

Les études qui contrôlent l'effet de l'âge au premier mariage montrent que plus l'âge au premier mariage est élevé, plus les chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception augmentent (Tiruneh et al., 2016 ; Negash et al., 2023 ; Solanke et al., 2023). Ainsi, par exemple, l'étude Negash et ses collaborateurs (2023) montre que la probabilité d'avoir l'intention d'utiliser des contraceptifs modernes était 1,37 fois plus élevée chez les femmes

ayant cohabité avec leurs partenaires après l'âge de 18 ans et plus que les celles qui s'étaient mariées avant l'âge de 18 ans.

Les besoins non-satisfaits en matière de PF exercent aussi une influence négative sur l'intention d'utiliser la contraception. Curtis et Westoff (1996) ont montré que les femmes dont les dernières naissances étaient voulues au moment de l'accouchement, celles dont ces naissances avaient eu lieu par anticipation et celles dont ces naissances n'étaient pas voulues du tout étaient respectivement 2,55 ; 6,27 et 8,73 fois plus susceptibles d'avoir l'intention de recourir à la contraception moderne que celles dont la dernière naissance était voulue depuis 6 ans avant au Maroc.

La parité atteinte se montre aussi déterminant de l'intention d'utiliser la contraception moderne (Callahan & Becker, 2013 ; Abajobir, 2014 ; Aarinola et al., 2022). Par exemple, l'étude d'Abajobir (2014) montre que les femmes avec 2 à 3 enfants et celles à 4 à 5 enfants avaient, respectivement, 2,96 fois et 1,91 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir aux LAPMs que celles sans enfants dans la ville de Debremarkos au Nord-Ouest de l'Ethiopie.

Le désir d'enfants supplémentaires constitue aussi l'un des facteurs de l'intention d'utiliser la contraception qui agit avec un effet souvent négatif (Entwisle et al., 1989 ; Curtis & Westoff, 1996 ; Roy et al., 2003 ; Agha, 2010 ; Gebremariam & Addissie, 2014). Par exemple, les femmes qui ne désiraient pas d'enfants dans les deux ans qui allaient suivre avaient 1,9 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir aux LAPMs que celles qui avaient ce désir dans la ville d'Adigrat (Gebremariam & Addissie, 2014).

L'influence du nombre idéal d'enfants sur les intentions contraceptives exerce un effet négatif sur les intentions contraceptives : plus le nombre d'enfants désiré est élevé, plus les intentions sont faibles (Tiruneh et al., 2016 ; Tegegne et al., 2022). Ainsi par exemple, l'étude de Tegegne et al. (2022) a trouvé que les femmes qui désiraient 1 à 2 enfants et 3 à 4 enfants supplémentaires avaient, respectivement 12,35 et 14,55 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir à la contraception moderne que celles qui désiraient 5 enfants ou plus.

Le nombre d'enfants désiré par le mari est un autre déterminant de l'intention des femmes à recourir à la contraception. Les femmes dont les maris désiraient moins d'enfants qu'elles avaient1,33 fois plus de chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception(Tiruneh et al., 2016). Par contre, celles dont les maris désiraient plus d'enfants

qu'elles et leurs congénères qui ne savaient pas le nombre d'enfants désiré par leurs maris avaient respectivement 14% et 20% moins de chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles qui désiraient autant d'enfants que leurs maris.

Le décès d'enfants agit par effet négatif sur l'intention de recourir à la contraception. Les femmes ayant connu le décès d'enfants sont moins susceptibles d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles qui ne l'ont pas encore expérimenté (Dibaba, 2009 ; Callahan & Becker, 2013).Au Bangladesh rural, les femmes qui avaient vécu le décès d'enfants avaient 38% moins de chances d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles qui n'avaient pas vécu cet événement (Callahan & Becker, 2013). De même, les femmes d'Oromia qui avaient vécu l'événement avaient 45% moins de chances d'avoir l'intention de limiter les grossesses que celles qui ne l'avaient pas vécu (Dibaba, 2009).

Le nombre d'enfants survivants est aussi un déterminant de l'intention de recourir à la contraception qui agit avec un effet positif. Plus ce nombre est élevé, plus l'intention augmente (Dibaba, 2009 ; Agha, 2010 ; Negewo, 2010 ; Tiruneh et al., 2016). C'est ainsi que Tiruneh et ses collègues (2016) ont trouvé que les femmes dont le nombre d'enfants survivants était de 1 à 2 enfants, de 3 à 4 enfants et 5 enfants et plus avaient, respectivement, 2,22 ; 3,01 et 4,20 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles sans enfant survivant en Éthiopie.

Le statut matrimonial constitue aussi un déterminant des intentions de recourir à la contraception. Au Ghana, les femmes mariées étaient 38% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles non-mariées (Ahuja et al., 2020). En outre, les femmes mariées avaient 1,19 fois plus de chances d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles qui ne s'étaient jamais mariées au Rwanda (Oyinlola et al., 2018).

g. Facteurs liés aux comportements sexuels et reproductifs

Les facteurs du comportement sexuel et reproductif qui apparaissent dans les études portant sur l'intention d'utiliser la contraception moderne sont entre autres le nombre de partenaires sexuels, l'utilisation actuelle et passée de la contraception, le nombre de partenaires sexuels connus.

Le nombre de partenaires sexuels de la femme dans sa vie sexuelle ne s'est pas montre influent sur l'intention d'utiliser la contraception. Ainsi l'étude d'Ahuja et ses collègues (2020) au Ghana a montré qu'il n'y avait pas de lien significatif. Pour une femme,

avoir connu moins de 5 partenaires sexuels n'impliquaient pas ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celle qui avaient connu 5 partenaires sexuels ou plus.

L'utilisation antérieure de la contraception par contre a un effet positif sur les intentions de l'utiliser dans l'avenir, à l'exception de l'avortement (Curtis & Westoff, 1996; Negewo, 2010 ; Campo et al., 2012 ; Callahan & Becker, 2013 ; Wuni et al., 2018). Ainsi par exemple, les femmes qui avaient utilisé précédemment la contraception avaient 1,15 fois plus de chances d'avoir l'intention de l'utiliser à nouveau que celles qui ne l'avaient jamais pratiquée (Wuni et al., 2018)..

L'utilisation de la contraception au moment de l'enquête a été aussi citée pour expliquer les intentions contraceptives dans le futur et un effet positif a été révélé (Dibaba, 2009 ; Wuni et al., 2018). Ainsi par exemple, Wuni et ses collègues (2018), ont trouvé que les femmes qui utilisaient la contraception au moment de l'enquête étaient 1,11 fois plus susceptibles d'avoir l'intention de l'utiliser que celles qui ne la pratiquaient pas.

h. Facteurs biologiques

Les facteurs biologiques mis en exergue dans les travaux sur l'intention contraceptive sont la grossesse et l'aménorrhée post-partum.

La grossesse influence positivement les intentions contraceptives (Curtis & Westoff, 1996 ; Eliason et al., 2013 ; Ahuja et al., 2020). Au Ghana, les femmes enceintes étaient 1,29 fois susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles non-enceintes (Ahuja et al., 2020).

L'aménorrhée post-partum est aussi un déterminant des intentions envers la contraception moderne (Bhatia, 1982 ; Curtis & Westoff, 1996 ; Ahuja et al., 2020). Ainsi par exemple, l'étude menée au Ghana a trouvé que les femmes en aménorrhée postpartum étaient 19% moins susceptibles de ne pas avoir cette intention que celles qui n'étaient pas dans cet état au moment de l'enquête (Ahuja et al., 2020).

I.2.3. Dynamique de l'intention d'utiliser la contraception moderne

Certains travaux consultés examinent si les intentions déclarées au départ sont prédictives de l'utilisation de la contraception entre deux dates de collecte de données. Ces études sont une sorte d'observation continue ou de suivi car elles viennent évaluer l'impact

des intentions déclarées sur l'utilisation effective de la contraception (Bhatia, 1982 ; Curtis & Westoff, 1996 ; Roy et al., 2003 ; Callahan & Becker, 2013).

Ainsi par exemple, Callahan et Becker (2013), dans une étude menée entre 2006 et 2009 ont trouvé que les intentions prédisent une utilisation ultérieure. Toutefois, d'autres aspects de l'expérience reproductive des femmes, y compris la grossesse actuelle ou récente et l'utilisation antérieure de la contraception étaient également importants pour prédire l'utilisation future. Une proportion importante de femmes (35%) avaient déclaré qu'elles avaient l'intention de l'utiliser ne l'avaient pas fait, tandis que 2/5 des femmes n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception au départ, avaient adopté une méthode. De surcroît, seulement un tiers des femmes avaient adopté la méthode qu'elles avaient l'intention d'utiliser au départ (Callahan & Becker, 2013).

A travers les résultats de ces études, il est important de noter que les intentions déclarées ne sont pas un indicateur très sensible ou spécifique de l'utilisation ultérieure. Callahan et Becker (2013) appellent à plus de mesures nuancées des intentions relatives à l'utilisation telles que celles qui évaluent la force ou le moment de l'intention pour améliorer la validité prédictive des intentions, ce qui les rendrait plus utiles pour la planification familiale.

I.2.4. Analyse critique et positionnement méthodologique

Dans cette section, il est question de dégager les points de convergence et de divergence trouvés dans les travaux consultés en vue de donner une orientation à ce travail.

Les travaux passés en revue ont certes eu pour objectifs d'analyser les intentions contraceptives, mais les orientions étaient différentes. Les uns cherchaient à déterminer les facteurs qui influencent ces intentions(Bosompra, 2001 ; Dibaba, 2009 ; Agha, 2010 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Meskele & Mekonnen, 2014 ; Babalola et al., 2015 ; Ahuja et al., 2020), et d'autres se préoccupaient à analyser les comportements subséquents aux intentions déclarées antérieurement (Bhatia, 1982 ; Callahan & Becker, 2013) tandis que d'autres encore cherchaient à examiner l'applicabilité des théories de l'action raisonnée et du comportement planifié dans l'étude des intentions contraceptives(Lugoe & Rise, 1999 ; Jemmott et al., 2007 ; Schaalma et al., 2009).

Les études qui vérifient l'applicabilité des théories de l'action raisonnée et du comportement planifié prennent une orientation psychologique plus qu'une orientation socio-

démographique (Lugoe & Rise, 1999 ; Ahuja et al., 2020 ; Njengoué Ngamaleu & Mboé, 2021). Par ailleurs, des études biologiques contrôlent sous peu les variables démographiques (Wang et al., 2008 ; Schaalma et al., 2009 ; Campo et al., 2012). Ainsi, ces études s'intéressent au comportement relatif à l'intention d'utiliser la contraception qu'à son implication dans la transition de la fécondité et la modification de la structure de la population pour le dividende démographique.

Les données utilisées dans la plupart des études laissent un creux dans les analyses. Certaines études ont utilisé les données issues d'enquêtes spécifiques à la PF ou aux autres objectifs (Entwisle et al., 1989 ; Agha, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Babalola et al., 2015) et des données recueillies au sein d'établissement scolaires ou sanitaires (Bosompra, 2001 ; Jemmott et al., 2007 ; Campo et al., 2012 ; Eliason et al., 2013), ce qui les privent des variables socio-démographiques qu'il est important de contrôler. Les études qui font recours aux données secondaires issues des enquêtes démographiques et de santé manquent également des données sur les croyances, opinions, attitudes et perceptions.

Les populations cibles semblent avoir été choisies pour répondre à des objectifs autres que la réponse aux entraves de la transition démographique dans les pays à fécondité encore élevée comme le Burundi. Les uns n'analysent que les comportements sexuels des adolescents et ne posent comme problèmes que les maladies infectieuses et les grossesses non désirées (Craig et al., 2000 ; Jemmott et al., 2007 ; Wang et al., 2008 ; Potard et al., 2012). D'autres prennent les individus des deux sexes à la fois pour une question de comparaison des intentions entre les deux sexes, ce qui détourne l'attention sur le problème de maîtrise de la fécondité (Bosompra, 2001 ; Wang et al., 2008 ; Agha, 2010 ; Campo et al., 2012).

Les études ont été réalisées dans de contextes plus ou moins différents de celui du Burundi, et les résultats ne peuvent être que des références qui n'y reflètent pas la réalité. Le cadre géographique dans lequel elles se sont réalisées est principalement arabe (Égypte, Maroc, Pakistan, etc.) quand il n'est pas du Commonwealth (Afrique du Sud, Bangladesh, Éthiopie, Ghana, Inde, Kenya, Nigeria, Taiwan, Tanzanie, Zimbabwe). Seules, l'étude descriptive des besoins non-satisfaits au Sénégal (Machiyama & Cleland, 2013) et celle de psychologie sociale au Cameroun (Njengoué Ngamaleu & Mboé, 2021), relèvent du contexte francophone.

Les méthodes d'analyse sont aussi variées que les objectifs et les orientations des études, de même que les disciplines des auteurs. Elles sont descriptives (Khi-deux, ACP) et explicatives. L'analyse multivariée est utilisée pour mesurer l'influence des variables contextuelles (Entwisle et al., 1989 ; Callahan & Becker, 2013), ce qui montre l'intérêt de recourir à l'analyse multiniveau. Cependant, aucune étude ne s'était penchée sur le profil et les sources de changements dans l'évolution de l'intention de recourir à la contraception moderne dans le contexte africain au moment de la revue de littérature.

De tout ce qui précède, cette recherche entend entreprendre l'analyse de l'intention d'utiliser la contraception moderne en essayant de démêler les effets du contexte des ceux individuels en utilisant l'analyse multiniveau. Faisant face au problème de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception, elle se propose de commencer cette orientation par la méthode de décomposition. L'étude du profil des femmes se fera par l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM). Vu que les bases de données des EDSB II et III qui sont exploitées ne permettent pas de saisir les dimensions de l'idéation, les opinions et perceptions, l'analyse des données de la collecte qualitative complètera les résultats.

I.2.5. Cadre conceptuel

La revue de la littérature, qui ne fait qu'explorer les analyses et les explications du phénomène étudié (non-intention d'utiliser la contraception moderne), permet de comprendre les grandes représentations auxquelles le chercheur peut faire recours dans ses analyses (Livian, 2015 ; N'Da, 2015). C'est à partir de ces représentations que le chercheur construit le cadre conceptuel suivant lequel le problème de recherche s'énonce dans un contexte de signification et fait sous-entendre la façon dont il est abordé et traité (N'Da, 2015).Ainsi, cette section présente, à partir de concepts-clés de la revue de la littérature, l'hypothèse générale, construit le schéma conceptuel qui y découle et définit lesdits concepts.

I.2.4.1. Hypothèse générale et schéma conceptuel

A la lumière de la littérature, nous postulons que « la non-intention contraceptive chez les femmes en union est déterminée directement par le contexte communautaire, les caractéristiques du ménage, les caractéristiques individuelles. En outre, l'influence des

caractéristiques des différents niveaux agissent par interactions, le niveau de plus étendue agissant sur le plus restreint[8].».

Le schéma conceptuel distingue trois niveaux hiérarchiques (Figure 1.2). Le premier niveau est le niveau communautaire. Le deuxième niveau est celui du ménage. Le dernier niveau est le niveau individuel de la femme et ses interactions avec la communauté et les membres du ménage.

I.2.4.2. Description du schéma conceptuel

A travers le schéma conceptuel qui distingue trois niveaux hiérarchiques se dessinent les mécanismes d'influence qui mènent à la non-intention contraceptive (Figure 1.2). Le niveau communautaire, constitué des facteurs liés à l'environnement de résidence de la femme, des facteurs institutionnels liés à l'offre des services de PF et des facteurs socio-culturels, peut agir directement sur la non-intention contraceptive. En outre, son influence passe par les caractéristiques du ménage dans lequel vit la femme et par certaines de ses caractéristiques individuelles. De même, le niveau du ménage peut influencer directement les intentions contraceptives. Son influence passe aussi par les caractéristiques individuelles de la femme.

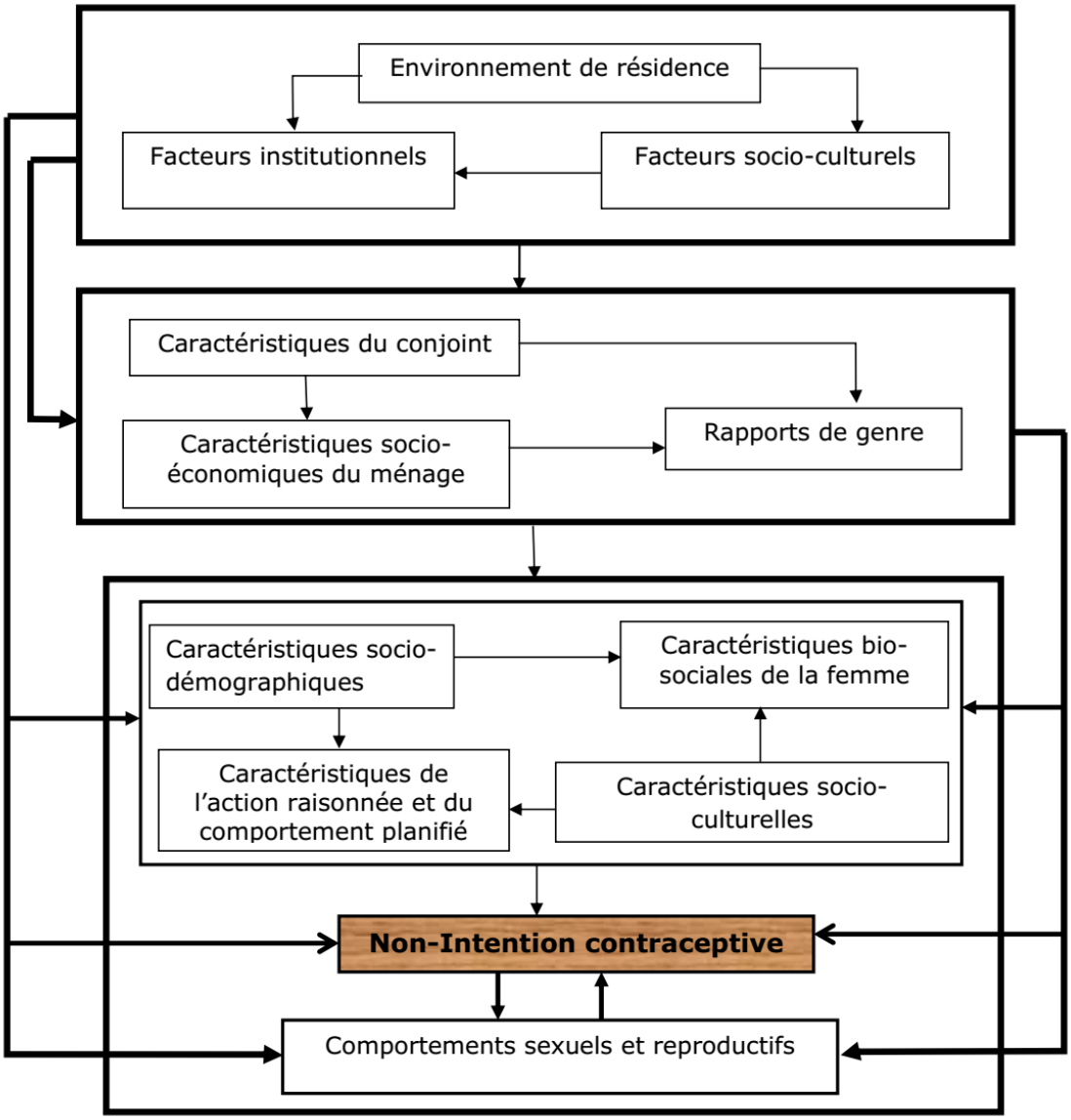
Dans ce jeu d'influences directes et indirectes des différents niveaux hiérarchiques, les comportements sexuels et reproductifs, qui sont déterminés par la non-intention contraceptive, ont une influence directe sur cette dernière. Ces comportements peuvent aussi jouer le rôle d'intermédiaire de l'influence des facteurs communautaires, des caractéristiques du ménage et celles propres à la femme en âge de procréer.

Les influences ci-haut évoquées se manifestent de manières diverses selon le niveau. Au niveau communautaire, il s'agit de l'influence du contexte. L'environnement de résidence (région et/ou milieu), selon lequel varient les données socio-culturelles et l'offre des services de santé reproductive et de PF, peut influencer directement la non-intention contraceptive, compte tenu des facilités que l'entourage accorde. Son influence indirecte trouve la place dans la manière dont les caractéristiques du ménage (niveau de vie, discussion entre les conjoints, etc.) et celles individuelles (niveau d'instruction de la femme, travail de la femme, contrôle du

[8] Les interactions se présentent en sorte que les caractéristiques de la communauté, à côté d'agir directement sur la non-intention contraceptive, agissent à travers les caractéristiques du ménage et de la femme. En outre, les caractéristiques du ménage peuvent agir à travers les caractéristiques individuelles de la femme à côté des influences directes.

comportement perçu, usage antérieur de la contraception, etc.) varient selon le milieu et la région de résidence, la religion, et l'offre en services de santé reproductive et de planification familiale.

Figure 1.2 : Cadre conceptuel de la non-intention contraceptive



Au niveau du ménage, l'influence passe par les caractéristiques socio-économiques qui déplacent les besoins d'enfants en quantité aux besoins d'enfants en qualité, les caractéristiques du conjoint et les rapports de genre défavorables à la PF qui influencent directement la non-intention contraceptive. En outre, le ménage influence la non-intention contraceptive par les actions individuelles de la femme qu'il régit à travers les rapports de genre.

I.2.4.3. Définition des concepts

Le cadre conceptuel ci-haut présenté comporte des concepts qu'il importe de définir (Figure 1.2).

a. Environnement de résidence

L'environnement de résidence, parmi les facteurs contextuels, renvoie à l'espace physique et humain de la région, avec toutes les opportunités et contraintes qui s'y présentent. C'est cet environnement qui conditionne souvent l'accès aux fournitures en services de santé reproductive et de PF et entoure la femme de croyances, attitudes et perceptions favorables ou non à la contraception. Les variables opérationnelles de ce concept qui apparaissent dans les études de l'intention de contraception sont la région et le milieu de résidence.

b. Facteurs institutionnels

Les facteurs institutionnels sont les facteurs qui conditionnent l'offre et l'accès aux services de SR et de PF. L'offre des services de santé reproductive et de PF renvoie à leur disponibilité en produits et en personnels. L'accessibilité, quant à elle, fait sous-entendre le temps mis pour accéder au centre de distribution le plus proche et le coût des produits et des services. Dans la littérature, les variables opérationnelles de ce concept sont la disponibilité du personnel qualifié pour les services de PF, en quantité et en qualité.

c. Facteurs socio-culturels

Les facteurs socio-culturels au niveau communautaire sont les facteurs qui caractérisent un groupe social et influencent les croyances, les attitudes et perceptions, et partant les pratiques vis-à-vis d'un comportement déterminé. Il s'agit des éléments du système normatif d'un groupe social transmis de génération en génération ou acquis à travers le processus de transmission (Nugier & Chekroun, 2021). C'est ce système normatif qui forge le caractère d'un membre du groupe et détermine son comportement, y compris les intentions contraceptives. Les études des intentions contraceptives opérationnalisent ce concept par l'ethnie, l'exposition aux médias, la religion et la religiosité.

d. Caractéristiques du conjoint

Les caractéristiques du conjoint dont il est question dans le cadre de cette étude sont celles qui influencent le niveau de vie et les rapports de genre au sein du ménage. Il s'agit

principalement du niveau d'instruction du chef de ménage ainsi que son occupation. A ces dernières s'ajoute l'âge du conjoint et son désir d'enfants.

e. Caractéristiques socio-économiques du ménage

Les caractéristiques du ménage auxquelles cette étude fait allusion sont celles qui influencent les comportements reproductifs de la femme par le pouvoir d'accès aux services de santé reproductive et de PF. Ainsi, la seule caractéristique socio-économique du ménage mobilisée pour l'étude des intentions contraceptives est le niveau de vie du ménage dont l'influence peut s'étendre aux rapports de genre.

f. Rapports de genre

Les rapports de genre désignent l'ensemble des interactions entre les conjoints au sein du ménage. Ces interactions déterminent le pouvoir d'action de la femme, c'est-à-dire sa capacité à porter un point de vue sur les affaires du ménage, de gérer un revenu et d'être autonome. C'est dans ces rapports que sont déterminées les intentions contraceptives de la femme. Les variables qui matérialisent les rapports de genre dans les études sont l'attitude du mari vis-à-vis de la contraception, la discussion de la taille de la famille entre les partenaires et la violence dans le couple.

g. Caractéristiques socio-économiques de la femme

Au niveau individuel de la femme, les caractéristiques socio-économiques de la femme déterminent sa capacité à disposer d'elle-même, c'est-à-dire choisir d'utiliser une méthode contraceptive et pouvoir accéder à celle-ci et l'utiliser effectivement. Dans cette catégorie de facteurs la littérature inclut le niveau d'instruction de la femme, son statut d'occupation et son emploi.

h. Caractéristiques socio-démographiques

Les caractéristiques socio-démographiques sont l'ensemble des caractéristiques individuelles de la femme qui ont trait à son cycle de vie et à sa vie féconde et reproductive. Cet ensemble comprend les variables auxquelles la littérature attribue l'influence plus ou moins certaine sur les comportements sexuels et reproductifs des femmes et leurs intentions. Il s'agit de l'âge, de l'âge au premier mariage, de la parité atteinte, etc.

i. Caractéristiques de l'Action raisonnée et Comportement planifié

Ce sont les caractéristiques qui guident les vues et les idées individuelles de la femme vis-à-vis de la contraception. Ils matérialisent l'influence du contexte et de l'entourage sur les intentions contraceptive de la femme. Il s'agit de son attitude envers la contraception, des normes subjectives et le contrôle comportemental perçu.

j. Caractéristiques bio-sociales de la femme

Les caractéristiques bio-sociales de la femme sont celles qui ont trait à l'état physionomique de la femme. Ce sont des caractéristiques qui concernent le fonctionnement de l'organisme en relation avec les services de santé reproductive et de PF. La littérature classe dans ce groupe les états physiologiques comme la grossesse et l'aménorrhée post-partum.

k. Non-Intention contraceptive

La non-intention contraceptive désigne l'absence du désir de pratiquer la contraception moderne dans le futur pour une femme de 15 à 49 ans en union. La non-intention étudiée concerne toutes les méthodes contraceptives modernes, sans tenir compte d'aucune classification.

l. Comportements sexuels et reproductifs

Le concept « comportement sexuel et reproductif » désigne la manière dont les femmes vivent leur vie sexuelle et reproductive, leur conjugalité et leur pratique contraceptive. Les variables qui opérationnalisent ce concept sont le nombre de partenaires sexuels, l'utilisation actuelle et antérieure de la contraception.

Conclusion du chapitre

L'intention de pratiquer la contraception est un phénomène qui intéresse les chercheurs de divers horizons et de disciplines diverses. Les études de psychologie sociale, de sociologie, comme celles de démographie réservent une place de choix à l'étude de l'intention contraceptive, ce qui donne lieu à une multiplicité d'approches, d'objectifs et de populations cibles. Comme il est analysé plus haut, la plupart des études analyse le comportement d'intention d'utiliser la contraception comme une finalité en elle-même ou un prédicteur du comportement contraceptif, sans tenir à son effet sur la fécondité, la transition de la fécondité et le dividende démographique. Ainsi, elles contrôlent moins les variables socio-démographiques. Il ressort aussi que la dynamique des intentions entre différentes dates et le

profil des femmes sans intentions contraceptives ne sont pas assez documentés dans les travaux empiriques. Ainsi, cette recherche se donne comme objectif de comprendre l'antagonisme entre le fait de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception alors que la pression sur les ressources et les infrastructures sociales de base invitent à une prise de conscience en faveur de la planification des naissances et la santé sexuelle et reproductive. Elle étudie les sources de la montée de la non-intention contraceptive et le profil des femmes sans intention contraceptive, des orientations qui ne ressortent pas encore dans la littérature.

* *

*

CHAPITRE II. CONTEXTE DE L'ETUDE ET SOURCES DE DONNEES

Les résultats de cette recherche qui s'intéresse à la non-intention contraceptive comme défi de la transition de la fécondité au Burundi doivent trouver des explications dans le contexte où ils s'inscrivent. En effet, le niveau de fécondité atteint aujourd'hui au Burundi est le fruit d'une évolution dont il faut rappeler les facteurs dès l'aube de la colonisation. La baisse du niveau d'intention contraceptive dans une situation socio-démographique qui l'exigerait pourtant est un phénomène à expliquer avec les données du contexte. Ce chapitre donc a pour objectif de présenter de façon synthétique le contexte burundais dans lequel s'inscrit le phénomène de non-intention contraceptive qui fait l'objet de cette recherche. En outre, il présente les sources de données, la qualité de celles-ci, leurs limites et la stratégie de collecte des données complémentaires.

II.1. Contexte de l'étude

Le contexte est un élément important de la recherche car ce qui se passe dans un contexte ne se manifeste pas forcement de la même manière ailleurs, d'où la recherche doit être située, contextualisée et non « hors-sol » (Payaud, 2018). Les résultats de la recherche devant trouver leur explication dans un contexte qui donne lieu au phénomène auquel ils se rapportent, ce chapitre fait la description de l'environnement burundais vis-à-vis de la contraception. Sans prétendre d'épuiser tout ce qui s'y rapporte, la présentation concerne le contexte géographique et socio-économique, la transition démographique dans le contexte burundais, la mentalité burundaise et la natalité, la planification familiale et la contraception au Burundi, certaines caractéristiques socio-économiques et la diversité burundaise en matière de contraception.

II.1.1. Contexte géographique et socio-économique

Situé entre 2°30' et 4°28' de Latitude Sud, et 28°50' et 30°54' de Longitude Est, le Burundi est l'un des pays de l'Afrique subsaharienne, faisant partie des hautes terres de l'Afrique orientale. Son relief élevé lui assure un climat tropical tempéré par l'altitude et humide sur presque toute l'étendue du territoire. Cette singularité climatique a fait que le Burundi, comme l'ensemble des pays des hautes terres, soit l'un des bastions de fort peuplement bien avant la colonisation (Calas, 1999 ; OCDE, 2003 ; Bart, 2006). C'est une terre qui a permis la fixation des hommes, une organisation politique et administrative et la sédentarisation des habitants dès le XVII^{ème} siècle (Gahama, 1983 ; Bidou et al., 1991 ; Bart, 2006). L'histoire reconnait que le Burundi, avec le Rwanda, était l'un des royaumes les plus

peuplés du continent. Comme il est développé ci-après, l'introduction de la médecine moderne est venue renforcer le poids démographique du Burundi dans la sous-région (Gahama, 1983 ; Thibon, 1991).

Aujourd'hui, par sa densité de population qui s'estime à près de 400 habitants au km^2, le Burundi est l'un des pays les plus densément peuplés d'Afrique (ISTEEBU, 2017). Dans un système patriarcal, le morcellement des propriétés familiales en lopins de terres entre les héritiers a entrainé une diminution progressive de la taille moyenne de l'exploitation par ménage jusqu'en dessous du seuil critique de 0,90 hectares fixés par l'Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture (FAO). Cette superficie, qui était de 1,04 hectares par ménage en 1973, est passée à 0,70 hectares en 1990 et à 0,40 hectares en 2015 (Kamuragiye & Buzingo, 2019).

Les conséquences d'une telle situation socio-démographique sont énormes. En effet, ces exploitations si étroites doivent faire vivre près de 90% de la population qui affirme vivre du travail de la terre (BCR, 2011). Couplée au changement climatique dans lequel a plongé le climat mondial, celui du Burundi n'étant pas épargné, l'exiguïté des terres aggrave la rareté des ressources alimentaires. En 2017, la proportion de la population burundaise en situation d'insécurité alimentaire s'estimait à 45,5% (PAM, 2017). En 2020, 43,7% des ménages vivaient en situation de pauvreté, avec plus de la moitié des personnes pauvres (51,4%) (ISTEEBU, 2021)

Dans les régions les plus vulnérables aux changements climatiques du Nord-Est (Bugesera) et de l'Ouest (Imbo-Nord), les pénuries alimentaires, suite à la baisse drastique des récoltes ont déjà eu comme conséquence l'émigration dans les pays limitrophes, (au Rwanda et en Tanzanie) et des maladies liées à la carence alimentaire (PAM, 2017 ; Sindayihebura & Nkunzimana, 2020). Dans les zones d'une vulnérabilité environnementale accrue comme les contreforts des Mirwa, la pression démographique, par la surexploitation des terrains en pentes raides, aggrave répétitivement les mouvements gravitaires, ce qui n'est pas de nature à favoriser l'accès aux ressources et à la survie (MEEATU, 2013 ; Nsabimana, 2021).

A côté de la pression démographique sur les terres arables et les subsistances, la croissance soutenue de la population burundaise marque aussi ses empreintes dans les secteurs des services sociaux de base. Dans le secteur de la santé, l'objectif de l'OMS est d'avoir 10 000 habitants/médecin, 1350 habitants par infirmier, 100 000 habitants par hôpital

et 1 000 habitants par lit d'hôpital. Malgré les efforts de diversifications des infrastructures et de formations/recrutement des personnels, l'offre reste toujours inférieure à la demande. En 2017, on enregistrait 21 035 habitants/médecin, 1 413 habitants par infirmier, 126 630 habitants par hôpital, 1315 habitants par lit d'hôpital. Dans le domaine de l'éducation, les indicateurs montrent aussi la même situation. Alors que l'OMS recommande 40 apprenants par salle de classe et par enseignant, le nombre moyen d'apprenants était de 56 par enseignant et de 74 par salle de classe en 2016 (Kamuragiye & Buzingo, 2019). Ces indicateurs font état d'une demande qui dépasse l'offre et la croissance démographique compte au premier plan.

En conclusion, si l'on tient à la pensée économique de fécondité qui a prévalu en Occident (Becker, 1960 ; Leridon, 2015), ce contexte géographique et socio-économique est un contexte suffisamment contraignant pour pouvoir recevoir l'écho d'une adoption massive de la contraception. Si l'on constate par contre un taux encore moins important de prévalence contraceptive (29% à l'EDSB III), c'est qu'il existe d'autres facteurs du contexte qui favorisent la non-utilisation de la contraception.

II.1.2. Contexte socio-démographique

L'étude se faisant pour expliquer les défis de la transition démographique, il importe de développer les aspects du processus de transition au Burundi. En outre, un accent est mis un aspect important de la croissance de la population : la conception de l'enfant dans la mentalité burundaise.

II.1.2.1. Processus de transition démographique au Burundi

La transition démographique est un processus dans lequel peut être placé tout pays du monde (Gendreau, 1993 ; Chesnais, 1995 ; David, 2015). Comme tous les pays du monde entier, le Burundi est en cours de transition démographique. La fin de phase primitive est mal connue, faute de sources écrites. La chute de la mortalité aurait été amorcée dans les années 1930 sous la colonisation belge. Le pouvoir colonial a d'abord dû lutter contre les épidémies, puis contre la famine. Couplé avec la médecine moderne, l'introduction des cultures vivrières comme le manioc, le maïs, la pomme de terre, le haricot, etc. va faire chuter la mortalité de masse et permettre l'augmentation considérable de l'espérance de vie (Gahama, 1983 ; Manirakiza, 2008). Seule la mortalité sélective comme la mortalité maternelle et infantile est restée élevée.

Depuis lors, la population totale a observé un rythme soutenu de sa croissance, avec des taux d'accroissement annuel moyen permettant le doublement de la population en moins de trois décennies. Ainsi, la population qui s'estimait à 1,2 millions en 1930 avait presque doublé en 1960 (Département des statistiques, 1974 ; Barampanze & Nkurunziza, 1994). Cette forte croissance a été donc le fruit du recul de la mortalité pendant que la mentalité burundaise restait nataliste. Depuis l'indépendance, la population a maintenu son rythme de croissance. Au premier recensement en 1979, elle avait déjà atteint plus de 4 millions et, dix ans plus tard, elle était de 5,34 millions (BCR, 1991). Au recensement de 2008, elle était évaluée à 8,05 millions d'habitants (BCR, 2011) et les estimations actuelles la situent à 12 millions (BCR, 2011 ; ISTEEBU, 2017).

La baisse de la fécondité est encore timide. La fécondité qui a marqué un grand bond avec l'introduction de la médecine moderne pendant la période coloniale a atteint son pic dans la décennie 1960, avec un ISF de 7,4 enfants par femme en 1965. À la seconde enquête démographique de 1970-1971, elle avait légèrement baissé jusqu'à un ISF de 7,1 enfants par femme. En 1987, la baisse avait été aussi égale à la précédente avec un ISF de 6,8 enfants par femme. Après la longue crise socio-politique, les Enquêtes Démographiques et de Santé de 2010 et 2016-2017 montrent que la fécondité est restée élevée malgré la chute progressive. En 2010, la fécondité était de 6,4 enfants/femme pour ne baisser que jusqu'à 5,5 enfants par femme en 2017 (MININTER, 2012 ; ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017).

Ces indicateurs sur l'évolution de la fécondité ne permettent pas d'espérer le profit du dividende démographique ni dans le court ni dans le moyen terme. Comparativement aux attentes d'une fécondité de 3 enfants/femme et une croissance de 2% à l'horizon 2025 (PND 2018-2027), ce niveau actuel de fécondité exprime un retard à rattraper par un esprit de planification effective des naissances (République du Burundi, 2018). Le reste est de savoir si l'âme du Murundi est prête à intégrer cette orientation.

II.1.2.2. Mentalité burundaise et natalité

Tout écrit sur la famille et la procréation revient sur la mentalité nataliste du Burundais (Manirakiza, 2008 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019). En fait, l'âme du Murundi a été terrifiée par la mortalité infantile de la période pré-transitionnelle, dans une société qui place la gloire de la famille dans une descendance nombreuse. Malgré l'absence de sources écrites, ce fait est attesté par les noms de famille donnés aux enfants. *Ndaruhekeye* (je ne porte que pour la mort), *Ndaruzaniye* (je viens d'engendrer pour la mort), *Rurantije* (la mort

me l'a prêté) pour exprimer la profonde douleur qu'on redoute pour la mort qui peut emporter à tout moment le bébé. Dans les appellations chrétiennes, on retrouve aussi le sentiment de ne compter que sur Dieu pour voir son enfant survivre : *Niyinteretse* (c'est Dieu qui me garde), *Ndihokubwayo* (je ne vis que grâce à Dieu), etc.

Corrélativement avec la baisse de la mortalité qui bridait la natalité pendant la période pré-transitionnelle, le Burundais, religieux de nature, a intégré dans sa conception la naissance de l'enfant comme un don de Dieu. Les appellations des enfants le prouvent aussi : *Havyarimana* (c'est Dieu qui engendre), *Ngabireyimana* (Don de Dieu), *Ndayishimiye* (je Lui « Dieu » rends grâce). Les dictons et les proverbes matérialisent aussi l'éloge d'une descendance nombreuse. A une mère qui vient d'accoucher on dit : « *Uravyara benshi uzompe kamwe* » (Mets au monde assez pour m'en donner un), « *Kamwe ni ubusa* » (Un seul enfant, c'est rien). Certains ne cachent pas que l'enfant constitue une main-d'œuvre pour travailler. Par exemple « *Inyakamwe inyaga imwe* » (Un seul ne peut dérober qu'une seule vache), pour signifier que sans la descendance, même les opportunités peuvent vous échapper.

Dans cet esprit, les Burundais ont célébré l'avènement de la médecine moderne qui les a libérés de la terreur de la mort et qui leurs a permis de satisfaire leur demande d'enfants. Malgré la pression démographique qui se manifeste dans presque toutes les branches de la vie socio-économique du pays, l'esprit nataliste domine toujours.

II.1.4. Contexte institutionnel et programmatique

Comme l'ensemble des pays africains, le Burundi ne s'était pas senti concerné par les préoccupations exprimées à la conférence de Bucarest, une conférence qui a eu lieu peu après la tragédie de 1972. Surement, suite aux lobbies et réunions régionales qui ont préparé la deuxième conférence internationale sur la population de Mexico en 1984, le Burundi a pris conscience de la nécessité des programmes de planification familiale (Sala-Diakanda, 1988 ; Locoh & Vandermeesch, 2006).

Le premier programme de planification familiale a été officiellement adopté en 1983, prenant conscience que la croissance démographique explosive allait entraver le développement socio-économique et saper les efforts de modernisation consentis par le gouvernement (Barampanze & Nkurunziza, 1994). Au départ, c'était le Programme Santé Maternelle et Infantile, incluant le volet de Planification Familiale sous le financement de l'UNFPA, qui a été la concrétisation de la volonté du gouvernement pour maîtriser la

croissance démographique. Entre autres objectifs, ce programme avait l'objet de réduire le niveau de fécondité par l'augmentation de la prévalence contraceptive. En outre, l'Association Burundaise pour le Bien-Etre Familial (ABUBEF), mise en place en 1987 comme Bureau National de Coordination de la Planification familiale, a participé à la promotion de la santé sexuelle et reproductive ainsi que les droits y afférents, à travers le plaidoyer et l'offre de services de santé sexuelle et reproductive intégrés et de qualité pour tous. En 1997, le programme de Santé et Reproduction deviendra le Programme Nationale de Santé et de la Reproduction (PNSR), suite aux nouvelles orientations de la CIPD du Caire en 1994.

Comme il est exprimé dans la Politique Nationale de Santé et de la Reproduction, le PNSR promeut la maternité à moindres risques et la santé néonatale, la planification familiale, la prévention et la prise en charge de l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels, la prévention et la prise en charge des complications de l'avortement, la prévention et la prise en charge des IST/VIH /SIDA, la prévention et la prise en charge des violences sexuelles, la promotion de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescents ainsi que la détection précoce des cancers mammaires et gynécologiques (PNSR, 2007).

Conformément aux clauses de la CIPD et de la 4ème Conférence sur la Femme tenue à Beijing auxquelles le Burundi a souscrit, le PNSR entend promouvoir la planification des naissances comme un droit fondamental des personnes. Dans un système pyramidal dont le sommet est l'administration centrale au niveau du MSPLS et la base étant constituée par les formations sanitaires (FOSA) dans les bureaux provinciaux (BPS) et districts sanitaires (DS), le PNSR s'assure de la disponibilité des contraceptifs jusqu'au niveau déconcentré. Les sources d'approvisionnement en contraceptifs sont ainsi publiques, mais aussi privées. L'ABUBEF et le PSI sont impliqués pour le marketing social du préservatif. Les ONGs et partenaires financiers comme le KFW, l'UNFPA, le Fonds Global, l'USAID et l'IPPF interviennent dans le financement des achats.

L'offre en contraceptifs modernes comprend la stérilisation masculine et féminine, les injectables, le dispositif intra-utérin (DIU), les pilules contraceptives, les implants, le condom masculin et le condom féminin, la méthode des jours fixes (MJF), la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) et la pilule du lendemain. Selon les résultats de l'EDSB III, 97% des femmes connaissent au moins une méthode de PF.

Cependant, leur utilisation n'est que de 29%, le niveau étant monté de 7% par rapport à celui de 2010 (ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017).

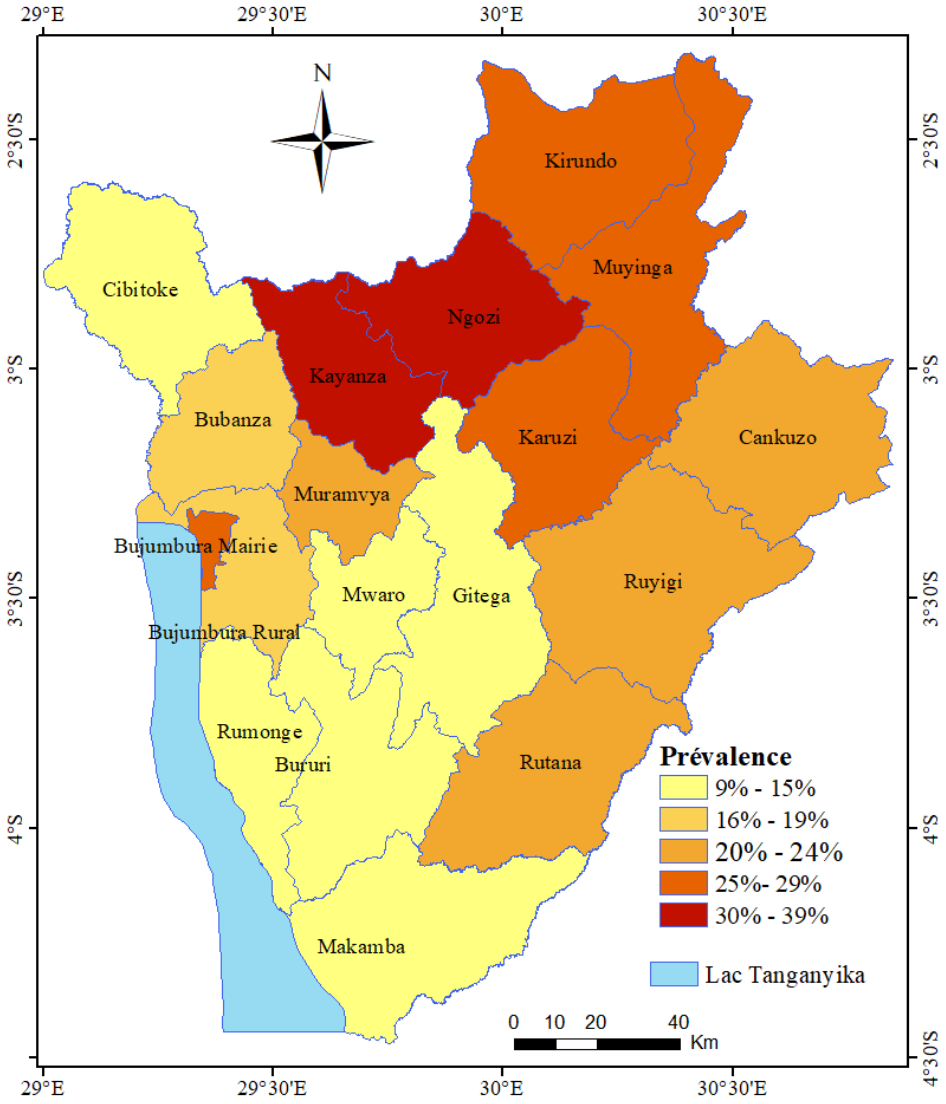
Bien que les deux derniers indicateurs marquent une avancée par rapport au niveau atteint en 1987 (seules 7% des femmes utilisaient la contraception moderne), la pratique contraceptive reste un comportement à motiver pour atteindre la baisse de la fécondité souhaitée. En 2017, malgré l'augmentation par rapport au niveau de 2010, la prévalence contraceptive restait faible (29%), très loin en dessous du seuil souhaité pour atteindre le taux d'accroissement annuel de 2% (ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017).

De surcroît, l'analyse approfondie montre des disparités importantes entre les femmes suivant certains critères. Par la province de résidence, la prévalence varie de 9% en province Makamba à 39% en province Ngozi. Par région, les données montrent que la prévalence contraceptive est élevée dans les provinces du Nord (Karusi, Kayanza, Kirundo, Muyinga, Ngozi), moyenne dans les provinces de l'Est (Cankuzo, Rutana, Ruyigi) et faible au Centre et au Sud (Figure 2.1).

D'autres critères qui font objet de différence en termes de prévalence contraceptive sont le milieu de résidence, le niveau d'instruction et le niveau de vie. La prévalence contraceptive est élevée chez les femmes en union du milieu urbain que chez celles du milieu rural (29 % contre 22 %). Selon le niveau d'instruction, ces différences vont de 20% chez les femmes sans niveau d'instruction à 29% chez celles de niveau secondaire /supérieur, passant par 25% chez celles de niveau primaire. Enfin, la prévalence de la contraception moderne se montre variée suivant le quintile du bien-être : elle varie de 20% dans le quintile le moins élevé à 28% dans le quintile le plus élevé (ISTEEBU & ICF International, 2017).

Malgré l'arrivée des programmes de PF depuis la décennie 1980, la pratique contraceptive au Burundi est à l'étape embryonnaire. Sa diversité selon les quelques critères ci-haut évoquées montre que les facteurs qui dictent cette faible prévalence et la non-intention sont aussi complexes que variés. Ainsi, atteindre la fécondité de 3 enfants par femme à l'horizon 2025 et une croissance annuelle moyenne de 2% suppose des interventions aussi variées, avec des stratégies éclairées par des études approfondies. Cette recherche qui se focalise à ces intentions trouve ainsi le fondement de vouloir fouiller le contexte qui laisse planer l'incertitude et la non-intention vis-à-vis de la contraception dans la mesure où cette dernière est la plus attendue.

Figure 2.1 : Prévalence de la contraception selon la province de résidence



Source : Auteur, exploitation des données de l'EDSB-III

II.1.5. Contexte social et culturel au Burundi

La littérature montre que les intentions contraceptives des femmes sont associées à certaines caractéristiques sociales et culturelles par lesquelles s'expliquent les différences observées (Agha, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Babalola et al., 2015 ; Tiruneh et al., 2016 ; Ahuja et al., 2020). Ainsi, dans cette description du contexte dans lequel les intentions contraceptives s'effritent, il importe de passer en revue certains aspects indispensables à l'étude des comportements démographiques. Il s'agit de la religion, du milieu de résidence (urbanisation), de l'alphabétisation et de l'instruction.

II.1.5.1. Religion

Prise comme l'ensemble des croyances, pratiques et rites qui lient les hommes à la divinité de l'être supérieur, qui régit tout et que rien ne régit (Dieu), la religion est ainsi un élément de différenciation des comportements socio-démographiques, dont la non-intention contraceptive. Ainsi, cette étude a besoin de mettre en exergue la situation religieuse du pays pour les comportements religieux qui créent des différences.

En effet, le dernier recensement de la population a montré que plus de 60 % des Burundais sont catholiques. Le catholicisme est ainsi la religion la plus pratiquée au Burundi. L'ensemble des religions protestantes vient en deuxième position avec une proportion de 21,4% de la population. Dans des proportions d'importance inégale aux deux premiers groupes, les autres groupes religieux sont les Musulmans (2,5%), les Adventistes (2,3%), les Témoins de Jéhovah (0,3%) et les sans religions (6,1%) (BCR, 2011). Les données des EDSB qui sont analysées dans cette recherche montrent les mêmes proportions. Les femmes catholiques représentaient 61,8% et 57,3% en 2010 et 2017, respectivement. Les protestantes étaient dans les proportions respectives de 31,4% et 34,4% en 2010 et 2017(ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017).

Les obédiences religieuses dans leur diversité adoptent les croyances qui entrainent des positions différentes vis-à-vis des comportements socio-démographiques. Avec une si importante diversité, la religion est ainsi un caractère de stratification sociale importante au Burundi qui peut avoir une incidence non nulle sur la diversité des points de vue vis-à-vis de la contraception.

II.1.5.2. Instruction

La structure de la population burundaise selon le niveau d'instruction montre la persistance de la population non instruite. Au dernier RGPH (2008), plus de la moitié (50,3%) de la population scolarisable (3 ans et plus) était sans instruction. Le niveau d'instruction le plus dominant est le niveau primaire avec la proportion de 39,1%. Il est suivi du niveau secondaire (7,6%) tandis que le niveau supérieur reste marginal dépassant à peine 1% de la population scolarisable, soit 1,2%(BCR, 2011). Les données des deux dernières EDSB montrent aussi des proportions similaires. La proportion des femmes sans instruction est de 42,8% et 36% en 2010 et 2017, respectivement et les proportions diminuent dans les niveaux primaire, secondaire et supérieur (ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017).

II.1.5.3. Urbanisation

Au Burundi, la majorité de la population (90%) vit en milieu rural. Ainsi, seul 1/10 de la population burundaise vit en milieu urbain, dont 60% reviennent à la seule ville de Bujumbura (BCR, 2011). Les données des enquêtes démographiques montrent aussi la faible urbanisation des ménages enquêtés, et partant des femmes-cibles desdites enquêtes. En 2017, 87% des femmes vivaient en milieu rural (ISTEEBU & ICF International, 2017).

II.1.5.4. Pouvoir d'action des femmes

Le cinquième des Objectifs du développement durable (ODD5) aspire à l'égalité des sexes et voudrait que la femme participe de façon autonome à la vie socio-économique du ménage et dispose d'elle-même. Ainsi, l'état des lieux sur les progrès enregistrés en ce point de vue est un avantage pour cette étude de la non-intention contraceptive au Burundi.

L'EDSB 3 a évalué le statut socio-économique de la femme au Burundi. Les variables collectées à cet effet ont porté sur l'activité de la femme, le type de rémunération, le pouvoir de décision des femmes dans le ménage ainsi que leur contrôle de l'utilisation de leurs revenus. Concernant l'emploi, 94% des femmes en union avaient travaillé au cours des 12 mois qui avaient précédé l'enquête. Cependant, pour plus d'un tiers des femmes (36%), ce travail n'était pas rémunéré. Concernant l'utilisation des gains du travail, 66% des femmes décidaient de celle-ci en accord avec leurs conjoints tandis qu'une femme sur cinq (21%) en décidait seule principalement. Dans ce jeu de concertations évoquées au cours de l'enquête, 60% des femmes avaient participé à la prise de décision. Cependant, 13% n'avaient été impliquées dans aucune forme de prise d'aucune décision (ISTEEBU & ICF International, 2017).

Ces résultats indiquent un contexte socio-culturel qui n'est pas encore suffisamment favorable à la participation de la femme dans la prise de décisions. En fait, le système de filiation patriarcal qui domine la tradition burundaise accorde le pouvoir de décision au conjoint, gérant le foyer où la femme que la société ne recommande qu'à se soumettre (Hakizimana, 2000).

En résumé, le contexte burundais est caractérisé par des conditions géographiques, démographiques et économiques qui militent pour la maîtrise de la fécondité. Le gouvernement burundais a compris l'enjeu depuis la décennie 1980 et a souscrit aux programmes de PF issus des conférences internationales sur la population et le

développement. Ainsi, le programme national de planification familiale, aujourd'hui Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) ainsi que la mobilisation des structures décentralisées et des ONGs devraient assurer un meilleur niveau de pratique contraceptive qui permet d'espérer la baisse considérable de la fécondité. Il est donc important que l'attention soit portée sur la non-intention contraceptive qui monte d'ampleur dans un contexte qui appelle à la baisse de la fécondité.

II.2. Sources de données

Dans cette section, il s'agit de présenter les données quantitatives fournies par ICF International[9]. Après avoir passé en revue le processus de collecte de données, un point est mis sur la population cible, la présentation des variables mobilisées pour l'analyse, avant de présenter les résultats de l'évaluation de la qualité de ces données. Par la suite seront présentées les limites des données disponibles et les stratégies de collecte de données complémentaires (données qualitatives).

II.2.1. Présentation des données quantitatives

Les données quantitatives utilisées dans le cadre de cette étude ont été collectées à l'occasion des deux dernières enquêtes démographiques et de santé du Burundi (EDSB II & III). Ces enquêtes ont été réalisées par l'ISTEEBU en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA. Ces opérations ont été financées par le Gouvernement du Burundi et les organismes partenaires dans le domaine de population et développement (USAID, UNICEF, Banque Mondiale, UNFPA, Fonds Mondial, OMS, Coopérations Suisse et Belge). A toutes les deux occasions, l'ICF Macro International fournissait de l'assistance technique par le biais du programme mondial des Enquêtes Démographiques et de Santé (DHS Program).

II.2.1.1. Populations cibles

Au moment de l'enquête, il a été demandé aux femmes de 15-49 ans non-utilisatrices de la contraception au moment de l'enquête si elles avaient l'intention de l'utiliser dans l'avenir. Ainsi, la population cible de cette étude est constituée de femmes qui ont répondu à

[9] Ces données qui sont analysées pour atteindre les objectifs de cette étude ont été collectées par l'ISTEEBU, avec l'appui technique de l'ICF International. C'est cette même institution internationale qui assure l'archivage et la redistribution en ligne aux utilisateurs potentiels. Les EDS ainsi réalisées traitent des thèmes de santé et de la reproduction aussi variées que cette étude y trouve des données dont elle a besoin. A côté de la pertinence des aspects couverts, cette utilisation rentre dans le cadre de valorisation des données statistiques collectées aux coûts élevés par les institutions étatiques (ISTEEBU ou INSBU actuellement), sans être suffisamment exploitées, ne servant qu'à des analyses descriptives.

cette question. Aussi, vu que cette recherche porte sur les femmes en union, l'échantillon sera constitué des burundaises de 15-49 ans, en union, qui n'utilisaient pas la contraception moderne au moment de l'enquête. Ainsi, il s'agit de 4225 et 6990 femmes burundaises en union, non-utilisatrices de la contraception moderne, qui se sont exprimées sur l'intention future de l'utiliser ou pas, respectivement en 2010 et 2017.

II.2.1.2. Choix des variables

Cette section a donc pour objet de montrer les variables pertinentes qui sont disponibles dans les bases de données. Il est aussi l'occasion de montrer les recodages inhérents à l'analyse.

1. Variable dépendante

La variable dépendante est la variable qui opérationnalise la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union au Burundi. Au moment des EDSB, il a été posé aux femmes une question concernant leurs intentions contraceptives futures. La variable dépendante est une variable à deux modalités : 1 « ***sans intention*** » pour les femmes qui affirmaient ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception et 0= « ***avec intention*** » pour les femmes qui en avaient.

2. Variables indépendantes

Les variables indépendantes sont groupées en trois niveaux hiérarchiques suivant le schéma conceptuel (Figure 2.1).Ainsi, les variables relatives au contexte communautaire sont distinguées des caractéristiques du ménage et de la femme en âge de procréer, cible de l'étude.

(1) Variables relatives aux caractéristiques du contexte communautaire

a) Région de résidence

Les données des enquêtes démographiques et de santé qui sont utilisées dans cette recherche ont été collectées par province de résidence. Cependant, il serait ardu d'opérer l'analyse avec 18 modalités, d'où le regroupement des provinces en 5 modalités correspondants aux 5 régions sanitaires : 1=*Nord* (Kayanza, Kirundo, Muyinga et Ngozi) ; 2=*Centre-Est* (Cankuzo, Gitega, Karusi) ; 3=*Ouest (*Bubanza, Bujumbura et Cibitoke) ; 4=*Sud* (Bururi, Makamba, Mwaro, Rumonge et Rutana) et 5=*Bujumbura Mairie.*

b) Milieu de résidence

Le milieu de résidence fait référence à l'opposition entre la résidence en milieu urbain et la résidence en milieu rural. C'est donc une variable à deux modalités : 1=*Urbain* et 2=*Rural*.

c) Religion

La variable religion est recodée en 5 modalités : 1=*Catholique* ; 2=*Protestante ;* 3=Musulmane ; 4=*Adventiste et Témoins de Jéhovah* et 5=*Autres religions*

d) Expositions aux messages de planification familiale

Au moment de la collecte, il a été demandé aux enquêtées si elles avaient reçu ou entendu un message de planification familiale. La variable est recodée en deux modalités : 1=*Informée de la PF* et 2=*Non-informée de la PF*.

e) Visite par un agent de PF dans les 12 mois ayant précédé l'enquête

Cette variable a deux modalités 1=*A été visitée* et 2=*N'a pas été visitée.*

(2) Variables relatives aux caractéristiques du ménage

a. Age du conjoint

Considérant les tranches d'âge de 15 à 29 ans, de 30 à 44 ans et de 45 et plus, l'âge du conjoint est recodé en trois modalités : 1=*Jeunes* (15-29 ans) ; 2=*Adultes* (30-44 ans) et 3=*Agés* (45 ans et plus).

b. Niveau de vie du ménage

La collecte au moment des EDSB saisit le niveau de vie des ménages par la répartition des ménages dans les quintiles du bien-être. Le niveau de vie est une variable composite construite à partir des informations collectées sur l'habitat et la possession des biens d'équipements dans une approche non-monétaire ou des conditions de vie. Elle comporte cinq modalités pour désigner les quintiles du bien-être. Pour cette étude, elle est recodée en trois modalité : 1=*Pauvre* ; 2=*Moyen* et 3=*Riche.*

c. Niveau d'instruction du conjoint

Le niveau d'instruction le plus élevé atteint par le conjoint de la femme a été saisi en quatre modalités et recodées en en trois modalités comme suit : 1=*Sans d'instruction* ; 2=*Primaire* et 3=*Secondaire et plus*.

d. Occupation du conjoint

Au moment des enquêtes, l'occupation du conjoint a été saisie dans sa diversité et la complexité qu'impose le secteur informel. Le recodage ramène cette variable en 5 modalités : 1=*Inactif* ; 2=*Agriculteur* ; 3=*Commerçant/Informel* ; 4=*Cadres* et 5=*Autres*.

e. Désir d'enfants du mari

Les enquêtes ont saisi le désir d'enfants au sein du couple, voulant comprendre si le mari désirait le même nombre d'enfants que sa conjointe. Cette variable comporte trois modalités : 1= *Même nombre que la femme* ; 2=*Plus que la femme* et 3=*Moins que la femme*.

f. Violence sexuelle dans le couple

Les enquêtes ont aussi saisi les violences sexuelles dans le couple. Il était demandé à chaque enquêtée si elle a déjà subi au moins un cas de violence sexuelle. La variable comporte deux modalités : 1=*Oui* et 2=*Non*.

g. Appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse des rapports sexuels

Les enquêtées ont été amenées à donner leur appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse des rapports sexuels à son conjoint. Elles se sont donc prononcées selon qu'elles trouvaient cette action fondée ou non. La variable y relative est codée 1=*Fondée* et 2=*Non-fondée*.

(3) Variables relatives aux caractéristiques de la femme

a) Connaissance de la contraception

Cette variable a deux modalités : 1=*Oui* et 2=*Non*.

b) Connaissance d'au moins une source de méthodes contraceptives

C'est une variable codée 1=Connait au moins une source et 2=Ne connait aucune source.

c) Statut du désir de planifier les naissances sans pratique contraceptive[10]

Selon que la femme a déclaré désirer planifier les naissances (espacer ou limiter) ou pas sans être utilisatrices de la contraception, cette variable a deux modalités : 1=*Oui* et 2=*Non*.

d) Age

L'âge qui agit par effet de génération est recodé en trois modalités. Suivant que la femme est d'âge compris entre 15-24 ans, 25-39 ans ou entre 40 ans et plus, elle est classée dans les trois modalités qui sont : 1=*Adolescente/Jeune* ; 2=*Adulte* et 3=*Agée*.

e) Age au premier mariage

L'âge au premier mariage est recodé en trois modalités selon qu'il est compris entre 15 et 20 ans, 20 et 35 ans ou supérieur à 35 ans. Ces trois modalités sont : 1=*Moins de 20 ans* ; 2=entre *de 20 et 35 ans* et 3=*plus de 35 ans*.

f) Nombre de partenaires sexuels connus

Le nombre de partenaires sexuels est une variable à deux modalités selon que la femme à un seul partenaire ou plus. Les deux modalités sont : 1=*Un seul partenaire sexuel* et 2=*Plus d'un partenaire sexuel.*

g) Parité atteinte

La parité atteinte est une variable recodée en trois modalités suivant le nombre d'enfants déjà mis au monde. Les trois modalités sont : 1=*Trois enfants ou moins* ; 2=*Entre 4 et 6 enfants* et 3=*7 enfants et plus*.

h) Nombre d'enfants désirés

Comme la parité atteinte, le nombre d'enfants désirés est recodé en trois modalités : 1=*Trois enfants ou moins* ; 2=*Entre 4 et 6 enfants* et 3=*7 enfants et plus.*

[10] Le concept de besoins non-satisfaits en matière de PF est utilisé pour désigner les femmes mariées, fécondes, n'utilisant aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête et qui déclarent désirer planifier les naissances pour les espacer ou pour les limiter. Pour les femmes non-utilisatrices de la contraception comme les cibles de cette étude, il s'agit d'opposer celles qui déclarent avoir l'intention de planifier les naissances et celles qui ne le désirent pas, toutes les deux catégories sans être utilisatrices au moment de l'enquête.

i) Désir d'enfants supplémentaires

Au moment de la collecte de données, les femmes ont été amenées à déclarer si elles voulaient avoir un enfant de plus. Les résultats des déclarations peuvent être regroupées en quatre modalités : 1=*Désire encore un enfant* ; 2=*Ne désire plus d'enfants* et 3=*Indécise* et4=*Inféconde*.

j) Décès d'enfants

Au moment de la collecte de données, il a été demandé aux femmes si elles avaient connu le décès d'enfants au cours de leur vie génésique. Certaines avaient déjà vécu cette expérience plus d'une fois. Cette variable a été recodée en trois modalités : 1=*Pas de décès d'enfants* ; 2=*Un décès d'enfant et* 3=*Plus d'un décès d'enfant*.

k) Nombre d'enfants survivants

Au cours de la collecte, il a été demandé à chaque femme à déclarer le nombre d'enfants survivants de toute sa descendance. Les déclarations peuvent être regroupées en trois modalités : 1=*Trois enfants ou moins* ; 2=*Entre 4 et 6 enfants* et 3=*7 enfants et plus*.

l) Niveau d'instruction de la femme

Comme le niveau d'instruction du conjoint, celui de la femme est recodé en trois modalités : 1=*Sans instruction* ; 2=*Primaire* et 3=*Secondaire et plus*.

m) Occupation de la femme

La variable « occupation de la femme » comporte 5 modalités : 1=*Inactives* ; 2=*Agricultrice* ; 3=*Commerçante/Informel* ; 4=*Cadre* et 5=*Autre*.

n) Expositions aux médias

L'exposition aux médias est une variable composite construite à partir des déclarations des femmes sur leur fréquence de suivi des médias (journaux, radios, télévisions) (Annexe 2.1). La variable « exposition aux médias » est recodée en trois modalités : 1=*exposition faible* ; 2=*exposition moyenne et* 3=*exposition élevée*.

o) Etat gestationnel

Cette variable a deux modalités : 1=*Enceinte* et 2=*Non-enceinte*.

p) Etat de la femme vis-à-vis de l'aménorrhée post-partum

Cette variable a deux modalités : 1=*En aménorrhée* et 2=*Pas d'aménorrhée*.

II.2.1.3. Qualité des données

L'évaluation de la qualité des données analyse les taux de non-réponse, la qualité des données déclarées sur l'âge et la parité atteinte.

1. Taux de non-réponse

La non-réponse correspond à l'absence de réponse quantifiable pour un individu de la population cible. Au moment de la collecte, l'enquêté(e) peut avoir refusé de répondre à une question. Le taux de non-réponse est toléré au seuil de 10% en sciences sociales pour qu'une variable soit prise en compte dans les analyses. Ainsi, cette section analyse les taux de non-réponse des variables identifiées précédemment. Il s'agit des rapports des valeurs manquantes sur l'effectif de réponses attendues (l'ensemble de la population cible)(Tableau 2.1).

Tableau 2.1 : Evaluation des taux de non-réponse

Variables	Valeurs valides		Valeurs manquantes		Taux de non-réponses	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017
Variables caractéristiques de la communauté						
Région de résidence	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Milieu de résidence	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Religion	4220	6990	5	0	0,1	0,0
Visite par un agent de PF	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Exposition aux messages de PF	4220	6990	5	0	0,1	0,0
Variables caractéristiques des ménages						
Niveau de vie du ménage	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Age du conjoint	4210	6990	15	0	0,4	0,0
Niveau d'instruction du conjoint	4177	6975	48	15	1,1	0,2
Occupation du conjoint	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Désir d'enfants du mari	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Violences sexuelles dans le couple	-	4761	2229	2229		31,9
Appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse les rapports sexuels	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Variables caractéristiques individuelles de la femme						
Connaissance de la contraception	4225	6965	0	25	0	0,4
Désir de planifier les naissances sans pratique contraceptive	4213	6972	12	18	0,3	0,3
Age de la femme	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Age au premier mariage	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Nombre de partenaires sexuels connus	4223	6990	2	0	0,0	0,0

Variables	Valeurs valides		Valeurs manquantes		Taux de non-réponses	
	2010	2017	2010	2017	2010	2017
Parité atteinte	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Nombre d'enfants désirés	4219	6990	6	0	0,1	0,0
Désir d'enfants supplémentaire	4222	6990	3	0	0,1	0,0
Expérience de décès d'enfants	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Nombre d'enfants survivants	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Niveau d'instruction de la femme	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Occupation de la femme	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Exposition aux médias	4210	6990	15	0	0,4	0,0
État gestationnel	4225	6990	0	0	0,0	0,0
État de la femme vis-à-vis de l'aménorrhée	4225	6990	0	0	0,0	0,0
Connaissance d'une source de contraceptifs	4198	6990	26	0	0,6	0,0

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB II & III

La variable relative aux violences sexuelles dans le couple est ignorée dans cette étude pour avoir un taux de non-réponse supérieur à 10% et non disponible pour les données de 2010. A propos de la connaissance des sources de méthodes contraceptives, le taux de non-réponse de 17,6% a été comblé par imputation dans les deux bases : si les femmes n'ont pas répondu à cette question, c'est parce qu'elles n'ont pas été sélectionnées comme cibles de la question. Ils sont ainsi classés parmi les taux de non-réponses structurelles (Masuy, 2013). Les valeurs manquantes (structurelles) ont été donc remplacées par la valeur 1 « la femme connait au moins une méthode contraceptive ». Ainsi, le taux de connaissance des sources de contraceptifs passe de 79,1% en 2010 à 82,8% en 2016-2017.

2. Qualité des données sur l'âge

Plus que les autres variables, l'âge est la variable dont les données déclarées sont les plus sujettes d'erreurs pour plus d'une raison. Principalement, il s'agit d'une variable dont les déclarations sont sujettes à l'effet de la mémoire. En outre, les enquêté(e)s peuvent délibérément fausser les déclarations.

L'évaluation de la qualité des données sur l'âge se passe en deux temps. D'abord, l'évaluation graphique permet de constater les probables distorsions. Ensuite, l'évaluation statistique, qui permet de confirmer ou d'infirmer les constats faits à l'issue de l'évaluation graphique.

a) Evaluation graphique

La figure 3.1montre que les données déclarées sur l'âge, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, comportent certaines distorsions. Sous l'effet de la mortalité et des migrations, l'allure de la courbe devraient observer une tendance descendante. Les pics et creux qui s'observent sur les courbes font état de certains défauts de déclarations de l'âge des femmes et de leurs conjoints. L'évaluation statistique qui suit nous renseigne de l'ampleur des distorsions et illumine la décision à prendre à propos de leur utilisation.

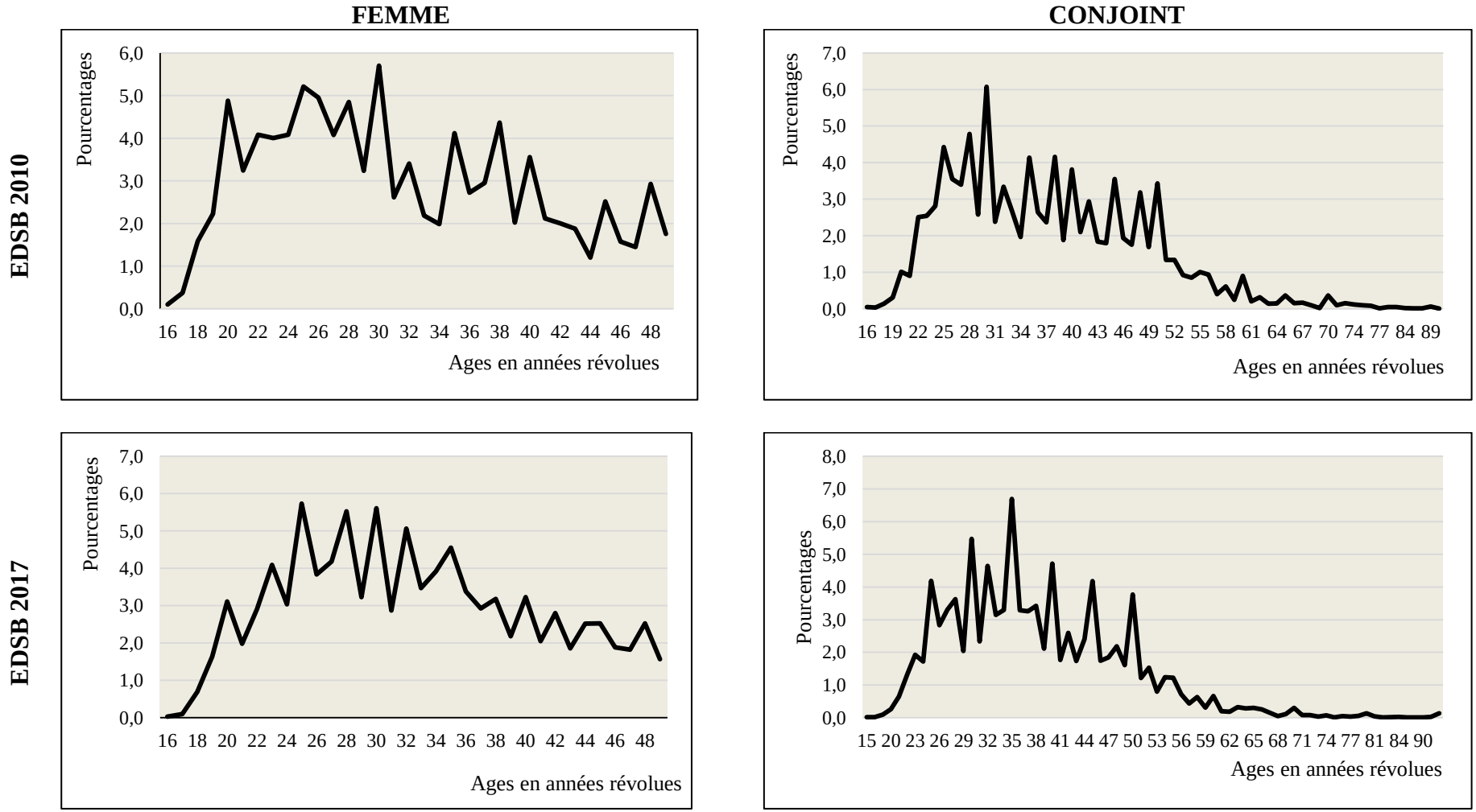
b) Evaluation statistique

L'évaluation statistique de la qualité des données déclarées sur l'âge fait recours à des méthodes différentes selon la nature des distorsions constatées. Dans les quatre cas de données sur l'âge des femmes et leurs conjoints en 2010 et 2017, les distorsions constatées ont lieu à tous les âges terminant par les chiffres compris entre 0 et 9 sans préférences des âges ronds (Figure 2.2). Ainsi, la méthode la mieux indiquée pour l'évaluation statistique de la qualité de ces données est celle de Myers.

L'indice de Myers (I_M) exprime les préférences ou aversions pour les âges se terminant par les chiffres compris entre 0 et 9. Il est compris entre 0 et 180. Il est nul (0) si les déclarations d'âge sont exactes, sans préférences ni aversions. Il est égal à 180 lorsque la préférence se remarque pour un chiffre qui termine tous les âges déclarés. Les deux extrêmes sont rares, mais des situations intermédiaires existent : sa valeur est aussi élevée que les attractions ou répulsions à certains âges sont grandes (Gendreau,1993 ; Gendreau, 2014).

Dans cette étude, les indices de Myers calculés pour les âges déclarés par les femmes cibles et leurs conjoints sont tous inferieurs à 25 (Tableau 2.2). Ce sont des résultats qui indiquent qu'il y a certainement des attractions/répulsions pour certains âges. Cependant, situés sur l'échelle de 0 à 180, ces indicateurs montrent que les données déclarées sur les âges sont d'une qualité acceptable et que les distorsions constatées peuvent être corrigées par le lissage par le regroupement en groupes d'âges quinquennaux (Gendreau, 1993). D'ailleurs, cette étude regroupe les données en trois groupes d'âge, ce qui permet d'atténuer les distorsions constatées et de se rassurer de la qualité des données.

Figure 2.2 : Répartition de l'effectif des femmes et leurs conjoints selon l'âge



Source : Auteur, exploitation des données des EDSB II & III

Tableau 2.2 : Calcul de l'indice de Myers relatif à la qualité de la déclaration de l'âge des femmes et de leurs conjoints

	FEMME							CONJOINT						
	u	Su=(10d+u)	Su'	Tu=(u+1)Su+(9-u)S'u	100Tu/T	100Tu/T-10	|100T/T-10|	u	Su=(10d+u)	Su'	Tu=(u+1)Su+(9-u)S'u	100Tu/T	100Tu/T-10	|100T/T-10|
EDSB 2010	0	597	597	5974	14,18	4,18	4,18	0	659	659	6587	15,65	5,65	5,65
	1	337	337	3371	8,00	-2,00	2,00	1	295	295	2954	7,02	-2,98	2,98
	2	401	401	4013	9,52	-0,48	0,48	2	446	446	4457	10,59	0,59	0,59
	3	341	341	3408	8,09	-1,91	1,91	3	342	342	3415	8,12	-1,88	1,88
	4	307	307	3073	7,29	-2,71	2,71	4	325	325	3246	7,71	-2,29	2,29
	5	501	501	5007	11,88	1,88	1,88	5	572	572	5721	13,60	3,60	3,60
	6	395	391	3939	9,35	-0,65	0,65	6	394	392	3938	9,36	-0,64	0,64
	7	374	358	3710	8,81	-1,19	1,19	7	343	342	3429	8,15	-1,85	1,85
	8	580	513	5735	13,61	3,61	3,61	8	549	543	5482	13,03	3,03	-3,03
	9	390	296	3905	9,27	-0,73	0,73	9	285	272	2855	6,78	-3,22	3,22
	Total			**42135**			**19,35**	**Total**			**42083**			**19,68**
EDSB 2017	u	Su=(10d+u)	Su'	Tu=(u+1)Su+(9-u)S'u	100Tu/T	100Tu/T-10	|100Tu/T-10|	u	Su=(10d+u)	Su'	Tu=(u+1)Su+(9-u)S'u	100Tu/T	100Tu/T-10	|100Tu/T-10|
	0	835	835	8345	11,95	1,95	1,95	0	1071	1071	10713	15,33	5,33	5,33
	1	482	482	4820	6,90	-3,10	3,10	1	442	442	4418	6,32	-3,68	3,68
	2	753	753	7533	10,79	0,79	0,79	2	725	725	7247	10,37	0,37	0,37
	3	658	658	6582	9,43	-0,57	0,57	3	558	558	5582	7,99	-2,01	2,01
	4	662	662	6621	9,48	-0,52	0,52	4	632	632	6321	9,04	-0,96	0,96
	5	896	896	8957	12,83	2,83	2,83	5	1170	1169	11697	16,74	6,74	6,74
	6	638	636	6373	9,13	-0,87	0,87	6	622	622	6224	8,91	-1,09	1,09
	7	631	624	6298	9,02	-0,98	0,98	7	631	631	6315	9,04	-0,96	0,96
	8	833	785	8281	11,86	1,86	1,86	8	694	693	6937	9,93	-0,07	0,07
	9	602	487	6017	8,62	-1,38	1,38	9	444	437	4436	6,35	-3,65	3,65
	Total			**69827**			**14,85**	**Total**			**69890**			**24,87**

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB II & III

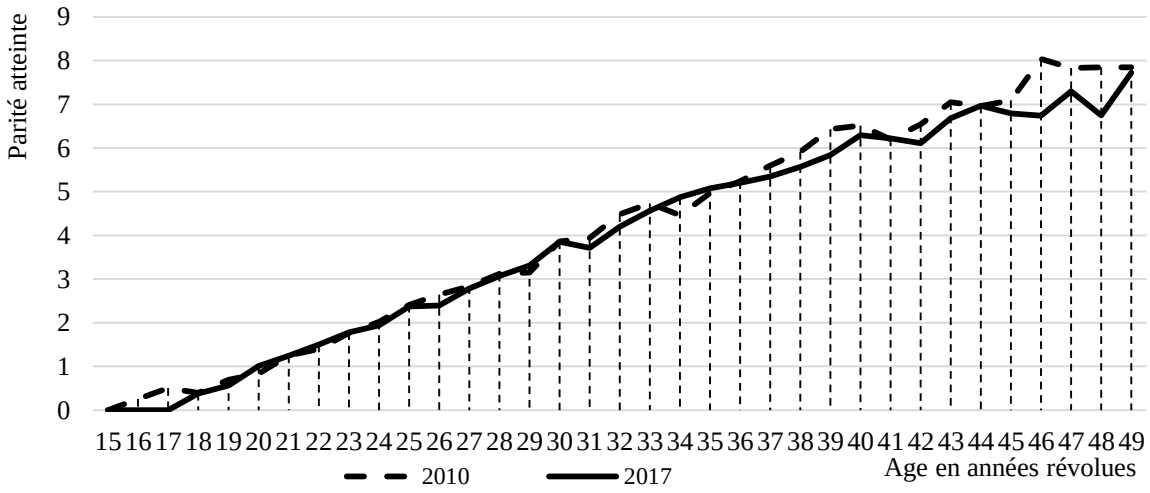
3. Qualité des données sur la parité atteinte

La parité atteinte d'une femme est le nombre d'enfants nés vivants qu'elle a déjà mis au monde. Toutes choses égales par ailleurs, la parité atteinte d'une femme croit avec son âge. Dans cette optique, la courbe représentative de la parité par âge doit observer une allure régulièrement ascendante. Sa perturbation indique des irrégularités dans la déclaration des enfants nés vivants. Cependant, c'est la méthode statistique qui permet de déterminer l'ampleur des aberrations et de l'utilisation des données.

a) Evaluation graphique

L'évaluation des données déclarées par les femmes cibles de cette recherche sur leurs parités atteintes (Figure 2.3) montre certaines distorsions. Ainsi, il convient de faire une évaluation statistique pour juger de leur ampleur.

Figure 2.3 : Répartition du nombre d'enfants nés vivants par femme selon leur âge



Source : Auteur, exploitation des données des EDSB II & III

b) Evaluation statistique

Ce sont les méthodes de Coale et Demeny et de Brass & Rachad qui sont souvent utilisées pour l'évaluation statistique de la qualité des données sur la parité atteinte. Ces méthodes consistent à calculer les indices A et B, respectivement de Coale et Demeny et de Brass & Rachad. Ils se calculent à partir des données de la parité moyenne par groupes d'âges quinquennaux (Pi), avec **i** qui varie de **1** à **7**, le nombre de groupe d'âges quinquennaux des femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans (Tableau 2.3). Lorsque le minimum des deux

indices A et B est supérieur à la parité atteinte du dernier groupe d'âge quinquennal [min (A, B) > P(7)], la conclusion est qu'il y a eu omissions de naissances.

$$\boldsymbol{A = \frac{P(3)^2}{P(2)}} \qquad ; \boldsymbol{B = P(2) * [\frac{P(4)}{P(3)}]^4}$$

L'application de ces méthodes aux données de l'étude donne des résultats qui rassurent de la bonne qualité. En effet, les minima des deux indices A & B sont inférieurs aux parités du dernier groupe d'âge quinquennal (Tableau 2.3).

Tableau 2.3 : Parité moyenne par groupes d'âge quinquennaux et indices A et B

i		1	2	3	4	5	6	7	Indices	
Groupe d'âge (i)		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	A	B
Parité P(i)	2010	0,37	1,45	2,83	4,29	5,63	6,65	7,73	5,51	7,69
	2017	0,19	1,50	2,78	4,24	5,41	6,45	7,06	5,18	8,04

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB II & III

Il ressort que ces données sont de qualité acceptable. Les distorsions constatées ne sont pas de nature à remettre en cause la fiabilité des résultats. Le regroupement par groupe d'âge peut donc les réduire davantage.

II.2.2. Limites des données quantitatives

Les données des deux EDSB ne fournissent pas suffisamment de variables qui permettent de saisir les opinions, attitudes et perceptions relatives à la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Ainsi, cette étude se propose d'effectuer une collecte de données qualitatives afin d'explorer ces aspects non-couverts.

II.2.3. Stratégies de collecte de données complémentaires

La collecte des données complémentaires permet de saisir les attitudes, les croyances et les influences sociales contribuant à une meilleure compréhension du phénomène étudié. Dans cette section, sont présentées les cibles, les stratégies de la collecte et les outils utilisés.

II.2.3.1. Choix des participants

Le choix des interlocuteurs obéit à la diversité régionale, tenant compte de celle des contextes de résidence, tout en respectant la population cible constituée de femmes en union, âgées de 15 à 49 ans. La collecte a été effectuée dans les provinces distinctes selon les régions : au Nord (province Kirundo), au Centre (Karusi), à l'Est (province Ruyigi), au Sud

(en province Makamba) et à l'Ouest (en province Bubanza). Dans chaque province, une commune a été choisie, d'où cinq communes qui ont été visitées. Il s'agit des communes de Gisuru à l'Est, de Mabanda au Sud, de Kirundo au Nord, de Musigati à l'Ouest, et de Shombo au Centre (Figure 2.4).

Le choix des participants à la collecte a respecté aussi le milieu de résidence. Dans chaque commune, les discussions de groupe ont été tenues au centre urbain et dans un milieu rural proche de celui-ci (Figure 2.4). Les femmes qui ont participé à l'entretien ont été choisies au hasard, tout en évitant les liens de parenté qui pouvaient compromettre l'exactitude des déclarations. Ainsi, une femme et sa belle-mère, une mère et sa fille, et une femme et la sœur de son conjoint ne pouvaient pas participer à une même activité. Les autorités collinaires, sur recommandation des autorités communales, nous ont facilité le choix de ces participantes.

Il s'agissait des femmes en union dont l'âge devait être compris entre 15 et 49 ans. Au niveau de chaque colline, le groupe de discussion devait compter un effectif de 6 à 8 femmes. Sans être exclusif, l'âge, l'obédience religieuse et le niveau d'instruction étaient les critères d'hétérogénéité des groupes.

II.2.3.2. Techniques de collecte de données

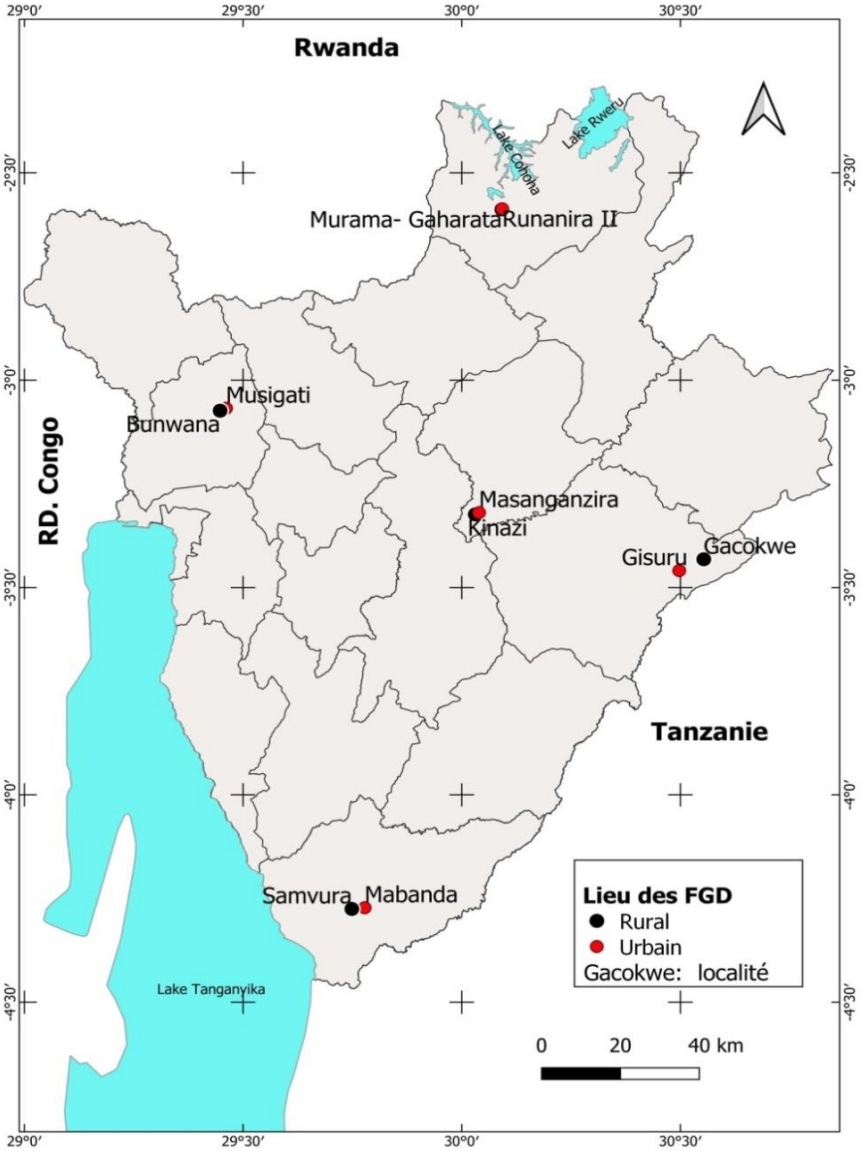
La technique de collecte de données qui a été utilisée est celle des groupes de discussion ou Focus Group. Les groupes de discussion ont pour objet d'obtenir toute une gamme d'idées sur un sujet donné, d'avoir une compréhension complète du sujet que l'on étudie et de fournir un portrait exact de la réalité telle qu'elle est vécue (ROCARE & ADEA, 2006). C'est donc la méthode qui est adaptée aux besoins de cette étude dont les données qualitatives permettront de comprendre les opinions, attitudes et interactions sociales que les données des EDSB n'ont pas permis de cerner.

II.2.3.3. Déroulement de la collecte de données

La collecte a lieu du 12 au 16 Septembre 2022. Elle a duré 5 jours. En prélude de la collecte proprement-dite, un pré-test du guide d'entretien et des outils a été réalisé dans la ville de Bujumbura. Les informations recueillies pendant le pré-test ont été analysées et soumises à la critique. Le guide d'entretien a ainsi été réaménagé suivant les observations relevées.

La descente sur terrain a été accompagnée par l'attestation de recherche délivrée par la Direction de la Recherche et de l'Innovation de l'Université du Burundi et de l'ordre de mission établie par la Faculté des Lettres et Sciences Humaines. Dans la législation nationale, les documents délivrés par les autorités académiques au Burundi tiennent lieu de Visas statistiques et l'accord du Comité national d'éthique. Au moment de la descente sur terrain, les documents précédemment mentionnés ont été présentés aux autorités locales. Ces dernières apposaient l'accord sur l'ordre de mission, ce qui donnait la légitimité à la collecte au niveau local. Le chef de colline/quartier a été chaque fois impliqué comme autorité locale au premier niveau et comme mobilisateur des participantes aux groupes de discussion.

Figure 2.4. Lieux de collecte de données qualitatives



Source : Auteur, à partir de coordonnées des points de FGD

II.2.3.4. Guides de d'entretien

Les guides d'entretien et de discussion ont été conçus pour saisir les opinions, attitudes et interactions sociales en défaveur des intentions contraceptives au Burundi. Ainsi, les questions posées sont structurées autour des composantes des théories de l'action raisonnée et comportement planifié et des quatre dimensions de l'idéation. Il fallait chercher les données qui servent à montrer comment les dimensions et attitudes de l'idéation sont liées à la non-intention contraceptive au-delà des facteurs socio-économiques, culturels et démographiques disponibles dans les données des EDSB (Babalola et al., 2015). Quatre grands temps structurent le guide d'entretien à savoir la connaissance de la contraception, les opinions et attitudes vis-à-vis de celle-ci, l'influence des interactions sociales ainsi que l'auto-efficacité contraceptive couplée au contrôle du comportement perçu.

1. Connaissances de la contraception

Dans un premier temps, il s'agit d'une introduction et un rappel des méthodes contraceptives et leur rôle dans la planification familiale. En outre, il est demandé aux participantes si elles utilisent au moins une méthode contraceptive. Cependant, l'intention n'est pas de savoir si chaque femme fait recours ou non à la contraception. Il s'agit de préparer les discussions suivantes parce qu'il faut orienter les questions pour les femmes qui les utilisent et celles qui n'en font pas usage.

2. Opinions et attitudes

L'opinion se rapporte à l'avis personnel que chaque femme porte sur la contraception et ses intentions. Ainsi, l'opinion que la femme porte sur la contraception détermine son attitude vis-à-vis des intentions contraceptives. Après avoir posé une question sur la connaissance de la contraception, il est demandé aux participantes aux FGD ce qu'elles pensent des intentions contraceptives, l'opinion qu'elles y portent et l'attitude qu'elles ont vis-à-vis de celles-ci.

3. Influence des interactions sociales, mythes et rumeurs

Après avoir saisi les opinions et attitudes vis-à-vis des intentions contraceptives, il est demandé aux femmes si elles ne sont pas le résultat des influences sociales (la pression sociale ou facilité) ou de constructions sociales érigées autour de la contraception (mythes et rumeurs). Les femmes sont amenées à se prononcer sur la relation qui existe entre elles et les personnes influentes (mari, mère, père, belle-mère, beau-père, collègues, ami(e)s, etc.) et les

institutions sociales et religieuses de leur environnement social. C'est dans cette rubrique que sont comptées les normes subjectives.

4. Auto-efficacité et contrôle du comportement perçu

L'auto-efficacité désigne la capacité de la femme à pouvoir décider d'envisager l'utilisation de la contraception. L'objet est d'avoir les données qui permettent d'apprécier si une femme peut être à mesure d'initier une conversation à propos de la contraception, d'utiliser la contraception si elle le désire, même si son partenaire ne l'apprécie pas, même si aucun ami ni un voisin ne l'utilise, même si son leader religieux ne l'approuve pas. Ces données permettraient d'apprécier la latitude pour une femme d'aller s'approvisionner en méthodes contraceptives dans les lieux de distribution malgré le cadre social dans lequel elles vivent. Les questions qui sont posées permettent de saisir la capacité qu'ont les femmes à pouvoir s'engager ou proposer l'engagement du ménage dans la contraception moderne.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre avait pour objectif de présenter le contexte et les sources de données qui sont exploitées pour atteindre les objectifs de la recherche. Le Burundi est un contexte aux économies rurales où la croissance démographique est corrélée à la précarité socio-économique des ménages. C'est un contexte qui devrait amener les couples à adopter la contraception, principal moyen disponible pour la maîtrise de la fécondité et la croissance démographique. C'est un contexte qui, avec la baisse du niveau d'intention d'utilisation de la contraception, invite à une recherche fouillée des sources à base de la baisse de ces intentions, des facteurs, des opinions, des attitudes et perceptions à la base de la non-intention de contraception.

Les données des EDSB II & III sont de qualité acceptable pour être mobilisées dans l'étude du phénomène de non-intention contraceptive. Les bases de données du DHS Program fournissent suffisamment des variables pour contrôler l'effet des unes et des autres sur les intentions contraceptives. Cependant, les opinions, les attitudes, les croyances et les interactions sociales y relatives sont des dimensions qui ne sont pas suffisamment saisies dans ces enquêtes démographiques et de santé. Ainsi, elles ont été saisies à partir des données qualitatives qui ont été collectées dans les différents milieux du pays en tenant compte de la diversité socio-spatiale.

CHAPITRE III : ANALYSE DESCRIPTIVE DE LA NON-INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION MODERNE

Parmi les objectifs de cette étude figurent la détermination du profil des femmes sans intentions d'utiliser la contraception moderne et les sources de la baisse du niveau d'intention de recours à cette contraception entre 2010 et 2016-2017. La démarche adoptée consiste à définir le cadre conceptuel de l'analyse, à décrire la méthode d'analyse utilisée, à présenter les résultats et leur discussion. La conclusion et les limites viennent à la fin.

III.1. Profil socio-démographique des femmes sans intention d'utiliser la contraception

Le profil socio-démographique correspond à une vue synthétique définie par un certain nombre de caractéristiques qui, dans le sens de cette étude, prédisposent ou non les femmes aux intentions contraceptives. Ainsi, les résultats seraient dans détermination des cibles de la sensibilisation contre la réticence vis-à-vis de la contraception moderne.

III.1.1. Cadre d'analyse : hypothèse spécifique

Dans le cadre d'analyse, nous proposons l'hypothèse spécifique relative au profil attendu des femmes sans intention d'utiliser la contraception moderne au Burundi. Nous supposons que *les femmes sans intention d'utiliser la contraception moderne sont les femmes du milieu rural, sans instruction, âgées, vivant dans les ménages de faible niveau de vie, non exposées aux médias, ni aux messages de PF*.

III.1.2. Matériels et méthodes

Comme il est montré au chapitre précédent, les données analysées sont issues des EDSB 2 & 3 qui ont lieu en 2010 et 2016-2017, respectivement. Cette section présente les variables mobilisées, la qualité des données, la méthode et les outils d'analyse.

III.1.2.1. Variables mobilisées

L'analyse est faite à partir de 28 variables. A côté de la variable « intention » qui matérialise l'expression des femmes vis-à-vis de leurs intentions futures à recourir à la contraception moderne, d'autres variables sont des caractéristiques de la communauté, du ménage et de la femme (Chapitre II ; Section 2).

III.1.2.2. Méthodes d'analyse

La méthode utilisée pour déterminer le profil des femmes sans intention de pratiquer la contraception moderne est l'Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM).

C'est une méthode d'analyse statistique descriptive multivariée, dictée par la nature qualitative des variables. Elle se base sur la réduction factorielle du nuage des points constitué par les couples de fréquences relatives des modalités des variables mobilisées pour l'analyse (Baudewyns, 2013).

Les facteurs sont construits sur base des distances entre les modalités. Leur nombre est égal à la différence entre l'effectif total des modalités des variables mobilisées dans l'analyse et l'effectif total de ces mêmes variables ($n - p$; n étant le nombre de modalités de toutes les variables ; p étant le nombre de variables). Ils sont hiérarchisés selon leur pouvoir explicatif de l'inertie totale du nuage de points. Comme l'analyse factorielle a pour objet de synthétiser l'information et de faciliter la représentation graphique, tous les facteurs construits ne sont pas analysés. Les critères de sélection sont la capacité d'absorption de l'inertie totale du nuage de points, la possibilité de donner du sens aux facteurs conservés et la représentativité des variables initiales (Meyer et al., 2004 ; Baudewyns, 2013).

Sur les facteurs retenus, l'analyse de la contribution des modalités des différentes variables mobilisées permet enfin de classer les individus selon leurs profils vis-à-vis du phénomène étudié (la non-intention contraceptive). La contribution d'une modalité à un facteur s'analyse par la part prise par celle-ci à l'inertie du nuage de points expliquée par ce facteur et son poids. Les modalités retenues sont celles dont la contribution est supérieure ou égale à la contribution théorique moyenne à l'inertie totale ($CTR = 100/n$; n étant l'effectif des modalités) et dont le poids (cosinus carré) est supérieur à $1/n - p$ (p étant le nombre de variables mobilisées) (Baudewyns, 2013).

III.1.2.3. Outils d'analyse

Les données sont implémentées dans le logiciel SPAD, version 5.5 qui donne les axes factoriels formés, le poids de chacun dans l'explication de l'inertie totale, la contribution des modalités aux axes factoriels et le graphique y relatifs. Les résultats produits pour établir la classification et le profil des femmes sans intention d'utiliser la contraception moderne sont exploités à l'aide du Microsoft Excel, version 16.

III.1.3. Résultats

La mise en œuvre de la méthodologie susmentionnée permet d'avoir les résultats qui sont présentés ci-après. D'abord, nous présentons la détermination des axes factoriels, puis le profil des femmes selon leur intention de ne pas utiliser la contraception. La hiérarchisation

des modalités participant à la définition du profil étudié, par laquelle se fait la discussion des résultats, est présentée en dernière position.

III.1.3.1. Détermination des axes factoriels

Après la ventilation des modalités dont le poids n'atteint pas 2%, l'analyse se fait sur 74 modalités de 26 variables pour les données de l'EDSB 2010. Ainsi, il se forme 48 axes factoriels d'inégale importance quant à l'explication de l'inertie totale. Pour garder la plus grande représentativité des variables initiales, deux premiers axes, qui expliquent 16,74% de l'inertie totale sont retenus. Les modalités retenues pour la caractérisation de ces axes sont celles dont la contribution est supérieure ou égale à $100/74$, soit 1,351 et dont le poids est supérieur à $P = 1/42$, soit 0,0208. Quant aux données de 2017, l'analyse se fait avec le même nombre de variables (26) et 73 modalités. Quarante-sept (47) axes factoriels se forment par conséquent, bien que d'inégale importance dans l'explication de l'inertie totale. Les deux premiers axes, qui expliquent 17,07% de l'inertie totale, sont retenus. Les modalités retenues pour la caractérisation de ces axes sont celles dont la contribution est supérieure ou égale à $100/73$, soit 1,370 et dont le poids est supérieur à $P = 1/47$, soit 0,0212 (Tableau 3.1).

Ainsi, le premier axe factoriel est défini par l'intention d'utiliser la contraception, le jeune de la femme (adolescente) et celle de son conjoint, la parité atteinte de 1 à 3 enfants, le désir d'un enfant supplémentaire, le fait de ne pas avoir vécu le décès d'enfant, 1 à 3 enfants survivants ou aucun en 2010, au côté positif. Cet axe est défini par la non-intention de contraception, le caractère âgé et sans instruction de la femme et de son conjoint, la parité de 7 enfants et plus, ne plus désirer un enfant, avoir connu le décès d'au moins un enfant, le nombre d'enfants survivants de 4 à 6 ou de 7 et plus au côté négatif. En 2016-2017, le côté positif du premier axe factoriel est constitué du niveau d'instruction secondaire et plus de la femme et de son conjoint, la parité de 1 à 3 enfants, le fait de n'avoir aucun enfant survivant et de désirer encore un enfant. Son côté négatif se caractérise par le caractère âgé et sans instruction de la femme et de son conjoint, la parité atteinte de 7 enfants ou plus, 1 à 3 enfants ou 4 à 6 enfants survivants, le fait de ne plus désirer d'enfants et d'avoir connu le décès d'au moins un enfant (Tableau 3.1).

Quant au second axe factoriel, il est défini dans son côté positif par la pauvreté du ménage et la faible exposition aux médias en 2010. Pour les mêmes données, il est défini, dans son côté négatif, par la résidence en milieu urbain et en Mairie de Bujumbura, le niveau de vie élevé du ménage, le niveau d'instruction secondaire et plus et l'emploi de cadre de la

femme et de son conjoint, l'emploi du secteur commercial/informel de la femme et la forte exposition aux médias. En 2016-2017, le deuxième axe factoriel est défini, sur son côté positif, par la non-intention contraceptive, la résidence en milieu urbain et en Mairie de Bujumbura, le niveau de vie du ménage élevé, l'occupation de commerce/informelle de la femme et l'exposition moyenne aux médias. Sur son côté négatif, il est caractérisé par l'intention de contraception, la pauvreté du ménage et la jeunesse de la femme et de son conjoint (Tableau 3.1). Ce sont ces modalités qui participent à la définition des axes factoriels qui, projetés dans le plan, décrivent le profil des femmes selon leur intention ou non d'utiliser la contraception.

III.1.3.2. Profil des femmes selon les intentions contraceptives

En projetant les points-modalités dans le plan factoriel, le nuage de points permet de distinguer, par la distance euclidienne entre les modalités, deux grands groupes de femmes selon leurs intentions contraceptives exprimées (Costa, 2013). En 2010, les femmes sans intention contraceptive étaient les femmes âgées (*Agees*), dont les conjoints étaient aussi âgés (*CAges*). Ce sont ainsi des femmes dont la parité atteinte était élevée (7 enfants et plus) (*Prt7P*), avec le nombre d'enfants survivants de 4 à 6 (*Srv46*) ou de 7 et plus (*Srv7P*), qui avaient vécu l'expérience de plus d'un décès d'enfants (*P1decenf*) et qui ne désiraient plus d'enfants (*Ndsrplu*). Elles étaient sans instruction (*FSNivo*) comme leurs conjoints (*CSNivo*), vivant dans des ménages pauvres, faiblement exposés aux médias (*FExpo*) (Figure 3.1). En 2016-2017, les caractéristiques restent les mêmes, avec quelques exceptions à retenir. Aucune modalité de l'exposition aux médias ne participe plus à la définition de ce profil. La modalité de 1 à 3 enfants survivants passe du côté des femmes ayant l'intention d'utiliser la contraception à celui des femmes sans cette intention (Figure 3.2).

Tableau 3.1 : Contribution des modalités à la définition des axes factoriels

Modalités		2010			2016-2017		
		Effec-tifs	Contributions aux axes		Effec-tifs	Contributions aux axes	
Libellé	Contractée		Axe 1	Axe 2		Axe 1	Axe 2
Non-intention de contraception							
N'a pas d'intention	NONINTEND	1215	**2,39**	1,21	3212	0,99	**2,08**
A l'intention	INTEND	2830	**1,02**	0,52	3659	0,83	**1,73**
Région de résidence							
Nord	Nord	807	0,00	0,30	1479	0,18	0,93
Centre-Est	CEst	1189	0,02	0,36	1949	0,08	0,46
Ouest	Wst	779	0,08	0,05	1241	0,01	0,00
Sud	Sud	956	0,10	0,00	1895	0,01	0,39
Bujumbura Mairie	BujaM	314	3,15	**10,69**	307	4,24	**5,70**

Modalités		2010			2016-2017		
		Effec-tifs	Contributions aux axes		Effec-tifs	Contributions aux axes	
Libellé	Contractée		Axe 1	Axe 2		Axe 1	Axe 2
Milieu de résidence 2010							
Urbain	Urbain	602	3,09	**10,65**	1108	5,38	**6,96**
Rural	Rural	3443	0,23	0,80	5763	0,54	0,70
Religion de la femme dans la communauté							
Catholiques	Catho	2438	0,00	0,04	3850	0,06	0,18
Protestantes	Prtest	1288	0,01	0,05	2428	0,01	0,20
Musulmanes	Mslm	113	Ventilée	Ventilée	227	0,81	0,41
Adventistes et Témoins de Jéhovah	AdvnTm	98	0,05	0,04	228	0,01	0,00
Autres religions	AutrRel	104	0,09	0,00	138	0,06	0,14
Visite par un agent de PF dans les 12 derniers mois							
A été visitée	OuiVstPF	174	0,04	0,02	303	0,02	0,00
N'a pas été visitée	NoVstPF	3871	0,00	0,00	6568	0,00	0,00
Exposition aux messages de PF							
Informée de la PF	InfoPF	1773	0,04	1,03	2125	0,31	0,55
Non-informée de la PF	NInfoPF	2268	0,03	0,79	4746	0,13	0,24
Niveau de vie							
Pauvres	Pvres	1648	0,32	**1,93**	2758	1,08	**2,43**
Moyen	NivMy	770	0,12	0,38	1328	0,22	0,39
Riches	Rchs	1627	0,77	**3,88**	2785	2,16	**4,60**
Age du conjoint							
Jeunes (15 à 29 ans)	CJeun	1123	**4,04**	3,82	1443	2,33	**6,79**
Adultes (30 à 44 ans)	CAdul	1815	0,08	0,29	3563	0,15	0,11
Agés (45 à 59 ans)	CAges	1091	**6,01**	1,80	1865	**3,63**	3,56
Niveau d'instruction du conjoint							
Sans	CSNivo	1722	**1,65**	0,42	CSNivo	2722	**2,63**
Primaire	CPrim	1857	0,36	0,24	CPrim	3237	0,11
Secondaire et plus	CSecP	413	2,88	**8,24**	CSecP	900	**5,93**
Occupation du conjoint							
Inactifs	CInact	Ventilée	Ventilée	Ventilée	314	0,04	0,10
Agriculture	CAgric	2746	0,76	1,32	4067	1,30	1,18
Commerce/Informel	CComInf	305	0,22	0,30	891	0,05	0,03
Cadres	CCad	912	1,89	**3,47**	1468	**3,72**	3,66
Désir d'enfants du mari							
Désire autant que la femme	DesMF	2965	0,00	0,03	4375	0,09	0,00
Désire plus que la femme	DesPF	556	0,10	0,06	1358	0,29	0,01
Désire moins que la femme	DesMoF	524	0,03	0,03	1138	0,00	0,02
Appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse des rapports sexuels							
Fondée	JBfNS	1751	0,01	0,07	2787	0,27	0,38
Non fondée	NoJBfNS	2294	0,01	0,06	4084	0,20	0,28
Connaissance de la contraception moderne							
Connait	KCo	4007	Ventilée	Ventilée	6850	Ventilée	Ventilée
Ne connait pas	NKCo	38	Ventilée	Ventilée	21	Ventilée	Ventilée
Connaissance d'au moins une source de contraceptifs							
Connait au moins une source	K1src	3346	0,01	0,06	5690	0,00	0,00
Ne connait aucune source	NKsrc	676	0,06	0,29	1181	0,00	0,01
Statut de désir de planifier les naissances sans pratique contraceptive							
Le désire	ABNS	1687	0,25	0,16	2882	0,60	0,41
Ne le désire pas	SBNS	2345	0,18	0,11	3969	0,43	0,30

Modalités		2010			2016-2017		
		Effec-tifs	Contributions aux axes		Effec-tifs	Contributions aux axes	
Libellé	Contractée		Axe 1	Axe 2		Axe 1	Axe 2
Age de la femme							
Adolescentes et Jeunes (15 à 19 ans)	Adol	968	**4,19**	3,23	1169	2,53	**5,55**
Adultes (20 à 39 ans)	Adult	2229	0,12	0,09	4108	0,20	0,00
Âgées (40 à 49 ans)	Agees	848	**7,63**	2,17	1594	**4,50**	4,43
Age au premier mariage							
Moins de 20 ans	MrM20	2168	0,06	0,23	3543	0,23	0,44
Entre 20 et 35 ans	MrP35	13	0,08	0,29	3289	0,27	0,52
Nombre de partenaire sexuels connus							
Un seul partenaire sexuel	UnPsex	4033	Ventilée	Ventilée	**6857,00**	Ventilée	Ventilée
Plus d'un partenaire sexuel	P1Psex	10	Ventilée	Ventilée	**14,00**	Ventilée	Ventilée
Parité atteinte							
0 à 3 enfants	Prt3	2033	**6,37**	1,50	3208	**5,29**	3,44
4 à 6 enfants	Prt46	1239	0,87	0,25	2339	0,74	0,65
7 enfants et plus	Prt7P	773	**8,01**	1,73	1324	**5,77**	3,18
Nombre d'enfants désirés							
1 à 3 enfants	Des13	1073	0,31	0,36	2429	0,00	0,11
4 à 6 enfants	Des46	2469	0,27	0,12	3945	0,01	0,01
7 enfants et plus	Des7P	499	0,12	0,01	497	0,10	0,30
Désir d'enfants supplémentaires							
Désire encore un enfant	Dsenc	2569	**3,37**	1,33	3662	**3,00**	2,28
Ne désire plus d'enfants	Ndsplu	1258	**5,06**	2,03	2987	**3,57**	2,71
Désire indécis	DsIndec	117	0,13	0,00			
Infécondes	Infec	97	0,92	0,54			
Expérience de décès d'enfants							
Pas de décès d'enfants	Pdecenf	2570	**2,32**	0,18	4864	1,35	0,33
Un décès d'enfant	Undecenf	852	0,60	0,02	1282	0,94	0,15
Plus d'un décès d'enfants	P1decenf	623	**4,28**	0,44	725	**2,55**	0,81
Nombre d'enfants survivants							
Aucun survivant	SrvAuc	362	**1,89**	0,24	3554	**4,36**	2,97
1 à 3 survivants	Srv13	1986	**3,14**	1,11	2491	**2,00**	1,28
4 à 6 survivants	Srv46	1283	**2,90**	0,83	826	**3,53**	2,60
7 survivants et plus	Srv7P	414	**4,54**	1,31			
Niveau d'instruction de la femme							
Sans	FSNivo	2209	**1,82**	0,39	3403	**2,52**	0,04
Primaire	FPrim	1525	1,03	0,06	2639	0,28	0,57
Secondaire et plus	FSecP	311	3,24	**8,29**	829	**6,88**	4,04
Occupation de la femme conjoint							
Inactive	FInact	470	0,07	0,10	461	0,66	0,69
Agriculture	FAgric	3210	0,25	0,78	5552	0,85	1,06
Commerce/Informel	FComInf	147	0,80	**3,33**	267	0,66	0,98
Cadres	FCdr	208	1,93	**6,40**	552	3,46	**4,40**
Exposition aux médias							
Faible	FExpo	1586	0,18	**1,56**	4613	0,51	0,86
Moyenne	MExpo	2004	0,04	0,01	1924	0,29	0,61
Elevée	ElExpo	437	2,13	**6,66**	334	2,87	**3,87**
Etat gestationnel							
Enceinte	Enceinte	878	0,91	0,13	1261	0,92	0,46
Non-enceinte	NEnceinte	3167	0,26	0,04	5610	0,22	0,11
Etat vis-à-vis de l'aménorrhée							

Modalités		2010			2016-2017		
		Effec-tifs	Contributions aux axes		Effec-tifs	Contributions aux axes	
Libellé	**Contractée**		**Axe 1**	**Axe 2**		**Axe 1**	**Axe 2**
En Aménorrhée	Ameno	1395	0,05	0,48	2674	0,02	0,63
N'est pas en Aménorrhée	PAmeno	2650	0,03	0,26	4197	0,02	0,41

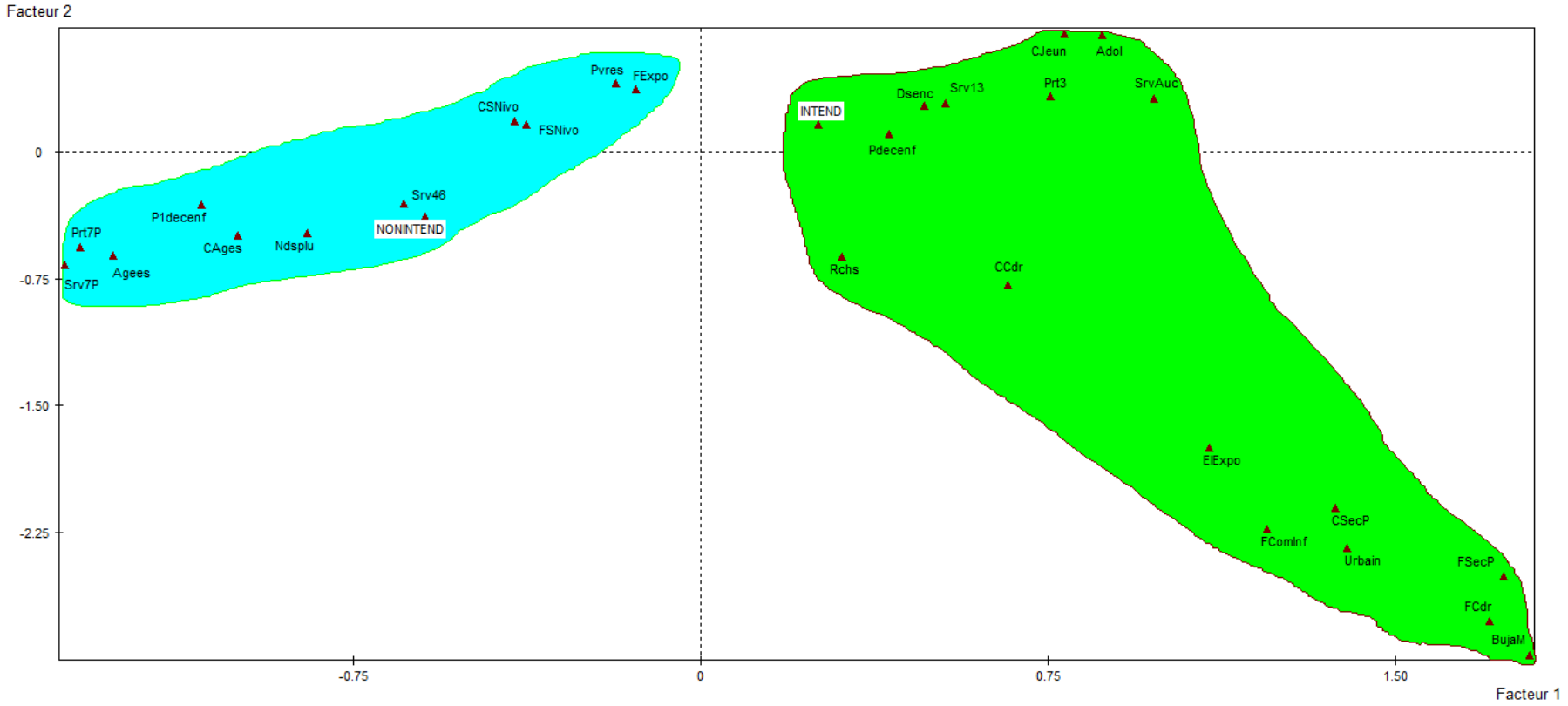
Note : Pas de décès d'enfants Pdecenf **6,54** : Modalités participant à la définition des axes factoriels

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB 2010 & 2016-2017

Ce profil des femmes sans intention de faire recours à la contraception s'oppose à celui des femmes dont les intentions exprimées sont par contre favorables à la contraception. En 2010, les femmes qui entendaient faire recours à la contraception moderne étaient jeunes (*adol*), avec des conjoints jeunes (*CJeun*), fortement exposées aux médias (*ElExpo*). Sans aucun (SrvAuc) ou avec 1-3 enfants survivants (Srv13), ce sont des femmes dont la parité était de 3 enfants ou moins (*Prt3*), qui désiraient encore un enfant (*Dsenc*) et qui n'avaient pas encore connu un décès d'enfants (*Pdecenf*). Avec des conjoints cadres de l'Etat (*CCdr*), elles vivaient dans des ménages riches (*Rchs*), travaillaient aussi dans le commerce et autres métiers du secteur informel (*FComInf*), quand elles ne sont pas cadres (*FCdr*). Comme leurs conjoints (*CSecP*), elles ont fréquenté l'école jusqu'au niveau secondaire ou plus (*FSecP*). Elles sont du milieu urbain (*Urbain*), essentiellement dans la ville de Bujumbura (*BujaM*), et (Figure 3.1).

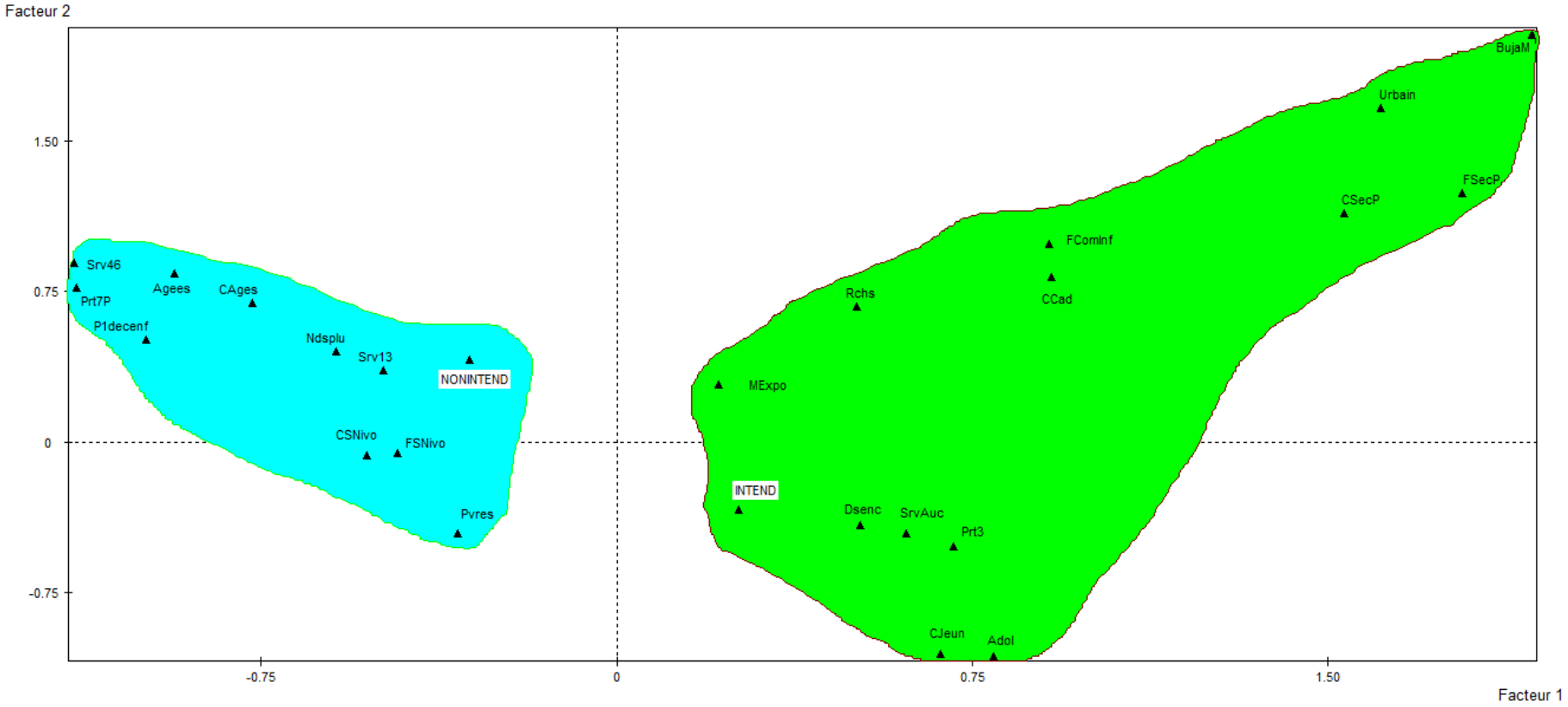
En 2016-2017, le profil des femmes avec l'intention de contraception est constitué des mêmes caractéristiques sauf que l'occupation de cadres pour les femmes et l'expérience de décès d'enfant n'apparaissent pas. L'autre exception est celui des femmes ayant 1 à 3 enfants survivants qui participent à la définition du profil contrairement à celui des femmes sans intention d'utiliser la contraception (Figure 3.2).

Figure 3.1 : Profil des femmes burundaises en union selon les intentions contraceptives exprimées en 2010



Source : Auteur, exploitation des données de l'EDSB 2010

Figure 3.2 : Profil des femmes burundaises en union selon les intentions contraceptives exprimées en 2016-2017



Source : Auteur, exploitation des données de l'EDSB 2016-2017

III.1.3.3. Hiérarchisation des modalités suivant la contribution aux axes factoriels

Par les contributions des variables-modalités aux axes factoriels, la hiérarchisation permet de noter que la force revient à la parité atteinte de 7 enfants et plus (8,01 en 2010 et 5,77 en 2016-2017), à l'âge avancé de la femme (7,63 en 2010 et 4,50 en 2016-2017) et à l'âge avancé du conjoint (6,01 en 2010 et 3,63 en 2016-2017). L'absence du désir d'un enfant supplémentaire suit ces caractéristiques (5,06 en 2010 et 3,57 en 2016-2017). Le nombre d'enfants survivants de 4 à 6 (2,90 en 2010 et 3,53 en 2016-2017) et de 7 et plus (4,54 en 2016-2017). D'autres caractéristiques participent à la définition du profil selon l'année, mais sont toujours présentes. Il s'agit du fait d'avoir vécu le décès d'au moins un enfant, la pauvreté des ménages, le niveau d'instruction de la femme et celui de son conjoint ainsi que la faible exposition aux médias (Tableau 3.2).

Tableau 3.2 : Contribution des modalités à la définition du profil des femmes sans intention contraceptive et hiérarchisation

2010		2016 - 2017	
Variables-modalités	**CTR**	**Variables-modalités**	**CTR**
Non-intention de contraceptive	2,39	Non-intention de contraceptive	2,08
Parité atteinte de 7 enfants et plus	8,01	Parité atteinte de 7 enfants et plus	5,77
Femmes âgées (40 à 49 ans)	7,63	Femmes âgées	4,50
Conjoints âgés	6,01	Conjoints âgés	3,63
Ne désirent plus d'enfants	5,06	Ne désirent plus d'enfants	3,57
7 enfants survivants ou plus	4,54	4 à 6 enfants survivants	3,53
Plus d'un décès d'enfants	4,28	Conjoints sans instruction	2,63
4 à 6 enfants survivants	2,90	Plus d'un décès d'enfants	2,55
Pauvres	1,93	Femmes sans instruction	2,52
Femmes sans instruction	1,82	Pauvres	2,43
Conjoints sans instruction	1,65	1 à 3 enfants survivants	2,00
Faible exposition aux médias	1,56		

Source : Auteur, exploitation des données des Enquêtes Démographiques et de Santé 2010 & 2016-2017

III.1.4. Discussion des résultats

En 2017, la situation de l'utilisation de la contraception et les intentions y relatives au Burundi ne s'était pas améliorée par rapport aux années antérieures dans un contexte qui nécessite la maîtrise de la croissance démographique par l'utilisation accrue de la contraception moderne. Cette étude cherche à comprendre la non-intention d'utiliser la contraception en examinant le profil des femmes sans intention contraceptive par l'AFCM.

Les résultats permettent de noter que la parité élevée, le nombre élevé d'enfants survivants, l'âge avancé des femmes et de leurs conjoints, le fait d'avoir connu le décès d'au moins un enfant et de ne plus désirer avoir un enfant supplémentaire sont les caractéristiques les plus déterminants du profil des femmes sans intentions contraceptives. Ces résultats montrent que l'histoire génésique de la femme (parité atteinte, nombre d'enfants survivants, décès d'enfants) et l'effet de génération (âge de la femme ou du conjoint), qui motivent le désir d'enfants supplémentaires, arrivent bien avant les traits de la culture (instruction et exposition aux médias) et le niveau de vie dans la détermination du profil des femmes sans intention contraceptive.

Malgré la rareté des études du profil sur le sujet, ces résultats sont comparables à bien d'autres. Concernant la vie génésique, (Callahan & Becker, 2013) ont montré que les femmes avec une parité de deux enfants ou plus étaient les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention contraceptive au Bangladesh rural. Cependant, c'est la seule étude qui converge avec les résultats de cette recherche parce qu'ailleurs (Ethiopie, Pakistan), plus le nombre d'enfants survivants augmente, plus les intentions contraceptives se renforcent (Dibaba, 2009 ; Agha, 2010 ; Tiruneh et al., 2016).

A propos de l'effet de génération, l'effet réducteur des intentions contraceptives que semble avoir l'âge avancé n'est pas contredit. Plus l'âge avance, plus les intentions de contraception moderne diminuent (Agha, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Tiruneh et al., 2016). Dans le contexte burundais, les générations avancées sont celles des femmes sans instruction, mariées aux bas âges, non-exposées ou faiblement exposées aux médias et qui n'ont pas cette culture de calcul économique de la valeur de l'enfant qui a prévalu en Occident (Doliger, 2008 ; Leridon, 2015). Les résultats qui semblent contredire cet effet d'âge sont ceux de l'étude menée auprès des femmes fréquentant les formations sanitaires du District de Youwarou au Mali selon lesquels ce sont les femmes âgées qui sont les plus susceptibles de recourir à la contraception, ne désirant plus d'enfants (Sylla et al., 2019). Cependant, l'analyse de cette dernière inclut parmi les femmes âgées celles de 35 à 39 ans alors qu'elles sont encore à plus de 10 à 14 ans de l'âge de la ménopause, ce qui justifie leur souci de se protéger contre les grossesses. Dans cette étude, sont prises comme âgées les femmes de 40 ans à 49 ans, donc plus proches de la ménopause, d'où leur non-intention de contraception, vu qu'elles ont déjà 7 enfants et plus.

Les résultats selon lesquels les femmes qui ne désiraient plus d'enfants supplémentaires étaient sans intention de contraception semblent être contradictoires à ceux trouvés au Bangladesh rural, au Pakistan et dans la ville d'Adigrat au Tigray, en Ethiopie (Agha, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Gebremariam & Addissie, 2014). Ce sont les femmes qui ne désiraient plus d'enfants qui étaient susceptibles d'avoir l'intention de contraception que celles qui désiraient encore d'enfants. Cependant, dans le cas du Burundi où le fait de ne pas vouloir d'enfants supplémentaires se combine avec l'âge avancé, la parité et le nombre d'enfants survivants élevés (jusqu'à 7 enfants ou plus) pour définir le profil des femmes sans intentions contraceptives, ces résultats semblent être justifiés dans ce contexte. Les femmes âgées de 40 à 49 ans, avec une parité de près ou plus de 7 enfants survivants n'ont plus besoin de recourir à la contraception ni pour l'espacement des naissances, ni pour leur arrêt parce qu'elles sont presque à la fin de leur vie génésique.

Un tel profil est révélateur d'un problème de fond culturel. Les anciennes générations de femmes, sans instruction, n'ont pas cette culture contraceptive dans un contexte socioculturel qui considère la descendance nombreuse comme un don de Dieu (Manirakiza, 2008 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019). La réticence vis-à-vis de la contraception pourrait être aussi favorisée par la paupérisation qui emporte la masse des femmes dans les croyances aveugles connues pour leur effet négatif de la pratique contraceptive (Budu et al., 2022 ; Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022a). Dans un monde où la scolarisation des femmes est encore à ses débuts, l'efficacité de son effet sur la contraception sera tardive (Gendreau, 2014), d'où la proposition de recours aux moyens institutionnels comme la médiatisation.

C'est d'ailleurs ce que révèle le profil opposé, celui des femmes avec intention contraceptive (Figure 4.1 ; Figure 4.2). Il s'agit des femmes dont l'exposition aux médias est élevée. Evidemment, elles habitent en milieu urbain, dans la ville de Bujumbura, et elles, comme leurs conjoints, ont un niveau d'instruction élevé (secondaire et plus). Au-delà de la résidence dans les milieux favorables, avec un public plus ou moins ouvert à la modernité, il faudra renforcer les campagnes de sensibilisation pour réduire les influences traditionnellement natalistes et poursuivre les actions concernant la scolarisation ainsi que le maintien des jeunes générations de femmes dans le système scolaire (Gendreau, 2014 ; David, 2015).

III.1.5. Conclusion

Cette se propose de déterminer le profil des femmes en union sans intention de contraception à l'aide de l'AFCM pour comprendre la non-intention contraceptive qui monte d'ampleur chez les femmes en union dans un contexte de besoin de maîtriser la fécondité pour atteindre les objectifs du développement.

Les résultats de l'analyse montrent qu'entre autres caractéristiques, le profil des femmes en union sans intention contraceptive est dominé par l'âge avancé des femmes et de leurs conjoints, la parité et le nombre d'enfants survivants le plus élevé (7 enfants et plus) ainsi que le fait de ne désirer encore un enfant supplémentaire. D'autres déterminants de leur profil sont l'analphabétisme (sans instruction) pour les femmes que pour leurs conjoints, la pauvreté de leurs ménages, la faible exposition aux médias. Ce sont des résultats qui mettent en exergue le poids de l'histoire génésique de la femme et l'effet de génération. Les femmes arrivant à la fin de leur vie génésique, avec une descendance déjà élevée, n'éprouvent pas d'intérêt à recourir à la contraception, dans un contexte où la pauvreté des ménages risque d'accentuer la réticence par l'effet des flux intergénérationnels de richesses. Par contre, le profil opposé suggère de miser sur la sensibilisation médiatique et l'instruction des femmes au-delà du seul milieu urbain et des villes ouvertes à la mondialisation pour obtenir l'adhésion massive à la contraception.

Le profil ainsi déterminé résulte d'une analyse descriptive. Ainsi, les caractéristiques qui le définissent sont prises dans un jeu d'interactions qui les rapprochent les unes des autres, sans contrôler l'effet de chacune sur le phénomène étudié. Pour mieux saisir l'effet de chacune des caractéristiques de ce profil, il est important de procéder à une analyse explicative multivariée, ce qui fera l'objet de chapitre ultérieur.

III.2. Sources de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne

Plusieurs auteurs convergent sur le fait que les pays qui, après avoir su juguler la mortalité générale et sélective des femmes et des enfants, ont misé sur l'utilisation accrue de la contraception pour maîtriser la fécondité et achever le processus de la transition démographique (Gendreau, 1993 ; David, 2015 ; Canning et al., 2016). En 2001, Stover et Heaton montraient qu'il existe une relation étroitement linéaire entre la prévalence de la contraception et les indices synthétiques de fécondité, un accroissement de cette prévalence de 10 points correspondait à une réduction de 0,7 point de l'Indice Synthétique de Fécondité (Stover & Heaton, 2001). A l'échelle planétaire, les pays de l'Afrique Subsaharienne, avec des taux de prévalence contraceptive les plus faibles et les niveaux de fécondité parmi les plus élevés du globe, sont ceux qui n'ont pas encore su maîtriser la fécondité, d'où l'appellation commune de « pays à transitions inachevées » (David, 2015 ; Tabutin & Schoumaker, 2020).

Au Burundi où la baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne contrarie les projections qui tablent sur l'augmentation de cette utilisation, cette étude s'inscrit dans la logique d'identifier les goulots d'étranglements et de mieux comprendre le processus de la transition démographique. Elle étudie ainsi les sources de la baisse du niveau d'intention de recourir à la contraception moderne entre 2010 et 2016-2017.

III.2.1. Hypothèses spécifiques

Deux hypothèses sous-tendent cette partie de l'analyse :

- *La baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne est conséquente à l'effet de composition lié à l'augmentation de la proportion des femmes vivant dans les ménages pauvres et à celle des femmes travaillant dans l'agriculture et sans emploi.*
- *En outre, elle tient à l'effet de performance, les femmes des régions Centre-Est et du Sud étant à la base de la plus grande contribution à la baisse des intentions étudiées, de même que les femmes de religion protestante*.

III.2.2. Matériels et méthodes

III.2.2.1. Variables d'analyse

L'analyse des sources de changements socio-démographiques se fait par la méthode de décomposition. Ainsi, elle exige la définition de deux types de variables : une variable substantive, relative au phénomène étudié et une ou plusieurs variables de classification (Eloundou-Enyegue & Giroux, 2010). La variable substantive étant l'intention d'utiliser la

contraception moderne, les variables de classification sont le niveau de vie du ménage, l'occupation de la femme, la région de résidences et la religion de la femme. Ces variables de classification choisies, chacune, pour obéir au moins à deux sur trois des critères de variabilité, pertinence, émiettement (Eloundou-Enyegue & Giroux, 2010).

La religion et l'occupation de la femme obéissent aux trois critères d'émiettement[11], de variabilité[12] et de pertinence[13]. Quant au niveau de vie et la région de résidence, ce sont des variables qui répondent aux critères d'émiettement et de pertinence seulement (Tableau 3.3)

Tableau 3.3 : Variables de classification et leur présentation

	2010		2016-2017	
Variables/Modalités	**N**	**%**	**N**	**%**
Niveau de vie (quintile du bien-être)				
Très pauvres	880	20,8	1502	21,5
Pauvres	927	21,9	1492	21,4
Moyens	876	20,7	1418	20,3
Riches	877	20,8	1411	20,2
Très riches	664	15,7	1167	16,7
Total	***4225***	***100,0***	***6990***	***100,0***
Religion de la femme dans la communauté				
Catholiques	2567	60,7	3912	56,0
Protestantes	1350	32,0	2493	35,7
Musulmanes	83	2,0	200	2,9
Adventistes/Témoins de Jéhovah	114	2,7	229	3,3
Autres religions	111	2,6	156	2,2
Total	***4225***	***100,0***	***6990***	***100,0***
Région de résidence				
Nord	1129	26,7	1955	28,0
Centre-Est	1128	26,7	1835	26,2
Ouest	836	19,8	1235	17,7
Sud	948	22,4	1615	23,1
Bujumbura Mairie	184	4,4	351	5,0
Total	***4225***	***100,0***	***6990***	***100,0***
Catégorie socio-professionnelle de la femme				
Inactive	388	9,2	446	6,4

[11] Selon Eloundou-Enyegue et Giroux (2010), une bonne variable de classification devrait comportent ni peu ni trop de catégories. Ainsi, une bonne variable de classification devrait avoir au moins trois modalités et moins de cent (100) modalités.

[12] La variabilité pour une variable de classification renvoie à la manière dont les effectifs des differentes catégories (modalités) fluctuent dans le temps, entre les dates entre lesquelles se fait la décomposition. Pour cette étude, entre 2010 et 2016-2017.

[13] Une variable de classification est pertinente si elle a un lien théorique avec le phénomène étudié. Pour cette étude toutes les variables de classification mobilisées ressortent de la littérature comme des variables expliquant significativement l'intention d'utiliser la contraception moderne.

	2010		2016-2017	
Variables/Modalités	**N**	**%**	**N**	**%**
Agricultrices	3607	85,4	5815	83,2
Commerce/Informel	98	2,3	235	3,4
Cadres	126	3,0	456	6,5
Autres activités	5	0,1	37	0,5
Total	***4225***	***100,0***	***6990***	***100,0***

Source : Auteur, Auteur, exploitation des données des Enquêtes Démographiques et de Santé 2010 & 2016-2017

III.2.2.2. Présentation de la méthode d'analyse

Comme le précisent Eloundou-Enyegue et Giroux (2010), la méthode de décomposition, utilisée pour analyser les sources de changement comme la baisse du niveau d'intention contraceptive, permet de découper le produit du changement social observé en composantes élémentaires pour estimer la contribution relative de deux ou plusieurs facteurs qui y concourent. La décomposition démographique permet de démêler la part du changement due à la modification de la structure de la population selon les différentes couches sociales, dite « effet de composition » de celle due au changement de comportement vis-à-vis du phénomène étudié dans toutes les couches sociales, qu'elles soient à risque ou non, dite « effet de performance ».

Ainsi, en prenant la catégorie du niveau de vie du ménage de la femme comme variable de classification, la décomposition permettra de trouver la part du changement due à l'augmentation/diminution de l'effectif des femmes dans les catégories de niveau de vie très pauvres, pauvres, moyens, riches ou très riches (effet de composition) et celle due au changement d'attitudes vis-à-vis de la contraception dans ces différentes catégories de niveau de vie (effet de performance).

Cette décomposition de base permettrait d'exprimer l'intention d'utiliser la contraception moderne (Y_t) comme la moyenne pondérée des intentions contraceptives de chaque catégorie du niveau de vie (Y_{it}) par la proportion des femmes de la même catégorie (W_{it}). L'expression est la suivante :

$$Y_t = \sum W_{it} * Y_{it}$$

i étant la catégorie du niveau de vie et t, le temps au moment de l'observation.

Par cette formulation, le changement en matière d'intentions contraceptives ($\Delta\hat{Y}$) entre deux dates t_1 et t_2 peut être décomposé en deux éléments qui représentent l'effet de composition (le changement dans la répartition des femmes dans les catégories du niveau de vie) et l'effet de performance (le changement d'intention contraceptive dans les diverses catégories du niveau de vie).

$$\Delta\hat{Y} = \sum \overline{y_i} * \Delta W_i + \sum \overline{w_i} * \Delta Y_i [1]$$

Changement total = Effet de composition + Effet de performance

$$\text{Avec } \overline{y_i} = \frac{Y_{it_1} + Y_{it_2}}{2} \text{ et } \overline{w_i} = \frac{W_{it_1} + W_{it_2}}{2}$$

Selon que domine l'effet de composition ou l'effet de performance, l'analyse peut passer à la décomposition avancée pour remédier au défaut de détails que présente la décomposition simple (de base).

Selon que domine l'influence du changement de comportement dans les catégories du niveau de vie sur l'intention d'utiliser la contraception, la décomposition de l'effet de performance commence par l'estimation de la relation entre cette intention (Y) et la catégorie du niveau de vie (X) selon l'équation de régression :

$$Y_i = \alpha + \beta X_i + \mu_i$$

Où $\boldsymbol{\alpha}$représente l'intention contraceptive de base ; $\boldsymbol{\beta}$, l'effet de la catégorie du niveau de vie X_i ou, plus explicitement, la diminution de l'intention d'utiliser la contraception associée à la diminution unitaire de la catégorie du niveau de vie ; $\boldsymbol{\mu_i}$l'erreur, qui peut aussi être interprétée comme l'effet résiduel des facteurs autres que la catégorie du niveau de vie **X**, non considérés dans l'analyse.

De ce qui précède, la variation de l'intention contraceptive entre les deux périodes est donnée par :

$$\Delta Y_i = \Delta\alpha + \bar{\beta}\Delta X_i + \bar{X}_i\Delta\beta + \Delta\mu_i \text{ [2]}$$

Où $\bar{\beta}$ est l'évolution moyenne de l'effet de la catégorie du niveau de vie entre les deux périodes.

En intégrant [2] dans [1], on obtient la décomposition avancée suivante :

$$\Delta\hat{Y} = \underbrace{\sum \bar{y}_i * \Delta W_i}_{\text{Effet de composition}} + \underbrace{\underbrace{\sum \bar{w} * \Delta\alpha}_{(B1)} + \underbrace{\sum \bar{w} * \bar{X}_i \Delta\beta_i}_{(B2)} + \underbrace{\sum \bar{w} * \Delta\mu_i}_{(B3)}}_{\text{Effet de performance}} \quad [3]$$

$$\text{Changement total} = \text{Effet de composition} + \text{Effet de performance}$$

Cette décomposition, plus désagrégée de l'effet de performance, montre la part du changement liée à la baisse de l'intention de contraception moderne dans chaque catégorie du niveau de vie (B1), l'effet de différentiation de la baisse de l'intention contraceptive selon la catégorie du niveau de vie (B2) et l'effet résiduel des autres variables non considérées (B3).

En cas de la prédominance de l'effet de composition, celui-ci pourrait être désagrégé dans la décomposition avancée en prenant la stratégie de décomposition par groupe primaire selon le niveau d'instruction. Ainsi, la proportion de femmes dans chaque catégorie du niveau de vie (w_i) sera fonction du nombre de femmes dans cette catégorie (n_i) et du taux d'instruction de niveau secondaire ou plus dans cette même catégorie (s_i).

$$w_i = n_i * s_i$$

Le changement de la proportion des femmes entre les deux dates dépend de la variation de l'effectif des femmes (A1) et du taux de scolarisation de niveau secondaire et plus (A2).

$$\Delta w_i = \bar{s}\Delta n_i + \bar{n}\Delta s_i [4]$$

En intégrant [4] dans [1], le changement total est donné par :

$$\Delta\hat{Y} = \underbrace{\underbrace{\sum \bar{y}_i * \bar{s}\Delta n_i}_{(A1)} + \underbrace{\sum \bar{y}_i * \bar{n}\Delta s_i}_{(A2)}}_{\text{Effet de composition}} + \sum \bar{w}_i * \Delta Y_i \quad [5]$$

$$\text{Changement total} = \text{Effet de composition} + \text{Effet de performance}$$

Dans le cas de l'importance des effets de composition et de performance, la méthode de décomposition permet de décomposer le changement suivant la formule :

$$\Delta\hat{Y} = \underbrace{\sum \bar{y}_i * \bar{s}\Delta n_i}_{(A1)} + \underbrace{\sum \bar{y}_i * \bar{n}\Delta s_i}_{(A2)} + \underbrace{\sum \bar{w} * \Delta\alpha}_{(B1)} + \underbrace{\sum \bar{w} * \bar{X}_i\Delta\beta_i}_{(B2)} + \underbrace{\sum \bar{w} * \Delta\mu_i}_{(B3)} \quad [6]$$

Effet de composition — *Effet de performance*

Où :

- A1 représente l'effet du changement dans la distribution des femmes suivant les catégories du niveau de vie ;
- A2 représente le changement dans l'instruction des femmes ;
- B1 représente la baisse de l'intention de contraception à la base ;
- B2 représente la différentiation de l'intention de contraception selon les catégories du niveau de vie ;
- B3 est l'effet résiduel des facteurs omis dans l'équation de régression.

III.2.2.3. Outils d'analyse

Le logiciel Microsoft Excel, version 16 est utilisé pour analyser le changement et faire les représentations graphiques nécessaires.

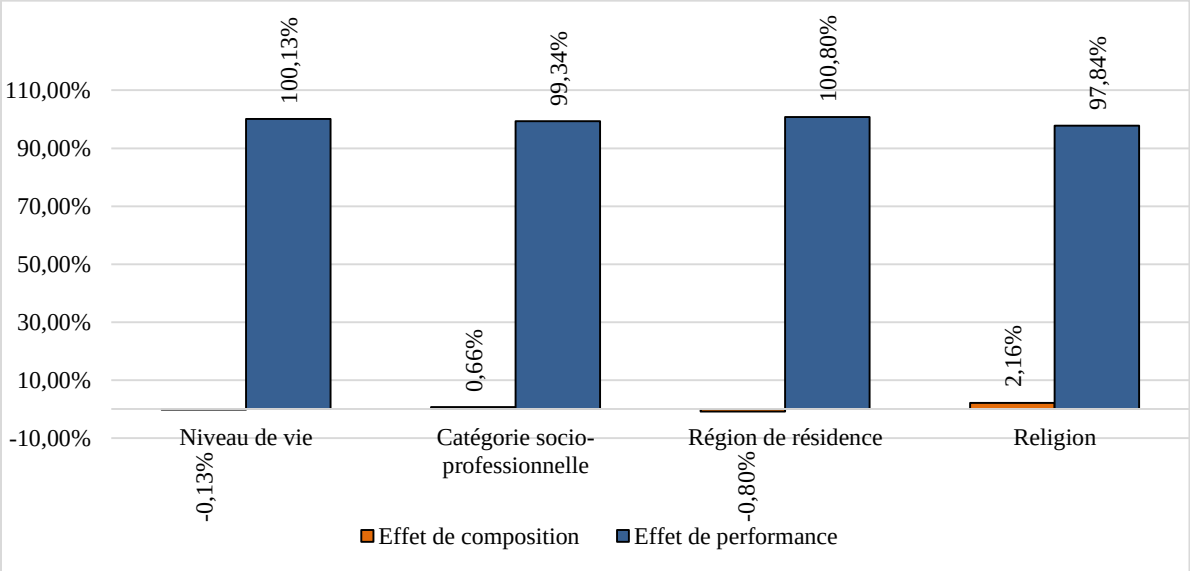
III.2.3. Résultats de la décomposition de la baisse de l'intention d'utiliser la contraception moderne entre 2010 et 2016-2017

III.2.3.1. Décomposition simple

La décomposition simple montre que la baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne est dans tous les cas due à l'effet de performance. Quelle que soit la variable de classification prises en compte, l'effet de composition est négligeable et parfois négatif. Sa proportion la plus élevée est de 2,16% pour la variable religion et atteint -0,8% pour la région de résidence (Figure 3.3).

Jusqu'à ce niveau, ces résultats montrent que la baisse du niveau d'intention ne peut pas être attribuée à la variation des effectifs des femmes selon les diverses catégories des variables de classification prises en compte. Par contre, la baisse de ces intentions est due à l'effet du changement des comportements vis-à-vis de la contraception dans les différentes catégories socio-économiques des femmes (effet de performance) (Beninguisse et al., 2013 ; Eloundou-Enyegue & Giroux, 2010).

Figure 3.3 : Décomposition simple de la baisse de l'intention d'utiliser la contraception moderne selon les variables de classification



Source : Auteur, exploitation des données des EDSB II & III

III.2.3.2. Décomposition avancée

Cette étape de la décomposition permet de distinguer la part du changement attribuable à la non-intention globale d'utiliser la contraception (performance de base), celle attribuable à l'augmentation unitaire de la variable de classification et celle liée à l'effet des autres variables non prises en compte (Beninguisse et al., 2013 ; Eloundou-Enyegue & Giroux, 2010).

Les résultats montrent que, dans l'ensemble, l'effet de comportement le plus dominant est celui du comportement de base sans considérer la variable de classification. L'effet du comportent de base est de 68,56% contre 31,09% attribuables à la variation du niveau de vie, de 192,73% contre -82,46% attribuables à la catégorie socio-professionnelle, de 92,85% contre 5,56% attribuables à la région de résidence et de 156,08% contre -49% attribuables à la religion (Tableau 3.4). L'autre constat est que la catégorie socio-professionnelle et la religion, au lieu de contribuer à la baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception, contribuent à la diminution de l'effet du comportement de base sur cette baisse qui était très considérable. Selon l'effet de comportement de base de la religion ou la catégorie socio-professionnelle (prises dans le contexte globale), l'intention de contraception diminuerait fortement. Cependant, prise selon la catégorie de religion ou la catégorie socio-professionnelle, l'intention devrait augmenter. Autrement-dit, selon la religion ou la catégorie socio-professionnelle de la femme, l'intention d'utiliser la contraception augmenterait. Ces

deux variables ne comptent pas donc pour l'étude des sources de la baisse du niveau d'intention de contraception (Eloundou-Enyegue & Giroux, 2010 ; Beninguisse et al., 2013).

Tableau 3.4 : Décomposition avancée de la baisse de l'intention d'utiliser la contraception moderne (changement) attribuable à l'effet de performance

Variables de classification		Changement total (en %)	Changement attribuable à l'effet de performance	Décomposition avancée de l'effet de performance		
				Effet de base	Effet de différentiation	Effet résiduel
Catégorie socio-professionnelle	Valeur	-15,52	-15,42	-29,91	12,79	1,7
	%	100,10%	99,00%	194,00%	-83,00%	-11,00%
Niveau de vie	Valeur	-15,60	-15,62	-10,7	-4,85	-0,07
	%	100,64%	100,00%	68,50%	31,10%	0,50%
Région de résidence	Valeur	-15,50	-15,63	-14,39	-0,86	-0,37
	%	100,00%	101,00%	92,10%	5,56%	2,40%
Religion de la femme dans la communauté	Valeur	-15,46	-15,12	-24,13	7,57	1,43
	%	100,00%	98,00%	159,53%	-50,08%	-9,44%

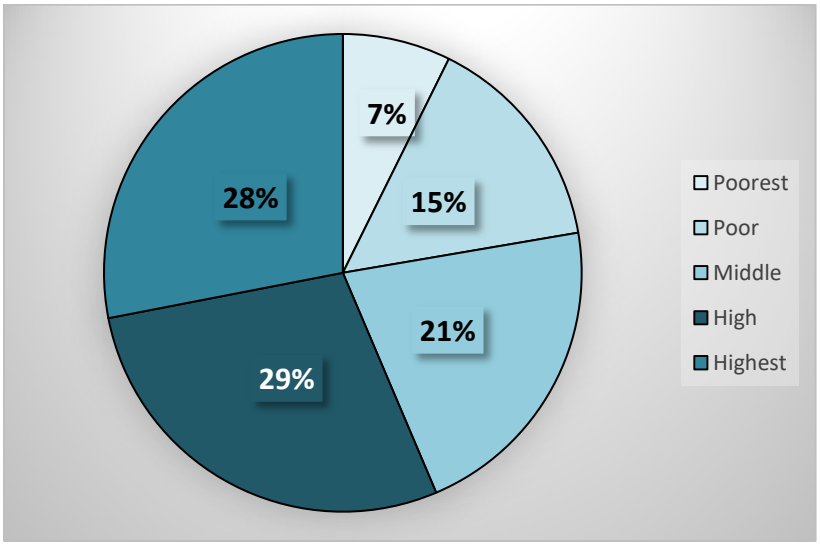
Substantiellement, c'est le niveau de vie qui semble avoir de l'effet de différentiation de comportement considérable parmi les quatre variables mobilisées, étant à la base de plus de 31% de la baisse du niveau d'intention de contraception moderne. La région de résidence quant à elle est à la base de 5,56% de baisse contre 92,85% due à l'effet de base (Tableau 3.4).

Dans les paragraphes qui suivent, la présentation des résultats continuent avec la répartition de l'effet de différentiation du comportement d'intention d'utiliser la contraception moderne par la région de résidence et la catégorie du niveau de vie.

1. Contribution des catégories du niveau de vie à la baisse du niveau d'intention de contraception moderne

La répartition de la baisse de l'intention de contraception moderne enregistrée attribuable à la différentiation selon le niveau de vie montre que plus le niveau de vie est élevé, plus la contribution à la baisse de l'intention d'utiliser la contraception augmente. Les proportions varient de 7% pour le niveau de vie très faible à 29% pour le niveau de vie élevé, étant de 15% pour le niveau de vie faible, de 21% pour le niveau de vie moyen et 28% pour le niveau de vie très élevé (Figure 3.4).

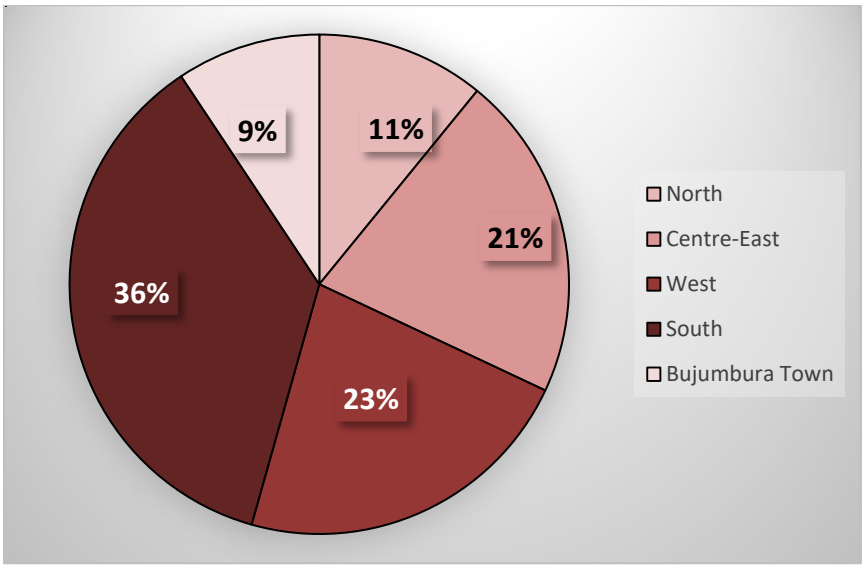
Figure 3.4 : Répartition de la baisse du niveau d'intention contraceptive attribuée à l'effet de différenciation par catégorie du niveau de vie du ménage



2. Contribution des régions de résidence à la baisse du niveau d'intention de contraception moderne

La répartition de la baisse de l'intention de contraception moderne enregistrée attribuable à la différenciation selon la région de résidence, les résultats montrent que la région du Sud contribue le plus à cette baisse, avec un taux de 36%. Elle est suivie par l'Ouest (23%), puis par le centre-Est (21%), ensuite par le Nord (11%) et enfin par la ville de Bujumbura (9%) (Figure 3.5).

Figure 3.5 : Répartition de la baisse du niveau d'intention contraceptive attribuée à l'effet de différentiation par région de résidence



III.2.4. Discussion des résultats

Constatant le besoin d'explorer les goulots d'étranglement du processus de transition démographique au Burundi, cette étude avait pour objectif d'identifier les sources de la baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes de 15-49 ans en union entre 2010 et 2017. Par la méthode de décomposition, cette recherche voulait savoir si la baisse du niveau de ces intentions serait liée au changement dans la structure de cette population féminine selon les catégories du niveau de vie et socio-professionnelle entre les deux dates (effet de composition) et au changement de comportement selon la région de résidence et la religion.

Comme étape primaire de cette approche méthodologique, la décomposition simple montre que cette baisse n'est pas due au changement de la distribution des femmes en âge de procréer dans les différentes catégories (effet de composition) aux deux dates, quelle que soit la variable de classification. Par contre, il s'agit de l'effet de changement de comportement en matière d'intention de contraception moderne qui s'observe pour toutes les variables de classification. Pour la catégorie socio-professionnelle et la religion, le constat est que ces dernières contribueraient à ce phénomène dans la globalité du système social car la différentiation de groupes montre qu'elles seraient pour la hausse du niveau d'intention contraceptive. Pour les deux autres variables, les résultats montrent que 31% de l'effet de changement de comportement vis-à-vis de l'intention contraceptive sont attribuables à la différentiation selon la catégorie du niveau de vie et que 6% de changement sont imputables à la différentiation selon la région de résidence. Plus le quintile du bien-être est élevé, plus la contribution de chaque catégorie du niveau de vie à la baisse du niveau d'intention contraceptive augmente. Selon la région, le Sud (36%), l'Ouest (23%) et le Centre-Est (21%) contribuent le plus à cette baisse.

Ces résultats infirment l'hypothèse de l'effet de composition du niveau de vie et de la catégorie socio-professionnelle tout en montrant que le niveau de vie agit par contre par effet de performance. Quant à l'hypothèse de l'effet de performance de la région de résidence et de la religion, ces résultats la confirment en partie. Seule la différenciation des femmes selon la région de résidence contribue de 6% à la baisse globale du niveau d'intention contraceptive.

Ces résultats peuvent être comparés à ceux d'autres travaux. En effet, les études d'Ahuja et al. (2020), de Babalola et al. (2015) et Lemessa et Wencheko (2014), menées, respectivement, en milieu rural de l'Ethiopie, au Ghana, au Nigeria et au Kenya ont montré

que le niveau de vie élevé du ménage diminue la propension d'avoir l'intention de recourir à la contraception moderne. Ce sont des résultats qui vont à l'encontre de ceux de Dibaba (2009), Schaalma et al. (2009) et de Tiruneh et al. (2016) qui ont montré que c'est la pauvreté des ménages qui entretient la non-intention de contraception moderne.

Dans le cadre de ces résultats où le niveau de vie élevé semble être la source prépondérante de la baisse du niveau d'intention de contraception, l'effet de seuil du niveau de vie pourrait être avancé. C'est le minimum du confort matériel qui stimule la procréation dans les ménages à revenu intermédiaire qui serait à la base de cette tendance (Nganawara, 2017 ; Smuseneto, 2019). Cependant, l'effet de seuil ne suffirait pas pour expliquer cette tendance à la baisse de l'intention de contraception. En effet, au Burundi où les mêmes données semblent ne pas prouver que le niveau de vie du ménage soit statistiquement associé à la non-intention contraceptive (Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022b), il faut interroger les données du contexte socio-culturel (Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022a ; Sindayihebura, 2021). Ceci justifierait d'ailleurs l'effet de différentiation de la région de résidence comme source de baisse du niveau d'intention contraceptive des femmes car les différences régionales concernant la contraception tiendraient à la différentiation en termes d'habitudes socio-culturelles qu'en termes de revenu ou de confort matériel, dans ce pays où près de 90% vit de l'agriculture et de l'élevage (Manirakiza, 2008 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019).

La mobilisation de ces données socio-culturelles conforterait d'ailleurs les résultats de cette même étude selon lesquels la religion et la catégorie socio-professionnelle agissent sur la baisse des intentions étudiées à travers la performance de base (Tableau 4.4). Autrement-dit, ni le niveau de vie, ni la région de résidence, ni la religion, ni la catégorie socio-professionnelle ne dominent pour être la source principale de la baisse du niveau d'intention de contraception. Il s'agit d'un système socio-culturel, démographique et culturel où tous ces facteurs ainsi que d'autres qui ne sont pas mis à contributions interagissent pour entrainer une situation sociale défavorable à la contraception moderne.

III.2.5. Conclusion

Cette étude s'est fixée comme objectif d'identifier les sources de baisse du niveau d'intention contraceptive au Burundi. La méthode de décomposition est utilisée pour vérifier si la baisse du niveau d'intention de contraception est liée à la distribution des femmes dans

les différentes catégories sociales selon les variables de classification ou à l'effet de changement de comportement dans ces mêmes catégories entre 2010 et 2017.

La décomposition simple montre que cette baisse n'est pas due à la distribution des femmes en âge de procréer dans les différentes catégories sociales aux deux dates, quelle que soit la variable de classification. Par contre, il s'agit de l'effet de changement de comportement dans l'ensemble du système socio-culturel du pays, qui peut aussi être différencié selon le quintile du bien-être/niveau de vie et la région de résidence. Plus le quintile du bien-être est élevé, plus la contribution à ce changement augmente. Selon la région, le Sud (36%), l'Ouest (23%) et le Centre-Est (21%) contribuent le plus à cette baisse.

Ces résultats témoignent de l'effet des changements structurels importants en matière de développement socio-économique des ménages sur la planification familiale. Au-delà du niveau de vie /du bien-être, des caractéristiques socio-culturelles doivent être considérées. Les régions du Sud, de l'Ouest et du Centre-Est doivent être priorisées dans la sensibilisation et la prise de décision.

Cependant, comme le reconnait les pionniers de cette méthodologie, les résultats de ces analyses restent descriptifs et ne permettent pas de contrôler les effets des autres variables. Ainsi, ils doivent être interprétés en connaissance de cause, principalement quand ils sont comparés à ceux de l'analyse multivariée. En outre, les variables relatives à l'offre des services de planification familiale, qui ont un effet non nul sur la planification familiale, n'ont pas été analysées, faute de disponibilité de données. Les études ultérieures s'emploieraient à les intégrer pour une compréhension globale du phénomène.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre avait pour objectifs de déterminer le profil socio-démographique des femmes sans intention d'utiliser la contraception moderne et d'identifier les sources de baisse du niveau de ladite intention. Le profil des femmes sans intention de contraception montre que ces dernières sont caractérisées par la non-ouverture à la modernité. Elles sont du milieu rural, âgées et sans instruction comme leurs conjoints, avec une parité atteinte et le nombre d'enfants survivants élevés. Elles vivent dans des ménages pauvres et faiblement exposées aux médias. Les résultats de la décomposition quant à eux montrent qu'à la source baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne se trouve un système social et culturel en défaveur de la planification familiale. Ces deux analyses convergent sur le fait que la non-

intention contraceptive est soutenue par un contexte traditionnellement pro-nataliste. Cela est d'autant prouvé par le profil des femmes qui par contre désirent utiliser la contraception moderne. Elles sont du milieu urbain, résidant principalement dans la ville de Bujumbura, de niveau d'instruction secondaire et plus, fortement exposées aux médias. Ce qui montre que la médiatisation[14] reste une voie de communication pour le changement de comportements reproductifs. Pour être efficace, elle doit être soutenue par l'ouverture sociale à la modernité et la scolarisation des jeunes filles.

A ce niveau, les résultats de l'analyse restent descriptifs car ils montrent l'effet d'une variable sans contrôler celui des autres variables. L'étape de l'analyse qui suit remédie à cette lacune par la méthode multivariée qui permet de renforcer les résultats déjà atteints.

* *

*

[14] Les médias saisis par les enquêtes sont les journaux, la radio et la télévision. Aujourd'hui, on ajoute les messages envoyés par les abonnés des opératéurs de la télephonie mobile. Cependant, tous ces aspects restent à la portée du milieu urbain qu'au milieu rural.

CHAPITRE IV : FACTEURS EXPLICATIFS DE LA NON-INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION MODERNE

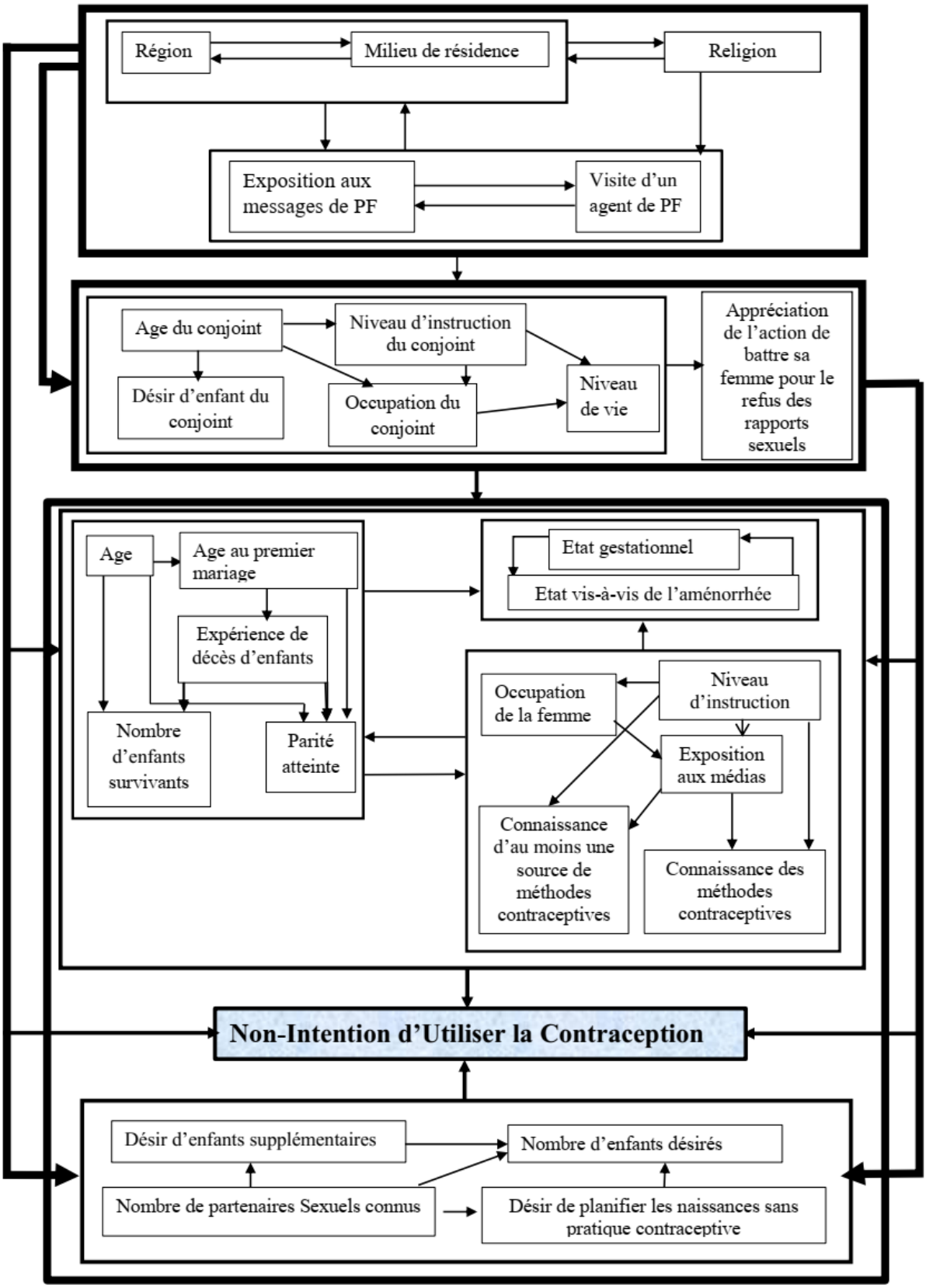
L'objectif 3 de cette étude est de rechercher les facteurs explicatifs de la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes de 15-49 ans en union au Burundi. Ce chapitre vise donc l'atteinte de cet objectif par une analyse explicative multivariée des données. Il s'agit de s'appuyer sur la force de cette méthode d'analyse pour vérifier la validité des théories ou paradigmes démographiques dans le cas de la non-intention contraceptive chez les femmes au Burundi. De manière spécifique, l'on peut se demander: *la non-intention contraceptive des femmes est-elle liée aux flux intergénérationnels des richesses en faveur des parents* ? *Est-elle liée au manque de l'offre des services de planification familiale* ? *Est-elle tributaire des rapports de genre en défaveur de la femme* ? *S'agit-il de la résultante des rapports de genre inégaux ? Résulte-t-elle du poids d'autres facteurs socio-culturels qui pèsent sur l'adoption de la contraception* ?

IV.1. Cadre d'analyse

Il est important de rappeler que l'analyse repose sur vingt-huit (28) variables disponibles dans les bases de données « femmes » des Enquêtes Démographiques et de Santé du Burundi (EDSB) de 2010 et 2016-2017[15]. La variable dépendante relative à la non-intention d'utiliser la contraception moderne a deux modalités :1, si la femme n'a pas d'intention d'utiliser la contraception moderne et 0, si la femme a cette intention. Les variables indépendantes sont au nombre de vingt-sept et obéissent à une classification hiérarchique à trois niveaux : la communauté, le ménage et l'individu (la femme) (chapitre II Section 2).Avec des liens de causalités hypothétiques, l'agrégation de ces variables par niveau donne un schéma qui pourrait servir d'aide d'interprétation des données et des résultats de l'analyse (Figure 4.1).

[15] Il importe ici de rappeler que les données des EDSB 2010 et 2016-2017 ont été utilisées pour leur disponibilité dans un contexte de contraintes budgétaires. Une telle analyse va dans le sens de la valorisation des données statistiques collectées aux grands coûts par les institutions étatiques (ISTEEBU/INSBU actuellement), sansêsuffisamment exploitées (elles ne servent qu'à des analyses descriptives au niveau des institutions).

Figure 4.1 : Schéma d'analyse



IV.2. Aspects méthodologiques

La méthode d'analyse explicative multiniveau, les résultats du test de multi-colinéarité, l'adéquation du modèle aux données et les outils d'analyse sont les aspects méthodologiques qui sont présentés dans cette section. Ils permettent de s'assurer de la qualité des résultats qui sont présentés.

IV.2.1. Méthode d'analyse : approche multiniveau

La méthode d'analyse utilisée est la régression logistique binomiale. Elle est dictée par la nature qualitative et dichotomique de la variable dépendante. Cette méthode permet d'estimer la probabilité de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne en fonction du niveau des variables indépendantes mobilisées (Masuy, 2013 ; Rizzi, 2013 ; Hilbe, 2016).

Les variables d'analyse se prêtent mieux à la classification hiérarchique selon la communauté, le ménage et l'individu, et par conséquent, elles sont adaptées à ce type d'analyse. C'est une méthode qui permet de démêler les influences selon les niveaux et d'éviter l'erreur atomiste (Courgeau, 2002 ; Bringé & Golaz, 2017). En effet, en ignorant la structure hiérarchique des données, on commettrait l'erreur de sortir les femmes de leur contexte et des mécanismes d'influence susceptibles d'expliquer leurs comportements sexuels et reproductifs (Courgeau, 2002). Dans la modélisation multiniveau, il faut impérativement replacer la femme dans un contexte socio-culturel plus large, celui du groupe humain dans lequel elle évolue, dans son entourage, son milieu de résidence, sa région, sa nation (Courgeau, 2002 ; Nganawara, 2016 ; Bringé & Golaz, 2017).

Ainsi, si P est la probabilité pour une femme de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne et 1-P, la probabilité de l'avoir, le modèle logistique permet de faire une régression sur le logit de P c'est-à-dire : $\mathbf{Logit}(\boldsymbol{Y_{ijk}}) = \boldsymbol{Ln}\left[\frac{\boldsymbol{P(Y_{ijk}=1)}}{\boldsymbol{1-P(Y_{ijk}=1)}}\right] = \boldsymbol{\beta_0} + \boldsymbol{\beta_1 x_{ijk}} + \boldsymbol{\beta_2 x_{jk}} + \boldsymbol{\beta_3 x_k} + \boldsymbol{v_k} + \boldsymbol{u_{jk}} + \boldsymbol{e_{ijk}}$; où $\boldsymbol{\beta_0}$ est la constante et $\boldsymbol{\beta_1}$, $\boldsymbol{\beta_2}$ et $\boldsymbol{\beta_3}$ sont les coefficients fixes des variables, au niveau individuel, au niveau du ménage et au niveau de la communauté ; $\boldsymbol{x_{ijk}}$, $\boldsymbol{x_{jk}}$, $\boldsymbol{x_k}$ sont les variables relatives à l'individu, au ménage et à la communauté ; et $\boldsymbol{v_k}$, $\boldsymbol{u_{jk}}$ et $\boldsymbol{e_{ijk}}$ sont des termes aléatoires ou résidus à chaque niveau. Ainsi, cette relation permet d'exprimer P en fonction de L selon la relation :

$$\mathbf{P = \frac{exp(L)}{1 + exp(L)} = \frac{exp(\beta_0 + \beta_1 x_{ijk} + \beta_2 x_{jk} + \beta_3 x_k + v_k + u_{jk} + e_{ijk})}{1 + exp(\beta_0 + \beta_1 x_{ijk} + \beta_2 x_{jk} + \beta_3 x_k + v_k + u_{jk} + e_{ijk})}}$$

La régression logistique fournit donc des coefficients de régression « β_i » à partir desquels sont calculés les Odds Ratio (OR) ou rapport de risque de non-intention contraceptive [exp(β_i)]. Un seuil de 5% est retenu pour la significativité des facteurs(Hilbe, 2016 ; Rizzi, 2013).

IV.2.2. Test de multi-colinéarité

Lorsqu'il existe une corrélation forte entre les variables indépendantes deux à deux, il se pose un problème dans la résolution de l'équation. Les difficultés peuvent aller de la perte d'influence des autres variables du modèle jusqu'à l'insolubilité du modèle (De Bourmont, 2012 ; Agresti, 2018). En cas de solubilité, il devient difficile de dissocier leurs effets respectifs sur la variable dépendante (Schoumaker, 2013).

Pour s'assurer de la plausibilité de l'analyse, la littérature propose deux principales méthodes de vérification du problème. La première consiste à réaliser une matrice des corrélations entre les variables indépendantes. Les coefficients de corrélation supérieurs à 0,7 suggèrent qu'il y'a un risque élevé de multi-colinéarité (Schoumaker, 2013). La seconde méthode consiste à calculer les facteurs d'inflation de la variance (VIF – Variance Inflation Factor) qui sont l'inverse de la tolérance. Il y'a un effet de multi-colinéarité entre les variables si la moyenne des VIFs est supérieure ou égale à 2 ou si au moins un VIF est supérieure ou égale à 10 (Chatterjee & Hadi, 2012; Schoumaker, 2013).

Pour le cas de cette étude, la réalisation des matrices de corrélation entre les variables indépendantes montre qu'aucune valeur de la corrélation n'atteint 0,7 en 2010 et en 2016-2017. En outre, toutes les valeurs des VIFs sont inférieures à 10 et leurs moyennes sont inférieures à 2 (Tableau 4.1).

De ce test effectué, il ressort qu'il n'y a pas de risque de multi-colinéarité en utilisant les variables sélectionnées.

Tableau 4.1 : Test de multi-colinéarité : VIFs des variables mobilisées

Variables	2010		2016-2017	
	VIF	**1/VIF**	**VIF**	**1/VIF**
Age au premier mariage	1,23	0,81	1,25	0,80
Age de la femme	2,92	0,34	2,81	0,36
Age du conjoint	2,29	0,44	2,28	0,44
Appréciation de l'action de battre sa femme pour refus de rapports sexuels	1,01	0,99	1,04	0,96
Désir de planifier les naissances sans pratique contraceptive	1,14	0,88	1,13	0,89
Connaissance de la contraception moderne	1,05	0,95	1,01	0,99
Connaissance de source de contraceptifs	1,1	0,91	1	1,00
Désir d'enfants du mari	1,02	0,98	1,02	0,98
Désir d'enfants supplémentaires	1,54	0,65	1,55	0,64
État de gestation	1,31	0,77	1,3	0,77
État vis-à-vis de l'aménorrhée	1,39	0,72	1,39	0,72
Expérience de décès d'enfant	1,94	0,52	2,05	0,49
Exposition aux médias	1,57	0,64	1,52	0,66
Exposition aux messages de PF	1,23	0,81	1,2	0,83
Milieu de résidence	1,64	0,61	1,46	0,69
Niveau de vie du ménage	1,41	0,71	1,61	0,62
Niveau d'instruction de la femme	1,64	0,61	1,69	0,59
Niveau d'instruction du conjoint	1,58	0,63	1,61	0,62
Nombre de partenaires sexuels connus	1,01	0,99	1,01	0,99
Nombre d'enfants désirés	1,06	0,94	1,11	0,90
Nombre d'enfants survivants	4,78	0,21	7,64	0,13
Occupation de la femme	1,24	0,80	1,27	0,79
Occupation du conjoint	1,46	0,68	1,37	0,73
Parité atteinte	6,08	0,16	9,82	0,10
Région de résidence	1,25	0,80	1,18	0,85
Religion de la femme	1,05	0,96	1,05	0,95
Visite d'un agent de PF	1,02	0,98	1,01	0,99
Moyenne	1,7		1,94	

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB 2010 & 2016-2017

IV.2.3. Qualité de l'ajustement des modèles aux données

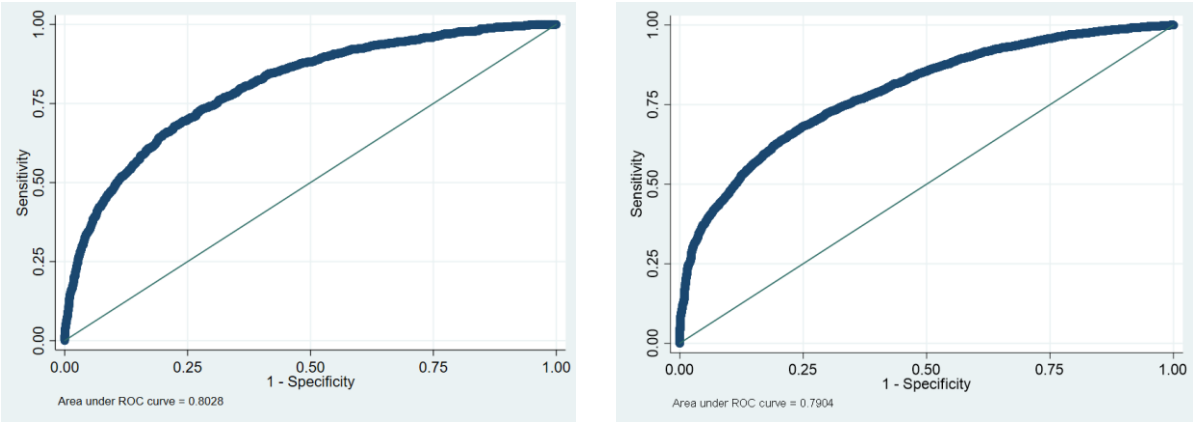
Dans le cadre de mise en œuvre de la régression logistique, la méthode la plus utilisée pour évaluer l'ajustement des modèles aux données est l'évaluation de la proportion de bonne prédiction du phénomène étudié par le modèle complet, contenant toutes les variables explicatives mobilisées. En outre, pour cette étude qui se fait dans la perspective d'analyse multiniveau, il convient d'analyser la pertinence de la modélisation multiniveau.

a. Détermination de la proportion de bonne prédiction du modèle saturé.

La proportion de bonne prédiction est l'appréciation de la capacité des modèles complets à expliquer la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Cette performance des modèles statistiques est généralement évaluée par la sensibilité[16] et la spécificité[17]. En portant en abscisses le complément à 1 de la spécificité (1-specificity) et la sensibilité en ordonnées, la courbe ROC[18] permet de déterminer l'aire en dessous qui est un estimateur de l'efficacité globale des modèles complets à expliquer la non-intention contraceptive. Si un modèle n'est pas explicatif de cette non-intention, l'aire est de 0,5. Si le modèle est parfaitement discriminatif, l'aire est de 1[19].

La mise en œuvre des tests « lroc » sur les modèles complets montre les aires en dessous des courbes ROC de 0,8023 et de 0,7904, respectivement pour les données de 2010 et de 2016-2017 (Figure 4.2). Ces résultats de permettent de conclure que les modèles faits des 27 variables mobilisées sont d'une bonne prédiction de la non-intention d'utiliser la contraception moderne.

Figure 4.2 : Evaluation du pouvoir discriminant des modèles complets



2010 **2016 - 2017**

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB 2010 & 2016-2017

[16]Lasensibilité est la proportion de femmes que le modèle classe comme n'ayant pas l'intention d'utiliser la contraception moderne parmi celles qui n'ont pas effectivement cette intention.
[17] La spécificité est la proportion de femmes que le modèle classe comme ayant l'intention d'utiliser la contraception moderne parmi celles qui ont effectivement cette intention.
[18]Receiver Operating Characteristic
[19] La qualité de la discrimination est souvent ainsi appréciée : 0,90 et 1, excellente discrimination ; 0,80-0,90, bonne discrimination ; 0,70-0,80, faible discrimination ; 0,60-0,70, très faible discrimination ; 0,50-0,60, mauvaise discrimination.

b. Pertinence de la modélisation multiniveau

L'exécution des modèles multiniveaux donne les paramètres nécessaires pour apprécier la pertinence de cette modélisation et la validité des résultats obtenus. Il s'agit du Khi-deux de Wald et des rapports de vraisemblance.

Chaque fois que les variables sont introduites dans le modèle par niveau, les résultats montrent que le modèle apporte de résultats significatifs. Les Khi-deux de Wald des modèles complets (MC) sont significatifs au seuil de 1% (chi2=672,25 ; p=0,000 en 2010 et chi2=135,50 ; p=0,000 en 2016-2017). Les rapports de vraisemblance (LR=94,43 ; p=0,000 en 2010 et LR=390,05 ; p=0,000 en 2016-2017) valident la modélisation à deux niveaux en 2010 et à trois niveaux en 2016-2017, au seuil de 1% (Tableau 4.2 ; Annexe 4.1).

Au modèle complet (MC), la variation considérable des coefficients de variations intragroupes montre aussi que les variables explicatives introduites dans le modèle vide (M0) contribuent à l'explication des différences observées entre les femmes en ce qui concerne leurs intentions de contraception. En matière d'intention contraceptive, il y'a 13,27% et 8,01% de ressemblance entre les femmes d'une même communauté en 2010 et 2016-2017, respectivement. Entre les femmes d'un même ménage, les ressemblances sont de 86,7% en 2016-2017 (Tableau 4.2 ; Annexe 4.1). En somme, ces résultats aléatoires montrent que l'analyse effectuée par la régression multiniveau à effet mixte apporte des résultats significatifs et que l'influence de l'offre sur l'intention d'utiliser la contraception moderne peut être analysée sans risque de biais.

Tableau 4.2 : Paramètres et test de validité de la modélisation multiniveau

	2010		**2016-2017**	
Paramètres	M0	MC	M0	MC
Test du modèle				
Khi-deux de Wald	N/A	672,25***	N/A	135,50***
Rapport de vraisemblance (Chi2())	133,09***	94,43***	634,89***	390,05***
Partie aléatoire				
Variance ménage	N/A	N/A	10,058	19,469
Effet sur la variance ménage	N/A	N/A	N/A	93,6%
Variance communautaire	0,408	0,503	1,691	1,981
Effet sur la variance communautaire		23,3%		17,2%
Coefficient de Corrélation Intra-ménage	N/A	N/A	78,12%	86,70%
Coefficient de Corrélation Intra-communautaire	11,03%	13,27%	11,24%	8,01%

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; ns : non-significatif ; N/A : Non Applicable

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB 2010 & 2016-2017

IV.2.4. Outils d'analyse

Dans cette analyse, le logiciel Stata 15.0 est utilisé. Il permet d'effectuer le test de multi-colinéarité et d'exécuter les modèles multiniveaux. Le traitement et la mise en forme des tableaux de résultats sont faits à l'aide du Microsoft Excel 2016.

IV.3. Résultats explicatifs de la non-intention d'utiliser la contraception moderne

Comme il est indiqué dans l'introduction de ce chapitre, l'objet de ce chapitre est d'étudier les facteurs de la non-intention d'utilisation de la contraception à travers les théoriques et les paradigmes démographiques du moment. Point par point, il est mis en question l'influence de la pauvreté des ménages, de l'offre des services de PF, des rapports de genre et du poids des facteurs socio-culturels. Cependant, avant de présenter ces influences, les résultats de la partie aléatoire, qui matérialisent les effets des variables des différents, sont succinctement décrits.

IV.3.1. Mise en œuvre des modèles : effets des variables des différents niveaux sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne

Bien que les résultats qui soient présentés et discutés concernent les modèles saturés, la modélisation multiniveau procède par quatre modèles avec les données de 2010 et cinq modèles avec celles de 2016-2017. Partout, le premier modèle, appelé aussi modèle vide, comporte la variable dépendante et les variables aléatoires et décompose la variance totale. Le deuxième, le troisième et le quatrième modèles comportent, en plus la variable dépendante, les variables du niveau individuel, du niveau ménage et du niveau communautaire, respectivement. Le cinquième modèle comporte toutes les variables explicatives.

IV.3.1.1. Modèles vides

Avec le modèle vide, la variance totale est partitionnée tout en montrant la part qui revient au contexte communautaire ou au ménage et la perte d'informations à laquelle la régression simple aurait conduit. Par les modèles vides, les résultats montrent que 11,03% de la variance reviennent à communauté en 2010. En 2016-2017, la part de la variance qui revient à la communauté est de 11,24% tandis que 66,88% reviennent au ménage (Tableau 4.3).Les coefficients de corrélation intra-groupes montrent qu'il y'a 11,03% d'homogénéité entre les femmes de même communauté en ce qui est de la non-intention contraceptive en 2010. En 2016-2017, cette homogénéité est de 11,24% et de 78,12%, respectivement au niveau de la communauté et du ménage (Tableau 4.3).

Tableau 4.3 : Décomposition de la variance, contributions à la variance totale, coefficients de corrélation intra-groupes aux modèles vides

Paramètres	2010			2016-2017		
	Commu-nautés	Ménages	Individus	Commu-nautés	Ménages	Individus
Variances	0,408	N/A	3,290[20]	1,691	10,058	3,290
Contributions à la variance totale	11,03%	N/A	88,97%	11,24%	66,88%	21,88%
Coefficients de corré-lation intra-groupes	11,03%	N/A		11,24%	78,12%	

IV.3.1.2. Effets des caractéristiques individuelles et celles du ménage

Avec les données de 2010, les variables individuelles et celles du ménage sont introduites en même temps[21]. L'introduction de ces variables entraine l'augmentation de la variance communautaire de 48,0% (Annexe 4.1). Ce qui signifie qu'il y'a une partie des différences entre les communautés en ce qui est de la non-intention contraceptive qui était cachée par les caractéristiques des ménages et celles individuelles des femmes. Les coefficients de corrélation intra-groupes montrent qu'il y'a cette fois-ci 15,5% d'homogénéité entre les femmes de même communauté en ce qui est de la non-intention contraceptive en 2010.

En 2016-2017, l'entrée des variables individuelles dans le modèle vide fait augmenter la variance du ménage de 136,4% et celle de la communauté de 57,4% (Annexe 4.1). En entrant les caractéristiques du ménage, la variance du ménage augmente de 30,9% et celle de la communauté de 9,8%. Ces résultats montrent aussi que les caractéristues individuelles et celles du ménage cachaient une partie des différences entre les communautés et les ménages en ce qui est de la non-intention contraceptive. En introduisant les variables individuelles, l'homogénéité est de 8,95% entre les communautés et de 88,93% entre les ménages. Avec les caractéristiques du ménage, l'homogénéité est de 10,14% entre les communautés et de 82,04% entre les ménages% (Annexe 4.1)

[20] La modélisation multiniveau à effets mixtes admet que la variance au niveau individuel est égale la mesure de $\pi^2/3$

[21] Le test d'adéquation de la modélisation multiniveau aux données a montré que la différenciation du niveau individuel de celui du ménage n'est pas pertince avec les données de 2010 pour ce sous-groupe de femmes en union non-utilisatrices de la contraception moderne au moment de l'enquête (Section IV.2.3 b ; Tableau 4.2)

IV.3.1.3. Effets des caractéristiques communautaires

Avec les données de 2010, l'introduction des variables communautaires dans le modèle vide fait diminuer de 21,1% la variance au niveau de la communauté, montrant ainsi que les différences entre les femmes en ce qui est de la non-intention de la contraception étaient due à ces caractéristiques (Annexe 4.1). L'homogénéité entre les femmes de même communautés en ce qui de la non-intention contraceptive devient de 8,91%.

Avec les données de 2016-2017, l'introduction des caractéristiques communautaires diminue la variance du ménage de 0,7% et celle communautaire de 37,1%. Ce traduit aussi que les différences observées entre les femmes des différentes communautés et différents ménages étaient dues à ces caractéristiques communautaires. L'homogénéité en ce qui est de la non-intention contraceptive devient de 7,41% entre les femmes de même communauté et de 77,05% entre les femmes de mêmes ménages (Annexe 4.1).

IV.3.1.4. Modèles complets : Effets de toutes les variables indépendantes

Avec les données de 2010, l'introduction de toutes les variables indépendantes dans le modèle vide montre une augmentation de 23.3% de la variance au niveau communautaire. Ce qui montre qu'une partie des différences entre les femmes en ce qui est de la non-intention contraceptive était cachée par les caractéristiques individuelles, celles du ménage et de la communauté. L'homogénéité entre les femmes de même communauté devient de 13,27% (Annexe 4.1).

Avec les données de 2016-2017, l'introduction de toutes ces variables fait augmenter la variance du ménage de 93,6% et celle communautaire de 17,2%. Ces resultats montrent aussi que les différences entre les femmes des mêmes ménages et communautés étaient cachées par ces variables. L'homogénéité entre les femmes de même ménage devient de 86,7% et de 8,01% entre les femmes de meme communauté en ce qui est de la non-intention contraceptive (Annexe 4.1).

En résumé, ces résultats aléatoires montrent que les variables des modèles multiniveaux mises en œuvre expliquent significativement la non-intention contraceptive (Khi-deux de Wald partout significative au seuil de 1%). Les caractéristiques individuelles et celles du ménages, si elles ne sont pas prises en compte cachent les différences entre les femmes, tandis que celles de la communauté les augmentent. La prise en compte de toutes ces

caractéristiques permet saisir les facteurs explicatifs de la non-intention contraceptive tout en démêlant les influences hiérarchiques (Courgeau, 2002, Bringé & Golaz, 2017).

IV.3.2. Influence de la pauvreté des ménages : validité de la théorie des flux intergénérationnels des richesses ?

Le niveau de vie a été toujours mis en avant dans l'explication des comportements sexuels et reproductifs chez les femmes. Pour expliquer la forte fécondité des pays du Sud, principalement de l'Afrique, Caldwell (1976) présentait les flux intergénérationnels des richesses comme étant à la base de la forte fécondité observée. D'après cette théorie, les couples comptent sur la descendance nombreuse pour assurer leurs vieux jours (Doliger, 2008 ; Nganawara, 2017). Contrairement à la hausse du niveau de vie qui a créé les besoins nouveaux et exigé la qualité de la descendance plutôt que la quantité en Amérique du Nord, Caldwell (1976) trouvait que, dans le contexte des pays pauvres, la pauvreté des ménages encourageait les couples à désirer davantage d'enfants de qui ils espèrent l'assurance vieillesse. Cette théorie, élaborée en 1976 semble encore valable dans certains pays africains qui n'ont pas encore connu une baisse significative de la fécondité, une conséquence de la faible adhésion à la contraception moderne (Ajbilou, 2001 ; Tabutin & Schoumaker, 2020).

Au Burundi, le niveau de vie de la population compte parmi les plus bas de la planète. En 2019, le rapport national sur le développement humain montrait que 64,5% de la population burundaise vivaient en dessous du seuil de pauvreté (PNUD, 2019). A côté du chômage des jeunes et du sous-emploi de la plupart de la population, le cadre socio-économique du Burundi se caractérise par une pression sur les besoins vitaux et les secteurs sociaux de base (Manirakiza, 2008 ; PAM, 2017 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019).

Selon la théorie de la nouvelle économie de la famille, l'augmentation de la pratique contraceptive ne serait plus un souhait, mais une réalité dans ce contexte (Becker, 1960 ; Easterlin, 1975, 1987). Bien qu'il ne s'agisse pas de la hausse du revenu qui crée des besoins nouveaux, il s'agit d'une situation socio-économique et démographique qui invite à repenser la fécondité pour garantir l'équilibre entre cette dernière et les ressources disponibles. Face à l'inaction et/ou l'indifférence des pionnières de la fécondité que sont les femmes en union par rapport à l'intention de recourir à la contraception, l'on peut se demander si la pauvreté des ménages n'engendre pas une descendance nombreuse chez les femmes en union.

IV.3.2.1. Hypothèse spécifique

L'hypothèse qui sous-tend cette étude est que les femmes qui vivent dans les ménages de niveau de vie faible sont celles qui sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention de recourir à la contraception moderne que celles qui vivent dans les ménages de niveau de vie moyen ou élevé.

IV.3.2.2. Résultats

Après avoir contrôlé toutes les autres variables explicatives, le modèle complet montre que le niveau de vie n'a pas une influence significative sur le risque de non-intention d'utiliser la contraception moderne au seuil de 5%. En 2010, il n'y avait pas de différence significative entre les femmes des ménages pauvres et celles des ménages de niveau de vie moyen ou riches en ce qui concerne le risque de non-intention contraceptive. En 2016-2017, il n'y avait pas de différence entre les femmes des ménages riches et celles des ménages pauvres ou de niveau de vie moyen en matière de non-intention contraceptive (Tableau 4.3 ; Annexe 4.1). Parmi les caractéristiques du ménage introduites dans le modèle, il n'y a que l'âge du conjoint qui a une influence significative sur cette non-intention contraceptive. Par contre, les caractéristiques individuelles comme le nombre d'enfants désirés, le désir d'enfant supplémentaire, le désir de planifier les naissances sans pratique contraceptive, l'exposition aux messages de PF expliquent significativement la non-intention contraceptive au seuil de 1% (Tableau 4.4 ; Annexe 4.1).

Tableau 4.4 : Influence des variables explicatives sur la non-intention d'utiliser la contra-ception moderne

	2010		2017	
Variables et modalités	**OR**	**IC 95%**	**OR**	**IC 95%**
VARIABLES RELATIVES AUX CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES DE LA FEMME				
Connaissance de la contraception moderne	*			
Connait la contraception moderne	1	1	1	1
Ne connait pas la contraception moderne	2,350*	1,010 - 5.466	3,598	0,240 - 53,833
Statut du désir de planifier les naissances sans pratique contraceptive	*		*	
Le désire	0,648*	0,535 -0,786	0,492*	0,348 - 0,695
Ne le désire pas	1	1	1	1
Age de la femme	*		*	
Adolescentes et jeunes	0,649*	0,472 - 0,892	0,350*	0,197 - 0,619
Adultes	1	1	1	1
Âgées	4,606*	3,427 - 6,189	18,745*	9,417 - 37,312
Age au premier mariage	*			
Moins de 20 ans	1	1	1	1
Entre 20 et 35 ans	0,734*	0,603 - 0,892	1,096	0,783 - 1,534

	2010		2017	
Variables et modalités	**OR**	**IC 95%**	**OR**	**IC 95%**
Plus de 35 ans	0,443	0,097 - 2,016	0,282	0,035- 2,251
Nombre de partenaire sexuels connus				
Un seul partenaire sexuel	1	1	1	1
Plus d'un partenaire sexuel	0,167	0,0147 - 2,037	0,177	0,007 - 4,408
Parité atteinte				
Moins de 3 enfants nés vivants	1	1	1	1
4 à 6 enfants nés vivants	0,746	0,494 - 1,126	0,972	0,427 - 2,211
7 enfants nés vivants ou plus	0,889	0,472 - 1,675	0,790	0,228 - 2,735
Nombre d'enfants désirés	*		*	
Désire 1 à 3 enfants	0,959	0,774 - 1,188	0,399*	0,280 - 0,568
Désire 4 à 6 enfants	1	1	1	1
Désire 7 enfants et plus	3,181*	2,430 - 4,163	11,733*	5,446 - 25,281
Désir d'enfant supplémentaire			*	
Désire encore un enfant	1	1	1	1
Ne désire plus d'enfants	0,992	0,764 - 1,289	0,840	0,549 - 1,284
Indécises	0,817	0,460 - 1,451	4,955*	1,081 - 22,710
Infécondes	1		1314,958*	37,711-5852,08
Expérience de décès d'enfants				
Aucun décès d'enfants	1	1	1	1
Un décès d'enfants	0,996	0,782 - 1,267	0,904	0,586 - 1,394
Plus d'un décès d'enfants	1,404	0,996 - 1,978	1,421	0,703 - 2,871
Nombre d'enfants survivants	*			
Aucun enfant survivant	0,468*	0,311 - 0,704	1	1
1 à 3 enfants survivants	1	1	1,632	0,737 - 3,612
4 à 6 enfants survivants	1,235	0,837 - 1,822	4,010	1,186 - 13,561
7 enfants survivants ou plus	0,801	0,438 - 1,464		
Niveau d'instruction de la femme				
Sans niveau d'instruction	1	1	1	1
Primaire	1,038	0,847 - 1,271	0,799	0,566 - 1,130
Secondaire et plus	0,857	0,485 - 0,515	0,595	0,286 - 1,237
Occupation de la femme	*			
Inactive	0,585*	0,398 - 0,862	1,333	0,657 - 2,702
Agricultrices	1	1	1	1
Commerce/Autre secteur informel	0,728	0,372 - 1,424	0,769	0,321 - 1,844
Cadres	1,355	0,707 - 2,596	1,072	0,511 - 2,251
Autres activités	1,176	0,049 - 28,522	1,281	0,165 - 9,939
Exposition aux médias				
Exposition faible	1,045	0,850 - 1,285	1	1
Exposition moyenne	1	1	0,953	0,645 - 1,408
Exposition élevée	0,934	0,624 - 1,399	0,798	0,319 - 1,992
Exposition aux messages de PF	*		*	
Informée de la PF	0,779*	0,638 - 0,951	0,433*	0,296 - 0,634
Non informée de la PF	1		1	
État gestationnel	*		*	
Enceinte	0,279*	0,215 - 0,361	0,015*	0,007 - 0,031
Non enceinte	1		1	
État vis-à-vis de l'aménorrhée	*		*	
En aménorrhée	0,366*	0,296 - 0,454	0,066*	0,038 - 0,114
Pas en aménorrhée	1		1	
Visite par un agent de PF dans les 12 derniers mois				

Variables et modalités	2010		2017	
	OR	**IC 95%**	**OR**	**IC 95%**
A été visitée	0,811	0,524 - 1,256	0,729	0,347 - 1,533
N'a pas été visitée	1		1	
Connaissance d'au moins une source de contraceptifs	*		*	
Connait au moins une source	1		1	
Ne connait aucune source	1,572*	1,231 - 2,007	0,636*	0,422 - 0,958
VARIABLES RELATIVES AUX CARACTERISTIQUES DU MENAGE				
Niveau de vie du ménage				
Pauvres	1	1	0,697	0,448 - 1,085
Niveau de vie moyen	1,042	0,820 - 1,323	0,921	0,580 - 1,463
Riches	1,228	0,976 - 1,545	1	1
Age du conjoint	*		*	
Jeunes	0,577*	0,430 - 0,768	0,250*	0,146 - 0,429
Adultes	1	1	1	1
Âgés	1,162	0,907 - 1,488	1,925*	1,212 - 3,060
Niveau d'instruction du conjoint				
Sans niveau d'instruction	0,973	0,801 - 1,182	1,177	0,828 - 1,672
Primaire	1	1	1	1
Secondaire et plus	0,925	0,590 - 1,451	1,328	0,716 - 2,464
Occupation du conjoint				
Inactifs	1,452	0,559 - 3,776	1,025	0,472 - 2,224
Agriculteurs	1	1	1	1
Commerce/Autre secteur informel	1,252	0,886 - 1,770	1,359	0,842 - 2,193
Cadres	1,158	0,895 - 1,498	1,072	0,669 - 1,718
Autres activités	1,514	0,545 - 4,205	1,946	0,626 - 6,048
Désir d'enfants du mari			*	
Désire le même nombre d'enfants que la femme	1	1	1	1
Désire plus d'enfants que la femme	1,267	0,992 - 1,617	0,937	0,632 - 1,389
Désire moins d'enfants que la femme	1,014	0,774 - 1,329	0,630*	0,413 - 0,961
Appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse des rapports sexuels	*			
Fondée	1,226*	1,026 - 1,466	0,868	0,633 - 1,191
Non fondée	1		1	
VARIABLES RELATIVES AUX CARACTERISTIQUES DE LA COMMUNAUTE				
Région de résidence	*		*	
Nord	0,431*	0,304 - 0,611	0,333*	0,193 - 0,573
Centre-Est	1	1	1	1
Ouest	1,316	0,927 - 1,868	1,052	0,579 - 1,914
Sud	0,922	0,654 - 1,301	1,671	0,966 - 2,890
Bujumbura Mairie	1,497	0,661- 3,392	0,777	0,248 - 2,439
Milieu de résidence				
Urbain	0,887	0,463 - 1,700	1,107	0,508 - 2,410
Rural	1	1	1	1
Religion de la femme dans la communauté	*		*	
Catholiques	1	1	1	1
Protestantes	1,676*	1,364 - 2,059	4,485*	2,985 - 6,741
Musulman	1,373	0,673 - 2,802	0,602	0,224 - 1,622
Adventistes/Témoins de Jéhovah	1,084	0,600 - 1,957	3,220*	1,315 - 7,883
Autres religions	1,149	0,649 - 2,033	0,319	0,101 - 1,005

Variables et modalités	2010		2017	
	OR	**IC 95%**	**OR**	**IC 95%**
* : p<0,05				

Source : Auteur, exploitation des données des EDSB 2010 & 2016-2017

IV.3.2.3. Discussion des résultats

Par l'étude de l'influence du niveau de vie du ménage sur l'intention des femmes burundaises d'utiliser la contraception moderne, ce travail cherchait à vérifier la validité de la théorie de flux intergénérationnels des richesses. Les résultats de l'étude montrent que le niveau de vie du ménage n'influence pas significativement le risque de non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes de 15-49 ans en union au Burundi (p>0,05). Malgré la baisse du niveau de vie et la chute du pouvoir d'achat de la population, cette pauvreté n'explique pas la non-intention de la pratique contraceptive.

Pourtant, des résultats contraires, notamment ceux qui ont montré une probabilité de non-intention contraceptive plus élevée chez les femmes issues des ménages pauvres que chez celles des ménages de niveau de vie moyen ou élevé ont été trouvés dans certaines études. Dibaba (2009), Schaalma et al. (2009) et de Tiruneh et al. (2016) convergent à montrer que les femmes des ménages pauvres sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention contraceptive que celles des ménages de niveau de vie élevé. Machiyama et Cleland (2013) ont aussi trouvé que les femmes des ménages les plus pauvres sont plus susceptibles d'avoir un besoin non-satisfait en PF sans accès ni attitudes positives envers la contraception. C'est avec les résultats allant dans ce sens que l'hypothèse de flux intergénérationnels des richesses peut être avancée. Ces ménages de niveau de vie faible, n'ont pas la préoccupation de limiter les naissances pour avoir l'intention de recourir à la contraception. Les femmes préfèrent accueillir l'enfant comme un don de Dieu, tout comme la richesse n'est pas leur prédilection (Caldwell, 1976 ; Manirakiza, 2008 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019).

Par contre, dans les études d'Ahuja et al. (2020), de Babalola et al. (2015) et de Lemessa et Wencheko (2014), menées en milieu rural éthiopien, au Ghana, au Nigeria et au Kenya, les femmes issues des ménages de niveau de vie élevé se montrent réticentes vis-à-vis de la contraception que celles issues des ménages de niveau de vie faible. Dans ce cas, deux hypothèses peuvent être avancées : celle de l'effet de seuil du niveau de vie et celle du poids des facteurs culturels. Dans le premier cas, les femmes de niveau de vie moyen dont la couverture en besoins vitaux est assurée, sans pensées particulières sur la qualité des enfants, ne se préoccupent pas de la planification familiale (Doliger, 2008 ; Leridon, 2015 ;

Nganawara, 2017). C'est par exemple le cas d'une génération de Thaïlandaises-musulmanes nées entre 1982 et 1997 au sein de laquelle le revenu d'au moins 30 000 bahts, les possibilités d'emploi et le sentiment d'avoir de l'aide pour s'occuper des enfants augmentaient de 8,89 fois la tendance de faire encore d'enfants (Smuseneto, 2019). Cependant, l'effet de seuil ne suffit pas pour expliquer la non-intention contraceptive parce que, si l'on tenait à la théorie de la nouvelle économie familiale, les femmes vivant dans les ménages de niveau de vie élevé préfèreraient investir dans la qualité que dans le nombre d'enfants (Doliger, 2008 ; Leridon, 2015 ; Nganawara, 2017). Ainsi, le niveau de vie du ménage, seul, ne suffirait pas pour expliquer la non-intention contraceptive des femmes issues des ménages de niveau de vie élevé. D'autres facteurs d'ordre socio-culturel doivent être pris en compte.

C'est pour cette raison que d'autres facteurs doivent être mobilisés au Burundi où le niveau de vie du ménage ne s'avère pas déterminant dans l'explication de la non-intention d'utiliser la contraception moderne. D'un côté, il s'agirait de l'esprit nataliste et de l'instinct d'extinction conséquent à la surmortalité infanto-juvénile qui a traumatisé l'âme du Burundais pendant longtemps (Manirakiza, 2008 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019). Dans cette étude, ce propos se justifierait par le fait que le nombre d'enfants survivants et le nombre d'enfants désirés restent significatives au seuil de 1% en 2010 et 2016-2017 et que les femmes dont le nombre d'enfants désirés ou survivants est élevé sont les plus susceptibles d'avoir la non-intention de recourir à la contraception moderne que les autres (Tableau 6.3). D'un autre côté, il s'agirait du poids de la communauté qui réprimande encore les comportements sexuels et reproductifs qu'elle juge non-conforme à la volonté divine. C'est ce qui justifierait la significativité de la religion dans la communauté où les femmes protestantes sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception que les femmes catholiques et celles des autres religions. En outre, la significativité de la région de résidence laisse penser au rôle majeur du poids de la communauté. Les femmes de la région du Nord sont 58,8% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles du Centre-Est et des autres régions au seuil de 1% (Tableau 4.4). Ainsi, on peut en déduire qu'en plus de la religion, il existe d'autres comportements sexuels et reproductifs qui varient en fonction de la région qu'il faut comprendre.

IV.3.2.4. Conclusion

Cette étude avait pour objectif de tester la validité de la théorie des flux intergénérationnels des richesses, en posant comme hypothèse que la non-intention

contraceptive des femmes en union est liée à la pauvreté des ménages qui espèrent assurer leur protection sociale par une descendance nombreuse. Les résultants de la régression logistique multiniveau montrent que le niveau de vie n'influence pas significativement la non-intention d'utiliser la contraception chez les femmes en union au Burundi. En effet, la pauvreté des ménages n'est pas la principale cause du désintéressement des femmes et que la théorie des flux intergénérationnels des richesses n'est pas confirmée dans ce contexte. Par contre, d'autres variables socio-culturelles, relatives à la fécondité se montrent fortement liées à ce phénomène. Ces résultats montrent que les couples Burundais ne comptent pas sur la descendance pour assurer leur troisième âge. Ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne relève donc d'un fond culturel qui honore une descendance nombreuse et/ou qui n'est pas favorable à l'utilisation de la contraception moderne. Ainsi, réussir le pari de la baisse de la fécondité pour parachever la transition démographique et atteindre les objectifs du développement durable passera par la conscientisation des couples sur la planification des naissances pour le bien-être des ménages et le développement durable.

Cette étude, en s'intéressant à l'application de la théorie des flux intergénérationnels des richesses à la non-intention contraceptive, offre une perspective d'analyse de l'influence du niveau de vie qui apparait peu dans la littérature. L'une des limites de l'étude réside dans l'opérationnalisation du concept de la pauvreté des ménages à travers la seule variable niveau de vie du ménage alors que d'autres variables non prises en compte (revenus ou dépenses des ménages, pauvreté subjective, etc.) pourraient être utilisées afin de mieux appréhender la non-intention d'utiliser la contraception moderne.

Enfin, en trouvant l'absence de l'influence significative du niveau de vie du ménage sur la non-intention contraceptive, cette étude montre que la pauvreté des ménages burundais ne saurait être avancée au premier plan comme facteur explicatif de ce phénomène et que d'autres facteurs, notamment socio-culturels, qui se sont montrés très significatifs, sont à prendre en compte. C'est pour cette raison que la suite de cette analyse explicative essaie d'explorer les dimensions qui touchent de plus en plus au contexte social, sans oublier l'offre des services de Planification Familiale.

IV.3.3.Influence du poids socio-culturel de la communauté

La classification des pays selon le stade atteint dans la transition démographique place les pays de l'Afrique subsaharienne parmi les pays à transition inachevée (David, 2015 ; Canning et al., 2016). Ayant connu la baisse progressive de la mortalité depuis les années de

1950, les pays de cette région du globe maintiennent une fécondité élevée et la croissance démographique la plus rapide du monde. En effet, la fécondité y est d'environ 4,7 enfants par femme en 2017 contre 1,7 à 2,9 ailleurs, avec un accroissement annuel moyen de la population de 2,7% par an (contre 0,3 à 1,3% ailleurs). Cette croissance est le fruit d'un solde naturel extrêmement important dans un contexte de faible prévalence contraceptive (Tabutin & Schoumaker, 2020).

Au Burundi, le niveau de la fécondité est estimé à 5,5 enfants par femme en 2017 après avoir été de 6,4 enfants par femme en 2010. L'accroissement annuel moyen a été de 2,4% par an entre 1990 et 2008 (ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017). Pour atteindre les objectifs nationaux de développement, le Burundi entend réduire la fécondité jusqu'à 3 enfants par femme et maîtriser la croissance jusqu'à un accroissement annuel moyen de 2% à l'horizon 2027 (République du Burundi, 2018). Avec une prévalence contraceptive très faible chez les femmes en union (29% en 2017), l'atteinte de ces objectifs suppose son augmentation annuelle de 1,5%. Or, cet accroissement n'est que de 0,5% (Kamuragiye & Buzingo, 2019). Plus encore, les intentions des femmes vis-à-vis de l'utilisation ultérieure de la contraception contrastent avec cette attente : de 66% en 2010, leur niveau avait régressé de 13% pour n'être que de 53% en 2017 (ISTEEBU & ICF International, 2012, 2017).

Selon les théories micro-économiques de la fécondité, la situation de pression démographique sur les besoins vitaux qui résulte de cette non-maîtrise de la fécondité aurait déjà conduit à l'adoption massive de la contraception (Becker, 1960 ; Doliger, 2008 ; Easterlin, 1975, 1987 ; Leridon, 2015). Cependant, malgré la présence des programmes de planification familiale au Burundi depuis la décennie 1980 et la volonté exprimée par le gouvernement de promouvoir la pratique contraceptive pour atteindre les objectifs de développement, le niveau de celle-ci chez les femmes en union reste faible. En outre, les intentions déclarées par ces femmes vis-à-vis de la contraception moderne s'estompent.

Ces données convergent avec le contexte global de l'Afrique pour lequel Wakam (1994) a rejeté la pertinence des thèses économistes de fécondité tout en proposant d'interroger les facteurs culturels. D'ailleurs, nombreux sont les auteurs qui montrent les changements de fécondité qui se sont opérés en dehors du cadre de la croissance économique qui a prévalu en Occident (Bella, 2001 ; Piché & Poirier, 2002 ; Delaunay et al., 2008 ; Gendreau, 2014). Pour Gendreau (2014), il s'agit de l'instruction et le travail des femmes qui ont été à la base de l'utilisation massive de la contraception et de la baisse de la fécondité en

Asie de l'Est et du Sud-Est. Simons (2014) quant à lui montre la prévalence de la religion qui agit comme variable autonome, mais aussi comme médiateur d'autres facteurs.

Dans cette étude des facteurs de cette non-intention d'utiliser la contraception moderne où le niveau de vie ne se montre pas pertinent, on se demande si celle-ci n'est pas imputable au poids socio-culturel de la communauté.

IV.3.3.1. Hypothèse spécifique

En prenant la religion comme variable opérationnelle des influences socio-culturelles de la communauté, cette recherche postule que cette dernière explique significativement la non-intention de la contraception moderne. Ainsi, nous postulons que *les femmes protestantes sont les plus enclines à ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles des autres religions*.

IV.3.3.2. Résultats

Dans la partie fixe des modèles finaux, les résultats montrent que la religion influence significativement le risque de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne en 2010 et 2016-2017. En effet, les femmes protestantes étaient 1,68 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que les femmes catholiques en 2010. En 2016-2017, les femmes protestantes et adventistes/témoins de Jéhovah étaient respectivement 4,49 fois et 3,22 fois plus susceptibles de ne pas avoir cette intention que les catholiques. Les femmes des autres religions étaient 70% moins susceptibles de se retrouver dans cette situation que les catholiques. Il importe de signaler aussi que parmi les variables d'influence communautaire, la région de résidence a toujours un effet significatif sur le risque de non-intention contraceptive. Les femmes du Nord étaient 56,93% et 66,71% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention contraceptive que celles du Centre-Est et des autres régions, en 2010 et 2016-2017, respectivement (Tableau 4.4 ; Annexe 4.1).

IV.3.2.3. Discussion des résultats

Cette partie de l'étude avait l'objectif de montrer le rôle du poids socio-culturel de la communauté dans l'explication de la non-intention de contraception moderne qui monte d'ampleur chez les femmes en union au Burundi. Les résultats montrent que la religion a, comme attendu, un effet significatif sur le risque de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union au seuil de 1% ($p<0,001$). Les femmes protestantes sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception

moderne que les catholiques. On notera aussi que les femmes adventistes et les témoins de Jéhovah sont aussi les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention de recourir à la contraception moderne. On conclut ainsi que la religion est un facteur socio-culturel qui explique les différences d'intention de recours à la contraception moderne au Burundi.

Ailleurs, les résultats qui associent la religion aux intentions contraceptives ont été trouvés au Bangladesh rural, en Ethiopie, au Ghana, au Kenya et au Nigéria. En étudiant les facteurs de risque et de prédiction de l'intention d'utiliser la contraception chez les femmes au Ghana, Ahuja et al. (2020) trouvaient que les femmes musulmanes étaient 1,21 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention et que les catholiques en étaient 14% moins susceptibles. En Éthiopie, l'étude de Tiruneh et al. (2016) montrait que les musulmanes, les protestantes et celles des autres religions étaient respectivement 64%, 45% et 46% moins susceptibles d'avoir l'intention de recourir à la contraception que les orthodoxes. Dans le monde rural du même pays (Ethiopie), Lemessa et Wencheko (2014) ont observé que les musulmanes étaient 38% moins susceptibles de désirer de limiter les grossesses que les protestantes et les orthodoxes.

Bien que ces études ne discutent pas profondément du rôle de la religion comme un facteur déterminant du poids socio-culturel de la communauté, il importe de revenir sur certaines considérations religieuses que certains auteurs imputent à la religion. Dans leur étude, Tiruneh et al. (2016) soutenaient que la non-intention des femmes musulmanes tenait aux normes et aux principes de leur religion qui encourage les familles nombreuses. Ahuja et al. (2020) ont observé en outre que le fait de tenir fermement aux croyances religieuses affectait négativement l'intention de recourir à la contraception moderne. Ils n'écartent pas aussi les idées reçues dans les sociétés musulmanes du Ghana selon lesquelles l'utilisation de la contraception indique l'infidélité de la femme.

Au Burundi, il est question de croyances religieuses qui trouvent le fondement dans des doctrines qui s'opposent catégoriquement à la contraception moderne. En effet, le positionnement de certaines églises protestantes contre toute forme de contraception fait que leurs adeptes soient les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention de l'utiliser. En outre, même si les femmes catholiques sont présentées comme les plus adhésives, il importe de noter que la doctrine catholique n'admet pas les méthodes modernes (Nkunzimana et al., 2021 ; Schwarz et al., 2021). Les femmes, sinon les couples, sont ainsi emportées dans une dynamique d'obéissance aux prédications des leaders d'opinion. Si les femmes catholiques

sont les plus susceptibles d'avoir l'intention de recourir à la contraception et/ou de l'utiliser effectivement, il s'agit de l'effet de l'instruction qui est le plus élevée chez elles que celles des autres religions.

IV.3.2.4. Conclusion

Cette recherche avait pour objectif de vérifier l'influence du poids socio-culturel de la communauté à travers la religion sur la non-intention contraceptive chez les femmes de 15-49 ans au Burundi. Les résultats montrent que les femmes des religions protestantes, les adventistes et les témoins de Jéhovah sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que les catholiques.

Ces résultats montrent que le poids culturel de la communauté, dominée par les croyances religieuses, restent au-delà des initiatives individuelles des femmes et/ou des couples dans la décision de planification familiale. La religion catholique n'étant pas favorable à la contraception moderne, le fait que les femmes catholiques soient les moins susceptibles de ne pas avoir l'intention de l'utiliser révèle une autre dimension socio-culturelle. Les femmes catholiques, majoritairement instruites prennent la décision d'utiliser la contraception pour les avantages qu'elles y perçoivent, indépendamment de la religion. Ces résultats confortent notre hypothèse. Le poids socio-culturel de la communauté, matérialisé par religion, détermine les comportements sexuels et reproductifs des femmes dont l'intention contraceptive.

Comme limites de cette étude, on peut relever la saisie du poids socio-culturel par la seule variable « religion ». En effet, plusieurs personnes peuvent se réclamer de mêmes obédiences religieuses alors qu'elles n'ont ni les mêmes convictions ni les mêmes pratiques subséquentes. Ainsi, pour plus de précision, il serait important de saisir la religiosité, par laquelle se construirait, par agrégation au niveau de la communauté, les variables relatives à la proportion des femmes selon leur religiosité. Cette stratégie d'analyse permettrait de comparer les intentions contraceptives dans les communautés où la proportion des femmes d'une grande religiosité est élevée par rapport à celles où cette proportion est faible (Bringé & Golaz, 2017). En outre, les mythes et rumeurs, les fausses idées sur la contraception moderne, les interactions sociales (avis des membres de la famille et de l'entourage), etc. sont aussi des caractéristiques de la communauté qui sont souvent mobilisés (Meskele & Mekonnen, 2014 ; Babalola et al., 2015).

IV.3.4. Influence de l'offre des services de planification familiale

Pour expliquer l'adoption de la contraception et la baisse de la fécondité en Amérique du Nord, les mutations socio-économiques ont été les principaux facteurs mis en évidence (Becker, 1960 ; Easterlin, 1975, 1987). Dans le contexte africain et d'autres pays pauvres, certains auteurs vont réfuter cette thèse économiste de la baisse de la fécondité, la plupart des changements observés s'étant effectués dans un contexte économiquement instable, sinon de pauvreté (Wakam, 1994). Récemment, avec l'évolution démographique des pays qui ont effectué les transitions les plus courtes, des auteurs ont montré que ce sont les politiques de population qui ont été les plus influentes (Bianco & Chang-Ming, 1989 ; Bella, 2001). Sans renier la part des facteurs socio-économiques et culturels, ces chercheurs ont montré que l'offre des services de planification familiale est un facteur important de recours à la contraception et de la baisse de la fécondité (Bianco & Chang-Ming, 1989 ; Bella, 2001 ; N'Bouke, 2011 ; Ngo Mayack, 2017 ; Rwenge & Kanambaye, 2019). Malgré cette thèse de l'offre comme facteur de maîtrise de la fécondité, d'autres auteurs n'excluent pas que l'offre, quand elle n'est pas adéquate à la demande ou de mauvaise qualité, produit un résultat contraire à l'effet attendu (Bertrand et al., 1994 ; Fassassi, 2007).

Pour le Burundi qui compte parmi les pays à transitions inachevées (Canning et al., 2016 ; David, 2015 ; Gendreau, 2014 ; ISTEEBU, 2019 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019), la fécondité au Burundi devait avoir déjà suivi la tendance de la mortalité qui a chuté depuis la 1ère moitié du XXème siècle. Effectivement, le mouvement de baisse a été déjà enclenché depuis la décennie 1970, mais on observe toujours un déphasage entre l'accroissement de la population, essentiellement naturel, et les ressources disponibles, avec un taux d'accroissement annuel moyen de la population de 2,4% et une fécondité de 5,5 enfants par femme (BCR, 2011 ; ISTEEBU & ICF International, 2017).

Cette étude cherche à comprendre si l'offre des services de planification familiale compte parmi les éléments qui incitent ou non ladite intention. L'offre des services de planification familiale est comprise comme l'ensemble des éléments du cadre légal et juridique favorable à la PF, des politiques et programmes de PF élaborés et mis en œuvre, la disponibilité et l'accessibilité financière et spatiale des services de PF ainsi que leur qualité (Rwenge & Kanambaye, 2019). Pour cette étude, l'offre des services de PF est considérée comme l'ensemble des actions menées par les acteurs politiques et sociaux pour favoriser/stimuler l'adhésion à l'utilisation de la contraception moderne. Ainsi, les variables

opérationnelles de l'offre seront l'exposition aux messages de PF, la réception d'au moins une visite des agents de PF pendant les 12 mois ayant précédé la collecte des données et la connaissance d'au moins une source de méthodes contraceptives modernes.

IV.3.4.1. Hypothèse spécifique

L'étude suppose que les femmes qui ne sont pas exposées aux messages de PF, qui n'ont pas reçu de visite d'un agent de PF au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et qui ne connaissent pas au moins une source de contraceptifs modernes sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne.

IV.3.4.2. Résultats

La partie aléatoire des modèles complets présente les variables selon leur influence ou non sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Parmi les trois variables opérationnelles de l'offre, deux ont un effet significatif au seuil de 5% sur le risque de non-intention d'utiliser la contraception moderne. Il s'agit de l'exposition aux messages de PF et de la connaissance d'au moins une source de contraceptifs. Les femmes exposées aux messages de PF étaient 22,1% et 56,7% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention, en 2010 et en 2016-2017, respectivement. Bien que les différences observées ne soient pas statistiquement significatives au seuil de 5%, les femmes qui avaient reçu au moins une visite d'un agent de PF étaient 18,9% et 27,1%. Concernant, les sources de contraceptifs, les résultats montrent que les femmes qui ne les connaissaient pas étaient 1,572 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles qui en étaient au courant en 2010. Cependant, les résultats se montrent contradictoires pour les données de 2016-2017 où les femmes qui ne connaissent pas la contraception sont 36,4% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention (Tableau 4.4 ; Annexe 4.1).

IV.3.4.3. Discussion des résultats

Dans cette étude, il était question de montrer l'influence de l'offre des services de PF sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne. L'analyse montre que les deux des trois variables opérationnelles de l'offre étudiée influencent significativement la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Il s'agit de l'exposition aux messages de PF et la connaissance d'au moins une source de méthodes contraceptives.

Concernant l'exposition aux messages de PF, les femmes qui y sont exposées se montrent 22,1% et 56,7% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la

contraception, en 2010 et 2016-2017, respectivement. En outre, les femmes visitées par un agent de PF étaient 18,9% et 27,1% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention aux deux dates. Ces résultats qui mettent en exergue l'importance des campagnes de sensibilisation sur la PF et des visites des agents de PF au niveau des ménages corroborent bien ceux d'autres études. On citera entre autres l'étude de Tiruneh et al. (2016) menée en Ethiopie dont les résultats montrent que les femmes visitées par un agent des services de PF étaient 1,66 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne. La même étude montre que les femmes qui avaient parlé avec un facilitateur de soins étaient 1,34 fois plus susceptibles d'avoir cette intention que celles qui n'avaient pas eu cette occasion. Udomboso et al. (2015), en étudiant les facteurs bio-sociaux de l'intention contraceptive, trouvaient que les femmes mariées exposées aux médias étaient 1,27 fois plus susceptibles d'avoir cette intention que les autres au Nigeria. Ils trouvaient aussi que les femmes visitées par un agent de santé avaient 2,01 fois la chance d'avoir les intentions contraceptives que les autres au Nigeria.

A côté de ces résultats qui montrent le rôle des médias et de la sensibilisation par les agents de PF dans la vulgarisation de la contraception, la connaissance des sources de méthodes de contraception semble aussi avoir un effet positif sur la prévalence de l'intention contraceptive. En effet, les femmes qui ne connaissaient aucune source d'approvisionnement en contraceptifs étaient 1,572 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne en 2010. Ces résultats se rapprochent de ceux d'Agha (2010) selon lesquels les femmes qui avaient des facilités d'accès aux méthodes de choix aux services offerts par le personnel compétent étaient 1,82 ; 1,48 et 1,57 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser, respectivement, les méthodes hormonales, le DIU et la stérilisation féminine. De même, Magnani et al. (1999) ont trouvé un effet significativement positif du nombre d'infirmières et du niveau de formation du personnel soignant en PF à la clinique publique la plus proche sur l'intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes au Maroc. Udomboso et ses collègues (2015) trouvaient que les femmes qui manquaient d'accès aux contraceptifs restaient à leur soif de les utiliser 2,01 fois et 2,29 fois de plus que celles qui n'avaient pas ce manque, au Nigeria et au Ghana, respectivement. Ces résultats montrent que la qualité de l'offre des services de PF améliore l'intention de contraception et leur utilisation accrue passerait par cette voie.

Cependant, les résultats selon lesquels les femmes qui ne connaissaient aucune source de méthodes contraceptives étaient 36,4% moins susceptibles de ne pas avoir

l'intention d'y recourir remettent en cause les données de la sensibilisation par les médias et les visites. En effet, la médiatisation des services de PF par la radio, la TV, les journaux et, récemment par les messages téléphoniques, de même que les visites à domicile des agents sanitaires, etc. ont pour but d'améliorer la connaissance, l'intention et l'utilisation effective de la contraception (Bella, 2001 ; Rwenge & Kanambaye, 2019). Si les femmes qui connaissent les sources d'approvisionnement en contraceptifs sont celles qui ont la grande probabilité de ne pas vouloir les utiliser, il se pose un problème fondamental qui nécessite une compréhension du phénomène au-delà de l'offre. D'autres facteurs que la littérature associe à la non-intention contraceptive comme la peur des effets secondaires (Udomboso et al., 2015), les mythes et rumeurs autour de la contraception (Babalola et al., 2015), les rapports de genre dans le couple et les relations de la femme avec son entourage (Agha, 2010 ; Eliason et al., 2013) doivent être mobilisés pour une compréhension holistique du phénomène.

IV.3.4.4. Conclusion

Cette section de cette étude avait pour objectif de montrer l'influence de l'offre des services de PF sur le phénomène étudié. Il en résulte que les facteurs de l'offre influencent significativement ladite non-intention. Les résultats obtenus permettent de valider notre hypothèse. L'exposition aux messages de PF permet aux femmes de ne pas avoir un risque élevé de la non-intention contraceptive, tout comme la réception d'une visite d'agents de PF. Bien que la connaissance des sources d'approvisionnement en contraceptifs se montre parfois comme un facteur qui accroit la probabilité de ne pas avoir la non-intention de contraception, les résultats selon lesquels les femmes sans connaissance de ces sources ne sont pas aussi les plus sujettes à cette non-intention montrent qu'au-delà de l'offre se trouve d'autres dimensions du contexte social à mobiliser pour une compréhension holistique.

Mise à part que cette étude n'avait pas encore été réalisée dans le contexte burundais, il convient de noter que la manière de combiner plus d'une dimension pour opérationnaliser l'offre donne la possibilité de bien cerner l'influence des interventions menées en matière de PF. Comme limites, cette étude n'utilise pas certaines dimensions de l'offre comme l'accessibilité géographique et financière des méthodes contraceptives, la disponibilité et la qualité du personnel chargé de la PF, etc. qui se montrent aussi explicatif des intentions étudiées. En outre, il convient de ne pas oublier que certains aspects psycho-sociaux comme la manière dont la qualification du personnel de soins affecte leurs prestations et les intentions y relatives se saisirent mieux dans une approche qualitative. L'observation

participante dans les structures de soins ou les entretiens individuelles avec les femmes reçues dans les structures de soins seraient des approches à privilégier pour mieux cerner ces aspects.

IV.3.5. Influence des rapports de genre

Pendant que les auteurs d'Amérique du Nord attribuaient la baisse de la fécondité à la hausse du niveau de vie, Caldwell (1976) montrait que cette dernière ne pouvait expliquer le niveau de fécondité que par les flux intergénérationnels des richesses dans le contexte africain. Pour lui, la forte fécondité de l'Afrique était liée aux avantages attendus d'une descendance nombreuse par les parents. En 1994, Wakam a rejeté catégoriquement les thèses « économistes » de fécondité, la plupart des changements observés en matière de fécondité s'étant opérés dans un contexte de stagnation, sinon de récession, économique. Ainsi, il recommandait la mobilisation des facteurs socio-culturels, trouvant que la baisse observée dans certains pays africains aurait été le fruit de l'instruction des femmes et l'ouverture à la modernité (Wakam, 1994).

C'est certainement dans le prolongement des approches socio-culturelles de la fécondité que se place le féminisme et l'approche genre. En effet, avec les préoccupations d'égalité de genre, nombre d'auteurs proposent de chercher à comprendre la fécondité par le statut socio-économique de la femme (Mason, 2014 ; Leridon, 2015). Certains auteurs attribuent d'ailleurs la forte fécondité de l'Afrique aux inégalités de genre (Zavala de Cosio, 2007; Nouhou, 2016 ; Millogo et al., 2018 ; Millogo, 2020). En fait, l'ensemble des études du genre évalue la capacité de la femme à pouvoir influencer la fécondité. Comme le signale Adjamagbo et Locoh, les variables souvent mises en contribution sont celles relatives à l'autonomie des femmes (Adjamagbo & Locoh, 2015). Les enquêtes saisissent la capacité pour une femme de discuter avec son conjoint et de décider de la taille du ménage, du nombre d'enfants à mettre au monde, de l'utilisation de la contraception, etc. A la question de genre touchant à l'autonomisation socio-économique de la femme, on associe aussi les caractéristiques socio-économiques de la femme et de son conjoint comme le niveau d'instruction et l'occupation socio-professionnelle (Adjamagbo, 2001 ; Tichit, 2001 ; Mason, 2014 ; Millogo et al., 2018).

Dans les études de l'intention d'utiliser la contraception moderne, les rapports de genre sont aussi retenus pour expliquer les intentions déclarées par les femmes en matière de Planification Familiale (PF). On notera par exemple l'attitude du mari vis-à-vis de la contraception analysée au Ghana (Eliason et al., 2013 ; Ahuja et al., 2020) et dans la ville

d'Adigrat, au Nord de l'Ethiopie (Gebremariam & Addissie, 2014). La discussion de la taille de la famille entre les conjoints est mobilisée dans les travaux menés au Maroc (Curtis & Westoff, 1996) et au Nord de l'Ethiopie (Meskele & Mekonnen, 2014). L'implication du mari/partenaire dans la prise de décision en matière de soins de santé de la femme ou de PF sur l'intention de cette dernière d'utiliser les contraceptifs a été examiné au Mozambique et en Jordanie (Mboane & Bhatta, 2015 ; Sara, 2020). Parmi les variables relatives à l'autonomie de la femme, il faut mentionner le niveau d'instruction (Dibaba, 2009 ; Negewo, 2010 ; Callahan & Becker, 2013;Machiyama & Cleland, 2013 ; Meskele & Mekonnen, 2014 ; Ahuja et al., 2020) et l'occupation (Gebremariam & Addissie, 2014 ; Murshid & Ely, 2016 ; Tiruneh et al., 2016 ; Tegegne et al., 2022) de la femme.

Face à la baisse manifeste du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne qui passe de 66% à 53% dans un contexte qui nécessite l'augmentation de la prévalence contraceptive, cette étude analyse l'influence des rapports de genre à travers les variables relatives au désir d'enfants du mari et à l'appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse des rapports sexuels. En outre, le niveau d'instruction de la femme et son occupation, qui contribuent à son autonomie sont aussi pris en considération dans cette analyse.

IV.3.5.1. Hypothèse spécifique

L'hypothèse qui guide cette recherche est que les femmes dont les maris désirent plus d'enfants qu'elles sont plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles dont les maris désirent autant ou moins d'enfants qu'elles. En outre, les femmes qui trouvent que l'action de battre sa femme quand elle refuse les rapports sexuels est fondée sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que leurs congénères. Enfin, les femmes sans niveau d'instruction, celles inactives ou agricultrices sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception que les autres.

IV.3.5.2. Résultats

Les résultats montrent qu'en 2010, il n'y avait pas de différence significative entre les femmes dont les maris désiraient le même nombre d'enfants qu'elles et celles dont les maris désiraient plus d'enfants ou moins qu'elles en ce qui concerne la non-intention d'utiliser la contraception moderne. De même, en 2017, il n'y avait pas de différence entre les femmes

dont les maris désiraient le même nombre d'enfants qu'elles et celles dont les maris désiraient plus d'enfants. Cependant, les femmes dont les maris désiraient moins d'enfants qu'elles étaient 37% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles dont les maris désiraient le même nombre d'enfants qu'elles (Tableau 4.3).

Quant à l'appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse des rapports sexuels, les femmes qui trouvaient que cette action est fondée étaient 1,226 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles qui la trouvaient non-fondée en 2010. Cependant, la liaison avait perdu de significativité en 2017 et aucune différence significative ne s'observait entre les deux catégories de femmes.

Concernant les variables relatives à l'autonomisation des femmes, les résultats montrent qu'il n'y a aucune différence significative entre les femmes sans niveau d'instruction et celles de niveau primaire ou secondaire/plus en 2010 et 2016-2017 ($p>0,05$) en matière de non-intention contraceptive. Concernant l'occupation socio-professionnelle de la femme, il semble ne pas y avoir de différence significative entre les femmes des différentes catégories socio-professionnelles en matière de non-intention contraceptive ($p>0,05$). Ce n'est qu'en 2010 que les femmes inactives se montraient 41,5% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que les agricultrices et d'autres (Tableau 4.4).

IV.3.5.3. Discussion des résultats

Cette section de l'étude avait pour objectif de vérifier si les rapports de genre expliqueraient la non-intention d'utilisation de la contraception moderne dans le contexte de sa baisse et de faible prévalence contraceptive. Les résultats montrent que le désir d'enfants du mari n'a pas une influence significative sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne au Burundi en 2010 au seuil de 5%. Par contre, ce facteur a un effet significatif en 2016-2017. Les femmes dont les maris désiraient moins d'enfants étaient 37% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles dont les maris désiraient le même nombre d'enfants ou plus qu'elles.

Ces résultats permettent de valider notre hypothèse de départ à propos de cette variable et corroborent ceux des autres études. En effet, si l'on considère que, pour le mari, le fait de désirer moins d'enfants que sa femme constitue l'approbation de la pratique contraceptive que sa femme, ces résultats convergent avec ceux d'Ahuja et al. (2020) qui, en étudiant le risque et les facteurs de l'intention d'utiliser la contraception chez les femmes au

Ghana, ont montré que les femmes dont les maris s'opposaient à la contraception étaient 2,19 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'y recourir que celles dont les maris ne s'y opposaient pas. Aussi, Eliason et al. (2013), en étudiant les facteurs influençant l'intention des femmes rurales du Ghana à adopter la PF postpartum, ont trouvé que les femmes dont les partenaires approuvaient la PF étaient 3,2 fois plus susceptibles d'avoir l'intention étudiée que celles dont les partenaires étaient contre celle-ci. Dans la ville d'Adigrat (Tigray, Nord de l'Ethiopie), Gebremariam et Addissie (2014) ont aussi trouvé que les femmes dont les maris désapprouvaient les méthodes permanentes et à longue durée d'action (LAPMs) étaient 80% moins susceptibles d'avoir l'intention de les utiliser que celles dont les maris les approuvaient. Tous ces résultats confirment que l'approbation de la contraception par le conjoint/partenaire sexuel donne la latitude aux femmes de désirer d'y recourir.

Quant à l'appréciation par les femmes de l'action de battre sa femme quand elle refuse les rapports sexuels, les résultats montrent que les femmes qui trouvaient cette action fondée étaient 1,226 fois plus susceptibles de ne pas avoir l'intention contraceptive que celles qui la jugeaient non-fondée au seuil de 5% en 2010. Cependant, la liaison avait perdu de significativité en 2016-2017. On ne trouve pas de résultats comparables dans la littérature, mais si l'on rapproche l'action de battre sa femme quand elle refuse les rapports sexuels comme une preuve de l'absence de discussion entre les conjoints/partenaires à propos de la sexualité et de la PF, ces résultats corroborent les études menées au Maroc et au Sud de l'Ethiopie. En effet, les femmes marocaines qui avaient la latitude de discuter de la taille de la famille avec leurs maris étaient 1,45 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles qui n'en avaient pas (Curtis & Westoff, 1996). Aussi, dans une étude menée sur les facteurs influençant l'intention des femmes à utiliser les méthodes permanentes et à longue durée d'action dans la zone Wolaita au Sud de l'Ethiopie, les femmes qui vivaient dans les ménages où la décision concernant le nombre d'enfants se prenait entre les conjoints étaient 2,22 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles vivant dans les ménages où la décision était unilatéralement prise par le mari (Meskele & Mekonnen, 2014). En matière des rapports de genre, ces résultats montrent que la cohabitation dans une relation qui laisse la femme le choix de se prononcer lui donne la latitude de vouloir recourir à la contraception et la relation qui entrave la liberté de la femme donne l'effet contraire.

Parmi les variables qui concourent à l'autonomisation de la femme, le niveau d'instruction de la femme n'a pas un effet significatif sur les intentions contraceptives en

2010 et en 2016-2017. C'est seulement l'occupation socio-professionnelle qui explique la non-intention contraceptive en 2010. En effet, les femmes inactives étaient 41,5% moins susceptibles de ne pas avoir l'intention contraceptive que les agricultrices et d'autres catégories socio-professionnelles.

Ces résultats divergent avec la plupart des études qui incluent l'occupation socio-professionnelle comme facteur des intentions contraceptives. En effet, ces dernières ont montré que ce sont les femmes actives, avec un emploi rémunéré/rémunérateur qui sont plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne et, par opposition, les femmes inactives sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne (Negewo, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Murshid & Ely, 2016 ; Ahuja et al., 2020). Au Burundi, on pourrait croire que les femmes inactives n'ont pas de réticence contre la contraception parce qu'elles comprennent l'enjeu de la charge que représente un enfant, surtout dans un contexte de chômage et de pauvreté. Les contraintes économiques les amèneraient à une adhésion à la contraception comme les thèses économiques de fécondité le soutiennent (Becker, 1960 ; Easterlin, 1975, 1987). Cependant, la non-significativité du niveau de vie dans l'explication de la non-intention contraceptive empêche de tenir à cette affirmation (Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022b ; Tableau 4.4). Par ailleurs, la perte de la significativité de l'influence de l'occupation socio-professionnelle en 2016-2017 conforte cette position.

Bien que le niveau d'instruction élevé de la femme se soit montré comme un facteur explicatif des intentions de contraception (Negewo, 2010 ; Callahan & Becker, 2013 ; Meskele & Mekonnen, 2014 ; Ahuja et al., 2020), les résultats de cette étude ne permettent pas de conclure que le fait d'avoir fréquenté l'école permettrait à la femme d'avoir l'intention de recourir à la contraception.

Par contre, l'analyse des résultats dans leur globalité montre que la place donnée à la femme pour discuter de l'utilisation de la contraception et décider des rapports sexuels et du nombre d'enfants la rendrait plus encline à vouloir recourir aux méthodes modernes de PF. Ce n'est ni son niveau d'instruction ni son occupation socio-professionnelle qui la rendrait la plus libre de choisir d'utiliser la contraception. D'ailleurs, le système patriarcal du pays, couplé à la tradition qui donne au mari le rôle de chef ne donne pas encore assez de liberté à la femme quand il n'y a pas cette bonne pratique de consentement entre les conjoints. Dans les relations de genre, il s'agirait d'une bonne entente entre les deux qui donnerait de la chance à

l'adoption de la contraception. Dans le système normatif de la société burundaise, il s'agirait de l'ouverture à la modernité et aux valeurs qui donne la liberté de choix à la femme au-delà de l'instruction et de l'emploi (Hakizimana, 2000).

IV.3.5.4. Conclusion

Cette section de l'étude avait l'objectif de montrer l'influence des rapports de genre sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes de 15-49 ans en union entre 2010 et 2016-2017 au Burundi. Il résulte de l'analyse effectuée que quand le mari désire moins d'enfants que sa femme, celle-ci est moins susceptible de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne. En outre, les femmes vivant dans une relation où elles considèrent qu'être battue par son mari pour avoir refusé les rapports sexuels est un acte fondé sont plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles qui le trouve non-fondée. Le niveau d'instruction de la femme et son occupation socio-professionnelle n'ont pas d'effets significatifs sur le phénomène étudié.

Il ressort des résultats que la non-intention contraceptive des femmes est entretenue par les relations de couples qui ne donnent pas à la femme la liberté de discuter du nombre d'enfants à mettre au monde et de prévoir les rapports sexuels. Ils suggèrent ainsi l'ouverture des couples à des relations qui privilégient l'entente en ce qui est de la sexualité et la planification familiale. Les campagnes de sensibilisation pour le planning familial cibleraient donc les femmes de même que leurs conjoints.

La principale limite de cette étude est l'absence des variables relatives à la discussion entre les conjoints concernant la taille de la famille, la PF, l'utilisation des bien du ménage et de l'argent gagné par le mari et/ou femme. Les enquêtes ultérieures pourront les prendre en compte pour une meilleure compréhension du phénomène.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre avait pour objectif d'étudier les facteurs explicatifs de la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Loin de vouloir être exhaustif, cette étude des facteurs explicatifs a été envisagée à travers les théories et paradigmes socio-démographiques du moment.

Constatant un déphasage entre les objectifs nationaux de développement qui tablent sur la baisse de la fécondité et le niveau et la tendance de cette dernière, cette recherche vérifiait la validité de la théorie des flux intergénérationnels des richesses. Dans un contexte de pauvreté des ménages, l'hypothèse était que les femmes issues des ménages pauvres sont plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles issues des ménages riches. Les résultats, en montrant que le niveau de vie n'est pas associé à cette non-intention, montrent par contre que les données socio-culturelles seraient les plus déterminantes.

C'est pour cette raison que l'influence du poids socio-culturel de la communauté est analysée à travers la religion. Les résultats montrent que la religion influence significativement la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Les femmes des religions protestantes sont les plus susceptibles de ne pas avoir cette intention que les catholiques et les autres. L'autre paradigme qui a été exploré est celui de l'offre des services de PF. Les résultats montrent que les femmes exposées aux messages de PF, qui connaissent les sources de méthodes contraceptives, qui reçoivent les visites des agents de santé sont les moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne. En explorant les rapports de genre, les résultats montrent que les femmes qui vivent dans les ménages favorables à leur émancipation sont les plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que les autres.

En somme, ces résultats laissent constater qu'un système normatif défavorable à la contraception entretient la non-intention de recourir à celle-ci. L'offre des services de PF peut améliorer l'adhésion à la contraception, mais dans les relations de genre qui favorisent la pratique contraceptive.

Bien que ces résultats nous permettent de tirer ces conclusions, ils présentent encore quelques limites qu'il importe de relever. L'étude de l'influence du poids socio-culturel de la communauté sur le phénomène étudié repose sur la seule variable religion alors que d'autres

aspects socio-culturels importants comme les interactions sociales sont absents. L'étude de l'influence de l'offre sur la non-intention contraceptive s'est basée sur la connaissance et la sensibilisation, sans tenir compte des méthodes offertes et la gestion des effets qu'elles occasionnent. L'influence des rapports de genre a été appréhendée en l'absence de la variable relative à la discussion au sein du couple qui est une dimension non-négligeable de la participation de la femme à la prise de décision, y compris la contraception. En outre, les opinions et les attitudes des femmes concernant la contraception ne sont pas saisies dans les enquêtes démographiques et de santé.

Dans la suite de cette étude, il question de chercher à pallier à ces limites en recueillant des données complémentaires à travers une approche qualitative. Cette approche est la plus privilégiée pour saisir les opinions et les attitudes, de même que les interactions sociales.

* *

*

CHAPITRE V : ANALYSE DES OPINIONS, ATTITUDES ET INTERACTIONS SOCIALES EN DEFAVEUR DE L'INTENTION D'UTILISER LA CONTRACEPTION MODERNE AU BURUNDI

Les résultats présentés précédemment ne montrent pas suffisamment la part des opinions et des attitudes des femmes dans la non-intention contraceptive qui monte d'ampleur. Bien que les relations de genre soient déjà analysées, le rôle des interrelations sociales n'est pas aussi suffisamment renseigné. C'est pour tenter de combler ce manque que ce chapitre intervient. Comme il est déjà indiqué au chapitre 3, les opinions et les attitudes impliquent les croyances comme les interrelations sociales nécessitent l'expression de ceux qui maîtrisent le contexte social et culturel (De Loenzien, 2006 ; Ngo Mayack, 2017). Cette partie de l'étude privilégie l'approche qualitative. Ce sont les données qualitatives collectées qui permettent d'atteindre l'objectif visé. La démarche consiste d'abord à définir les aspects méthodologiques qui guident le traitement et l'analyse de ces données. Ensuite, les résultats sont présentés avant d'être confrontées à ceux des études antérieures.

V.1. Méthodologie

L'analyse des données qualitatives, qui se fait souvent par l'analyse du contenu, nécessite la transcription des données, la préparation d'une grille d'analyse, le codage des informations recueillies (Krippendorff, 2004). Les paragraphes suivants présentent les considérations méthodologiques qui ont guidé le processus de retranscription, de codage et d'analyse de données des groupes de discussion ou Focus Group Discussion (FGD).

V.1.1. Retranscription des données

Les analyses des données qualitatives recommandent la transcription mot par mot des propos recueillies pour avoir les données brutes de l'enquête (Auerbach & Silverstein, 2003 ; Gauthier, 2006 ; Larivière & Corbière, 2014 ; Paillé & Mucchielli, 2021). C'est ainsi que les enregistrements audios faits au moment de la descente sur le terrain ont été réécoutés et transcrits pour avoir le format directement accessible à l'analyse. Le format de transcription a suivi les quatre thèmes selon les dimensions de l'idéation (connaissances, opinions et attitudes, interactions sociales, mythes et rumeurs, auto-efficacité et contrôle du comportement perçu). Pour chaque question, la réponse d'une participante a été notée de façon thématique, avec le verbatim correspondant. La fiche de transcription devait permettre d'identifier la participante et sa prise de position vis-à-vis de la question posée pour permettre la codification et l'analyse (Annexe 5.2).

Comme le suggère Silverman (2000), la transcription a été faite à la main. C'est l'option la plus recommandée parce que la transcription, bien qu'elle soit un travail de longue haleine, permet de garder le maximum de contenus. Les autres méthodes comme la prise de notes pendant la collecte de données peuvent entrainer la perte de plus de 50% de l'information(Andreani & Conchon, 2005). La reconnaissance de voix par des logiciels ne pouvait pas être appliquée dans le contexte d'une langue de collecte, le Kirundi, qui n'est pas incorporée dans ces outils (Andreani & Conchon, 2005).

V.1.2. Codage de données

Le processus de transcription a continué par le codage des données. C'est une procédure qui consiste, à l'aide des thématiques abordées par le guide d'entretien, à repérer les sous-ensembles et les « sous-catégories » dans le texte transcrit (Olivier de Sardan, 2008 ; Larivière & Corbière, 2014 ; Dumez, 2016 ; Paillé & Mucchielli, 2021). Comme les thématiques sont déjà prédéfinies par les quatre dimensions de l'idéation, le codage a consisté à catégoriser, dans chaque thématique, les propos des participantes aux groupes de discussion en sous-catégories. Le codage était ainsi semi-ouvert, mais aussi semi-fermé. Il était semi-fermé parce que la structure du questionnaire elle-même obéissait à la logique des dimensions de l'idéation. Les réponses attendues devaient s'intégrer dans ce moule des quatre dimensions de l'idéation. Il était semi-ouvert parce que le codage des données à l'intérieur de chaque dimension a été faite *a posteriori* à la collecte et à la transcription des résultats (Andreani & Conchon, 2005)

V.1.3. Méthode d'analyse de données

Il existe deux principales techniques d'analyse de données qualitatives. Il s'agit de l'analyse du contenu et de l'interprétation des principaux résultats (Andreani & Conchon, 2005). L'interprétation des résultats consiste à expliquer les résultats synthétiques de l'étude et à donner la réponse à la problématique de recherche. Comme la présentation des résultats se veut détaillée, avec des verbatims pour illustrer les résultats, cette étude fait l'analyse du contenu.

Ayant transcrit les données suivant la thématique, l'analyse sémantique est privilégiée par rapport à l'analyse statistique. Contrairement à l'analyse statistique qui procède par le comptage des mots, des morceaux de phrases ou des catégories et leur analyse statistique, l'analyse de données qualitatives d'un point de vue sémantique examine le sens

des mots et des idées émises. Parmi les formes envisageables d'analyse sémantique (analyse empirique, analyse lexicale, analyse de l'énonciation), l'analyse empirique sera privilégiée (Andreani & Conchon, 2005).

L'analyse empirique du contenu est la forme traditionnelle de l'analyse de données qualitatives. Elle est basée sur la compréhension approfondie des données. Dans cette démarche, il s'agit de s'imprégner des données transcrites et d'en comprendre le sens et d'en creuser les idées. C'est une démarche qui comporte 4 étapes si elle était linéaire : d'abord la catégorisation du contenu, puis la synthèse des idées, ensuite la recherche des explications et enfin l'évaluation des idées clés et des facteurs qui les sous-tendent (Krippendorff, 2004 ; Andreani & Conchon, 2005 ; Ezzy, 2011 ; Krief & Zardet, 2013).

C'est donc ce processus qui est retenu pour l'analyse des données de cette étude. Il s'agit de relever les principales idées par thème avec les explications fournies. Ce sont ces idées qui seront discutées avec les résultats antérieurs pour dégager des conclusions. En outre, on fera appel à l'analyse de l'énonciation pour trancher les contradictions, les confusions, les réticences, les digressions, les illogismes, les précisions inutiles, les insinuations et les sous-entendus (Andreani & Conchon, 2005).

V.1.4. Outils d'analyse

Depuis la transcription jusqu'à l'analyse, le travail est principalement manuel. En effet, concernant la transcription suivant les dimensions de l'idéation, il a été décidément question de saisir à l'ordinateur le contenu primaire. Les données transcrites ont été imprimées sur les papiers pour exploitation. L'analyse empirique du contenu a consisté à souligner au stylo les principales sous-catégories, puis à les synthétiser. Les principaux éléments d'explication des résultats ont été aussi relevés par soulignement.

Faut-il préciser que le travail d'analyse des opinions, d'attitudes et d'interactions sociales a été principalement manuel, c'est-à-dire sans traitement statistique par un logiciel d'analyse (Andreani & Conchon, 2005).

V.2. Résultats

Comme il est précisé précédemment, l'analyse a consisté en une classification thématique des facteurs de la non-intention de recourir à la contraception moderne, évoqués par les participantes aux groupes de discussions. Ainsi, la restitution des résultats est faite par les quatre dimensions de l'idéation. Dans chaque dimension, les facteurs sont classés comme ils ont été rapportés.

V.2.1. Influence de la connaissance des méthodes de contraception moderne

L'idée de départ est que l'ignorance de l'existence, de l'action et de l'importance des méthodes contraceptives modernes est à la base de la non-intention de leur utilisation (Dibaba, 2009 ; Negewo, 2010 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Babalola et al., 2015). Ainsi, il a été demandé aux enquêtées si elles connaissaient les méthodes modernes de contraception.

Les résultats montrent que toutes les femmes enquêtées connaissent ces méthodes. En répondant, elles mentionnent les sources d'information, les voies d'approvisionnement et l'importance accordée à ces méthodes. Certaines mentionnent aussi certains aspects de la disponibilité des contraceptifs et la probabilité que ces derniers ont pour être utilisés.

Concernant les sources d'information, N.A.M., 40 ans, Gisuru, mentionne comme source les séances de sensibilisation qui ont lieu chaque matin avant le début des prestations dans les structures de soins ou les animations communautaires faites par les Agents de Santé Communautaires (ASCs). Pour elle, comme les humains sont susceptibles de tomber malades et que la plupart se font soigner dans les centres de soins, tout le monde doit être au courant de ces méthodes qui y sont enseignées. Elle précise en ces termes :

> « Nta muntu n'umwe atarwara canke ngo arwaze aje kwa muganga, kwa muganga hatangura inyigisho, abaremeshakiyago ni co batorewe ….Ni co gituma ntovuga kw'izo nyigisho ata muntu n'umwe atazizi. »
> [Personne n'est à l'abri de la maladie, tout comme personne ne peut échapper à la garde d'un sien à l'hôpital ; or c'est dans les centres de soins qu'ont lieu les sensibilisations ; par ailleurs c'est pour ça que les Agents de Santé Communautaires sont là …. C'est pourquoi je ne dirais pas qu'il n'ya quelqu'un qui ne connait pas les méthodes de contraception moderne].

N.C., 23 ans, Musigati, indexe toujours les séances de sensibilisation qui sont réalisées dans les centres de soins. Pour elle, personne ne dirait qu'elle ne connait pas ces méthodes parce que les séances tenues dans les centres de soins sont suffisantes pour amener celles qui le désirent à les utiliser. Pour N.V., 30 ans, Shombo, il peut y avoir des femmes qui

n'ont pas encore utilisé ces méthodes, mais il ne peut pas y avoir celles qui n'en ont pas encore entendu parler. N.S., 35 ans, Gisuru, mentionne les manuels des élèves de l'école secondaire pour montrer que les sources de connaissances des méthodes contraceptives sont diversifiées et que tout le monde doit être au courant de leur existence.

Ainsi, la connaissance de la contraception ne paraît pas comme un facteur de non-intention d'utiliser la contraception moderne dans le contexte burundais où plus de 97% des femmes déclarent avoir entendu parler d'au moins une méthode moderne de contraception (ISTEEBU & ICF International, 2017). C'est une conclusion qui est confortée par l'analyse quantitative de cette étude : la connaissance de la contraception n'a pas d'effet significatif associée sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne au seuil de 5%(Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022b).

V.2.2. Opinions et attitudes contre de la contraception moderne

A côté de la connaissance qui s'était montrée comme un facteur explicatif de la non-intention d'utiliser la contraception moderne, les femmes semblaient comprendre la nécessité de la pratique contraceptive. Cependant, un certain nombre de facteurs apparaissaient à la base des attitudes et opinions défavorables. A travers les réponses sur les questions concernant la nécessité des méthodes contraceptives modernes, les causes possibles de la non-intention contraceptive, on découvre des faits et des idées qui expliquent cette non-intention. On citera entre autres les effets secondaires vécus ou craints, la peur des effets secondaires vécus, l'absence des mécanismes de gestion des effets secondaires, les limites avérées des contraceptifs à éviter une grossesse supplémentaire, les opinions religieuses, les mythes et rumeurs.

V.2.2.1. Effets secondaires vécus et la peur de les vivre

Les effets secondaires vécus et la peur de les vivre comptent parmi les facteurs les plus déterminants des attitudes négatives vis-à-vis de l'intention de contraception. Ci-après suivent quelques propos des femmes qui ont vécu les effets secondaires.

N.C., 32 ans, Musigati, mentionne qu'après avoir essayé trois méthodes, elle n'a eu que des saignements et a dû abandonner. Elle s'exprime comme suit :

> « Jewe maze kugerageza uburyo butatu bwose : narakoresheje akagegene biranka, urushinge biranka, hama nkoresha akanyuzi ariko na ko nyene kamereye nabi kuko naca nguma mu bihe bidahera. Ubu rero narahevye vyose, kuko naguma meze nabi mu nda, inda ikavyimba,

> ntaho ntagiye kwa muganga biranka, mu nyuma ntangura gukama, kuza ndakama amaraso, burya nahavuye ndabihagarika, hama haheze nk'umwaka ndabihevye nca ndasama, n'ubu ndibungenze. »
> [J'ai déjà essayé trois méthodes sans succès : l'implant n'a pas bien marché de même que l'injectable et quand j'ai essayé le DIU, il m'a fait mal avec des menstruations sans arrêt. Maintenant, j'ai tout abandonné, parce que j'avais toujours mal au ventre, le ventre était toujours ballonné ; j'ai été partout dans les structures de soins, mais sans succès. Et puis j'ai connu l'anémie, et j'ai dû arrêter. Après une année, j'ai conçu et maintenant je suis enceinte. »]

N.J., 29 ans, Mabanda, jure aussi ne pas avoir l'intention de reprendre l'utilisation du stérilet, ayant expérimenté et vécu 6 mois de saignement. Il en est aussi le cas de N.G., 37 ans, de la même contrée, qui rapporte avoir passé 3 mois de saignement. N.C., 23 ans, même contrée, a aussi rapporté les saignements comme effet secondaire en ces termes :

> « Jewe nakoresheje akanyuzi, ariko mu nyuma karanteye ingorane nguma nja mu bihe, nca ndagakuramwo ; nopfuma mvyara hako nguma nica amagara yanje. »
> [J'ai utilisé le stérilet, mais après j'ai vécu des menstruations interminables, et j'ai dû le retirer ; il vaudrait mieux accoucher que de nuire à ma santé. »]

Les saignements ont été aussi rapportés à Gisuru où la peur de subir le même sort que ses paires nourrit le sentiment de méfiance envers la contraception moderne. N.S., 40 ans, Gisuru, réagissant sur le cas d'une participante qui avait eu des saignements, s'exprime en ces termes :

> « Utarajayo ukaza ubona ukuntu mugenzawe vyamugize uca wumva umengo nawe ntiwojayo. Eka si we wenyene naje nashitse mu Ruyigi kuvurirwayo kubera ubwo buryo. »
> [« Si tu as la chance de constater les effets que ces méthodes ont porté à ton amie avant que tu ne sois pas encore allé les chercher, semble-t-il que tu n'irais pas là-bas. D'ailleurs, elle n'est pas la seule ; moi-même, j'ai dû être hospitalisée à Ruyigi pour avoir pratiqué une méthode contraceptive. »]

En plus du saignement, M.Y., 38 ans, Musigati, mentionne la peur de la stérilité :

> « Jewe narabukoresheje, ariko narabihevye, ku mpamvu y'uko nakoresheje akagegene, ariko mu nyuma ngiye kugakuramwo kugira nsubire kuvyara, Docteur karanse ko agakuramwo kose, agapande kako kansigayemwo, muganga yagumye ambwira ngo nta ngorane, ariko n'ubu sindasubira gusama. »
> [« J'ai utilisé la contraception moderne, mais j'ai dû l'arrêter, parce que j'avais utilisé l'implant, mais quand je suis parti le faire retirer pour concevoir un autre bébé, le Docteur a échoué à le retirer entièrement ; un morceau est resté. Ce médecin m'a toujours dit que ça ne pose pas de problème, mais je n'ai pas conçu jusqu'à maintenant »].

Les autres effets secondaires rapportés par les enquêtées ont été les œdèmes des pieds, l'anémie, et autres. N.Z., 30 ans, Kirundo, rapporte :

> « Jewe vyaranshikiye nkava umurindi w'amaraso sinje mu bantu, nkaguma nicaye mu nzu, nkakama amaraso nkavyimba amaguru, …. »

> [Moi, ça m'est arrivé ; j'ai beaucoup saigné, je ne pouvais pas sortir, je restais à la maison ; j'ai eu l'anémie, avec des œdèmes au niveau des jambes, … »]

Ces effets secondaires qui se montrent parfois terrifiantes font que les attitudes envers la contraception soient fortement négatives. Interrogées si elles ne ressentent pas le regret d'avoir une attitude contre la contraception dans un environnement qui requiert un contrôle rigoureux de la fécondité, les femmes se montrent peu inquiètes, confortées par le sentiment d'avoir échappé aux effets néfastes que subissent leurs congénères à cause de la contraception. N.C., 48 ans, Musigati, ne cache pas ce sentiment :

> « Kwicuza umuntu aricuza, ariko akavuga ati kazima nkomeye, kuko ababikoresha muri bo benshi bibamerera nabi. ».
> [« On regrette, c'est vrai ; mais on se dit pourvu que je sois en bonne santé, parce que la plupart de celles qui les utilisent ont des effets secondaires néfastes].

Devant la peur des effets secondaires, même celles qui reconnaissent avoir raté le contrôle des naissances se consolent par le fait d'avoir échappé aux effets secondaires qui risqueraient de leur coûter trop cher. N.V., 39 ans, Shombo, s'exprime en ces termes :

> « Ndahomba mugabo naho nogenda bikantera ingwara bagaca bagurisha aho na bamwe navyara bobaye ntaco noba nungutse. Ndahomba kuko nca nguma mvyara benshi muga kandi ngiye noba mpevye amagara yanje n'ay'abana. »
> [« Je regrette, mais si j'allais les prendre pour des effets secondaires qui coûteraient la vente de la parcelle où construiraient ceux qui sont déjà nés, je n'aurais rien gagné. Je perds parce que j'accouche sans arrêt, mais si j'y vais, je risque de mettre en danger ma santé et celle des enfants. »]

M.F, 38 ans, de la même contrée de Shombo, abonde dans le même sens :

> « - Turahomba nyene, ariko kubera izo ngaruka mbi umuntu agira duca dutinya. - Abakenyezi batipfuza kubukoresha baricuza kuko nabo nyene ntibari banse gutandukanya imvyaro, gusa ni imvo zitabavuyeko kuko batinya izo ngarukambi. »
> [« - Nous perdons effectivement, mais à cause de ces effets néfastes sur la santé, nous avons peur. - Les femmes qui n'ont pas l'intention de les utiliser le regrettent parce qu'elles n'aimeraient pas une fécondité non-planifiée ; ce sont des raisons indépendantes de leur volonté parce qu'elles ont peur des effets secondaires. »]

En résumé, il est à constater que les effets secondaires vécus alimentent la peur de les revivre chez les victimes et découragent les intentions de celles qui aimeraient adopter la contraception moderne. Elles ont peur de subir le même sort que celles qui les ont déjà utilisées.

V.2.2.2. Coût et absence de l'offre des services de gestion des effets secondaires

Pour la plupart des répondantes, il a été difficile de parler des effets secondaires sans ajouter l'absence de l'offre des services de gestion de ces effets. Dans les milieux ruraux, les enquêtées ne manquent pas de se plaindre contre une offre souvent gratuite des méthodes contraceptives et l'absence, sinon le refus d'une offre de gestion des effets secondaires dus à leur utilisation. À ce propos, N.D., 35 ans, Shombo, déclare ceci :

> « Sinipfuza kubukoresha kuko duca tugira ingorane mu mubiri, tukagwara ingwara zitunanira kwivuza hamwe no kugurisha aho uba uhagurisha. Iyaba babuduha kuri gusa n'iyo buduteye ingorane bakatuvura kuri gusa vyobaye vyoroshe. Ariko bishitse barakuvura muga n'aho uba urahagurisha, ndetse no gupfa urapfa ku mvo y'ivyo. Nta kundi duca dushira aho Imana ishize. »
> [« Je n'ai pas l'intention de les utiliser parce qu'on a par la suite des problèmes de santé, nous souffrons des maladies dont les soins peuvent occasionner la vente de son logement. Si on nous les donnait gratuitement tout en s'engageant à nous soigner gratuitement en cas d'effets néfastes, ça serait facile. Mais, si ça (effets secondaires) arrive, on te soigne, mais vu le coût des soins, tu vends même ta parcelle ; sans exclure le risque de mourir à cause de ça. C'est pour cela que l'on préfère se soumettre à la volonté de Dieu. »]

Ces propos convergent avec ceux de M.M., 32 ans, Kirundo, qui, pointant du doigt cette offre tronquée des services de PF, s'exprime en ces termes :

> « Ubwo buryo babuduha ku buntu, muga birashika ko umuntu bumumerera nabi akarwara. Ico gihe bakwakira nabi kwa muganga kandi bakagusaba amahera. Benshi rero bashima kubureka kuko usanga ayo mafaranga batayaronka. »
> [« Ces méthodes nous sont offertes gratuitement ; mais il arrive qu'elles ne fonctionnent pas correctement et que l'utilisatrice tombe malade. Dans ce cas, on est mal accueillie et on te fait payer. Beaucoup préfèrent donc abandonner ces méthodes parce qu'elles ne peuvent pas trouver cet argent.]

N.M., 35 ans, Kirundo, témoigne de la façon dont elle et son amie se sont vu refusé le service qu'elles espéraient trouver au centre de soins qui avait offert un implant. Elle s'exprime en ces termes :

> « … jewe vyaranshikiye ; ntwaye umu dame yari yarapfakaye ; ntibamwakira bakadusaba amahera menshi. »
> [« … j'ai été victime d'un cas ; j'accompagnais une veuve ; elle n'a pas été reçue parce qu'on nous a demandé une somme colossale d'argent. »]

Selon N.C, 23 ans, Musigati, la raison pour laquelle les femmes abandonnent les méthodes modernes de contraception est toujours ce coût de gestion des effets secondaires. Elle dit :

> « Igituma abakenyezi benshi baheba gukoresha uburyo bwo kwa muganga, ni uko iyo barwaye biturutse ku buryo bakoresheje badafashwa ku buntu nk'uko baba babutoye ku

> buntu. Nitanzeko akarorero, nka jewe nakoresheje akanyuzi ; mu nda haca hajayo ibintu umenga ni ibarafu. Burya narivuje ng'aha iwacu baguma bambwira ngo mfise inda, ariko ngiye i Bubanza centre, bambwira ko ata nda mfise. Uwo muganga yaciye atangura kunkoropa mu nda, vyaradutwaye amahera arenga 190.000Fbu. Urumva ko vyadukokoye n'umuryango. »
> [« La raison pour laquelle plusieurs femmes abandonnent les méthodes modernes de contraception est que les effets secondaires ne sont pas traités gratuitement au même titre que les méthodes contraceptives qui sont offertes gratuitement. Si je donne l'exemple de mon cas, j'ai utilisé le stérilet ; j'ai eu des ballonnements de ventre. En me faisant soigner localement, on m'a fait croire que j'étais enceinte. C'est au chef-lieu de la province, à Bubanza que j'ai appris que je ne l'étais pas. Le médecin qui m'a traité a fait un nettoyage de mes entrailles pour une somme de 190.000 Fbu. Tu comprends que ça a appauvri notre famille. »]

Toutes ces données montrent comment l'offre des services de PF qui se limitent à l'offre des méthodes présente une limite de leur utilisation. Les enquêtées souhaitaient une offre gratuite ou abordable des services de gestion des effets secondaires quand ils se produisent.

V.2.2.3. Opinions religieuses

Parmi les raisons de la non-intention d'utiliser la contraception moderne ressortent les opinions religieuses. La plupart des enquêtées mentionnent qu'utiliser les contraceptifs est un meurtre, qu'il s'agit d'outrepasser le 5ème commandement de Dieu. Pour certaines femmes, l'utilisatrice de la contraception ne peut pas avoir les grâces de ses intercessions et les bénédictions du ciel.

N.C., 48 ans, Musigati, Catholique, argue que l'utilisation de la contraception est un péché et que les prières faites en faveur d'une utilisatrice de la contraception ne peuvent pas être exaucées. Elle s'exprime en ces termes :

> « …. Ariko rero burya kugakoresha ni icaha. Kandi ubikoresha uba wishe ! None nko kugendana akagegene muri wewe wumva atari nko gutwara agaheko ! Kandi n'iyo baje kugusengera, amasengesho ntafata, ntibinakunda ko bagusengera. »
> […. Mais aussi son utilisation est un péché. Aussi, si tu l'utilises, tu tues ! Tu ne comprends pas que marcher avec un implant dans son corps est similaire de porter une amulette ?]

K.L., 20 ans, Shombo, Pentecôtiste, s'appuyant sur ses convictions religieuses trouve qu'utiliser la contraception serait contre la volonté divine et choisit de ne pas avoir l'intention de l'utiliser. Elle s'exprime comme suit :

> « …. Nkurikije kandi ukuntu ntahura ibintu vy'Imana, ndumva noba nkoze amakosa ni yo mpamvu ntipfuza kubukoresha. »
> [« …. Considérant encore la manière dont je perçois les choses de Dieu, je comprends que je serais fautive, et c'est pourquoi je n'ai pas l'intention d'y faire recours. »]

K.A., 22 ans, Shombo, Catholique, considérant l'odeur des menstruations d'une utilisatrice de la contraception, compare cet usage à l'avortement, un acte fortement combattu par sa confession religieuse. Elle dit :

> « …. No mu rushengero barabitubuza, ngo ni ukwica : kuko n'ama règles agarutse haza ibintu binuka ukamenga ni umwana yapfiriyeyo. »
> […. Même à l'église, on nous le défend, parce qu'il s'agit d'un infanticide ; d'ailleurs les menstruations d'une utilisatrices sentent mauvais comme si elles contenaient les éléments d'un corps d'un enfant en décomposition.]

Toutes ces opinions montrent que les croyances religieuses qu'ont les femmes en âge de procréer peuvent les empêcher d'adhérer à l'utilisation de la contraception moderne. Combinées à la peur des effets secondaires et les témoignages y relatifs, ces opinions religieuses ne sont pas de nature à favoriser l'adhésion à la contraception dans ce contexte où presque toute la population se réclame appartenir à une confession religieuse.

V.2.2.4. Echec des contraceptifs utilisés à éviter une grossesse

Dans les propos, il est ressorti une certaine méfiance liée à l'inefficacité des méthodes déjà utilisées ou utilisées par son proche. Trouvant qu'il ne sert à rien d'utiliser une méthode qui ne t'empêche pas de tomber enceinte, I.J., 22 ans, Gisuru, Catholique, préfèrerait laisser tout pour garder la bonne entente avec son mari parce que concevoir dans ce cas peut paraître comme de l'infidélité. Elle s'exprime comme suit :

> « Birakenewe mugani natwe ikituzazanira, n'uko umaze kugenda ushobora gutwara imbanyi kandi nimba ari akagegene kariyo, ugatwara imbanyi kandi kariyo. No birya biva kuki ? …. N'abagenda bagaca batwara imbanyi, kandi turiyo. None natwe tugende ? Duca tureka ! No mu rugo harashobora kuba induru, ati none iyo nda wayikuye he kandi uri ku buryo ? »
> [C'est nécessaire, mais ce qui nous déconcerte, c'est qu'on peut tomber enceinte alors qu'on détient un implant dans son corps. Comment ça se fait ? …. Si celles qui vont les chercher tombent enceintes, est-ce que ça vaut la peine d'y aller pour nous autres ? On laisse ! Même dans le foyer, ça peut causer un malentendu, on te demandera d'où est sortie cette grossesse alors que tu es sous une méthode contraceptive ? »]

N.J., 28 ans, Mabanda, Pentecôtiste, qui a d'ailleurs utilisé la contraception, entendrait la réutiliser, mais son intention semble s'estomper à cause de la seule barrière d'échec qu'elle a connue. Elle dit :

> «Ndipfuza kuzobandanya ndabukoresha naho intambamyi zitabuze ; nka jewe n'aho nabukoresheje, ntivyabujije ko nsama imbanyi. Mu nyuma nahavuye ndabuhagarika. »
> [« J'aimerais continuer à les utiliser dans l'avenir, même si les obstacles ne manquent pas ; personnellement, même si je les ai utilisées, ça ne m'a pas empêché de concevoir. Ultérieurement, j'ai dû arrêter. »]

V.2.3. Influence des interactions sociales sur la non-intention de contraception moderne

Les interactions sociales ont été toujours indexées comme des facteurs imputables à la non-intention contraceptive chez les femmes en général et les femmes en union, en particulier. Cette étude a essayé de saisir leurs influences que les données quantitatives n'ont pas pu produire. Il a été demandé aux enquêtées ce que dit l'entourage de la contraception, si ces dires étaient de nature à décourager la pratique contraceptive, les personnes dont l'influence peut empêcher l'usage de la contraception.

V.2.3.1. Mythes et rumeurs ou réalités ?

Les mythes et rumeurs sont des croyances populaires et des vérités transmises par voie orale et qui finissent par s'imposer comme vraies. Dans cette étude, il s'agit de considérer les convictions souvent avancées pour décourager l'utilisation de la contraception moderne et qui ont fini par imposer leur pouvoir d'influence dans la société.

N.S., 26 ans, Karusi, montrant que son attitude négative envers la contraception ne lui fait rien regretter, indique que la façon dont les rumeurs attribuent la stérilité des femmes aux méthodes contraceptives est un élément de la non-intention contraceptive. Elle s'exprime ainsi :

> « Oya ntaco duhomba kuko benshi baranabutinya kubera ngo boca baba ingumba, bagaheruka ako bavyaye. »
> [Non, on ne perd rien parce que la plupart les craignent, parce qu'elles deviendraient stériles, pour se contenter de ceux qu'elles ont mis au monde avant cette utilisation. »]

N.J., 26 ans, Gisuru, s'exprimant sur la manière dont l'opinion sociale fait croire que l'utilisation de certaines méthodes entraine des règles permanentes (saignements), trouve qu'il s'agit d'une rumeur qui peut être à l'origine de la non-intention de leur utilisation. Elle s'exprime comme suit :

> « Bavuga ngo bironona amagara y'abantu … Hariho abagenda ngo bakaguma baja mu maraso ku ndwi ku ndwi. »
> [« On dit que ça dégrade la santé … Il y'en auraient qui les utilisent et qui auraient des saignements chaque semaine. »]

Les autres mythes et rumeurs concernent les maladies qui seraient causées par l'utilisation de certaines méthodes contraceptives. Dans sa réaction, M. J., 37 ans, Kirundo, mentionne les tumeurs abdominales. Elle a indiqué :

> « Baravuga y'uko ukoresheje ubwo buryo ushobora kugira ibivyimba vyo mu nda. »
> [« On dit que la personne qui utilise ces méthodes peut avoir les tumeurs dans son ventre. »]

Ces résultats qui font référence aux « on-dit » montrent que les croyances populaires influencent négativement l'intention d'utiliser la contraception moderne. Cependant, vu que certains des effets véhiculés semblent avoir été vécus par certaines femmes, va-t-on toujours dire qu'il s'agit des rumeurs ?

V.2.3.2. Influences religieuses

Les influences religieuses ont aussi été indexées parmi les influences sociales qui affectent négativement l'intention de recourir à la contraception. Pour M.N., 38 ans, Shombo, Pentecôtiste, la contraception est contraire à sa foi parce que la bible dit de se multiplier comme le sable de la mer. Elle dit :

> « Ukwemera kwacu ntikutwemerera kuja ku buryo, Imana iti rondoka mugwire nk'umusenyi wo mu ruzi ! None nta wuragwira nka wo. »
> [« Notre foi ne nous permet pas d'utiliser la contraception ; Dieu dit qu'il faut se multiplier comme le sable ! Personne n'a déjà atteint cette grandeur dans sa descendance. »]

La plupart des enquêtées convergent sur le fait que les confessions religieuses considèrent l'utilisation des méthodes contraceptives comme une transgression au 5ème commandement de Dieu, ce qui constitue un obstacle important à l'adoption des méthodes contraceptives. K. L., 48 ans, Kirundo, Catholique, affirme :

> « Amadini na yone aratuma badakoresha ubwo buryo ; nk'abantu bihanye baravuga y'uko batoja kuri ubwo buryo kuko boba bakoze icaha. »
> [« Les confessions religieuses empêchent aussi les gens d'utiliser ces méthodes ; leurs adeptes disent qu'ils ne recouriraient pas à ces méthodes parce qu'ils auraient commis un meurtre. »]

Cette posture des confessions religieuses vis-à-vis de la contraception comme barrière à son intention de l'utiliser est mentionnée par N.J., 28 ans, Mabanda, qui s'exprime ainsi :

> « Kenshi, intambamyi zirava no ku masengero aho usanga batavyumva na gato. Usanga abasengesha bavuga ko ari igicumuro, mbere bakabigereranya n'ukwica utwana duto duto ; bigahava bikadutera ubwoba. »
> [« La plupart des fois, les barrières émanent aussi des confessions religieuses qui ne l'approuvent pas. Les leaders religieux disent qu'il s'agit d'un péché jusqu'à le comparer à l'infanticide ; ça finit par nous effrayer.]

N.S., 35 ans, Gisuru, ajoute que la façon dont les leaders religieux considèrent l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne comme un péché impardonnable constitue une dissuasion pour ceux qui auraient l'intention d'y recourir. Elle dit :

> **«** Nko mu madini ya Rukirisu, bavuga ngo uwubikoresha aba ariko arica, ngo ni icaha gikomeye, warinze ugenda ngo nturekurirwa. Aho rero kiratuma n'umuntu ajuragirika kugira aje kuri ubwo buryo. »
> [Dans les confessions chrétiennes par exemple, on dit que les utilisatrices tuent, qu'il s'agit d'un péché qui n'est jamais pardonné. Ceci gêne la prise de décision quant à l'adoption de ces méthodes.]

Faisant face à ces positions prises par les confessions religieuses, la plupart des femmes se résolvent par le refus de toute idée de contraception moderne pour rester en communion avec leurs confessions religieuses. C'est par exemple le cas de N.D., 28 ans, Shombo, qui déclare :

> « Ikintu combuza ni ukwemera kuko aha kw'isi turi ingenzi ; kuko ngo umubiri uba wawugize itongo. »
> [« C'est la foi qui peut m'empêcher parce que nous sommes passagères sur cette terre ; parce que, dans ce cas, j'aurais fait de mon corps une propriété à exploiter. »]

Ces données montrent comment les positions prises par les confessions religieuses vis-à-vis de la contraception restent prépondérantes dans l'adhésion à cette dernière. Si ces dernières s'ajoutent aux opinions et aux attitudes individuelles quine sont pas favorables, à cause des effets secondaires évoqués par exemple, les chances d'avoir l'intention d'utiliser la contraception diminuent davantage.

V.2.3.3. Cohabitation sociale

Selon les réponses des enquêtées, l'influences de certaines personnalités proches peut être à la base de la non-intention contraceptive. La position du mari, celle des beaux-parents ou des parents de la femme peuvent faire en sorte que celle-ci n'ait pas l'intention de recourir à la contraception.

Réagissant sur la question d'une personne qui peut influencer négativement ses intentions de contraception, N.D., 28 ans, Shombo, montre que la position de son mari peut être déterminante tout en réfutant l'influence de sa belle-mère. Elle affirme :

> « Umuntu yovuga singende ni uwo twubakanye hamwe n'uwumaze kubujako bukamumerera nabi. Nka mabukwe ntiyombuza kuko mu bijanye n'ubuzima ntaco tuba dusana. »

> [« La seule personne qui peut m'empêcher d'y aller, c'est mon époux et la personne qui a déjà expérimenté les effets négatifs de celles-ci. Sinon, ma belle-mère ne peut pas m'empêcher parce qu'elle n'a pas de responsabilité dans la gestion de ma vie. »]

Pour renforcer l'idée de la primauté de la position du mari, M. J., 37 ans, Kirundo, indique qu'une femme ne peut pas recourir à la contraception quand son mari désire encore d'enfants, parce que le faire en cachette entrainera les discordes dans la gestion des effets secondaires.

Bien que ces dernières semblent réfuter la part des avis des beaux-parents dans l'intention de faire recours à la contraception, d'autres semblent ne pas nier leur influence. B.J., 36 ans, Kirundo, affirme :

> « Ba mabukwe na ba databukwe baca batubwira ko ubwo buryo atari bwiza butuma tugira ingorane. »
> [« Les beaux-pères et les belles-mères nous disent que ces méthodes sont néfastes].

Dans ce cas, l'influence des beaux-parents va dans le sens de souci par rapport à la santé de leur belle-fille. N.S., 40 ans, Gisuru, montre que l'influence des beaux-parents peut aller dans le sens de l'antagonisme entre la contraception et le natalisme traditionnel. Elle indique que les beaux-parents peuvent insuffler à leur fils de chasser la femme qui veut recourir à la contraception en rétorquant :

> « Ufise utwana tubiri, ni two agarukiyeko ? Mwana wanje, raba ugite uzane uwundi mugore, akuvyarire turwize umuryango. »
> [« Tu n'as que deux enfants, et tu veux t'en arrêter là ? Mon fils, répudie-la et prends une autre qui va te faire encore des enfants pour agrandir notre famille ! »].

A côté d'un parent qui conseille à son fils de contraindre son épouse à concevoir, K. D., 33 ans, Kirundo, affirme que les mères peuvent encourager leurs filles en mariage de préférer accoucher pour minimiser tout effet secondaire. Elle s'exprime ainsi :

> « Jewe nka mama yarambwiye ati igituma bankoze ngo ni uko nagiye kuri ubwo buryo, ngo ndi ikijuju, ngo nta kuntu woja kuri ubwo buryo ukivyara ; ngo mbega mwebwe simbona mukironderera umuryango, ngo ni mureke mubavyare babaheremwo. »
> [« Par exemple moi, ma mère m'a dit que la raison pour laquelle j'accouche par césarienne, c'est parce que j'utilise les méthodes contraceptives, que je suis idiote, que je ne devrais pas le faire tant que je suis encore féconde ; que nous avons encore la force de travailler pour entretenir la famille, et que donc nous devons procréer jusqu'au dernier ovule. »]

B.L., 28 ans, Gisuru, mentionne à la fois l'influence de sa mère et de sa belle-mère. Cette influence va toujours dans le sens du natalisme traditionnel. Elle dit :

> **«** Mabukwe nkimufise yagira ati basha, ugiye ku buryo uce utekera utuvireho … Ati natwe twavyaye na cumi na babiri ntaco twabaye kandi barabayeho. … N'abavyeyi kandi

> bakuvyara kuko ntibakwemerera ngo uraja ku buryo. Bakubwira bati namwe mwari cumi na babiri narabakujije kandi nari nkenye. »
> [Ma belle-mère, quand elle était encore vivante me disait si tu te mets sous contraceptifs, emballe aussi tes affaires pour partir…. Nous autres, nous avons accouché même douze, et ça ne nous a rien fait, et les enfants ont grandi …. Aussi, tes propres parents parce qu'ils ne te permettraient en aucun cas d'utiliser ces méthodes, ils te disent : vous étiez douze et je vous ai élevés alors que j'étais pauvre.]

V.2.4. Auto-efficacité et contrôle du comportement perçu

Des questions ont été posées pour comprendre si les femmes peuvent initier elles-mêmes l'utilisation de la contraception moderne ou influencer la prise de décision malgré le refus de l'entourage.

Pour certaines femmes, elles pourraient aisément choisir la contraception pour le bien-être de leurs familles. C'est le cas de N.Y, 29 ans, Karusi, qui rassure :

> « Kwaba ukwemera canke imigenzo, nta na kimwe combuza gukoresha uburyo bwo kuvyara ku rugero kuko ntaco vyica. Hako mvyara abazoja kwiba noja ku buryo. »
> [« Ni la foi ni les traditions, rien ne peut m'empêcher de recourir aux méthodes de planification des naissances parce que ça ne cause aucun souci. Au lieu de mettre au monde ceux qui iront voler (faute de moyens de subsistance), j'utiliserais ces méthodes. »]

Certaines de ses amies (du groupe de discussion) semblent aussi être sûres d'elles-mêmes en affirmant qu'elles seraient à mesure d'adhérer à la contraception pour le souci d'adéquation entre la descendance et les ressources disponibles. Elles profiteraient de la discrétion assurée dans l'administration de ces méthodes dans les centres de soins. Cette discrétion permet d'ailleurs à certaines femmes de nier leur utilisation publiquement alors qu'elles en sont utilisatrices.

Cependant, d'autres réponses semblent être mitigées, variant entre la volonté d'influencer son destin et la limite qui caractérise une femme qui ne peut pas gérer elle-même les effets secondaires de la contraception. D'autres comprennent que le résultat ne peut jamais être meilleur sans le consensus de ses proches.

C'est le cas de N.J., 33 ans, Mabanda, qui affirme qu'elle pourrait décider elle seule de recourir à la contraception comme elle l'a déjà fait dans le passé. Cependant, elle n'oublie pas de mentionner qu'elle a 8 enfants et que l'entente dans le couple a dû être perturbée. La contraception lui a servi à espacer les naissances sans pour autant pouvoir arrêter en cas de besoin car elle était seule.

Pour d'autres enquêtées, une femme ne peut pas s'engager dans la contraception toute seule pour les raisons de gestion des effets secondaires quand ils ont lieu. N.J., 26 ans, Gisuru, réagit en ces termes *:*

> « None mutavyumvikanye n'umugabo, wotora amahera y'iwawe ngo ugiye kugura ivyo bintu ? Oyaaa ! Hama iyo bishitse ukagira izo ngorane zikunda gushika umugabo wawe mutavyumvikanye … !?! »
> [« Est-ce que tu pourrais prendre l'argent pour aller acheter ces choses sans le consentement de ton mari ? Nooon ! Et s'il y'a les effets secondaires qui arrivent souvent sans que ton mari ne soit au courant … !?! »]

L'autre aspect de l'auto-efficacité qui a été évoquée est la capacité d'engager une discussion concernant la planification des naissances. Les réponses montrent que les femmes restent limitées dans leur liberté d'action. En effet, bien que M.Y., 38 ans, Musigati, confirme qu'une femme peut engager une discussion concernant la PF au sein du couple, d'autres trouvent qu'il n'est pas facile de le faire, et que même si une femme parvient à engager une telle discussion, le résultat peut facilement être stérile. N.G., 37 ans, Mabanda, s'exprime en ces termes :

> « …. Nta jambo ry'umugore yovuga ti ndashobora gufata ingingo ; murazifatira hamwe, muga kubera izina ry'akaborerwe, kubw'izo nzoga zituma imibiri yabo ikabuka bituma ya ngingo mwafatira hamwe ipfa. »
> [« …. Une femme ne peut pas avoir le dernier mot dans la prise de décision ; vous prenez une décision ensemble, mais à cause de l'état d'ivresse des époux, suite aux boissons qui stimulent leurs corps, la décision prise en commun accord ne tient pas la route. »]

I.J.,22 ans, Gisuru, abonde dans le même sens en disant :

> **«** Oya nticokunda. Nk'umuntu yanyoye ntushobora kumubwira ngo reka. Arashobora no kukubwira ngo uzovyara ngomvye, mugabo atari wewe uvyigombeye. Umugabo akubwiye ati je ndovyara umwana nshatse, ni uko nyene. »
> [« Ce n'est pas possible. Tu ne peux pas dire à une personne ivre de laisser. Il peut même te dire que tu vas mettre au monde tant qu'il voudra, mais pas selon ta propre volonté. Si un mari te dis : j'aurai un enfant selon ma volonté, c'est comme ça. »]

En somme, on constate que les femmes ont encore cette limite de pouvoir s'auto-déterminer dans l'utilisation de la contraception. Les raisons peuvent être la gestion des effets secondaires. Les raisons d'accessibilité n'ont pas été souvent évoquées parce que, dans les milieux visités, les contraceptifs sont offerts gratuitement dans les centres de soins. Cependant, la plupart des femmes qui ont réagi ne croient pas qu'une femme pourrait décider d'engager les moyens financiers sans le consentement de son conjoint.

Ainsi, à partir de ces données rapportées par les femmes qui ont participé aux groupes de discussion, on retrouve les raisons qui incitent à la réticence manifeste contre la contraception moderne. Il s'agit des effets secondaires subis ou craints, de l'absence de l'offre des services de gestion des effets secondaires, de l'échec de certaines méthodes à éviter une grossesse, des opinions religieuses. Au niveau des interactions sociales, il s'agit des influences religieuses, des mythes et rumeurs et des effets de la cohabitation sociale. L'incapacité de la femme à s'auto-déterminer dans la prise de décision de pratique contraceptive est aussi non moins importante. Dans les paragraphes suivants, elles seront discutées avec les résultats des études antérieures. Ensuite, elles seront confrontées aux autres résultats de cette étude pour tirer des conclusions.

V.3. Discussion des résultats

Cette partie de l'étude avait pour objectif de trouver les opinions, attitudes et influences sociales qui alimentent la non-intention d'utiliser la contraception au-delà des facteurs analysés à travers les paradigmes et théories socio-démographiques dans le chapitre précédent. Cette section confronte les résultats à ceux des études antérieures pour tirer les conclusions nécessaires.

V.3.1. Influence des opinions et attitudes liées aux des effets secondaires vécus ou craints et à la mauvaise qualité d'offre des services de leur gestion

Les effets vécus ou craints qui ont été rapportés sont les anomalies du cycle menstruel comme les saignements pendant une période plus ou moins longue, les retards de règles et l'absence de règles après l'arrêt de la méthode et les tumeurs abdominales. Ces effets secondaires vécus par les anciennes utilisatrices alimentent la méfiance d'y recourir ultérieurement. Ils font peur aussi à celles qui voudraient les adopter comme ils confortent celles qui n'ont même pas l'intention de les utiliser. Ainsi, ces dernières se nourrissent du sentiment d'avoir échappé aux méfaits que subissent celles qui les ont utilisées.

Ces résultats sont contraires à ceux de presque toutes les études qui ont été revues dans le cadre de cette recherche. A l'exception des femmes qui avaient vécu l'expérience d'avortement dans la ville d'Ambo en Ethiopie (Negewo, 2010), les résultats des autres études montrent que le fait d'avoir utilisé une méthode contraceptive augmenterait la probabilité d'avoir l'intention d'y recourir dans le futur. Il s'agit de l'étude menée au Bangladesh rural (Callahan & Becker, 2013), au Ghana (Eliason et al., 2013 ; Wuni et al., 2018), au Maroc (Curtis & Westoff, 1996), au Nigéria (Babalola et al., 2015),au Pakistan (Campo et al., 2012).

Dans toutes ces études, les femmes qui avaient utilisé une méthode contraceptive moderne étaient les plus susceptibles d'avoir l'intention d'y recourir ultérieurement. Au Bangladesh rural, les femmes qui avaient utilisé la contraception dans le passé étaient 2,41 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'y recourir que celles qui ne l'avaient pas utilisée (Callahan & Becker, 2013). Au Ghana rural où les femmes qui avaient utilisé antérieurement la pilule orale, les injectables et la contraception d'urgence étaient 2,22, 3,72 et 1,26 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser ces méthodes que celles qui ne les avaient pas encore utilisées (Eliason et al., 2013). Dans les zones urbaines au Ghana, parmi les femmes qui fréquentaient les cliniques de l'enfance, celles qui avaient utilisé précédemment la contraception étaient 1,15 fois plus susceptibles d'avoir l'intention de l'utiliser à nouveau que celles qui ne l'avaient jamais pratiquée (Wuni et al., 2018). Au Maroc, les femmes qui avaient l'expérience d'utiliser la contraception étaient 3,3 fois plus susceptibles d'avoir l'intention de l'utiliser dans l'avenir que celles qui ne l'avaient pas encore utilisée (Curtis & Westoff, 1996). Dans les grandes villes du Nigeria, les femmes qui avaient déjà utilisé les contraceptifs modernes étaient 2,05 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'y recourir que celles qui ne les avaient pas utilisés (Babalola et al., 2015).

Visiblement, ces résultats témoignent d'une utilisation sans effets néfastes par les femmes qui avaient pratiqué la contraception. C'est l'utilisation avec succès qui a été à la base d'une bonne attitude envers la contraception. En outre, l'offre des services de soins de santé aurait été celle qui accompagne les utilisatrices de la contraception jusqu'à la gestion des effets secondaires. En outre, ces études, qui se sont déroulées parfois dans les milieux exclusivement urbain, ont ciblé les femmes qui avaient accès à une prise en charge complète, comprenant l'administration et la gestion des effets secondaires (Babalola et al., 2015 ; Wuni et al., 2018). N'est-ce pas aussi dans les milieux urbains que l'accessibilité aux méthodes de choix et le pouvoir d'achat sont élevés ?

Les résultats de cette étude où les effets secondaires vécus ou craints ont été à la base des attitudes négatives envers la contraception moderne convergent avec les études menées à Oromia (Negewo, 2010), au Tigray (Gebremariam & Addissie, 2014) et à Wolaita (Meskele & Mekonnen, 2014) en Ethiopie, au Pakistan (Agha, 2010) et au Sénégal (Machiyama & Cleland, 2013). Dans ces études, les femmes qui avaient des attitudes négatives envers la contraception étaient les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne. Dans la ville d'Ambo, les femmes qui avaient une bonne attitude envers les LAPMs étaient 8,82 fois susceptibles de les utiliser que celles qui avaient une

mauvaise attitude (Negewo, 2010). Au Tigray, les femmes qui croyaient que les LAPMs détruisent l'utérus étaient 74% moins susceptibles d'avoir l'intention de les utiliser que celles qui n'y croyaient pas (Gebremariam & Addissie, 2014). Dans la zone de Wolaita en Ethiopie, les femmes qui avaient une attitude positive envers les LAPMs étaient 2,47 fois plus susceptibles d'avoir l'intention de les utiliser que celles ayant une attitude négative. Au Pakistan, les femmes qui croyaient que les méthodes contraceptives peuvent détruire l'utérus étaient 25% et 30% moins susceptibles d'avoir l'intention de faire recours au DIU et à la stérilisation, respectivement (Meskele & Mekonnen, 2014).

Les raisons qui motivent ces attitudes négatives vis-à-vis de la contraception moderne sont similaires à celles évoquées par les femmes enquêtées. Il s'agit de la croyance que les méthodes à longue durée d'action comme le DIU peuvent détruire l'utérus et conduire à la stérilité (Gebremariam & Addissie, 2014 ; Meskele & Mekonnen, 2014). En outre, les tumeurs abdominales, les retards de règles et de grossesse après l'arrêt de la méthode, les saignements ou les règles de longue durée, etc. confortent les attitudes négatives dans le contexte de l'étude.

Bien qu'on n'ait pas de références concernant l'effet du coût ou de l'absence de l'offre des services de gestion des effets secondaires, on peut croire que ces attitudes tiennent au fait que les femmes ont toujours peur pour leur santé. Ceci est d'autant plus vrai, si l'on constate que ces études ont été adoptées dans le contexte qui n'est pas différent de celui de cette étude. Il s'agit des pays pauvres où l'offre des services de PF ne garantit pas la gestion des effets secondaires (Negewo, 2010 ; Machiyama & Cleland, 2013 ; Gebremariam & Addissie, 2014 ; Meskele & Mekonnen, 2014).

A côté de la cherté et de l'absence de l'offre des services de gestion des effets secondaires, on peut ajouter aussi la déficience des services disponibles qui ne garantissent pas la réussite d'une méthode adoptée. Il est vrai que dans ce cas, l'aptitude de l'utilisatrice à pouvoir se faire un suivi régulier pour pouvoir éviter effectivement une grossesse non-désirée doit être mise en contribution avant de juger les services offerts, mais si ces femmes indexent déjà de tels échecs parmi les facteurs des attitudes négatives, l'offre doit être repensée ou réopérée au niveau de la sensibilisation communautaire. Ceci serait bénéfique, si les résultats montrent déjà que les mécanismes de sensibilisation comme les visites à domiciles des agents de PF apportent un avantage à l'intention d'utiliser la contraception (Sindayihebura, Nganawara, Bouba Djourdebbé, et al., 2022).

V.3.2. Influences religieuses nourries par les fausses idées, mythes et rumeurs

Les résultats de cette étude montrent que les opinions et croyances religieuses influencent la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Dans toutes les régions visitées, les femmes s'appuient sur la religion pour justifier leur non-intention de contraception moderne.

Ces résultats semblent converger avec les études faites au Bangladesh rural (Callahan & Becker, 2013), en Ethiopie (Tiruneh et al., 2016), au Ghana (Ahuja et al., 2020), au Kenya et au Nigeria (Babalola et al., 2015). Au Bangladesh rural, les femmes musulmanes étaient les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention contraceptive que les hindoues (Callahan & Becker, 2013). Au Ghana, c'est toujours les femmes musulmanes qui étaient les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention que les Pentecôtistes/Charismatiques (Ahuja et al., 2020). Au Nigeria et en Ethiopie, c'est toujours les musulmanes qui comptent parmi les plus susceptibles de ne pas avoir cette intention que les non-musulmanes (Babalola et al., 2015 ; Tiruneh et al., 2016). Ce n'est qu'au Kenya que les musulmanes sont les plus susceptibles de ne pas avoir cette intention que les autres.

Cependant, si l'on croit aux explications fournies au Ghana, la non-intention des femmes musulmanes d'utiliser la contraception moderne ne tient pas à la foi. Il s'agit d'un effet socio-culturel de la conception de certaines sociétés musulmanes selon laquelle les femmes qui recourent à la contraception veulent éviter des grossesses dans leur infidélité (Ahuja et al., 2020). Les résultats contraires au Kenya feraient croire à une société peu regardante en la matière. Il en est de même des cas où les Catholiques et les Pentecôtistes/Charismatiques sont présentées comme les moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne. Ces religions ne sont jamais favorables à la contraception moderne ; ce ne sont que leurs adeptes qui choisissent de la pratiquer pour des raisons personnelles (Nkunzimana et al., 2021 ; Schwarz et al., 2021 ; Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022a). Les seuls résultats qui seraient concordants avec la foi défendue par les confessions religieuses seraient ceux des Orthodoxes et des Anglicanes, où l'utilisation de la contraception moderne est tolérée pour des raisons de santé économique des ménages de leurs adeptes.

Il importe donc de déplacer le raisonnement au niveau de la religiosité. C'est à ce niveau que l'influence s'extériorise dans la conscience de l'individu et, par conséquent sur les intentions contraceptives. C'est ce que montre l'étude menée dans les grandes villes du

Nigeria où les femmes d'une grande religiosité sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention étudiée que les autres (Babalola et al., 2015). C'est cette même position que nous défendons au chapitre précédent avec les résultats selon lesquels ce sont les femmes protestantes qui sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention contraceptive que les autres. Ces résultats se montrent moins précis parce que la religion catholique ne défend pas la contraception moderne (Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022a). C'est d'ailleurs pour cette raison que les femmes qui se sont montrées réticentes vis-à-vis de la contraception moderne sont de diverses confessions religieuses, catholiques comme protestantes.

Toutes ces confessions religions n'acceptent pas la contraception moderne qu'elles considèrent comme cession au libertinage sexuel aux dépens de la chasteté et l'abstinence. Ainsi, leurs adeptes voudraient rester en union avec Dieu en évitant ce « péché de contraception ». A côté de ceux qui préfèreraient procréer pour accomplir la volonté de Dieu qui a dit à Abraham, l'ancêtre des croyants, de se multiplier comme le sable des mers, on notera que cette non-intention est soutenue par les croyances extrêmes selon lesquelles l'utilisation de la contraception est un péché pour lequel on ne reçoit jamais le pardon.Certains vont jusqu'à affirmer que l'utilisation de la contraception est comme un avortement, donc un meurtre.D'autres affirment que les intercessions pour les utilisatrices de la contraception moderne ne peuvent pas être exaucées.

Ces croyances, prévalant dans un contexte où les femmes qui utilisent la contraception moderne rencontrent des problèmes d'effets secondaires non-pris en charge, se mêlent à un contexte où fausses idées, mythes et rumeurs réduisent les initiatives individuelles. A ce propos, les résultats rejoignent ceux des études menées au Nigeria et en Ethiopie où les femmes exposées aux fausses idées, mythes et rumeurs sont les plus susceptibles de non-intention d'utilisation de la contraception moderne (Meskele & Mekonnen, 2014 ; Babalola et al., 2015).

V.3.3. Influence d'autres interactions sociales

A côté des influences religieuses et les fausses idées, mythes et rumeurs, les femmes ont évoqué des interactions sociales qui peuvent être à la base de la non-intention d'utiliser la contraception moderne. De toutes les cohabitations sociales évoquées, c'est principalement la position du mari/partenaire sexuel qui influence l'intention de recourir à la contraception moderne chez les femmes enquêtées. On note en outre l'influence de la belle-mère. Vu l'importance de l'influence des opinions religieuses, on peut aussi retenir l'influence des

leaders religieux auprès de qui les femmes trouvent les convictions vis-à-vis de la contraception moderne.

Ces résultats s'apparentent avec les études menées à Addis-Abeba (Taffa et al., 2002), dans les universités du Ghana (Bosompra, 2001), au Ghana rural (Eliason et al., 2013), au Kenya et au Nigeria (Babalola et al., 2015) et au Pakistan (Agha, 2010). Dans les universités du Ghana, les étudiants qui avaient l'intention d'utiliser des préservatifs de manière cohérente comme ceux qui n'avaient pas de telles intentions se conformaient aux souhaits de leurs référents importants (partenaires sexuels, amis proches, parents et médecins)(Bosompra, 2001). A Addis-Abeba, l'intention d'utiliser le condom était motivée par des constructions sociales (Taffa et al., 2002). Au Nigeria, les femmes non-soumises aux interactions sociales étaient 1,32 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles qui y étaient soumises (Babalola et al., 2015). Au Ghana rural, les femmes dont les belles-mères approuvaient les méthodes de PF étaient 3,06 fois susceptibles d'avoir l'intention d'y recourir que celles dont les belles-mères ne les approuvaient pas. Celles dont les mères approuvaient la planification familiale étaient 1,60 fois susceptibles d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles dont les mères n'y consentaient pas. Les femmes dont les beaux-pères approuvaient la planification familiale avaient 44% moins de chances d'avoir l'intention de recourir à la contraception que celles dont les beaux-pères n'y consentaient pas (Eliason et al., 2013). Au Pakistan, les femmes dont la belle-famille approuvait la PF étaient 2,12, 2,18 et 2,18 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser, respectivement, les méthodes hormonales, le DIU et la stérilisation féminine (Agha, 2010).

Ces études convergent avec notre étude en montrant que dans l'entourage des personnes étudiées, il existe des personnes importantes dont l'opinion sur la contraception peut s'avérer déterminante pour les intentions de contraception. Bosompra (2001)mentionne les référents importants dont les partenaires sexuels, les amis proches, les parents et les médecins chez les étudiants des universités du Ghana. Ces références sont logiquement comparables aux maris, mères, belles-mères des femmes en union, auxquels on peut ajouter les leaders religieux.

L'influence du mari est indiscutable dans une société patriarcale où la gestion du ménage est entre les mains des conjoints. C'est d'ailleurs pour cette raison que le niveau d'instruction et l'occupation de la femme se montrent peu significatifs dans l'explication de la

non-intention contraceptive. Par contre, le désir pour le mari d'un nombre d'enfants inférieur à celui désiré par la femme se montre réducteur de la non-intention contraceptive chez les femmes en union au Burundi. En outre, le comportement négatif dans les rapports sexuels (battre sa femme en cas de refus de rapports sexuels) augmente cette non-intention (Sindayihebura et al., 2022).

Le rôle de la position de la mère, comme celui de la belle-mère, s'inscrit dans le natalisme traditionnel des sociétés de la première phase de la transition demographique (Gendreau, 1993 ; David, 2015). La perpetuité de la lignée a toujours été à la base de l'encouragement à la procréation des générations avancées par rapport à celles des jeunes au Burundi (Gahama, 1983 ; Kamuragiye & Buzingo, 2019). Dans le cas de cette étude, l'influence du beau-père n'a pas été signalée. Si on se met dans la logique de l'étude menée au Ghana rural où l'approbation de la contraception decourageait l'intention contraceptive, on pourra penser qu'il s'agit des raisons de la peur d'être supçonnée d'infidelité (Eliason et al., 2013). Dans les sociétés traditionnelles, la distance a été toujours créée entre la femme et son beau-père pour éviter de tels cas. Au Burundi, cette distance ferait que l'avis du beau-parent n'ait pas d'influence.

V.3.4. Influence de l'auto-efficacité des femmes

Concernant l'auto-efficacité en matière de contraception moderne, les femmes se sont exprimées sur leur capacité à influencer la prise de décision dans les ménages et/ou dans l'entourage. Malgré la volonté de prendre en main le destin des familles et influer sur la procréation, les femmes ne peuvent pas substantiellement engager une discussion concernant la PF. Les clauses peuvent être bafouées unilatéralement par le mari et les résultats escomptés ne peuvent pas être atteints.

Ces résultats convergent avec les études menées au Ghana (Wuni et al., 2018) et au Pakistan (Agha, 2010). Au Ghana, les femmes qui avaient la latitude de discuter avec leur partenaire à propos de la PF étaient 1,32 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception que celles qui n'avaient pas cette latitude (Wuni et al., 2018). Au Pakistan, les femmes qui n'avaient pas la latitude de discuter de la PF avec leur époux étaient 27 % moins susceptibles de recourir à la stérilisation féminine que celles qui pouvaient mener cette discussion.

Toutes ces données s'accordent pour montrer comment dans ces sociétés patriarcales, les femmes ne peuvent pas prendre l'initiative de la contraception et la réaliser sans l'implication décisive de leurs maris. Au Burundi, il s'agit d'un contexte où le besoin se fait sentir effectivement. Les femmes voudraient influencer la procréation des ménages, mais leur volonté peine à s'exprimer extérieurement. Même dans les cas où les femmes ont cette latitude de l'exprimer, elles n'ont pas cette force d'influencer sa réalisation. Les conjoints ont le pouvoir d'influence si important qu'ils peuvent nuire aux initiatives que leurs conjointes ont initiées en matière de PF. Le seul fait d'avoir pris un verre de trop peut torpiller les clauses de contrôle des naissances.

Conclusion du chapitre

Ce chapitre avait pour objectif de montrer l'influence des opinions, des attitudes et des interactions sociales sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne dans un contexte qui la nécessite fortement. Cet objectif était motivé par le fait que les données quantitatives analysées ne pouvaient pas permettre de conclure sur ces aspects. C'est pour cette raison qu'une collecte de données qualitatives a été organisée et effectuée sur le territoire national tout en tenant compte de la diversité géographique et sociale.

Les données recueillies ont été exploitées par le biais de l'analyse thématique du contenu. Il a fallu extraire dans le corpus transcrit les principales idées rapportées par les participantes aux groupes de discussion comme facteurs susceptibles d'être à la base de la non-intention d'utiliser contraception moderne. Les idées extraites ont été classifiées selon le thème, d'où le choix de l'analyse thématique.

Les résultats de l'analyse montrent que les principales opinions, attitudes et interactions sociales qui ont une influence négative sur l'intention d'utiliser la contraception moderne sont les effets secondaires vécus par les anciennes utilisatrices. A côté des utilisatrices, celles qui n'ont pas encore eu à recourir à la contraception moderne craignent de subir le même sort. Le coût et l'absence de l'offre des services de gestion des effets secondaires, l'échec des méthodes utilisées pour éviter une grossesse découragent aussi celles qui s'affranchissent de la pression sociale constituée par les interactions sociales. Parmi les interactions sociales indexées, on retrouve les croyances religieuses, l'influence des membres des familles les plus influents comme le mari, la mère et la belle-mère. Avec toutes ces influences, l'ambition individuelle de la femme pour la contraception s'estompe.

Ce sont des résultats qui montrent que la pression sociale profite d'une faille dans l'offre des services de PF pour annihiler les initiatives individuelles des femmes qui nourrissent les ambitions d'utiliser la contraception moderne. Ainsi, l'offre des services de PF mérite d'être repensée dans ce contexte de pauvreté où les ménages ruraux ne sont pas financièrement à mesure de faire face aux effets secondaires.

Ces résultats apportent une valeur ajoutée à cette étude qui, à partir des données quantitatives des Enquêtes Démographiques et de Santé, n'avait pas pu sortir suffisamment l'influence des opinions, des attitudes et interactions sociales qui méritaient bien d'être étudiées. En adoptant une approche qualitative, elle a le mérite de questionner en profondeur les facteurs de la non-intention contraceptive, en les dénombrant et en décelant leurs mécanismes d'action, racontés par celles qui la vivent au lieu de les quantifier. Cependant, bien que les résultats soient comparables à ceux des études antérieures et dans d'autres contextes, la limite de ce travail peut résider dans ce même fait de dénombrer les facteurs sans mesure statistique du poids de leur influence. En outre, bien que les résultats montrent implicitement que les répondantes se sont référées principalement aux méthodes à longue durée d'action (LAPMs), l'utilisation de la contraception moderne a été évoquée sans spécification de la méthode. Par conséquent, les études ultérieures pourraient s'intéresser à des méthodes spécifiques afin de mettre en lumières celles qui suscitent beaucoup plus de controverses.

* *

*

CONCLUSION GENERALE

Cette étude avait pour l'objectif de contribuer à une meilleure connaissance des déterminants de la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union de 15-49 ans au Burundi. Spécifiquement, cette étude voulait dégager le profil des femmes âgées de 15 à 49 ans en union sans intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union de 15-49 ans au Burundi, identifier les sources de baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union de 15-49 ans au Burundi entre 2010 et 2017, rechercher les facteurs associés à la non-intention d'utiliser la contraception moderne chez les femmes en union de 15-49 ans au Burundi et analyser les opinions, attitudes et interactions sociales qui suscitent le désintéressement des femmes en union de 15-49 ans à utiliser la contraception moderne au Burundi.

Pour atteindre les trois premiers objectifs, les données des EDSB 2010 et 2016-2017 ont été exploitées. Ne saisissant pas les opinions, attitudes et interactions sociales en défaveur de la contraception pas ces enquêtes, une collecte de données complémentaires a été organisée dans une approche qualitative. Les méthodes d'analyse ont été aussi variées que les objectifs. L'étude du profil des femmes sans intention d'utiliser la contraception moderne a fait recours à l'AFCM. L'analyse des sources de la baisse du niveau d'intention étudiée a mis à contribution la méthode de décomposition. L'analyse de facteurs associés à la non-intention d'utiliser la contraception moderne a été faite par la régression logistique binomiale. Comme les données s'apprêtaient à une classification hiérarchique, cette régression a été envisagée dans la perspective d'analyse multiniveau. Enfin, les données qualitatives collectées ont fait l'objet de l'analyse thématique du contenu, retenant les facteurs qui ont été évoqués dans les groupes de discussion.

Concernant le profil des femmes sans intention d'utilisation de la contraception, nous supposions que les femmes sans intensions d'utilisation de la contraception moderne sont celles du milieu rural, sans instruction, âgées, vivant dans les ménages de niveau de vie faible, non exposées aux médias, ni aux messages de PF. Les résultats montrent que les femmes sans intention de contraception moderne sont les femmes âgées, comme leurs conjoints. Leur parité atteinte était élevée (7 enfants et plus), le nombre d'enfants survivants aussi élevé. Elles avaient vécu l'expérience de décès d'au moins un enfant, ne désiraient plus d'enfants. Elles étaient sans instruction comme leurs conjoints et vivant dans des ménages pauvres, faiblement exposés aux médias.

A propos des sources de la baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception, nous supposions que la baisse du niveau d'intention d'utiliser la contraception moderne était dû à l'effet de composition lié à l'augmentation de la proportion des femmes vivant dans les ménages pauvres et à celle des femmes travaillant dans l'agriculture et sans emploi. Nous supposions qu'en outre, elle était due à l'effet de performance, les femmes des régions Centre-Est et du Sud étant à la base de la plus grande contribution à la baisse des intentions étudiées, de même que les femmes de religion protestante. Les résultats montrent que la baisse étudiée est essentiellement liée à l'effet du changement de comportement. Au-delà du changement global, c'est le niveau de vie et la région de résidence qui contribuent, respectivement, à 31% et 6% du changement total. Selon que le niveau de vie soit élevé, la contribution à cette baisse est élevée. Selon la région, les régions du Sud, de l'Ouest et du Centre-Est sont celles qui contribuent le plus.

Par l'analyse explicative, l'étude a vérifié si la non-intention d'utiliser la contraception moderne n'était pas liée à la pauvreté des ménages qui attendent de leur descendance un meilleur avenir. L'hypothèse était que les femmes vivant dans les ménages pauvres étaient les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que les autres. Les résultats de l'étude ne montrent aucune différence significative entre les femmes des ménages pauvres et celles des ménages de niveau de vie moyen ou riche.

Trouvant que la théorie des flux intergénérationnels de richesse ne pouvait pas être avancée, il a été vérifié l'influence du poids socio-culturel de la communauté. En opérationnalisant ce poids par la religion, l'hypothèse était que les femmes protestantes sont les plus enclines à ne pas avoir l'intention contraceptive que celles des autres religions. Selon les résultats, la religion explique significativement la non-intention de contraception moderne chez les femmes de 15-49 ans en union au Burundi. Les femmes protestantes, adventistes et témoins de Jéhovah se montraient plus susceptibles de ne pas avoir cette intention que les catholiques.

Il a aussi été question d'examiner l'influence de l'offre des services de PF sur la non-intention étudiée. L'étude suppose que les femmes qui ne sont pas exposées aux messages de PF, qui n'ont pas reçu la visite d'un agent de PF au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et qui ne connaissent pas au moins une source de contraceptifs modernes sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne. Les résultats de l'étude montrent que les femmes exposées aux messages de PF sont moins

susceptibles de ne pas avoir cette intention. Aussi, les femmes qui ne connaissaient aucune source de méthodes contraceptives sont plus susceptibles de ne pas avoir l'intention de contraception que les autres.

Enfin, les rapports de genre ont aussi été interrogés. L'hypothèse était que les femmes dont les conjoints désirent plus d'enfants qu'elles sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles dont les maris désirent autant ou moins d'enfants qu'elles. En outre, les femmes qui trouvent que l'action de battre sa femme quand elle refuse les rapports sexuels à son conjoint est fondée sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que leurs congénères. Enfin, les femmes sans instruction, celles inactives ou agricultrices sont les plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que les autres. Les résultats de l'étude montrent également que le désir d'enfants du conjoint et la perception de l'action de battre sa femme pour avoir refusé les rapports sexuels expliquent significativement la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Les femmes dont les conjoints désiraient moins d'enfants qu'elles étaient moins susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles dont les conjoints désiraient le même nombre d'enfants qu'elles. En outre, les femmes qui jugeaient fondée l'action de battre sa femme pour le refus des rapports sexuels étaient plus susceptibles de ne pas avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne que celles qui la trouvaient non-fondée.

L'analyse des données qualitatives a rendu compte de l'influence des opinions, des attitudes et des interactions sociales que l'exploitation des données quantitatives n'avait pas mise en exergue. Parmi les facteurs qui alimentent les attitudes négatives les plus citées se retrouvent les effets secondaires subis ou la peur de les subir. En outre, ces effets secondaires occasionnent le coût élevé de traitement des dommages causés, ce qui renforce encore la méfiance envers la contraception dans la plupart des ménages qui sont pauvres. Cette situation d'absence des mécanismes de gestion des effets secondaires conforte les opinions religieuses qui sont d'ailleurs anti-contraceptives. Les femmes qui n'ont pas l'intention d'utiliser la contraception moderne pour des motifs religieux se confortent d'être en communion avec leurs croyances pendant que les utilisatrices risquent de subir le mauvais sort. Les avis des référents importants (mari, mère, belle-mère, etc.) sont aussi d'une importance capitale.

Les résultats auxquels cette étude est parvenue montrent que la non-intention de contraception moderne ne tient pas à des motifs économiques, malgré la baisse importante du

niveau de vie pendant la période couverte par l'analyse. Le profil montre qu'il s'agit de l'effet de génération, soutenu par la non-scolarisation des femmes et la non-exposition aux médias. La baisse du niveau d'intention tient principalement aux bouleversements socio-culturels au lieu du changement de structure de la population. Ce constat est d'ailleurs renforcé par l'absence de liaison entre la non-intention de contraception avec le niveau de vie du ménage. Par contre, les aspects culturels dont la religion sont fortement influents. Les opinions religieuses, l'influence des référents importants affectent la volonté des femmes en matière d'intention contraceptive. L'offre tronquée des services de planification familiale est un autre facteur dont profitent les influences négatives vis-à-vis de la contraception.

Au regard de l'hypothèse générale, ces résultats confirment bien que les caractéristiques de la communauté, celles du ménage et celles individuelles de la femme agissent aussi bien directement que par interaction sur la non-intention d'utiliser la contraception moderne. Au niveau de la communauté, le poids socio-culturel et l'offre des services de soins sont les déterminants sans intermédiaires de la non-intention contraceptive. Au niveau du ménage, les rapports de genre inégalitaires en défaveur de la femme font que celle-ci se plient aux ordres de son mari. C'est ainsi qu'au niveau individuel la femme se retrouve avec une auto-efficacité limitée. L'action de la femme est influencée par les rapports de genre. L'offre des services de PF peut aussi agir à travers les données du ménage et de la femme, par exemple sous l'influence du désir d'enfant du mari ou du niveau d'instruction de la femme.

La planification pour la transition de la fécondité et le captage du dividende démographique doit se faire ainsi de manière à maximiser les influences positives et directes de la communauté, tout en minimisant les influences négatives au niveau des ménages et individuel. Ainsi par exemple, l'offre des services de PF devra être soutenue à la base par la gestion des effets secondaires pour minimiser la résistance des femmes et des interactions sociales négatives. Sinon, l'utilisation de contraception, qui est la préalable de la baisse de la fécondité ne saura augmenter de prévalence dans un contexte de réticence confortée par les effets secondaires non traités. Ainsi, le dividende démographique restera un rêve qui aura du mal à se réaliser.

Cette étude aboutit à ces conclusions avec le mérite d'avoir porté son intérêt au problème fondé sur la question d'importance capitale de maîtrise de la fécondité pour cadrer avec les objectifs nationaux de développement. Dans le contexte national, il n'y a pas d'étude

qui se serait déjà consacrée aux intentions de contraception moderne. En menant l'étude auprès des femmes en union, cette étude fournit des résultats importants qui peuvent être facilement rapprochés au processus de transition démographique au Burundi, la fécondité s'étant principalement réalisée chez les femmes en union. Au niveau méthodologique, cette étude a d'abord le mérite d'avoir fait recours à la modélisation multiniveau qui permet de déceler les influences individuelles et celles communautaires. En outre, la triangulation des méthodes a permis d'avoir des informations complémentaires que la seule approche quantitative n'aurait pas pu fournir.

Les limites de cette étude sont constituées par l'absence de certaines variables pertinentes qui auraient été les mieux dans l'opérationnalisation des concepts étudiés dont la pauvreté des ménages, les rapports de genre, l'offre des services de PF, le poids socio-culturel de la communauté. En outre, l'étude qualitative qui a complété ces données s'est effectuée de façon ponctuelle, alors que la saisie des faits sociaux comme la pratique contraceptive et les interactions sociales y relatives sont mieux saisis dans une observation participante. Vivre avec les actrices de la procréation que sont les femmes en âge de procréer serait une meilleure stratégie d'observer les influences sociales qui sont à la base de leur non-intention d'utiliser la contraception.

* *

*

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1) Articles des revues

Aarinola, O. A., Babalola, D. A., & Ezinwanye, M. (2022). Factors Influencing Intention to use Family Planning among Ekiti State Female Farmers. *African Journal of Social Sciences and Humanities Research*, *5*(3), 50-61. https://doi.org/10.52589/AJSSHR-M5X6SSMX

Abajobir, A. A. (2014). Intention to use Long-acting and Permanent Family Planning Methods among Married 15-49 years Women in Debremarkos Town, Northwest Ethiopia. *Family Medicine & Medical Science Research*, *03*(04). https://doi.org/10.4172/2327-4972.1000145

Agha, S. (2010). Intentions to use contraceptives in Pakistan : Implications for behavior change campaigns. *BMC Public Health*, *10*(1), 450. https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-450

Ahuja, M., Frimpong, E., Okoro, J., Wani, R., & Armel, S. (2020). Risk and protective factors for intention of contraception use among women in Ghana. *Health Psychology Open*, *7*(2), 205510292097597. https://doi.org/10.1177/2055102920975975

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, *50*(2), 179-211. https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2000). Attitudes and the Attitude-Behavior Relation : Reasoned and Automatic Processes. *European Review of Social Psychology*, *11*(1), 1-33. https://doi.org/10.1080/14792779943000116

Babalola, S., John, N., Ajao, B., & Speizer, I. (2015). Ideation and intention to use contraceptives in Kenya and Nigeria. *Demographic Research*, *33*, 211-238. https://doi.org/10.4054/DemRes.2015.33.8

Bart, F. (2006). La montagne au cœur de l'Afrique orientale. *Cahiers d'Outre-Mer*, *59*(235), 307-322. https://doi.org/10.4000/com.126

Becker, G. S., & Lewis, G. H. (1973). On the Interaction between the Quantity and Quality of Children. Part 2 : New Economic Approaches to Fertility. *The Journal of Political Economy*, *81*(2), 279-288.

Bhatia, S. (1982). Contraceptive Intentions and Subsequent Behavior in Rural Bangladesh. *Studies in Family Planning*, *13*(1), 24. https://doi.org/10.2307/1965392

Bianco, L., & Chang-Ming, H. (1989). La population chinoise face à la règle de l'enfant unique. *Actes de la recherche en sciences sociales*, *78*(1), 31-40. https://doi.org/10.3406/arss.1989.2890

Biraben, J.-N. (1979). Essai sur l'évolution du nombre des hommes. *Population*, *34*(1), 13-25. https://www.persee.fr/doc/pop_0032-4663_1979_num_34_1_18032

Birdsall, N. M., & Griffin, C. C. (1988). Fertility and poverty in developing countries. *Journal of Policy Modeling*, *10*(1), 29-55. https://doi.org/10.1016/0161-8938(88)90034-8

Bongaarts, J. (1978). A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, *4*(1), 105. https://doi.org/10.2307/1972149

Bosompra, K. (2001). Determinants of condom use intentions of university students in Ghana : An application of the theory of reasoned action. *Social Science & Medicine*, *52*(7), 1057-1069. https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00213-6

Budu, E., Ahinkorah, B. O., Seidu, A.-A., Armah-Ansah, E. K., Salihu, T., Aboagye, R. G., & Yaya, S. (2022). Intention to use contraceptives among married and cohabiting women in sub-Saharan Africa : A multilevel analysis of cross-sectional data. *BMJ Open*, *12*(11), e060073. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060073

Calas, B. (1999). Les densités : Introduction à la géographie de l'Afrique orientale ? *Espace, populations, sociétés*, *17*(1), 53-65. https://doi.org/10.3406/espos.1999.1869

Caldwell, J. C. (1976). Toward A Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, *2*(3/4), 321. https://doi.org/10.2307/1971615

Campo, S., Askelson, N. M., Spies, E. L., & Losch, M. (2012). Ambivalence, communication and past use : Understanding what influences women's intentions to use contraceptives. *Psychology, Health & Medicine*, *17*(3), 356-365. https://doi.org/10.1080/13548506.2011.608432

Courgeau, D. (2002). Évolution ou révolutions dans la pensée démographique ? Evolution or revolutions in demographic thinking? *Mathématiques et sciences humaines/Mathematics and social sciences,* 40(160), 49-76. https://doi.org/10.4000/msh.2884

Craig, D. M., Wade, K. E., Allison, K. R., Irving, H. M., Williams, J. I., & Hlibka, C. M. (2000). Factors Predictive of Adolescents' Intentions to Use Birth Control Pills, Condoms, and Birth Control Pills in Combination with Condoms. *Canadian Journal of Public Health*, *91*(5), 361-365. https://doi.org/10.1007/BF03404808

Curtis, S. L., & Westoff, C. F. (1996). Intention to Use Contraceptives and Subsequent Contraceptive Behavior in Morocco. *Studies in Family Planning*, *27*(5), 239. https://doi.org/10.2307/2137996

Davis, K., & Blake, J. (1956). Social Structure and Fertility : An Analytic Framework. *Economic Development and Cultural Change*, *4*(3), 211-235. https://doi.org/10.1086/449714

Delaunay, V., Adjamagbo, A., & Lalou, R. (2008). Questionner la transition de la fécondité en milieu rural africain : Les apports d'une démarche longitudinale et institutionnelle. *Cahiers québécois de démographie*, *35*(1), 27-49. https://doi.org/10.7202/017748ar

Dibaba, Y. (2009). Factors Influencing Women's Intention to Limit Child Bearing in Oromia, Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, *23*(1). https://doi.org/10.4314/ejhd.v23i1.44834

Diop, A. M., & Marcoux, R. (2014). De la conception néo-malthusienne du « discours de Dakar » de Sarkozy. Note de recherche. *African Population Studies*, *28*(3), 1380-1388.

Diop, N. J. (1995). La fécondité des adolescentes au Sénégal. *Union pour l'Etude des Population en Afrique*, *11*, 20p.

Doliger, C. (2008). La fécondité et ses déterminants économiques : Becker vs Easterlin. *Revue économique*, *59*(5), 955. https://doi.org/10.3917/reco.595.0955

Dorvillier, F. (2010). Les causes de la crise de la transition démographique en Haïti : Une analyse néo-institutionnelle. *Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques*. Chaire Quetelet 2010, Louvain-La-Neuve.

Ducreux, M.-E. (1977). Les premiers essais d'évaluation de la population mondiale et l'idée de dépopulation au XVIIème Siècle. *Annales de démographie historique*, 421-438. https://www.jstor.org/stable/44394503

Dumez. (2009). Sur les épaules des géants – Quasi nanos, gigantium humeris insidentes. *Le Libellio d' AEGIS*, 5(2), 1-2.

Dumez. (2011). Faire la revue de la littérature : Pourquoi et comment ? *Le Libellio d' AEGIS*, 7(2), 15-27. http://crg.polytechnique.fr/v2/aegis.html#libellio

Easterlin, R. A. (1975). An Economic Framework for Fertility Analysis. *Studies in Family Planning*, *6*(3), 54-63. https://doi.org/10.2307/1964934

Eliason, S., Baiden, F., Quansah-Asare, G., Graham-Hayfron, Y., Bonsu, D., Phillips, J., & Awusabo-Asare, K. (2013). Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. *Reproductive Health*, *10*(1), 34. https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-34

Entwisle, B., Casterline, J. B., & Sayed, H. A. A. (1989). Villages as Contexts for Contraceptive Behavior in Rural Egypt. *American Sociological Review*, *54*(6), 1019. https://doi.org/10.2307/2095721

Espenshade, T. J. (1985). Marriage Trends in America : Estimates, Implications, and Underlying Causes. *Population and Development Review*, *11*(2), 193. https://doi.org/10.2307/1973487

Gebremariam, A., & Addissie, A. (2014). Intention to use long acting and permanent contraceptive methods and factors affecting it among married women in Adigrat town, Tigray, Northern Ethiopia. *Reproductive Health*, *11*(1), 24. https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-24

George, P. (1959). Rythme d'accroissement de la population mondiale. *Annales de géographie*, *68*(366), 159-161. https://www.jstor.org/stable/23443720

George, P. (1971). Évolution agraire et pression démographique, Ester Böserup [compte-rendu]. *Annales de géographie*, *441*, 593-594. https://www.persee.fr/doc/geo_0003-4010_1971_num_80_441_15388_t1_0593_0000_3

George, P. (1975). La conférence mondiale de la population de Bucarest (août 1974). Réalités démographiques et débats politiques. *Annales de géographie*, *461*, 1-23. https://www.persee.fr/doc/geo_0003-4010_1975_num_84_461_18964 le 08/04/2021

Gregory, J. W., & Piché, V. (1985). Mode de production et régime démographique. *Canadian Journal of African Studies / Revue canadienne des études africaines*, *19*(1), 73-79. https://doi.org/10.1080/00083968.1985.10804099

Hubacher, D., & Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods. *Contraception*, *92*(5), 420-421. https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.08.008

Jemmott, J. B., Heeren, G. A., Ngwane, Z., Hewitt, N., Jemmott, L. S., Shell, R., & O'Leary, A. (2007). Theory of planned behaviour predictors of intention to use condoms among Xhosa adolescents in South Africa. *AIDS Care*, *19*(5), 677-684. https://doi.org/10.1080/09540120601084308

Kalichman, S. C., Williams, E. A., Cherry, C., Belcher, L., & Nachimson, D. (1998). Sexual Coercion, Domestic Violence, and Negotiating Condom Use Among Low-Income African American Women. *Journal of Women's Health*, 7(3), 371-378. https://doi.org/10.1089/jwh.1998.7.371

Krief, N., & Zardet, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention: *Recherches en Sciences de Gestion*, *N° 95*(2), 211-237. https://doi.org/10.3917/resg.095.0211

Lemessa, R., & Wencheko, E. (2014). Factors affecting the intention of women to limit childbearing in rural Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, *28*(2), 75-80. https://ejhd.org/index.php/ejhd/article/view/32

Leridon, H. (2015). Théories de la fécondité : Des démographes sous influence ? *Population*, *70*(2), 331. https://doi.org/10.3917/popu.1502.0331

Lugoe, W., & Rise, J. (1999). Predicting Intended Condom Use among Tanzanian Students using the Theory of Planned Behaviour. *Journal of Health Psychology*, *4*(4), 497-506. https://doi.org/10.1177/135910539900400404

Magnani, R. J., Hotchkiss, D. R., Florence, C. S., & Shafer, L. A. (1999). The Impact of the Family Planning Supply Environment on Contraceptive Intentions and Use in Morocco. *Studies in Family Planning*, *30*(2), 120-132. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.1999.00120.x

Marcoux, R. (1998). Thomas R. Malthus et son Essai sur le principe de population, 200 ans plus tard. *Cahiers québécois de démographie*, *27*(2), 173. https://doi.org/10.7202/010247ar

Mboane, R., & Bhatta, M. P. (2015). Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women. *Reproductive Health*, *12*(1), 36. https://doi.org/10.1186/s12978-015-0010-2

McDonald, P. (2000). Gender Equity in Theories of Fertility Transition. *Population and Development Review*, *26*(3), 427-439. https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2000.00427.x

Merrick, T. (2001). Population and poverty in households : A review of reviews. *Population matters: Demographic change, economic growth, and poverty in the developing world*, 201-212.

Meskele, M., & Mekonnen, W. (2014). Factors affecting women's intention to use long acting and permanent contraceptive methods in Wolaita Zone, Southern Ethiopia : A cross-sectional study. *BMC Women's Health*, *14*(1), 109. https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-109

Meyer, N., Ferlicot, S., Vieillefond, A., Peyromaure, M., & Vielh, P. (2004). Intérêt de l'analyse factorielle des correspondances multiples en histopathologie. *Annales de*

Pathologie, *24*(2), 149-160. https://doi.org/Doi:AP-04-2004-24-2-0242-6498-101019-ART05

Millogo, R. M., Rossier, C., Soura, A. B., & Cisse, S. (2018). Impacts socio-économiques des inégalités de genre sur la fécondité à Ouagadougou : Éclairage à partir des donnees de l'observatoire de population de Ouagadougou. *African Population Studies*, *32*(3). https://doi.org/10.11564/32-3-1227

Moffitt, R. A. (1982). Post War Fertility Cycles and the Easterlin Hypothesis : A Life Cycle Approach. Research in Population Economics, 4, 237-252

Murshid, N. S., & Ely, G. E. (2016). Microfinance participation and contraceptive use : Does control over resources matter? *Journal of Public Health*. https://doi.org/10.1093/pubmed/fdw066

Murshid, N. S., & Ely, G. E. (2019). Microfinance participation and contraceptive use and intention in Bangladesh. *International Social Work*, *62*(4), 1274-1285. https://doi.org/10.1177/0020872818774089

Negash, W. D., Eshetu, H. B., & Asmamaw, D. B. (2023). Intention to use contraceptives and its correlates among reproductive age women in selected high fertility sub-saharan Africa countries : A multilevel mixed effects analysis. *BMC Public Health*, *23*(1), 257. https://doi.org/10.1186/s12889-023-15187-9

Njengoué Ngamaleu, H. R., & Mboé, G. G. (2021). L'intention d'utiliser le préservatif féminin au Cameroun : Une analyse du comportement planifié. *Revue québécoise de psychologie*, *41*(3), 203-233. https://doi.org/10.7202/1075471ar

Nkunzimana, E., Babale, M. S., Ndoreraho, A., & Nyandwi, J. (2021). Uptake of Modern Contraceptive Methods among Burundian Women and Associated Factors : Analysis of Demographic and Health Survey Data, Burundi 2016–2017. *East African Health Research Journal*, *5*(1), 75-81. https://doi: 10.24248/eahrj.v5i1.654

OCDE. (2003). La population : Répartition, structure, dynamiques. *Revue de l'OCDE sur le développement*, *4*(4), 79-90. https://www.cairn.info/revue-de-l-ocde-sur-le-developpement-2003-4-page-79.htm

Owoutou, O. (1998). Phallocratie et Contraception au Cameroun. *Les Annales de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines*, *1*(2), 189-203.

Oyinlola, F. F., Bamiwuye, S. O., Ilesanmi, B. B., Oyeleye, O. J., Ekundayo, O. O., & Adewole, O. E. (2018). Neighbourhood Factors Associated with Future Use of Contraceptives among Non-Users in Nigeria and Rwanda. *International Journal of Multidisciplinary Thought*, *7*(2), 487-512.

Panidis, Y. (2013). Avortement : La φθορά (phthora) provoquée de l'embryon dans les textes médicaux de l'Antiquité. *Philosophia. Yearbook of the Research Centre for Greek Philosophy at the Academy of Athens*, *43*, 221-240.

Panidis, Y. (2015). L'avortement chez Aristote : Un acte mè hosion. *Revue de philosophie ancienne, XXXIII*(1), 3-38. https://doi.org/10.3917/rpha.331.0003

Pelchat, Y. (2005). La Conférence internationale sur la population et le développement du Caire : Un parti pris pour les femmes? *Recherches féministes*, *8*(1), 155-164. https://doi.org/10.7202/057825ar

Piché, V., & Poirier, J. (2002). Les théories de la transition démographique : Vers une certaine convergence? *Sociologie et sociétés*, *22*(1), 179-192. https://doi.org/10.7202/001555ar

Potard, C., Courtois, R., Samedy, M. L., Mestre, B., Barakat, M. J., & Réveillère, C. (2012). Determinants of the intention to use condoms in a sample of French adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, *17*(1), 55-64. https://doi.org/10.3109/13625187.2011.634455

Roy, T. K., Ram, F., Nangia, P., Saha, U., & Khan, N. (2003). Can Women's Childbearing and Contraceptive Intentions Predict Contraceptive Demand? Findings from a Longitudinal Study in Central India. *International Family Planning Perspectives*, *29*(1), 25. https://doi.org/10.2307/3180998

Rutenberg, N., & Watkins, S. C. (1997). The Buzz Outside the Clinics : Conversations and Contraception in Nyanza Province, Kenya. *Studies in Family Planning*, *28*(4), 290. https://doi.org/10.2307/2137860

Rwenge, M., & Kanambaye, S. (2019). Approche globale de besoins non satisfaits en planification familiale au Mali. *African Population Studies*, *33*(1), 4700-4726. https://doi.org/10.11564/33-1-1362

Sala-Diakanda, M. (1988). De Bucarest à Mexico : Évolution des positions africaines en matière de population. *Cahiers de Sciences Humaines*, *24*(2), 173-184. https://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:25868

Schaalma, H., Aarø, L. E., Flisher, A. J., Mathews, C., Kaaya, S., Onya, H., Ragnarson, A., & Klepp, K.-I. (2009). Correlates of intention to use condoms among Sub-Saharan African youth : The applicability of the theory of planned behaviour. *Scandinavian Journal of Public Health*, *37*(2_suppl), 87-91. https://doi.org/10.1177/1403494808090632

Schoumaker, B. (2004). Pauvreté et fécondité en Afrique sub-saharienne : Une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé. *African Population Studies, 19 Supplément A*, 13-45. http://www.bioline.org.br/pdf?ep04020

Schultz, T. P. (1986). The Value and Allocation of Time in High-Income Countries : Implications for Fertility. *Population and Development Review, 12*, 87-108. https://elischolar.library.yale.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1514&context=egcenter-discussion-paper-series

Schwarz, J., Manirakiza, R., & Merten, S. (2021). Reproductive Governance in a Fragile and Population-Dense Context : Family Planning Policies, Discourses, and Practices in Burundi. *The European Journal of Development Research*. https://doi.org/10.1057/s41287-021-00482-1

Sheeran, P., & Taylor, S. (1999). Predicting Intentions to Use Condoms : A Meta-Analysis and Comparison of the Theories of Reasoned Action and Planned Behavior1. *Journal of Applied Social Psychology, 29*(8), 1624-1675. https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1999.tb02045.x

Sindayihebura, J. F. R., Barankanira, E., Manirakiza, D., Nganawara, D., Manirakiza, R., & Bouba Djourdebbé, F. (2022). Influence of gender relationships on the non-intention to use modern contraception among women aged 15 to 49 in union in Burundi. *Applied Mathematical Sciences*, *16*(8), 387-396. https://doi.org/10.12988/ams.2022.916836

Sindayihebura, J. F. R., Nganawara, D., Bouba Djourdebbé, F., & Manirakiza, R. (2022). Family Planning Services Supply and Non-Intention to Use the Modern Contraception among Women of Childbearing Age in Union in Burundi. *Internation Journal of Mathematical Analysis, 16*(2), 81-88. https://doi.org/10.12988/ijma.2022.912423

Sindayihebura, J. F. R., Nganawara, D., & Manirakiza, R. (2022a). Community socio-cultural pressure in explanation of the non-intention to use modern contraception among the women aged 15-49 in Union in Burundi. Application of the multi-level analysis. *International Journal of Mathematical Analysis*, *16*(4), 149-157. https://doi.org/10.12988/ijma.2022.912431

Sindayihebura, J. F. R., Nganawara, D., & Manirakiza, R. (2022b). Household Poverty and Contraceptive Non-Intention Among Women of Childbearing Age in Union in Burundi : Validity of the Theory of Intergenerational Flows of Wealth. *Journal of Population and Social Studies*, *31*, 80-94. https://doi.org/10.25133/JPSSv312023.005

Sindayihebura, J. F. R., & Nkunzimana, A. (2020). Changement climatique et anémie chez les femmes en âge de procréer au Burundi : Approche par la région de résidence. *Revue de l'Université du Burundi : Séries Sciences Humaines et Sociales*, *18*(1), 160-173. http://revue.ub.edu.bi/JUB/article/view/84

Smuseneto, A. (2019). Determinants of Childbearing among Thai-Muslim Generation Y in Thailand. *Journal of Population and Social Studies*, *27*(4), 321-333. https://doi.org/10.25133/JPSSv27n4.021

Solanke, B. L., Oyediran, O. O., Awoleye, A. F., & Olagunju, O. E. (2023). Do health service contacts with community health workers influence the intention to use modern contraceptives among non-users in rural communities? Findings from a cross-sectional study in Nigeria. *BMC Health Services Research*, *23*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s12913-023-09032-3.

Stephenson, R., Koenig, M. A., & Ahmed, S. (2006). Domestic Violence and Contraceptive Adoption in Uttar Pradesh, India. Studies in Family Planning, 37(2), 75-86. https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2006.00087.x

Sutton, S., McVey, D., & Glanz, A. (1999). A comparative test of the theory of reasoned action and the theory of planned behavior in the prediction of condom use intentions in a national sample of English young people. *Health Psychology*, *18*(1), 72-81. https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.1.72

Sylla, O., Bouba Djourdebbe, F., Kante, S., Dembélé, F., Keita, Z., & Goita, S. (2019). Facteurs Explicatifs de la Pratique Contraceptive Moderne des Femmes Fréquentant les Formations Sanitaires du District de Youwarou au Mali. *European Scientific Journal ESJ*, *15*(36). https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n36p195

Tabutin, D., & Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXIe siècle : Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, *75*(2), 169. https://doi.org/10.3917/popu.2002.0169

Taffa, N., Klepp, K. I., Sundby, J., & Bjune, G. (2002). Psychosocial determinants of sexual activity and condom use intention among youth in Addis Ababa, Ethiopia. *International Journal of STD & AIDS*, *13*(10), 714-719. https://doi.org/10.1258/095646202760326480

Tegegne, B. D., Belete, M. A., & Deressa, J. T. (2022). Women's intention to use long acting and permanent contraceptive methods and associated factors among family planning users in Addis Ababa, Ethiopia : A Cross sectional study. *African Journal of Reproductive Health*, *26*(4), 22-31. https://doi.org/10.29063/ajrh2022/v26i4.3

Thibon, C. (1984). Crise démographique et mise en dépendance au Burundi et dans la région des Grands-Lacs 1980-1910. *Cahiers d'Histoire*, *2*(2), 19-40.

Thompson, W. S. (1929). Population. *American Journal of Sociology*, *34*(6), 959-975. https://doi.org/10.1086/214874

Tiruneh, F. N., Chuang, K.-Y., Ntenda, P. A. M., & Chuang, Y.-C. (2016). Factors associated with contraceptive use and intention to use contraceptives among married women in Ethiopia. *Women & Health*, *56*(1), 1-22.https://doi.org/10.1080/03630242.2015.1074640

Udomboso, C. G., Amoateng, A. Y., & Doegah, P. T. (2015). Bio-social correlates of intention to use or not to use contraception : The case of Ghana and Nigeria. *African Population Studies*, *29*(2). https://doi.org/10.11564/29-2-783

Vallin, J. (1976). Les perspectives de population mondiale des Nations Unies. *Population (French Edition)*, *31*(3), 561. https://doi.org/10.2307/1530756

Wang, R.-H., Cheng, C.-P., & Chou, F.-H. (2008). A causal model of contraceptive intention and its gender comparison among Taiwanese sexually inexperienced adolescents. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(7), 930-939. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02088.x

Wilson, D., Zenda, A., McMaster, J., & Lavelle, S. (1992). Factors Predicting Zimbabwean Students' Intentions To Use Condoms. *Psychology & Health*, *7*(2), 99-114. https://doi.org/10.1080/08870449208520013

Wuni, C., Turpin, C. A., & Dassah, E. T. (2018). Determinants of contraceptive use and future contraceptive intentions of women attending child welfare clinics in urban Ghana. *BMC Public Health*, *18*(1), 79. https://doi.org/10.1186/s12889-017-4641-9

Zavala de Cosio, M. E. (2007). Impact sur la fécondité des changements dans les rapports de genre. Le cas de l'Amérique latine. *Bruylant- Academia*, 104-438. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00469502v2

2) Articles de journaux

Andreani, J.-C., & Conchon, F. (2005). Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : État de l'art en marketing. *Cahier de recherche ESCP-EAP*, 1-26.

Buettner, T. (2020). Perspectives de population mondiale – Une vision sur le long terme / World Population Prospects – A Long View. *Economie et Statistique*, 9-29. https://www.persee.fr/doc/estat_0336-1454_2020_num_520_1_10953

Caldwell, J. C. (1982). Theory of Fertility Decline, Population and Social Structure : Advances in Historical Demography. *Academic Press*, 458-493.

3) Papiers de conférence/Article de colloque

Callahan, R., & Becker, S. (2013). *Contraceptive Intentions and Use in Rural Bangladesh*. Annual Meeting of the Population Association of America. https://paa2013.princeton.edu/papers/130056

Guengant, J.-P., & May, J. F. (2001). *Impact of the proximate determinants on future course of fertility in Sub-Saharan Africa*. Workshop on prospect for fertility decline in high fertility countries. 3-24.Population Division -Department of Economic and Social Affairs, New York

Nganawara, D. (2016). *Famille et scolarisation des enfants en âge scolaire obligatoire au Cameroun : Une analyse à partir du recensement de 2005*. Observatoire démographique et statistique de l'espace francophone (ODSEF). https://www.odsef.fss.ulaval.ca/sites/odsef.fss.ulaval.ca/files/rr_odsef_scolarisation_cameroun_final.pdf

Notestein, F. W. (1953). *The Economic of Population and Food Supplies. Economic Problems of Population Change*. Proceedings of the 8th International Conference of Agricultural Economists. 13-31.

Nsabimana, J. (2021, décembre 5). *Perception de la population des causes de la vulnérabilité face à l'inondation dans une ville africaine : Le cas de Bujumbura* [Présentation en ligne]. International Population Conference (IPC2021), Hyderabad, India.

Sindayihebura, J. F. R. (2021, juin 25). *Facteurs explicatifs de la non-intention d'utilisation de la contraception moderne chez les femmes de 15-49 ans en union au Burundi* [Présentation orale]. Deuxième Edition du Forum/Exhibition Academia-Public-Private-Partnership (APPP), Bujumbura. Unpublished. https://rgdoi.net/10.13140/RG.2.2.25496.47360

Thibon, C. (1991). Croissance et régimes démographiques anciens. In Karthala (Éd.), *Histoire sociale de l'Afrique de l'Est (XIXe-XXe siècle) : Actes du colloque de Bujumbura, 17-24 octobre 1989* (p. 207-229). Karthala.

Tounès, A. (2003). *Une modélisation théorique de l'intention entrepreneuriale*. Actes des VIIèmes journées scientifiques du réseau thématique de recherche en entrepreneuriat de l'A.U.F.

4) Chapitre d'ouvrages

Adjamagbo, A. (2001). Attitudes des femmes à l'égard d'une planification des naissances en contexte africain d'agriculture de rente. In F. Gendreau, *Les transitions démographiques dans les pays du Sud* (Universités Francophones, p. 345-356). Editions ESTEM.

Adjamagbo, A., & Locoh, T. (2015). Genre et démographie : Une rencontre féconde. In C. Verschuur, I. Guérin, & H. Guétat-Bernard (Éds.), *Sous le développement, le genre* (IRD LPED-Laboratoire Population-Environnement-Développement, p. 99-128). https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01473067

Ajbilou, A. (2001). Pauvreté et fécondité au Maroc. In F. Gendreau, *Les transitions démographiques dans les pays du Sud* (Universités Francophones, p. 370-378). Editions ESTEM.

Barampanze, G., & Nkurunziza, F. (1994). Expansion démographique et développement au Burundi : L'impossible adéquation ? In N. Koffi, Guillaume, P. Vimard, & B. Zanou (Éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique : Séminaire international ENSEA-ORSTOM, Abidjan, du 26 au 29 novembre 1991*. ORSTOM éditions.

Baudewyns, P. (2013). L'analyse factorielle des correspondances (multiples). In G. Masuy-Stroobant & R. Costa (Éds.), *Analyser les données en Sciences sociales : De la préparation des données à l'analyse multivariée* (Editions scientifiques internationales, Vol. 5, p. 171-199). P.I.E. Peter Lang. https://www.peterlang.com/document/1053763

Becker, G. S. (1960). An Economic Analysis of Fertility. In National Bureau of Economic Research (Éd.), *Demographic and Economic Change in Developed Countries* (Columbia University Press, p. 209-240). http://www.nber.org/books/univ60-2

Bella, N. (2001). Le rôle des politiques de population dans la transition de la fécondité : L'exemple de la Thaïlande. In F. Gendreau, *Les transitions démographiques dans les pays du Sud* (Universités Francophones, p. 425-438). Editions ESTEM.

Beninguisse, G., Eloundou-Enyegue, P. M., Nsoa-Mbondo, P., & Tanang-Tchouala, P. (2013). Les tendances de la mortalité des enfants selon le statut socio-économique en

Afrique subsaharienne : Effet de composition ou de performance ?In D. Tabutin & B. Masquelier, *Actes de la Chaire Quetelet (*Centre de recherche en démographie et sociétés, IACCHOS, Université catholique de Louvain, p. 235-256). Presses Universitaires de Louvain.

Cain, M. T. (1993). Patriarchal structure and demographic change. In C. Federici (Éd.), *Women's position and demographic change* (p. 43-60). Oxford University Press.

Costa, R. (2013). L'analyse de classification. In G. Masuy-Stroobant & R. Costa (Éds.), *Analyser les données en Sciences sociales : De la préparation des données à l'analyse multivariée* (Editions scientifiques internationales, Vol. 5, p. 201-224). P.I.E. Peter Lang. https://www.peterlang.com/document/1053763

De Bruinj, B. J. (2002). Fécondité : Théories, structures, modèles, concepts. In G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, *Démographie : Analyse et Synthèse : II : Déterminants de la fécondité* (p. 407-447). Ined.

De Loenzien, M. (2006). Fondement des approches qualitatives dans les études de population. In M. De Loenzien & S.-D. Yana (Éds.), *Les approches qualitatives dans les études de population : Théorie et pratique* (p. 11-45). Agence universitaire de la francophonie Éditions des Archives contemporaines, eac.

Easterlin, R. A. (1987). Easterlin Hypothesis. In J. Eatwell, M. Milgate, & P. Newman (Éds.), *The New Palgrave : A Dictionary of Economics* (Vol. 2, p. 1-4).

Ela, M. (1995). Fécondité, structures sociales et fonctions dynamiques de l'imaginaire en Afrique noire. In V. Piché & H. Gérard (Éds.), *Sociologie des populations* (p. 189-215). Presses de l'Université de Montréal.

Gendreau, F. (2014). Dynamiques démographiques. In F. Guillemot & A. Larcher-Goscha (Éds.), *La colonisation des corps : De l'Indochine au Vietnam* (p. 415-435). Vendérmiaire.

Joshi, H., & David, P. (2002). Le contexte économique et sociale de la fécondité. In G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, *Démographie : Analyse et Synthèse : II : Déterminants de la fécondité* (p. 327-367). Ined.

Kuepié, M. (2004). Revenu du chef de ménage et stratégies de survie des ménages pauvres : Une comparaison Dakar/Bamako. In U. C. Isiugo-Abanihe & E. Ngwé (Éds.), *Population and Poverty in Africa* (Vol. 19, p. 83-113). Étude de population africaine.

Lesthaeghe, R. (1989). Social Organization, Economic Crisis and the Future of Fertility Control in Africa. In R. Lesthaeghe (Éd.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa* (p. 475-505). University of California Press.

Locoh, T., & Vandermeesch, C. (2006). La maitrise de la fécondité dans les pays du Tiers-Monde. In G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, *Démographie : Analyse et Synthèse : VII : Histoire des idées et politiques des populations* (p. 193-249). Ined.

Marcoux, R. (1993). Travail des enfants au Mali : Spécificités urbaines et stratégies des ménages. In D. C. Dénnis (Éd.), *Population, reproduction, sociétés. Perspectives et enjeux de démographie sociale* (p. 13-18). Presses de l'université de Montréal.

Mason, K. O. (2014). Impact du statut social des femme sur la fécondité des pays en développement. In H. Leridon (Éd.), *Les théories de la fécondité* (p. 447-465). Ined. https://www.ined.fr/fr/publications/editions/manuels/les-theories-de-la-fecondite/

Masuy, A. J. (2013). L'exploration : Évaluer, préparer et décrire. In G. Masuy-Stroobant & R. Costa (Éds.), *Analyser les données en Sciences sociales : De la préparation des données à l'analyse multivariée* (Editions scientifiques internationales, Vol. 5, p. 49-74). P.I.E. Peter Lang. https://www.peterlang.com/document/1053763

Mkangi, G. C. (1977). Education, Poverty and Fertility among the Wataita of Kenya. In T. S. Epstein & D. Jackson (Éds.), *The Feasibility of Fertility Planning : Micro Perspectives* (p. 173-181). Pergamon Press.

Mudingo, A. I. (2006). Determinants of unsafe induced abortion in developing countries. In I. K. Warriner & I. H. Shah (Éds.), *Preventing unsafe abortion and its consequences : Priorities for research and action* (p. 51-71). Guttmacher Institute.

Noumbissi, A. (1994). Fécondité et développement : De quelques théories. In N. Koffi, A. Guillaume, P. Vimard, & B. Zanou (Éds.), *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique : Séminaire international ENSEA-ORSTOM, Abidjan, du 26 au 29 novembre 1991* (p. 321-337). ORSTOM éditions.

Payaud, M. A. (2018). Le « contexte » et la recherche en terre africaine. In F. Chevalier, L. M. Cloutier, & N. Mitev (Éds.), *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 400-421). EMS Editions. https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01

Piché, V., & Poirier, J. (1995). Les approches institutionnelles de la fécondité. In V. Piché & H. Gérard (Éds.), *Sociologie des populations* (p. 117-137). Presses de l'Université de Montréal.

Rizzi, E. (2013). La régression logistique. In G. Masuy-Stroobant & R. Costa (Éds.), *Analyser les données en Sciences sociales : De la préparation des données à l'analyse multivariée* (Editions scientifiques internationales, Vol. 5, p. 253-278). P.I.E. Peter Lang. https://www.peterlang.com/document/1053763

Schoumaker, B. (2013). La régression linéaire multiple. In G. Masuy-Stroobant & R. Costa (Éds.), *Analyser les données en Sciences sociales : De la préparation des données à l'analyse multivariée* (Editions scientifiques internationales, Vol. 5, p. 227-252). P.I.E. Peter Lang. https://www.peterlang.com/document/1053763

Simons, J. (2014). La procréation comme pratique religieuse. In *Les théories de la fécondité* (Ined, p. 383-395).

Teitelbaum, M. (2006). Histoire des politiques de population jusqu'en 1940. In G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, *Démographie : Analyse et Synthèse : VII : Histoire des idées et politiques des populations* (p. 151-169). Ined.

Vilquin, E. (2006). Histoire de la pensée démographique jusqu'en 1940. In G. Caselli, J. Vallin, & G. Wunsch, *Démographie : Analyse et Synthèse : VII : Histoire des idées et politiques des populations* (p. 11-53). Ined.

5) Ouvrages

Agresti, A. (2018). *Statistical methods for the social sciences* (Fifth edition, global edition). Pearson.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (2002). *Understanding attitudes and predicting social behavior* (Transferred to digital print on demand). Prentice-Hall.

Auerbach, C. F., & Silverstein, L. B. (2003). *Qualitative data : An introduction to coding and analysis*. New York University Press.

Becker, G. S. (1991). *A treatise on the family* (Enl. ed). Harvard University Press.

Bidou, J. E., Ndayirukiye, S., Ndayishimiye, J. P., & Silven, P. (1991). *Géographie du Burundi*. Hatier - ICCT.

Boserup, E. (1970). *Evolution agraire et pression démographique*. Flammarion.

Bourdieu, P., & Passeron, J. C. (1970). *La Reproduction Éléments Pour Une Théorie du Système D'Enseignement*. Minuit.

Bringé, A., & Golaz, V. (2017). *Manuel pratique d'analyse multiniveau*. Ined Éditions. https://doi.org/10.4000/books.ined.12777

Caldwell, J. C. (1994). *The course and causes of fertility decline*. International Union for the Scientific Study of Population.

Canning, D., Raja, S., & Yazbeck, A. S. (Éds.). (2016). *La transition démographique de l'Afrique : Dividende ou catastrophe?*The World Bank. https://doi.org/10.1596/978-1-4648-0821-0

Chatterjee, S., & Hadi, A. S. (2012). *Regression analysis by example* (Fifth edition). Wiley.

Chesnais, J.-C. (1995). *La transition démographique : Trente ans de bouleversements, 1965-1995*. Centre français sur la population et le développement.

Coleman, J. S. (1990). *Foundations of social theory*. Belknap Press of Harvard University Press.

David, O. (2015). *La population mondiale : Répartition, dynamique et mobilité* (3e éd). Armand Colin.

Davis, M., & Mailhos, J. (2006). *Le pire des mondes possibles : De l'explosion urbaine au bidonville global*. la Découverte.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les 10 questions clés de la démarche compréhensive* (2e éd). Vuibert.

Eloundou-Enyegue, P. M., & Giroux, S. C. (2010). *Comprendre le changement social. Apports des méthodes de décomposition* (Panel UIES sur le renforcement de la formation démographique en Afrique Francophone). Imprimerie Médiat.

Ezzy, D. (2011). *Qualitative analysis : Practice and innovation*. Routledge, Taylor & Francis Group.

Fassassi, R. (2007). *Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale au tournant du siècle : Rapport de synthèse*. CEPED.

Fayolle, A., Gailly, B., & Lassas-Clerc, N. (2006). *Mesure de l'effet à court terme et à long terme d'un programme d'enseignement de l'entrepreneuriat (PEE) sur l'intention entrepreneuriale des participants : Importance des conditions initiales*. Actes du 8ème Congrès International Francophone en Entrepreneuriat et PME, Suisse.

Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior : An introduction to theory and research*. Addison-Wesley Pub. Co.

Gahama, J. (1983). *Le Burundi sous administration belge : La période du mandat, 1919-1939*. Karthala.

Gauthier, Benoît. (2006). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (4e éd). Presses de l'Université du Québec.

Gendreau, F. (1993). *La population de l'Afrique : Manuel de démographie*. CEPED : Karthala. https://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/carton07/35169.pdf

Hilbe, J. M. (2016). *Practical guide to logistic regression*. CRC Press/Taylor & Francis.

Kamuragiye, A., & Buzingo, D. (2019). *Maîtriser la croissance de la population pour profiter du dividende demographique en Afrique subsaharienne : La cas du Burundi*. Les Editions l'Empreinte du Passant.

https://lempreintedupassant.com/index.php/product/maitriser-la-croissance-de-la-population-pour-profiter-du-dividende-demographique-en-afrique-subsaharienne-le-cas-du-burundi/

Krippendorff, K. (2004). *Content analysis : An introduction to its methodology* (2nd ed). Sage.

Larivière, N., & Corbière, M. (Éds.). (2014). *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes : Dans la recherche en sciences humaines, sociales et de la santé*. Presses de l'Université du Québec.

Machiyama, K., & Cleland, J. C. (2013). *Analyse des besoins non satisfaits au Sénégal*. London School of Hygiene & Tropical Medicine. https://knowledgecommons.pop-council.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1275&context=departments_sbsr-rh

Malthus, T. R. (1963). *Essai sur le principe de population* (P. Theil, Trad.). Editions Gonthier.

Malthus, T. R. (2017). *Essai sur le principe de population suivi de Une vue sommaire du principe de population : Nouvelle édition critique enrichie* (J.-M. Rohrbasser & J. Véron, Éds.). Ined Éditions. https://doi.org/10.4000/books.ined.1253

Manirakiza, R. (2008). *Population et développement au Burundi*. Harmattan. https://www.editionsharmattan.fr/livrepopulation_et_developpement_au_burundi_rene_manirakiza-9782296059443-26664.html

McClory, R. (1998). *Rome et la contraception : Histoire secrète de l'encyclique Humanae vitae*. Éditions de l'Atelier : Éditions ouvrières.

Mongeau, P. (2008). *Réaliser son mémoire ou sa thèse : Côté jeans & côté tenue de soirée*. Presses de l'Université du Québec.

N'Da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences sociales et humaines : Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. Harmattan.

Nganawara, D. (2017). *Analyse de fécondité*. Les documents pédagogiques de l'IFORD.

Olivier de Sardan, J.-P. (2008). *La rigueur du qualitatif : Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique*. Academia-Bruylant.

Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd). Armand Colin.

Nugier, A., & Chekroun, P. (2021). *Les influences sociales : Concepts, recherches et applications* (2e éd). Dunod.

Rabier, S. (2020). *Les enjeux du dividende démographique pour les pays d'Afrique : Une perspective de genre* (Vol. 4). AFD Editions.

Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research : A practical handbook*. Sage Publications.

Wakam, J. (1994). *De la pertinence des théories « économistes » de fécondité dans le contexte socio-culturel camerounais et negro-africain*. Institut de formation et de recherche démographiques.

6) Thèses

Hakizimana, A. (2000). La politique de santé reproductive et planification familiale au Burundi : Contraintes issues de la contracdiction entre communication et culture dans un contexte de développement [Thèse de Doctorat en Communication]. Université de Montréal.

Kourouma, N. (2011). *Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée* [Thèse de Doctorat en Démographie]. Université de Montréal.

Millogo, R. M. (2020). *Transition de la fécondité à Dakar, Ouagadougou et Nairobi : Similitudes et divergences avec les schémas classiques* [Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Génève]. https://archive-ouverte.unige.ch/unige:133514

N'Bouke, A. (2011). *Recours à l'avortement provoqué à Lomé (Togo) : Évolution, facteurs associés et perceptions* [Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Montréal]. http://hdl.handle.net/1866/5358

Ngo Mayack, J. (2017). *Le recours à la contraception d'urgence au Cameroun : Le cas de la ville de Yaoundé* [Thèse de Doctorat en Démographie, Université Catholique de Louvain]. http://hdl.handle.net/2078.1/185471

Nouhou, A. M. (2016). *Projet de famille et processus d'autonomisation des individus en matière de fécondité au Niger* [Thèse de Doctorat en Démographie, Université de Genève]. https://archive-ouverte.unige.ch/unige:88611

Schoemaker, J. F. (1987). *Stratégie de survie et procréation : Une étude des bidonvilles d'Asunción au Paraguay* [Thèse de Doctorat en Démographie]. Université de Montréal.

7) Documents de travail et rapports

BCR. (1991). *Recensement général de la population et de l'habitation 1990 : Résultats provisoires*. Bureau Central des Recensements.

BCR, B. C. des R. (2011). *Recensement Général de la Population et de l'Habital 2008, Vol.3 : Analyse, Tome 6 : Etat et structure de la population*.

De Bourmont, M. (2012). La résolution d'un problème de multi-colinéarité au sein des études portant sur les déterminants d'une publication volontaired'informations : Propositiond'un algorithme de décisions implifié basé sur les indicateurs de Belsley, Kuh et Welsch(1980). *HAL Open Science*. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00691156

Département des statistiques, R. du B., Ministère du plan. (1974). *Enquete démographique 1970-1971 : Résultats définitifs, Tome 1 : Population et Habitat* (p. 416).

ISTEEBU. (2017). *Projections démographiques 2010-2050. Niveau national et provincial* (p. 48).

ISTEEBU. (2019). *Tableau de bord social du Burundi : Edition 2018* (p. 46). https://www.isteebu.bi/wp-content/uploads/2020/05/TBS-DECEMBRE-2019-Edition-2018.pdf

ISTEEBU. (2021). *Rapport de l'Enquête Intégrée sur les Conditions de Vie des Ménages au Burundi (EICVMB, 2019-2020) : Profil et déterminants de la pauvreté au Burundi* (p. 70). Institut de Statistiques et d'Etudes Economiques du Burundi. https://www.isteebu.bi/wp-content/uploads/2022/05/EICVMB_Rapport-final_Profil-et-d�terminants-de-la-pauvrete_2021.pdf

ISTEEBU, & ICF International. (2012). *Deuxième Enquête Démographique et de Santé Burundi 2010*. https://www.isteebu.bi/nada/index.php/catalog/4

ISTEEBU, & ICF International. (2017). *Troisième Enquête Démographique et de Santé 2016-2017*. https://www.isteebu.bi/wp-content/uploads/2020/10/EDS-III.pdf

Livian, Y. (2015). *Initiation à la méthodologie de recherche en sciences humaines et sociales : Réussir son mémoire ou thèse*. Hyper Article en Ligne - Sciences de l'Homme et de la Société. halshs-01102083

MEEATU. (2013). *Stratégie Nationale et Plan d'Actions sur le changement climatique* (p. 100). Ministère de l'Eau, de l'Environnement, de l'Aménagement du Territoire et de l'Urbanisme. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/-efsa2017versionfinale.pdf

MININTER, R. du B., Ministère du plan. (2012). *Atlas du Burundi*.

Nations-Unies. (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement—Le Caire, 5-13 septembre 1994* (A/CONF.171/13/Rev.1). Nations-Unies.

PNSR. (2007). *Politique Nationale de la Santé de la Reproduction* (p. 40). Programme National de Santé de la Reproduction.

PNUD. (2019). *République du Burundi : Rapport National sur le Développement Humain 2019 : Cohésion sociale, dividende démographique et développement humain durable* (p. 153). https://www.bi.undp.org/content/burundi/fr/home/library/mdg/RNDH.html

République du Burundi. (2016). *Plan d'accélération de la Planification familiale 2015-2020* (p. 69). https://fp2030.org/sites/default/files/PlandactionPF_Burundi_Final.compressed.pdf

République du Burundi. (2018). *Plan National de Développement du Burundi (PNDB 2018-2027)*. http://www.presidence.gov.bi/wp-content/uploads/2018/08/PND-Burundi-2018-2027-Version-Finale.pdf

ROCARE, R. O. et C. A. de R. en E., & ADEA, A. pour le D. de l'Education an A. (2006). *Extraits de Guides pour la Recherche Qualitative*. www.rocare.org/PetitesSubventions_GuideRechercheQuali.pdf.

Negewo, D. (2010). *Assessment of factors affecting women's intention to use long acting and permanent contraceptive methods among family planning clients of public health facilities in Ambo town, Oromia National Regional state, Ethiopia*. https://doi.org/10.20372/NADRE/12810

PAM. (2017). *République du Burundi : Analyse de la sécurité alimentaire en situation d'urgence au Burundi* (p. 70). https://fscluster.org/sites/default/files/documents/efsa_2017_version_finale.pdf

Sara, R. (2020). *Intention to Use Contraceptives in Jordan : Further Analysis of the Jordan Population and Family Health Survey 2017-18* (p. 32) [DHS Further Analysis Reports No. 141]. ICF - The DHS Program. https://dhsprogram.com/publications/publication-FA141-Further-Analysis.cfm

Stover, J., & Heaton, L. (2001). *FamPlan : Version 4 : Programme informatisé pour les projections des besoins en matière de Système Spectrum des modèles de politiquesplanification familiale : Système Spectrum des modèles de politiques*. The Futures Group International - Research Triangle Institute - The Centre for Development and Population Activities.

United Nations, Nations Unies, & Conférence internationale sur la population et le développement. (1995). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement : Le Caire, 5-13 septembre 1994*. Nations Unies.

ANNEXES

ANNEXE 2.1 : CONSTRUCTION DE LA VARIABLE EXPOSITION AUX MEDIAS

La variable « exposition aux médias » est présentée dans le texte commune une variable à trois modalités 1 « Exposition faible », 2 « Exposition moyenne », 3 « Exposition élevée ». C'est une variable composite qui a été construite à partir des trois variables relatives à la fréquence de lecture des journaux, d'écoute de la radio et l'assistance à la télévision. Chaque variable avait 4 modalités codées 1 « Jamais », 2 « Moins d'une fois la semaine », 3 « Au moins une fois la semaine », 4 « Presque chaque jour ».

V157

		Valeur	Nombre	Pourcentage
Attributs standard	Position	89		
	Libellé	Frequency of reading newspaper or magazine		
	Type	Numérique		
	Format	F1		
	Mesure	Nominales		
	Rôle	Entrée		
Valeurs valides	0	Not at all	16186	93,7%
	1	Less than once a week	818	4,7%
	2	At least once a week	265	1,5%
	3	Almost every day	0	0,0%

L'addition de ces trois variables a donné une variable à 7 modalités codées de 0 à 6. Cette variable ainsi créée a été recodée en trois modalités pour avoir la variable « exposition aux médias » qui a été utilisée.

```
COMPUTE expomed=V157+v158+v159.
RECODE expomed (0,1=1) (2,3=2) (4,5,6=3) (ELSESE=SYSMIS).
VALUE LABELS expomed 1"Faible"2"Moyenne"3"Elevée".
VARIABLE LABELS expomed "Exposition aux médias".
```

ANNEXE 4.1 : RESULTATS DES MODELES MULTINIVEAUX DETAILLES SUIVANT LES NIVEAUX

	2010				2017				
Paramètres, variables et modalités	**M0**	**M1**	**M2**	**MC**	**M0**	**M1**	**M2**	**M3**	**MC**
Khi-deux de Wald		649,52***	76,25***	672,25***		136,19***	212,10***	129,60***	135,50***
Rapport de vraisemblance (Chi2())	133,09***	125,11***	87,02***	94,43***	634,89***	549,36***	581,12***	527,73***	390,05***
Partie aléatoire									
Variance ménage	N/A	N/A	N/A	N/A	10,058	23,779	13,166	9,984	19,469
Effet des modèles sur la variance/ménage (%)	N/A	N/A	N/A	N/A		136,4%	30,9%	-0,7%	93,6%
Variance communautaire	0,408	0,604	0,322	0,503	1,691	2,662	1,857	1,063	1,981
Effet des modèles sur la variance/communautaire (%)		48,0%	-21,1%	23,3%		57,4%	9,8%	-37,1%	17,2%
Coefficient de Corrélation Intra-ménage (%)	N/A	N/A	N/A	N/A	78,12%	88,93%	82,04%	77,05%	86,70%
Coefficient de Corrélation Intra-communautaire (%)	11,03%	15,51%	8,91%	13,27%	11,24%	8,95%	10,14%	7,41%	8,01%
Partie fixe									
Variables relatives aux caractéristiques individuelles de la femme									
Connaissance de la contraception moderne		**ns**		*****		**ns**			**ns**
Connait la contraception moderne		1		1		1			1
Ne connait pas la contraception moderne		1,938ns		2,350*		2,806ns			3,598ns
Besoins non-satisfaits en PF		***		***		***			***
Avec les besoins non-satisfaits de PF		0,660***		0,648***		0,430***			0,492***
Sans besoins non-satisfaits de PF		1		1		1			1
Age de la femme		***		***		***			***
Adolescentes et jeunes		0,629***		0,649**		0,151***			0,350***
Adultes		1		1		1			1
Âgées		4,302***		4,606***		37,916***			18,745***
Age au premier mariage		*******		******		**ns**			**ns**
Moins de 20 ans		1		1		1			1
Entre 20 et 35 ans		0,706***		0,734**		1,160ns			1,096ns
Plus de 35 ans		0,398ns		0,443ns		0,311ns			0,282ns
Nombre de partenaire sexuels connus		**ns**		**ns**		**ns**			**ns**
Un seul partenaire sexuel		1		1		1			1
Plus d'un partenaire sexuel		0,166ns		0,167ns		0,108ns			0,177ns
Parité atteinte		**ns**		**ns**		**ns**			**ns**
3 enfants nés vivants ou moins		1		1		1			1
4 à 6 enfants nés vivants		0,685ns		0,746ns		1,438ns			0,972ns
7 enfants nés vivants ou plus		0,862ns		0,889ns		1,271ns			0,790ns
Nombre d'enfants désirés		*******		*******		*******			*******

	2010				2017				
Paramètres, variables et modalités	**M0**	**M1**	**M2**	**MC**	**M0**	**M1**	**M2**	**M3**	**MC**
Désire 1 à 3 enfants		0,921ns		0,959ns		0,275***			0,399***
Désire 4 à 6 enfants		1		1		1			1
Désire 7 enfants et plus		3,375***		3,181***		25,882***			11,733***
Désir d'enfant supplémentaire		**ns**		**ns**		*******			*******
Désire encore un enfant		1		1		1			1
Ne désire plus d'enfants		0,965ns		0,992ns		0900ns			0,840ns
Indécises		0,816ns		0,817ns		7,170*			4,955*
Infécondes		1		1		7356,57***			1314,958***
Expérience de décès d'enfants		**ns**		**ns**		**ns**			**ns**
Aucun décès d'enfants		1		1		1			1
Un décès d'enfants		0,916ns		0,996ns		0,798ns			0,904ns
Plus d'un décès d'enfants		1,396ns		1,404ns		1,175ns			1,421ns
Nombre d'enfants survivants		*******		*******		******			ns
Aucun enfant survivant		0465***		0,468***		1			1
1 à 3 enfants survivants		1		1		1,825ns			1,632ns
4 à 6 enfants survivants		1,355ns		1,235ns		6,906**			4,010ns
7 enfants survivants ou plus		0,879ns		0,801ns					
Niveau d'instruction de la femme		**ns**		**ns**		**ns**			**ns**
Sans niveau d'instruction		1		1		1			1
Primaire		1,026ns		1,038ns		0,740ns			0,799ns
Secondaire et plus		0,942ns		0,857ns		0,739ns			0,595ns
Occupation de la femme		*****		******		**ns**			**ns**
Inactive		0,672*		0,585**		1,847ns			1,333ns
Agricultrices		1		1		1			1
Commerce/Autre secteur informel		0,986ns		0,728ns		0,982ns			0,769ns
Cadres		1,297ns		1,355ns		1,426ns			1,072ns
Autres activités		0,968ns		1,176ns		2,125ns			1,281ns
Exposition aux medias		**ns**		**ns**		**ns**			**ns**
Exposition faible		1,165ns		1,045ns		1			1
Exposition moyenne		1		Réf		0,822ns			0,953ns
Exposition élevée		0,88ns		0,934ns		0,644ns			0,798ns
État gestationnel		*******		*******		*******			*******
Enceinte		0,287***		0,279***		0,008***			0,015***
Non enceinte		1		1		1			1

	2010				2017				
Paramètres, variables et modalités	**M0**	**M1**	**M2**	**MC**	**M0**	**M1**	**M2**	**M3**	**MC**
État vis-à-vis de l'aménorrhée		***		***		***			***
En aménorrhée		0,372***		0,366***		0,375***			0,066***
Pas en aménorrhée		1		1		1			1
Connaissance d'au moins une source de contraceptifs		***		***		*			*
Connait au moins une source		1		1		1			1
Ne connait aucune source		1,752***		1,572***		0,608*			0,636*
Variables relatives aux caractéristiques du ménage									
Niveau de vie du ménage		*		ns			***		ns
Pauvres		1		1			0,407***		0,697ns
Niveau de vie moyen		1,066ns		1,042ns			0,702ns		0,921ns
Riches		1,288*		1,228ns			1		1
Age du conjoint		***		***			***		***
Jeunes		0,603***		0,577***			0,103***		0,250***
Adultes		1		1			1		1
Âgés		1,149ns		1,162ns			20,651***		1,925**
Niveau d'instruction du conjoint		ns		ns			***		ns
Sans niveau d'instruction		0,973ns		0,973ns			1,526***		1,177ns
Primaire		1		1			1		1
Secondaire et plus		0,977ns		0,925ns			0,836ns		1,328ns
Occupation du conjoint		ns		ns			ns		ns
Inactifs		1,389ns		1,452ns			1,644ns		1,025ns
Agriculteurs		1		1			1		1
Commerce/Autre secteur informel		1,238ns		1,252ns			1,113ns		1,359ns
Cadres		1,187ns		1,158ns			0,858ns		1,072ns
Autres activités		1,673ns		1,514ns			1,589ns		1,946ns
Désir d'enfants du mari		*		ns			*		*
Désire le même nombre d'enfants que la femme		1		1			1		1
Désire plus d'enfants que la femme		1,304*		1,267ns			0,978ns		0,937ns
Désire moins d'enfants que la femme		0,950ns		1,014ns			0,644*		0,630*
Appréciation de l'action de battre sa femme quand elle refuse des rapports sexuels		*		*			ns		ns
Fondée		1,207*		1,226			0,922ns		0,868ns
Non fondée		1		1			1		1

	2010				2017				
Paramètres, variables et modalités	**M0**	**M1**	**M2**	**MC**	**M0**	**M1**	**M2**	**M3**	**MC**
Variables relatives aux caractéristiques de la communauté									
Région de résidence			***	***				***	***
Nord			0,532***	0,431***				0,393***	0,333***
Centre-Est			1	1				1	1
Ouest			1,224ns	1,316ns				1,229ns	1,052ns
Sud			1,252ns	0,922ns				2,597***	1,671ns
Bujumbura Mairie			1,348ns	1,497ns				1,489ns	0,777ns
Milieu de résidence			**ns**	**ns**				**ns**	**ns**
Urbain			0,875ns	0,887ns				1,275ns	1,107ns
Rural			1	1				1	1
Religion de la femme dans la communauté			***	***				***	***
Catholiques			1	1				1	1
Protestantes			1,433***	1,676***				2,596***	4,485***
Musulman			1,188ns	1,373ns				0,537ns	0,602ns
Adventistes/Témoins de Jéhovah			1,348ns	1,084ns				1,466ns	3,220*
Autres religions			1,885***	1,149ns				0,336*	0,319ns
Visite par un agent de PF dans les 12 derniers mois				**ns**				*	**ns**
A été visitée			1,011ns	0,811ns				0,485*	0,729ns
N'a pas été visitée			1	1				1	1
Exposition aux messages de PF				*				***	***
Informée de la PF			0,880ns	0,779*				0,583***	0,433***
Non informée de la PF			1	1				1	1

*** : p<0,001 ; ** : p<0,01 ; * : p<0,05 ; ns : non-significatif ; N/A : Non Applicable

ANNEXE 5.1 : GUIDE DE DISCUSSION POUR LA COLLECTE DE DONNEES QUALITATIVES

GUIDE DE DISCUSSION – FEMMES EN AGE DE PROCREER

Formule de consentement

Je m'appelle (**Nom et prénom**). Je fais la collecte des données sur l'intention d'utilisation de la contraception chez les femmes en âge de procréer en union au Burundi, dans le cadre d'une thèse doctorat en Démographie. Les études antérieures ont montré que la proportion des femmes en union qui désirent utiliser la contraception moderne a diminué ces dernières années alors que le contexte socio-économique (atomisation des terres, effectifs pléthoriques dans les salles de classe, dispositifs sanitaires) requiert le contrôle des naissances. D'emblée, on rassemble les informations utiles pour comprendre pourquoi certaines femmes en âge de procréer n'entende pas utiliser la contraception.

Vous avez été sélectionnées pour participer à ce groupe de discussion dont le but est de rassembler ces informations. Il y'aura quelques questions qui seront posées pour discussion. La réaction à toutes les questions n'est pas obligatoire, cependant elle est toujours attendue. Les réponses que vous allez donner resteront confidentielles et ne seront utilisées que pour des fins de cette recherche doctorale seulement.

La discussion durera entre 60 et 90 minutes, mais si vous êtes empêchées vous pourrez partir à tout moment.

Parce que les paroles s'envolent, je ne saurai pas écrire toutes les réponses, d'où je ferai recours à l'enregistrement, si cela ne vous dérange.

Si j'ai votre consentement, je peux déjà commencer.

[**Démarrer l'enregistrement et commencer la discussion**]

*Nitwe (**Izina + Amatazirano**). Ndiko ndangura umurimo wo gutororokanya ivyiyumviro mu ntumbero y'ugutegera igituma abakenyezi bubatse batipfuza gukoresha uburyo bwa none (bwo kwa muganga) bwo gutandukanya imvyaro. Ni icirwa kiriko kirakorwa nk'ubushakashatsi mw'ishure ry'igice ca gatatu y'anashure ya kaminuza (doctorat) mu bijanye n'irwirirana ry'abantu (Démographie). Ivyirwa vyabanje vyerekanye ko urugero rw'abakenyezi bubatse bipfuza gukoresha ubwo buryo rugenda rugabanuka, mu gihe ivya nkenerwa mu buzima (amatongo n'imfungura, amashure, amavuriro) bibandanya birengerwa n'irwirirana rw'abantu. Ni ngombwa ko abantu bagabanya umurindi w'irwirirana ry'abantu. Ivyiyumviro vyanyu ni nkenerwa kugira ngo dutegere vyimbitse igituma abatari bake mu bakenyezi bubatse batipfuza gukoresha uburyo bwa none none bwo gutendukanya imvyaro.*

Muri mu batowe ngo baje kuri kino kiganiro kugira dutororokanye ivyo vyiyumviro. Tuza kuganira ku bibazo bimwe. Nta tegeko rihari ryo kwishura, n'ubwo inyishu kuri vyo ari ngirakamaro. Inyishu zanyu zizoguma mw'ibanga kandi nta ha,di zizokoreshwa atari muri iki cigwa gusa.

Ikiganiro kiza kumara hagati y'iminuta 60 na 90 ; ariko ufatiriwe mushobora kugenda umwanya uwo ari wo wose.

Kubera ntashobora kwandika ivyo muvuga vyose, ndaza gufata amajwi, mu kwizera ko atwe bibangamira.

Nimba mubinkundiye, ndashobora gutangura.

[Tangura gufata amajwi n'ikiganiro]

I. Connaissance et pratique de la contraception

1. Connaissez-vous les (avez-vous entendu parler des) méthodes de contraception moderne ?
   → ***Murazi (muramaze kwumva bavuga) uburyo bwa none bwo kurondoka ku rugero ?***
2. Vous en utilisez quelques-unes ? Pratiquez-vous quelques-unes ?
   →***Hari ubwo mukoresha muri bwo ?***
   - Si oui, comptez-vous continuer à les utiliser ?
     →***EGO, Muzobandanya mubukoresha ?***
   - Si non, prévoyez-vous en utilisez une dans l'avenir ?
     →***OYA, Muripfuza kubukoresha muri kazoza ?***

II. Opinions et attitudes vis-à-vis de la contraception

3. Selon vous, la contraception moderne est une pratique nécessaire ?
   →***Ku bwanyu, uburyo bwa none burakewe/ni ngirakamaro ?***
   - Si oui, pourquoi celles qui ne la désirent pas la trouvent non nécessaire ?
     →***EGO, kubera iki abatipfuza kubukoresha basanga budakenewe/atari ngirakamaro ?***
   - Si non, pourquoi ne la trouvez-vous pas nécessaire ?
     →***OYA, kubera iki ubona ko gukoresha ubwo budakenewe/ngirakamaro ?***
4. Pourquoi n'entendez-vous pas faire recours à la contraception ?
   →***Kubera iki mutipfuza gukoresha uburyo bwa none bwo gutandukanya imvyaro ?***
   - Quelles sont les raisons qui motivent celles qui n'entendent pas faire recours à la contraception
     →***Ni izihe mvo zituma mutipfuza gukoresha ubwo buryo bwa none ?***
5. Ne vous sentez-vous pas en voie de perdre de quelque chose en développant la pensée négative contre la contraception ?
   →***Ntaco mwumva muriko murahomba mu gihe mutipfuza kwijukira uburyo bwa none bwo kurondoka ku rugero ?***
   - En écoutant les femmes qui n'envisagent pas utiliser la contraception, ne trouvez-vous pas dans leur propos un sentiment de remords à propos de leur position ?
     →***Mwumvirije abakenyezi batipfuza gukoresha uburyo bwa none bwo gutandukanya imvyaro, nta kwicuza bafise ku bijanye n'ukutagomba gukoresha ubwo buryo ?***

III. Influence des interactions sociales

6. Que dit l'entourage à propos de l'utilisation de la contraception moderne ?
   →***Mbega aho mubaye bavuga iki ku bijanye no gukoresha ubwo buryo bwa none bwo kurondoka ku rugero ?***
   - Qui le disent ?
     →***Ni bande babivuga ?***
7. Ces dires sont-ils de nature à vous empêcher de prendre une décision à propos de l'utilisation de la contraception ?
   →***Mubona ivyo bavuga vyobabuza ko mufata ingingo yo gukoresha uburyo bwa none bwo gutandukanya imvyaro ?***

8. Qui sont ces personnes influentes dont les propos vous empêcheraient d'avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne ?

   →Ni bande ivyo bavuga vyotuma udafata ingingo yo gukoresha ubwo buryo ?

   - Est-ce la pression de l'entourage ? Lequel (mari, mère, père, belle-mère, beau-père, collègues, ami(e)s, etc.) ? Comment ?

     →Ni abo mu kibano (umugabo, nyoko, so, nyokobukwe, sobukwe, abo mukorana, abagenzi, ababanyi, abandi ? Gute ?
   - Est-ce qu'il est question des croyances religieuses ? Comment ? (Justifiez)

     →Ni ibijanye n'ukwemera kwanyu ?
   - Est-ce qu'il est question des croyances ancestrales ? Comment ? (Justifiez)

     →Ni ibijanye n'imigenzo ya ba sokuru ?

IV. Auto-efficacité et contrôle du comportement perçu

9. En cas de pression et de non-approbation de l'entourage, trouvez-vous que vous ou une autre femme seriez/serait à mesure d'orienter vos/ses propres pratiques contraceptives ?

   →N'aho incuti n'abagenzi boba batabibona neza, mubona mwebwe, canke uwundi mugore mwo(yo)shobora guhitamwo gukoresha uburyo bwa none bwo gukoresha uburyo bwa none bwo gutandukanya imvyaro ?

   - Si Oui, qu'est-ce qui vous permettrait de prendre cette latitude ?

     →EGO, ni igiki mubona cobubahura ?
10. Dans votre foyer, vous sentez-vous capable d'engager une discussion à propos de la contraception moderne avec votre mari ?

    →Muravye uko mubanye n'uwo mwubakanye, mubona vyokunda ko mutanguza ikiganiro ku bijanye no gukoresha uburyo bwo kurondoka ku rugero ?
11. Dans votre foyer, seriez-vous capable de vous procurer des contraceptifs modernes **avec ou sans** les moyens de votre mari ou de votre entourage ?

    → Muravye uko mubanye n'uwo mwubakanye, mubona vyokunda ko mwironkera uburyo bwo kurondoka ku rugero mukoresheje uburyo bwanyu canke bw'umugabo n'ubwo mu kibano ?
12. Dans vos relations de couple et de famille, trouvez-vous que vous aurez la latitude de participer à la prise de décision au sein du ménage ou de la cellule familiale ?

    → Muravye uko mubanye n'uwo mwubakanye n'umuryango, mubona vyokunda ko muja mu bafata ingingo mu nzu wanyu canke mu muryango ?

ANNEXE 5.2 : CANEVA DE TRANSCRIPTIONS DE DONNEES QUALITATIVES

Projet de thèse de doctorat

Défis de la transition de la fécondité au Burundi :

Cas de non-intention d'utilisation de la contraception chez les femmes de 15-49 ans en union

Par SINDAYIHEBURA Jean François Régis
Ecole Doctorale de l'Université du Burundi

Projet de Collecte de données qualitatives

CANEVAS DE TRANSCRIPTION DE DONNEES ISSUES DES GROUPES DE DISCUSSION

Localité :
Commune :
Province :

IDENTIFICATION DES PARTICIPANTES AUX GROUPES DE DISCUSSION

Nº	Nom et prénom de la participante	Age	Niveau d'instruction de la F	Activité F	Activité H	Rapport activités F/H	Religion	Nombre d'enfants
1								
2								
3								
4								
…								
n								

	V. CONNAISSANCE DE LA CONTRACEPTION
1	Connaissez-vous les (avez-vous entendu parler des) méthodes de contraception ?
	R1 :
	V1 :
	R2 :
	V2 :
	R3 :
	V3 :
	R4 :
	V4 :
	R5 :
	V5 :
	R6 :
	V6 :
	R7 :
	V7 :
	R8 :

	V8 :
2	Vous en utilisez quelques - unes ? Pratiquez-vous quelques - unes ?
	R1 :
	V1 :
	R2 :
	V2 :
	R3 :
	V3 :
	R4 :
	V4 :
	R5 :
	V5 :
	R6 :
	V6 :
	R7 :
	V7 :
	R8 :
	V8 :
	II. OPINIONS ET ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA CONTRACEPTION
3	Selon vous, la contraception est une pratique nécessaire ?
	R1 :
	V1 :
	R2 :
	V2 :
	R3 :
	V3 :
	R4 :
	V4 :
	R5 :
	V5 :
	R6 :
	V6 :
	R7 :
	V7 :
	R8 :
	V8 :
…	
n	