



BURKINA FASO

Université Joseph KI ZERBO



INSTITUT SUPERIEUR DES
SCIENCES DE LA
POPULATION

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du diplôme de

MASTER DE RECHERCHE EN DEMOGRAPHIE

Cohorte 11

Année académique 2021-2023

**USAGE DE L'INTERNET ET UTILISATION DE LA
CONTRACEPTION MODERNE CHEZ LES JEUNES
FILLES AU BURKINA FASO**

Présenté par

M. Marlène Wazina SIRI

Directeur de Mémoire

Pr. Jean François KOBIANE

Professeur titulaire en démographie

Co-directeur de mémoire

Dr. Georges GUIELLA

Maitre de Conférence en Démographie

Avril 2025

TABLE DES MATIERES

DEDICACE

REMERCIEMENTS

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES GRAPHIQUES ET FIGURES

SIGLES ET ACRONYMES

RESUME

ABSTRACT

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Le Burkina Faso se distingue par une population majoritairement jeune, avec 64,2 % des habitants âgés de moins de 24 ans et dominée par les femmes, qui représentent 52 % de la population Burkinabé selon le RGPH 2019 (INSD, 2021). Cette jeunesse fait face à des défis majeurs, notamment en matière d'éducation, d'emploi et de santé particulièrement, de santé sexuelle et reproductive, surtout chez les jeunes filles.

La situation de la santé reproductive des adolescentes au Burkina Faso reste préoccupante, marquée par plusieurs difficultés : la précocité des rapports sexuels, une faible utilisation de la contraception et leurs conséquences directes, telles que les grossesses non désirées et les avortements clandestins. D'après les données de Performance Monitoring for Action (PMA, 2024), 69 % des jeunes filles ont eu leur premier rapport sexuel avant 18 ans, mais seules 10 % ont eu recours à une méthode contraceptive lors de cette première expérience. Cette faible adoption des contraceptifs expose les adolescentes à des risques élevés de grossesses précoces et d'infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH (Chandra-Mouli et al., 2014). Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2021), 34 % des jeunes femmes ont accouché avant leurs 18 ans, révélant une fécondité précoce persistante.

Ces grossesses précoces ont des impacts profonds sur la vie des adolescentes. Elles figurent parmi les principales raisons d'abandon scolaire, compromettant leur accès à l'éducation et réduisant leurs perspectives économiques à l'âge adulte. Une étude du Guttmacher Institute en

2023 indique que plus de 60 % des jeunes filles enceintes avant 18 ans quittent l'école, limitant ainsi leurs chances d'autonomie financière, un phénomène également documenté au Burkina Faso (Lloyd & Grant, 2005). Cette réalité est d'autant plus alarmante que le taux d'achèvement du cycle secondaire chez les filles ne dépasse pas 26 % (UNICEF, 2022).

Sur le plan sanitaire, les grossesses précoces augmentent les risques obstétricaux pour les adolescentes. L'UNFPA en 2023 rapporte que les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont la première cause de mortalité chez les filles de 15 à 19 ans en Afrique subsaharienne. Les jeunes mères sont plus vulnérables à des complications comme la prééclampsie, l'accouchement prolongé ou encore la fistule obstétricale, particulièrement dans des contextes où l'accès aux soins est limité (Thaddeus & Maine, 1994). Au Burkina Faso, la mortalité maternelle demeure élevée, avec un taux de 320 décès pour 100 000 naissances vivantes (Banque mondiale, 2023).

Confrontées à des grossesses non désirées, nombreuses sont les adolescentes qui se tournent vers l'avortement, souvent dans des conditions dangereuses. Bien que l'avortement soit légal au Burkina Faso dans certains cas (viol, inceste, malformation fœtale ou danger pour la santé de la mère), l'accès à des services sécurisés reste très limité, en particulier pour les jeunes filles (Ilboudo et al., 2014). Par conséquent, la majorité des avortements se font clandestinement, exposant les adolescentes à des risques graves d'infections, d'hémorragies, voire de décès. Une étude conjointe du Ministère de la Santé et du Guttmacher Institute (2020) estime à 105 000 le nombre d'avortements pratiqués chaque année au Burkina Faso, dont près de 50 % dans des conditions non sécurisées. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2023), les complications des avortements à risque représentent 13 % des décès maternels en Afrique de l'Ouest, un problème particulièrement aigu pour les adolescentes (Bankole et al., 2020). Faute de suivi médical adéquat, ces avortements clandestins entraînent souvent des séquelles graves nécessitant des soins post-avortement, dont l'accès reste entravé par la stigmatisation sociale et des coûts prohibitifs.

Cette situation critique est aggravée par de multiples obstacles à l'accès des adolescentes aux services de santé reproductive. Les normes sociales et religieuses désapprouvent fréquemment l'usage des contraceptifs par les jeunes filles non mariées, perçu comme une incitation à la promiscuité. Selon l'EDS (2021), 42 % des adolescentes renoncent à la contraception par crainte du jugement de leur entourage. Par ailleurs, certains prestataires de soins adoptent une

attitude moralisatrice qui dissuade les jeunes filles de demander des contraceptifs (Morris & Rushwan, 2015). Seuls 30 % des centres de santé proposent des services adaptés aux besoins des adolescents (UNFPA, 2023).

La dépendance financière des adolescentes constitue un autre frein : beaucoup n'ont pas les moyens d'acheter des contraceptifs modernes ni de couvrir les frais de consultation. Selon PMA (2024), 40 % des adolescentes sexuellement actives n'utilisent pas de contraception pour des raisons économiques, une barrière bien documentée dans les pays en développement (Sedgh et al., 2016). De plus, les infrastructures de santé dédiées aux jeunes sont insuffisantes et peu adaptées. Les horaires des centres de santé ne coïncident pas toujours avec les emplois du temps scolaires, et le personnel n'est pas systématiquement formé à accueillir les adolescentes de manière bienveillante et confidentielle.

Ces facteurs perpétuent des taux élevés de grossesses précoces, d'avortements à risque et d'IST parmi les jeunes filles au Burkina Faso. Pourtant, des solutions sont envisageables. Une étude de Marie Stopes International en 2023 montre qu'un meilleur accès aux services de planification familiale pourrait réduire de 40 % les grossesses précoces et éviter plus de 20 000 avortements clandestins par an. Pour y parvenir, plusieurs mesures s'imposent notamment pour renforcer l'éducation sexuelle complète en milieu scolaire et extrascolaire pour outiller les jeunes filles de connaissances utiles à des choix éclairés (Haberland & Rogow, 2015).

Le Burkina Faso, à l'instar d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, s'est engagé depuis quelques années dans un processus d'accélération de la transition démographique afin d'accroître son niveau de développement. Ce processus repose sur la mise en œuvre de plusieurs politiques visant la maîtrise de la croissance démographique et l'amélioration de l'accès à la contraception moderne.

La gratuité de la planification familiale, instaurée en juin 2020, visait à lever les barrières financières à l'accès aux méthodes contraceptives, notamment pour les populations les plus vulnérables. Selon les données de Performance Monitoring for Action (PMA), cette politique a contribué à une augmentation notable du taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union. Le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en union est passé de 28% en février 2020 à 32% en mars 2021 (PMA, 2021).

Le gouvernement a amélioré l'offre de services en renforçant les centres de santé publics et privés, et en formant des prestataires de santé pour assurer une meilleure qualité de service.

Des campagnes de sensibilisation de proximité ont été menées pour informer la population sur les avantages de la planification familiale. Par ailleurs, l'intégration de l'Éducation à la Vie Familiale (EVF) dans les curricula scolaires a été initiée pour renforcer les connaissances des jeunes sur la santé sexuelle et reproductive (SSR). En 2023, 25 établissements scolaires dispensaient des cours sur les thématiques de l'EVF, touchant 8 268 adolescents scolarisés (UNFPA, 2023).

Les centres d'écoute pour jeunes offrent un espace confidentiel d'information et de conseils sur la SSR. Cependant, leur fréquentation a été impactée par divers facteurs, notamment la pandémie de COVID-19. Par exemple, le centre d'écoute de l'Association Burkinabè pour le Bien-Être Familial (ABBEF) à Ouagadougou a connu une baisse significative de fréquentation pendant la crise sanitaire (Partenariat Ouaga, 2020).

En dépit des efforts consentis et des progrès réalisés en matière de promotion de l'utilisation de la contraception moderne, les résultats restent mitigés car le taux de prévalence contraceptive reste faible, surtout chez les jeunes filles. En effet, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer est de 31,9 %, avec 14,1 % pour la tranche d'âge 15 à 19 ans et 34,7 % pour la tranche 20 à 24 ans (PMA, 2022). Ce faible taux de prévalence chez les jeunes filles est particulièrement préoccupant, car il reflète une adoption tardive des méthodes contraceptives, malgré les multiples initiatives de sensibilisation et la gratuité de la planification familiale introduite en 2020.

En outre, le taux des besoins non satisfaits en planification familiale reste élevé. Il était de 16,4 % pour les femmes en âge de procréer (PMA, 2022). Plus particulièrement, les jeunes filles des tranches d'âge 15-19 ans et 20-24 ans avaient respectivement 6 % et 17,5 % comme pourcentage des besoins non satisfaits en planification familiale (PMA, 2023). Ces chiffres montrent l'ampleur de l'écart entre la demande et l'offre de services adaptés aux jeunes, ainsi que la persistance des obstacles socio-culturels qui freinent leur accès à la contraception.

Des études supplémentaires confirment cette tendance. Selon un rapport de l'UNFPA (2020), 30 % des adolescentes burkinabè âgées de 15 à 19 ans ont des besoins non satisfaits en matière de contraception, souvent à cause des stigmates sociaux associés à l'usage des méthodes contraceptives chez les jeunes. Cette situation est renforcée par des croyances culturelles et une méconnaissance des services disponibles.

Le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021) sur la santé reproductive des adolescents en Afrique subsaharienne souligne également que la prévalence contraceptive dans

cette tranche d'âge reste faible dans de nombreux pays, notamment en raison du manque de services adaptés et de l'hostilité de certaines communautés envers la planification familiale pour les jeunes.

Aussi, la réticence de certains professionnels de santé à offrir des services de Planification Familiale aux jeunes en raison de croyances personnelles, culturelles ou religieuses constitue un frein à l'adoption de la contraception moderne chez les jeunes.

Des recherches menées par des chercheurs tels que Fosu et al. (2017) ont montré que l'utilisation de la contraception chez les jeunes au Burkina Faso est influencée par des facteurs socio-économiques, notamment le niveau d'éducation, le statut marital et les normes sociales. Les résultats indiquent que l'accès à la contraception moderne est limité par des lacunes dans l'information et la stigmatisation liée à l'usage des contraceptifs parmi les jeunes femmes (Fosu, 2017). Des travaux de Sedgh et al. (2015) soulignent que l'inaccessibilité économique et logistique des services de santé reproductive contribue à maintenir des taux élevés de grossesses non désirées dans les pays à faible revenu.

En outre, une étude menée par Bawah et al. (2016) sur les comportements de santé reproductive en Afrique de l'Ouest a souligné que les jeunes filles sont souvent confrontées à un accès limité à l'information sur la contraception et aux services de santé adaptés à leurs besoins, en particulier dans les zones rurales. Cette étude met en évidence l'importance de renforcer les politiques d'éducation à la santé sexuelle et reproductive et l'intégration de programmes de planification familiale dans les écoles pour améliorer la situation (Bawah, 2016).

Ces données montrent clairement que, bien que des progrès aient été réalisés, le problème de l'accès à la contraception moderne chez les jeunes filles reste un défi majeur.

Face aux défis d'accès à la contraception moderne, notamment chez les jeunes filles, il s'avère essentiel d'explorer des approches innovantes pour améliorer l'offre de services de planification familiale. Parmi ces approches, l'utilisation des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC) en santé reproductive (SR) apparaît comme une solution clé. Selon une étude de Lance et al. (2019), l'utilisation d'applications mobiles et de plateformes numériques pour fournir des informations sur la planification familiale permet de toucher efficacement les jeunes, surtout dans les zones rurales, où l'accès aux services de santé est limité (Lance, 2019). En 2022, l'usage des TIC en santé a conduit à une augmentation de 12 % du taux de consultation en ligne pour des services de SR parmi les jeunes adultes en Afrique de l'Ouest (Kouadio, 2022).

Les services de télémedecine et les consultations virtuelles offrent une autre opportunité pour pallier les limitations géographiques. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2021) souligne que ces services permettent de faciliter l'accès aux conseils médicaux sans les obstacles physiques des centres de santé.

L'implication des communautés locales et des leaders religieux dans la promotion de la contraception est également cruciale. En 2021, l'UNFPA rapportait que 40 % des jeunes dans les zones rurales avaient une attitude plus positive à l'égard de la contraception lorsqu'ils étaient soutenus par des leaders communautaires (UNFPA, 2021).

Enfin, les services de planification familiale mobiles, qui amènent les services de contraception directement dans les communautés isolées, ont montré une augmentation de 18 % de l'accès aux services contraceptifs en 2022. (OMS, 2022).

Ces différentes approches, notamment l'utilisation des TIC, pourraient représenter des solutions innovantes pour répondre aux besoins non satisfaits en matière de contraception, en particulier chez les jeunes filles au Burkina Faso.

L'essor des technologies de l'information et de la communication (TIC) en Afrique, et plus particulièrement au Burkina Faso, ouvre de nouvelles perspectives dans divers domaines, notamment en matière de santé. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2019, 86,1 % des ménages burkinabè possèdent au moins un téléphone (INSD, 2022), témoignant d'une large accessibilité aux outils numériques. Par ailleurs, l'Autorité de Régulation des Communications Électroniques et des Postes (ARCEP) estime que 25,47 % de la population utilise Internet en 2021. Cette tendance s'accroît avec la forte croissance de l'internet mobile, dont le taux de pénétration est passé de 9,4 % en 2014 à 80 % en 2023 (MTDPCE, 2023), soit une augmentation de près de 70 % en une décennie.

Cette expansion du numérique transforme les modes d'accès à l'information et aux services, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive. Ces outils pourraient ainsi jouer un rôle clé dans la diffusion d'informations sur la contraception et l'éducation à la santé reproductive, contribuant potentiellement à un changement des comportements en matière de planification familiale. Toutefois, malgré cette dynamique, l'impact de l'usage d'Internet sur l'utilisation de la contraception chez les jeunes filles reste peu étudié.

C'est dans cette optique que s'inscrit la présente étude, qui vise à répondre à la question suivante : « **L'usage d'Internet influence-t-il l'adoption de la contraception chez les jeunes filles au Burkina Faso ?** »

L'objectif général de cette recherche est d'étudier l'influence de l'usage de l'internet sur l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes filles au Burkina Faso.

De façon spécifique il s'agira de :

- Comparer le taux d'utilisation de la contraception entre les filles de 20 à 24 ans et celles de 15 à 19 ans.
- Déterminer la corrélation entre l'usage d'internet et l'adoption de la contraception moderne chez les femmes.
- Évaluer l'effet positif de l'usage de l'internet sur l'utilisation de la contraception moderne.

Cette étude contribuera à enrichir la littérature scientifique en examinant le lien entre l'usage des outils numériques et la santé reproductive des jeunes filles. En effet, plusieurs recherches ont démontré que l'accès à l'information via Internet peut améliorer les connaissances et modifier les comportements en matière de santé (Chib et al., 2012). En se focalisant sur le contexte burkinabè, cette étude apporte des données intéressantes pour comprendre les dynamiques locales et identifier des stratégies adaptées.

L'analyse des effets de l'Internet sur l'utilisation de la contraception moderne permettra de proposer un cadre analytique pertinent, facilitant ainsi la mise en place d'approches fondées sur des évidences pour améliorer l'accès aux services de planification familiale.

Du point de vue social, cette étude vise à réduire les inégalités d'accès aux informations en santé reproductive, notamment pour les jeunes filles, en mettant en lumière les opportunités offertes par le numérique. Une meilleure compréhension des barrières et facilitateurs liés à l'usage des outils numériques peut orienter des campagnes de sensibilisation ciblées et améliorer l'autonomisation des jeunes en matière de choix contraceptifs.

Sur le plan politique, les résultats de cette recherche fourniront des recommandations pratiques aux décideurs et aux acteurs de la santé publique pour intégrer efficacement les outils numériques dans les politiques de planification familiale. Le Burkina Faso, à l'instar d'autres

pays africains, cherche à optimiser ses programmes de santé reproductive pour accélérer la transition démographique et réduire la fécondité précoce. L'intégration du numérique dans ces stratégies pourrait être un levier clé pour atteindre ces objectifs (Banque Mondiale, 2020).

Ce mémoire est structuré en six chapitres pour analyser l'influence de l'usage d'Internet sur l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes filles au Burkina Faso.

Le **premier chapitre** présente le **contexte général de l'étude**, en abordant la situation géographique, démographique, socioéconomique et culturelle ainsi que l'évolution de l'usage d'Internet et de la contraception au Burkina Faso.

Le **deuxième chapitre** est consacré à la **revue de littérature et au cadre théorique**. Il explore les connaissances sur la contraception, l'impact du numérique sur la santé reproductive et mobilise plusieurs théories explicatives. Ce chapitre se termine par la présentation du modèle conceptuel et des hypothèses.

Le **troisième chapitre** décrit la **méthodologie de l'étude**, en précisant la source des données, l'opérationnalisation des variables et les techniques d'analyse, notamment l'utilisation de la régression logistique binaire.

Les **quatrièmes et cinquièmes chapitres** exposent les **résultats** : d'abord une analyse descriptive du profil des jeunes filles, de leur accès à Internet et de l'utilisation de la contraception (chapitre 4), puis une analyse explicative des effets de l'usage d'Internet sur la contraception moderne (chapitre 5).

Le **sixième chapitre** discute les résultats en lien avec les théories mobilisées et propose des **implications** pour les politiques de santé reproductive, notamment l'amélioration des stratégies numériques pour promouvoir la contraception.

Enfin, la **conclusion générale** résume les principaux résultats, souligne les limites de l'étude et propose des recommandations pour la recherche et les politiques publiques.

CHAPITRE 1 : CONTEXTE GENERAL DE L'ETUDE

Ce chapitre pose les bases de l'étude en présentant le contexte général du Burkina Faso sous ses multiples dimensions. De la géographie à la démographie, en passant par les dynamiques politico-économiques, socio-culturelles, technologiques et sanitaires, il offre une vue d'ensemble des facteurs qui façonnent le pays. Cette analyse met en lumière les opportunités et les défis, notamment en matière de planification familiale, dans un contexte marqué par une population jeune, des contraintes sécuritaires et des efforts pour améliorer l'accès aux services de base.

1.1. Présentation géographique du Burkina Faso

Le Burkina Faso est un pays subsaharien enclavé situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, partageant ses frontières avec six pays : le Mali au nord et à l'ouest, le Niger à l'est, le Bénin au sud-est, le Togo et le Ghana au sud, et la Côte d'Ivoire au sud-ouest. Le pays couvre une superficie d'environ 274 200 km² (INSD, 2020). Il se situe principalement entre les latitudes 9° et 15°N, et les longitudes 6°W et 3°E. (Ministère de l'Environnement, 2015).

Le relief du Burkina Faso est majoritairement constitué de plaines formant un plateau à 400 m d'altitude moyenne, avec le Mont Ténakourou comme point culminant à 749 mètres dans l'ouest du pays. (Ministère de l'Environnement, 2015). Le climat est principalement tropical avec deux saisons distinctes : une saison des pluies de Mai/Juin à septembre, et une saison sèche marquée par l'harmattan. Le pays se divise en trois zones climatiques : la zone sahélienne au nord, avec « moins de 600 mm de précipitations annuelles et des températures élevées », la zone nord-soudanienne, une transition aux caractéristiques intermédiaires, et la zone sud-soudanienne au sud, recevant plus de 900 mm de pluie par an et des températures plus basses.

Le Burkina Faso repose sur trois bassins versants internationaux : la Volta, le Niger et la Comoé. Le Mouhoun (Volta Noire) et la Comoé sont les seuls cours d'eau à écoulement permanent, (Ministère de l'Eau et de l'Assainissement, 2020). L'inégal répartition des ressources en eau au Burkina Faso reste un défi majeur » (DGRE, 2018). Cette géographie impact fortement l'économie du Burkina Faso.

1.2. Contexte Politico-Economique du Burkina Faso

Au-delà de ses caractéristiques géographiques, le Burkina Faso connaît une période de transformations politiques et économiques majeures. Après le coup d'État du 30 septembre 2022 ayant renversé le lieutenant-colonel Paul-Henri DAMIBA, le capitaine Ibrahim TRAORE a été investi comme président de la transition le 21 octobre 2022. La Charte de la transition a été modifiée et adoptée le 25 mai 2024, prolongeant la durée de la transition de cinq ans à compter du 2 juillet 2024 (Banque Mondiale, 2024).

Parallèlement à cette instabilité politique, le pays est confronté à une insécurité grandissante liée aux actes terroristes, engendrant d'importants déplacements de populations. À la date du 31 mars 2023, 2 062 534 personnes étaient déplacées internes (CONASUR, 2023). Cette situation affecte gravement l'économie nationale et le marché du travail. Selon le Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2019, le taux de chômage au sens du Bureau International du Travail (BIT) était de 7,1 % (INSD, 2023), touchant davantage les femmes et les jeunes de 16 à 24 ans (INSD, 2024).

Le Burkina Faso est un pays du Sahel à faible revenu, aux ressources naturelles limitées. Son économie repose essentiellement sur l'agriculture et l'exploitation minière, en particulier l'or. Plus de 40 % de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté (Banque Mondiale, 2024). La croissance économique du pays a été estimée à 3,2 % en 2023, avec une augmentation de 0,5 % du PIB par habitant. Cette progression a été principalement soutenue par le secteur des services, tandis que le secteur minier demeure fragile face aux tensions sécuritaires (Banque Mondiale, 2024).

Le pays fait également face à des défis sociaux et humanitaires majeurs. Selon le rapport 2023-2024 de l'Indice de Développement Humain (IDH) du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Burkina Faso se classe 185e sur 193 pays, avec un PIB par habitant de 871 USD en 2023 (PNUD, 2024). La situation humanitaire reste critique, avec plus de 2 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays et environ 2,7 millions de personnes (soit 11,9 % de la population) confrontées à une grave insécurité alimentaire entre Juin et Août 2024 (Banque Mondiale, 2024).

Sur le plan diplomatique, le Burkina Faso a pris des décisions stratégiques majeures en Janvier 2024 en quittant la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) aux côtés du Mali et du Niger pour former l'Alliance des États du Sahel (AES), un bloc régional

visant à renforcer une coopération sécuritaire et économique indépendante des influences occidentales (Reuters, 2024).

L'accès aux services sociaux de base au Burkina Faso reste un défi majeur malgré certains progrès. En santé, bien que le pays ait construit plusieurs centres de santé communautaires, l'accès aux soins reste limité, notamment en milieu rural où 70 % de la population (EDS, 2021). Environ 30 % de la population n'a toujours pas accès à des soins de santé à proximité, et le coût des soins, bien que partiellement subventionné, reste un obstacle important pour de nombreuses familles. Le pays souffre également d'un manque de personnel médical qualifié, avec un ratio de 0,2 médecin pour 1 000 habitants (OMS, 2020).

En éducation, le taux de scolarisation dans l'enseignement primaire est relativement élevé, atteignant environ 90 %, mais les inégalités sont évidentes au niveau secondaire. Le taux de scolarisation des filles au secondaire reste faible, notamment dans les zones rurales, avec une différence de 10 à 15 points de pourcentage par rapport aux garçons (INSD, 2021). De plus, les écoles sont souvent surchargées, avec plus de 50 élèves par classe dans certaines régions, ce qui affecte la qualité de l'enseignement.

En ce qui concerne l'accès à l'eau potable, environ 30 % de la population n'a toujours pas accès à une source d'eau potable améliorée, et seulement 58 % des établissements scolaires sont dotés de points d'eau (OMS, 2021). L'accès à l'assainissement reste également insuffisant, avec près de 35 % de la population n'ayant pas accès à des installations sanitaires de base (UNICEF, 2022).

Les populations rurales et vulnérables restent les plus affectées par le manque d'infrastructures et d'accès aux services sociaux de base.

1.3. Contexte socio-culturel

Le Burkina Faso est un pays marqué par une grande diversité ethnique et culturelle, avec plus de 60 groupes ethniques. Cette diversité joue un rôle crucial dans les pratiques sociales et familiales, notamment concernant la fécondité. Selon Sawadogo et al. (2018), les pratiques culturelles liées à la fertilité, comme les mariages précoces, influencent profondément les comportements en matière de contraception.

Les croyances religieuses et traditionnelles exercent également une forte influence. Le Burkina Faso est majoritairement musulman (63 %), suivi de chrétiens (22 %) et de pratiquants des

religions traditionnelles (15 %). Certaines interprétations religieuses et coutumières valorisent une fécondité élevée et perçoivent la contraception comme contraire aux valeurs traditionnelles.

Les inégalités de genre sont un facteur déterminant dans l'accès à l'éducation et à la santé pour les jeunes filles. Selon Ouédraogo et al. (2021), le pouvoir décisionnel concernant l'utilisation de la contraception reste majoritairement entre les mains des hommes ou des familles élargies, limitant l'autonomie des jeunes filles. Le mariage précoce reste courant, avec 52 % des filles mariées avant 18 ans, ce qui restreint leur accès à l'éducation et aux services de santé, y compris la contraception (UNICEF, 2023).

L'éducation des jeunes filles a progressé, mais des inégalités persistent, notamment entre les zones urbaines et rurales. Le taux de scolarisation des filles dans le secondaire reste inférieur à celui des garçons, avec un taux net de 36 % contre 41 % (INSD, 2021). Cela affecte leur autonomie et leur accès à des informations sur la santé reproductive.

Le taux de prévalence contraceptive au Burkina Faso est relativement faible. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2021), seulement 32 % des femmes en union utilisent une méthode contraceptive moderne. Ce taux est plus élevé en milieu urbain qu'en milieu rural, ce qui reflète les disparités dans l'accès aux services de santé reproductive.

En dépit des progrès réalisés, des obstacles culturels, religieux, et sociaux demeurent

1.4. Contexte Démographique du Burkina

Le Burkina Faso se caractérise par une forte croissance démographique, avec une population majoritairement jeune et des défis importants en matière d'accès aux services de base et de développement social.

En 2023, la population du pays est estimée à environ 23 millions d'habitants (INSD, 2023), avec un taux de croissance démographique d'environ 3 % par an. L'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2021) évalue l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) à 4,4 enfants par femme (INSD, 2023).

La structure par âge révèle une population particulièrement jeune : 45,3 % des habitants ont moins de 15 ans, 64,2 % sont âgés de moins de 24 ans et 77,9 % ont moins de 35 ans (INSD,

2021). En termes de répartition par sexe, la population burkinabè est composée d'environ 51,7 % de femmes et 48,3 % d'hommes, reflétant une légère prédominance féminine (INSD, 2021).

Bien que des progrès aient été réalisés, les taux de mortalité infantile et maternelle demeurent élevés. Le taux de mortalité infantile s'établit à 53 décès pour 1 000 naissances vivantes (OMS, 2021), tandis que la mortalité maternelle atteint environ 330 décès pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2020).

Le pays reste majoritairement rural, avec environ 70 % de la population vivant en milieu rural contre 30 % en milieu urbain. Cependant, on observe une forte concentration démographique dans les grandes villes comme Ouagadougou et Bobo-Dioulasso (INSD, 2021). Les zones rurales sont confrontées à de nombreux défis, notamment le manque d'infrastructures de santé et d'éducation, l'accès limité à l'eau potable et des conditions de vie précaires.

La crise sécuritaire qui sévit depuis plusieurs années a également un impact sur la démographie du pays. Ces déplacements affectent l'accès aux services de base, la répartition géographique de la population et la dynamique migratoire, renforçant ainsi la pression sur les infrastructures urbaines et les ressources limitées des zones d'accueil. L'urbanisation rapide accentue les défis liés à la gestion des infrastructures et des services sociaux en milieu urbain.

Ainsi, la population du Burkina Faso est en pleine expansion, largement rurale et très jeune, avec une légère majorité de femmes.

1.5. Evolution de l'utilisation de l'Internet au Burkina

L'évolution de l'usage d'Internet au Burkina Faso depuis l'an 2000 a suivi plusieurs étapes marquantes, témoignant des progrès réalisés malgré des défis persistants en matière d'accès équitable aux technologies.

Au début des années 2000, l'accès à Internet était extrêmement restreint, avec un taux de pénétration inférieur à 1 %. Il était principalement concentré dans les grandes villes comme Ouagadougou, où l'usage d'Internet se faisait essentiellement via les cybercafés ou au sein d'institutions publiques et privées. Les connexions étaient coûteuses et lentes, limitant ainsi l'adoption de cette technologie.

En 2010, environ 2,4 % de la population burkinabè avait accès à Internet (Banque Mondiale, 2010). Cette période marque le début d'une progression notable, notamment avec l'augmentation du nombre d'abonnés, bien que cet accès soit encore largement urbain et peu développé dans les zones rurales.

À partir de 2015, la généralisation des smartphones et le déploiement de la 3G dans plusieurs régions ont considérablement accéléré l'adoption d'Internet. Le taux de pénétration a connu une croissance significative, bien que les zones rurales restent toujours moins bien desservies (ARCEP, 2015).

En 2020, la Banque Mondiale estime que 16 % de la population burkinabè utilisait Internet (Banque Mondiale, 2020). Les applications mobiles, notamment WhatsApp et Facebook, étaient largement plébiscitées pour la communication et le divertissement. Toutefois, les défis persistaient en termes de qualité de service et de couverture dans les zones rurales. Selon DataReportal (2020), le pays comptait alors environ 4,6 millions d'utilisateurs, soit 22 % de la population totale (DataReportal, 2020).

En 2022, la progression s'est poursuivie avec un taux de pénétration atteignant environ 27,3 %, représentant près de 5,95 millions d'utilisateurs, selon les données du Global Digital Report (Statista, 2022). Cette année-là, les initiatives de digitalisation et les investissements dans les infrastructures 3G et 4G ont permis d'élargir l'accès à Internet mobile.

En 2024, l'utilisation d'Internet au Burkina Faso connaît une dynamique de croissance remarquable, portée par une expansion significative des infrastructures numériques et une adoption croissante des technologies mobiles et fixes. Au deuxième trimestre de cette année, le nombre d'abonnés à Internet mobile a atteint 18,94 millions, selon les données de l'Autorité de Régulation des Communications Électroniques et des Postes (ARCEP, 2024). Cette progression s'inscrit dans la continuité des chiffres observés dès le premier trimestre, où l'on dénombrait déjà 18,67 millions d'abonnés, dont 11,6 millions bénéficiaient d'un accès au haut débit via les réseaux 3G et 4G.

Parallèlement, l'Internet fixe connaît une ascension fulgurante, avec un total de 128 330 abonnés enregistrés au 31 mars 2024, soit une augmentation spectaculaire de 140 % par rapport à l'année précédente (ARCEP, 2024).

Malgré cette progression des abonnements, le nombre d'utilisateurs actifs d'Internet reste plus restreint. Selon le Burkina Faso Digital Report 2024, on comptait 4,69 millions d'utilisateurs

actifs en janvier 2024, représentant environ 20 % de la population totale (DataReportal, 2024). Cette différence entre abonnés et utilisateurs s'explique par la possession multiple de cartes SIM par individu, un phénomène courant dans le pays, ainsi que par une couverture encore inégale, notamment dans les zones rurales.

1.6. Tendances d'utilisation de la Contraception moderne

L'utilisation de la contraception moderne au Burkina Faso a connu une certaine évolution ces dernières années, bien qu'elle demeure faible comparée à celle d'autres pays de la région.

Les facteurs socio-culturels jouent également un rôle important dans l'adoption de la contraception moderne. Les normes sociales et les croyances religieuses peuvent constituer des obstacles à l'utilisation de méthodes modernes. Cependant, des campagnes de sensibilisation ont permis de surmonter certaines de ces barrières, bien que des défis persistent, en particulier dans les zones reculées. L'éducation des femmes, en particulier dans les zones urbaines, est un facteur clé pour l'augmentation de l'utilisation de la contraception moderne. Les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont tendance à utiliser plus fréquemment des méthodes modernes de contraception.

Les jeunes femmes, notamment celles âgées de 15 à 24 ans, ont une utilisation de la contraception moderne encore plus faible, avec des taux estimés à seulement 18%. L'accès à des services de santé de qualité est limité dans de nombreuses régions rurales, ce qui contribue à cette faible utilisation, car les femmes doivent souvent parcourir de longues distances pour accéder à des contraceptifs.

En 2024, l'utilisation de la contraception moderne au Burkina Faso a progressé, avec environ 32,5 % des femmes mariées utilisant une méthode moderne, selon les données de Performance Monitoring for Action (PMA, 2024). Ce taux, bien qu'en hausse par rapport aux 29,4 % enregistrés en 2023 (INSD, 2023), reste inférieur à la moyenne régionale en Afrique de l'Ouest. Des disparités géographiques marquées persistent : en milieu urbain, comme à Ouagadougou, la prévalence atteint 38 % (PMA, 2024) en 2023, tandis que certaines zones rurales affichaient un taux à 10,8 % (INSD, 2023), illustrant un accès limité aux services de santé dans ces régions. Les différences régionales reflètent des écarts dans l'accès aux services et l'influence des normes culturelles. (Gage, 1998).

Les méthodes contraceptives modernes les plus courantes incluent le condom masculin, la pilule contraceptive et les injections hormonales, selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2021).

Les facteurs socio-culturels influencent fortement l'adoption de la contraception moderne. Les normes sociales et les croyances religieuses constituent souvent des obstacles, notamment dans les zones rurales, comme le rapporte le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA, 2022). John Cleland explique que « les attitudes envers la contraception sont façonnées par des perceptions culturelles valorisant la procréation » (Cleland et al., 2014). Cependant, les campagnes de sensibilisation ont permis de réduire certaines barrières, bien que des défis subsistent dans les régions reculées. L'éducation des femmes joue un rôle clé : en milieu urbain, la prévalence atteint 45 % chez les femmes instruites (EDS, 2021). Gilda Sedgh affirme que « l'éducation est un déterminant majeur de l'autonomie reproductive » (Sedgh et al., 2015).

Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans utilisent moins la contraception moderne, avec un taux de 22 % en 2024 (PMA, 2024), contre 18 % en 2023 (INSD, 2023). L'accès limité aux services de santé dans les zones rurales, où les centres sont souvent éloignés ou sous-équipés, explique cette faible prévalence (Ministère de la Santé, 2023). Amy Tsui observe que « les adolescentes en milieu rural sont désavantagées par le manque d'infrastructures et une sensibilisation limitée » (Tsui et al., 2017).

L'utilisation de la contraception moderne a connu une progression notable ces dernières années, passant de 29,4 % en 2023 (INSD, 2023) à 32,5 % en 2024 (PMA, 2024). Cependant, les disparités géographiques, les barrières culturelles et les limites d'accès aux services de santé freinent encore cette dynamique, pour faire face à ses contraintes les autorités Burkinabé et leurs partenaires mettent en œuvre des politiques de Promotion de Planification Familiale

1.7. Politiques en matière de Planification Familiale au Burkina Faso

Le Burkina Faso dispose d'un cadre institutionnel et juridique solide pour promouvoir la planification familiale, ancré dans des engagements internationaux et nationaux. Sur le plan international, le pays a ratifié la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1960, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes en 1987, le Protocole additionnel à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples

relatif aux droits des femmes en 2006, la Déclaration de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) en 1994, ainsi que le Protocole de Maputo en 2006. Ces engagements, selon un rapport, « établissent un cadre juridique pour garantir les droits reproductifs » (UNFPA, Rapport annuel 2022, publié en juin 2023).

Au niveau national, le Burkina Faso a promulgué des lois clés. La loi n°23/94/ADP autorise l'offre de toutes les méthodes contraceptives (Journal Officiel, 1994), la loi n°049-2005/AN encadre les droits à la santé reproductive (Journal Officiel, 2005), et la loi n°06-2015/AN vise à prévenir les violences faites aux femmes et filles (Journal Officiel, 2015). Le Ministère de la Santé note que « ces lois constituent une base essentielle pour l'accès universel aux services contraceptifs » (Ministère de la Santé, Rapport annuel, 2017).

Pour opérationnaliser ces engagements, des stratégies nationales ont été élaborées. Le Plan National d'Accélération de la Planification Familiale (PNA-PF) 2017-2020 visait une prévalence contraceptive de 32 % d'ici 2020, par la suite, le Plan National de Planification Familiale (PN-PF) 2021-2025. Le PN-PF ambitionne de porter la prévalence contraceptive moderne de 31,9 % en 2020 à 41,3 % en 2025. (PN-PF, 2022). En outre, le Plan National de Développement Économique et Social (PNDES) 2021-2025 intègre la santé reproductive comme priorité (PNDES, 2021). Le Dossier d'investissement SRMNEAN mobilise des fonds pour les services de santé reproductive (Ministère de la Santé, adopté en novembre 2019, publié en décembre 2019). La Politique Nationale de Population 2010-2030 fixe des objectifs démographiques à long terme (Conseil National de la Population, 2011).

La Stratégie de gratuité des soins et des services de planification familiale lancée en 2020 (Ministère de la Santé, 2020), complètent ce dispositif. Cette politique de gratuité, appliquée dans les centres de santé publics et les structures partenaires, a marqué un tournant en éliminant les barrières financières, notamment pour les jeunes, les femmes rurales et les populations vulnérables.

Les effets de ces mesures sont perceptibles. Selon le rapport de Performance Monitoring for Action (PMA, 2024), la prévalence contraceptive moderne a atteint 32,5 % en 2024, une progression attribuable en partie à la gratuité des services et aux campagnes de sensibilisation. Comme le note le Fonds des Nations Unies pour la Population, « l'accès universel aux services de planification familiale est essentiel pour réduire les inégalités et améliorer la santé maternelle » (UNFPA, 2022). Ainsi, le cadre juridique et stratégique du Burkina Faso, combiné à des

initiatives concrètes, renforce l'adoption des services de planification familiale, malgré des défis persistants liés aux disparités régionales et culturelles.

En somme, le Burkina Faso se caractérise par une richesse géographique et culturelle, mais aussi par des défis complexes liés à l'insécurité, la pauvreté et les disparités d'accès aux services. Ce chapitre a permis de contextualiser les dynamiques démographiques, économiques et sociales qui influencent les politiques de santé reproductive. Ces éléments serviront de fondation pour approfondir l'analyse des enjeux spécifiques à la planification familiale dans les chapitres suivants.

CHAPITRE 2 : CADRE THÉORIQUE DE L'ÉTUDE

Ce chapitre pose le cadre théorique et empirique de l'étude sur l'impact de l'Internet sur l'adoption de la contraception moderne chez les jeunes filles de 15 à 24 ans au Burkina Faso. Basé sur des théories comme le comportement planifié et la fracture numérique, il définit les concepts, analyse les cadres théoriques, examine les preuves empiriques, en mettant l'accent sur le contexte burkinabè et propose des hypothèses.

2.1. Définitions des Concepts Clés

2.1.1. Jeune Fille

Dans le cadre de cette étude, une jeune fille est définie comme un individu de sexe féminin âgé de 15 à 24 ans, subdivisé en deux tranches d'âge : 15-19 ans et 20-24 ans. Cette segmentation permet d'analyser les variations dans l'accès à l'Internet et à la contraception moderne en fonction du degré d'indépendance et des contextes sociaux. Selon l'UNFPA (2020), la tranche d'âge 15-24 ans constitue une période critique pour la santé reproductive, marquée par des transitions sociales et des besoins contraceptifs accrus. Les adolescentes (15-19 ans) sont davantage contraintes par les normes socioculturelles et les tabous, tandis que les jeunes adultes (20-24 ans), souvent plus éduquées ou engagées dans des unions, bénéficient d'un accès accru aux ressources numériques et aux services de santé (INSD, 2021). Au Burkina Faso, les jeunes filles de 15-24 ans représentent environ 20 % de la population féminine, avec un taux de fécondité de 5,4 enfants par femme et des besoins non satisfaits en contraception estimés à 24 % (INSD, 2021). Les barrières socioculturelles, telles que la stigmatisation de la sexualité juvénile et le faible pouvoir décisionnel, sont particulièrement prononcées pour les 15-19 ans (Chandra-Mouli et al., 2014).

2.1.2. Utilisation de la Contraception Moderne

Selon l'OMS (2018), les méthodes contraceptives modernes sont des moyens validés, sûrs et efficaces pour prévenir les grossesses non désirées. Leur utilisation, mesurée par la prévalence contraceptive moderne, désigne l'usage actuel de ces méthodes par les jeunes filles. Les

contraceptifs, modernes ou non, sont classés en trois catégories selon leur durée d'action et leur nature, suivant la classification de l'OMS adaptée au contexte du Burkina Faso.

- **Méthodes naturelles** : Basées sur l'observation du cycle ou l'abstinence périodique (MAMA, jours fixes, Billings, retrait). Leur efficacité est faible (10-25 % d'échec) et leur utilisation reste marginale (5 % chez les 15-24 ans au Burkina Faso), surtout en milieu rural (INSD, 2021).
- **Méthodes de courte durée** : Contraceptifs modernes réversibles comme préservatifs, pilules, injectables, contraception d'urgence, diaphragmes et capes. Taux d'échec de 2 à 20 % selon la méthode. Les injectables et pilules sont les plus utilisés par les 15-24 ans, les préservatifs par les 15-19 ans (INSD, 2021).
- **Méthodes de longue durée** : Contraceptifs modernes réversibles ou permanents comme implants, DIU, ligature des trompes et vasectomie. Très faible taux d'échec (<1 %). Au Burkina Faso, implants et DIU sont surtout adoptés par les 20-24 ans en milieu urbain (15 % des utilisatrices) grâce à leur efficacité et la gratuité des services (INSD, 2021).

Au Burkina Faso, la prévalence contraceptive moderne chez les 15-24 ans est de 15 % en milieu rural et 25 % en milieu urbain, avec une augmentation à 32,5 % en 2024, attribuée à la gratuité des services et aux campagnes numériques (INSD, 2024). Les méthodes de courte durée (injectables, pilules, préservatifs) prédominent, suivies des méthodes de longue durée (implants, DIU), tandis que les méthodes naturelles restent marginales mais persistantes en milieu rural. Les 15-19 ans privilégient les préservatifs pour leur accessibilité, tandis que les 20-24 ans adoptent davantage les implants et DIU, reflétant une plus grande autonomie et un accès aux services (INSD & ICF, 2021).

2.1.3. Usage de l'Internet

L'usage de l'Internet est défini comme l'utilisation de plateformes numériques (réseaux sociaux, sites web, applications) via une connexion Internet au cours des 12 derniers mois. Ce concept est opérationnalisé par des variables telles que l'accès à un smartphone ou un ordinateur, la fréquence d'utilisation (quotidienne, hebdomadaire), et les types d'activités en ligne, notamment la recherche d'informations sur la santé reproductive et les interactions sur des plateformes comme WhatsApp ou Facebook (GSMA, 2021). En 2022, le taux de

pénétration de l'Internet au Burkina Faso s'élevait à 29 %, avec une forte disparité entre les zones urbaines (50 % à Ouagadougou) et rurales (10 %) (GSMA, 2022). Les jeunes filles de 20-24 ans, souvent plus éduquées et résidant en milieu urbain, sont davantage connectées que les 15-19 ans, dont l'accès est limité par des contraintes économiques et le contrôle parental.

2.2. Approches Théoriques de la Relation entre Usage de l'Internet et Contraception Moderne

2.2.1. Théorie de la Diffusion de l'Innovation

La théorie de la diffusion de l'innovation, développée par Rogers (1962), postule que l'adoption d'une innovation suit une courbe en S, avec des catégories d'adopteurs : innovateurs (2,5 %), premiers adoptants (13,5 %), majorité précoce et tardive (68 %), et retardataires (16 %). La diffusion dépend de facteurs tels que l'avantage relatif, la compatibilité, et la simplicité de l'innovation (Rogers, 2003). Dans cette étude, l'Internet est considéré comme une innovation clé facilitant la diffusion d'informations sur la contraception moderne. Les jeunes filles de 20-24 ans, plus autonomes et souvent mieux éduquées, sont susceptibles de figurer parmi les premiers adoptants, adoptant plus rapidement les comportements contraceptifs grâce à leur accès aux plateformes numériques. Les campagnes numériques, telles que les vidéos éducatives, réduisent la complexité perçue des méthodes contraceptives (UNFPA, 2021). Toutefois, au Burkina Faso, la faible couverture Internet en zones rurales (10 %) limite l'impact de cette diffusion pour les 15-19 ans, souvent isolées des réseaux numériques (GSMA, 2022).

2.2.2. Théorie de l'Accès à l'Information en Santé

La théorie de l'accès à l'information en santé, proposée par Nutbeam (2000), met en avant le rôle de la littératie en santé, définie comme la capacité à comprendre, appliquer, et analyser des informations de santé. Cette littératie se décline en trois niveaux : fonctionnelle, interactive, et critique. L'Internet, en fournissant des ressources éducatives (tutoriels, forums), améliore la littératie en santé reproductive, influençant les décisions contraceptives. Les jeunes filles de 20-24 ans, bénéficiant d'un niveau d'éducation supérieur, atteignent des niveaux interactifs et critiques, ce qui accroît leur probabilité d'adopter la contraception moderne comparée aux 15-19 ans, souvent limitées à une littératie fonctionnelle en raison

d'une faible exposition numérique (Levin-Zamir & Bertschi, 2018). Au Burkina Faso, des plateformes comme WhatsApp diffusent des messages sur la planification familiale, mais la faible littératie numérique des adolescentes rurales freine leur capacité à filtrer les informations fiables (GSMA, 2022).

2.2.3. Théorie du Comportement Planifié

La théorie du comportement planifié, développée par Ajzen (1991), stipule que l'intention d'adopter un comportement résulte de trois déterminants : l'attitude envers le comportement, les normes subjectives (influence sociale), et le contrôle comportemental perçu (facilité ou obstacles). L'Internet agit sur ces déterminants en renforçant les attitudes positives envers la contraception (ex. : efficacité des implants) et en réduisant les barrières perçues (ex. : localisation des cliniques). Les jeunes filles de 20-24 ans, moins soumises aux normes parentales, sont plus réceptives aux messages numériques que les 15-19 ans, souvent influencées par des pressions familiales (Montano, 2015). Au Burkina Faso, les campagnes de sensibilisation normalisent l'usage de la contraception, mais les tabous religieux, limitent leur impact (INSD, 2021).

2.2.4. Théorie du Capital Social

La théorie du capital social, conceptualisée par Putnam (2000), considère les réseaux sociaux comme des ressources facilitant l'accès à l'information et influençant les comportements. Les réseaux numériques, tels que Facebook et WhatsApp, amplifient ce capital en créant des communautés virtuelles où les jeunes filles échangent des expériences sur la contraception. Les 20-24 ans, plus connectées, bénéficient davantage de ce capital social numérique, renforçant leur adoption de la contraception comparée aux 15-19 ans, moins intégrées dans ces réseaux (Ellison et al., 2007). Au Burkina Faso, les groupes WhatsApp locaux partagent des informations sur les cliniques, mais l'accès limité des adolescentes rurales à ces plateformes réduit leur participation (GSMA, 2021).

2.2.5. Théorie du Nudge

La théorie du nudge, élaborée par Thaler et Sunstein (2008), propose que de légers ajustements dans l'environnement (nudges) influencent les décisions sans restreindre la liberté. Les nudges numériques, tels que les rappels d'applications ou les messages ciblés sur

les réseaux sociaux, favorisent l'adoption de la contraception. Les 20-24 ans, plus exposées aux smartphones, sont plus réceptives à ces interventions que les 15-19 ans, limitées par un accès restreint (Patel et al., 2018). Au Burkina Faso, les initiatives comme les SMS de l'ONG Marie Stopes promeuvent l'accès aux cliniques, mais leur portée est réduite en zones rurales pour les adolescentes (UNFPA, 2021).

2.3. Revue Empirique

2.3.1. Effets Positifs de l'Usage de l'Internet

De nombreuses études en Afrique subsaharienne confirment une corrélation positive entre l'usage de l'Internet et l'adoption de la contraception moderne, en mettant en évidence le rôle des technologies numériques dans l'amélioration de l'accès à l'information et la réduction des barrières socioculturelles. Toffolutti et al. (2020), dans une analyse portant sur huit pays subsahariens, ont démontré que l'utilisation de l'Internet augmente de 12 % la probabilité d'adopter une méthode contraceptive moderne ($p < 0.01$), en facilitant la diffusion d'informations fiables sur la santé reproductive. Cet effet est particulièrement marqué chez les jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans, qui, grâce à leur autonomie et leur connectivité accrue, sont plus susceptibles de rechercher et d'appliquer ces informations.

Les plateformes numériques, telles que Facebook et WhatsApp, jouent un rôle clé dans la sensibilisation et l'échange d'expériences. Bell et al. (2021) ont révélé qu'en Afrique de l'Ouest, 62 % des jeunes femmes exposées à des messages sur la santé reproductive via ces plateformes adoptent plus facilement une méthode contraceptive moderne ($p < 0.05$). Les 20-24 ans, plus actives en ligne, bénéficient particulièrement de ces outils, qui réduisent les tabous liés à la sexualité et favorisent l'accès aux services de planification familiale. De même, Gbagbo et al. (2022), dans une étude au Ghana, ont montré que les jeunes femmes recherchant activement des informations contraceptives en ligne présentent une probabilité 2,3 fois plus élevée d'utiliser une méthode moderne ($p < 0.01$). L'anonymat offert par ces plateformes renforce leur confiance, un facteur crucial pour les 20-24 ans confrontées à des normes socioculturelles restrictives.

Dans le contexte du Burkina Faso, Greenleaf et al. (2019) ont analysé l'impact de la possession d'un téléphone mobile chez les femmes âgées de 15 à 49 ans, observant une odds ratio de 1,8 pour l'utilisation de la contraception moderne. Ce résultat, particulièrement

significatif chez les 20-24 ans urbaines, souligne le rôle des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans l'accès à l'information et aux services de santé reproductive. Cependant, les auteurs notent un biais de sélection : les femmes possédant un téléphone mobile, souvent plus éduquées et résidant en milieu urbain, ne sont pas représentatives des 15-19 ans rurales, où l'accès à l'Internet reste limité (10 % contre 50 % en zones urbaines) (GSMA, 2022). Ce biais suggère que les effets positifs des TIC pourraient être amplifiés par des facteurs socioéconomiques et éducatifs, au-delà de la simple disponibilité de l'information.

Ces études convergent vers l'idée que l'Internet, en diversifiant les sources d'information et en offrant des espaces d'échange anonymes, constitue un levier pour promouvoir la contraception moderne, particulièrement chez les 20-24 ans. Au Burkina Faso, où la prévalence contraceptive moderne atteint 32,5 % en 2024 grâce à la gratuité des services (INSD, 2024), les campagnes numériques via WhatsApp, comme l'initiative "QG Jeune" (UNFPA, 2021), renforcent cet impact en ciblant les jeunes femmes urbaines.

2.3.2. Limites Critiques

Malgré les effets positifs de l'Internet sur l'adoption de la contraception moderne, son impact est freiné par des limites critiques et des facteurs contextuels qui reflètent des barrières structurelles, socioculturelles et comportementales. Ces contraintes, analysées à travers des cadres théoriques et des études empiriques, soulignent la nécessité d'une approche nuancée pour maximiser l'efficacité des technologies de l'information et de la communication (TIC) dans la promotion de la santé reproductive au Burkina Faso.

Inégalités d'accès et fracture numérique : La théorie de la fracture numérique met en lumière les inégalités d'accès aux TIC, qui profitent principalement aux populations favorisées sur le plan socioéconomique et éducatif (Van Dijk, 2020). Au Burkina Faso, la pénétration de l'Internet atteint 50 % en zones urbaines, contre seulement 10 % en zones rurales, marginalisant les jeunes filles de 15 à 19 ans en milieu rural (GSMA, 2022). Cette disparité se traduit par une prévalence contraceptive de 25 % en milieu urbain contre 15 % en milieu rural (INSD & ICF, 2021). Les campagnes numériques, comme celles diffusées via WhatsApp à Ouagadougou, touchent 60 % des 20-24 ans, mais seulement 5 % des

adolescentes rurales (UNFPA, 2021). Le niveau d'éducation aggrave ces inégalités : les 20-24 ans, avec 30 % ayant un niveau secondaire contre 10 % pour les 15-19 ans, sont plus susceptibles de naviguer sur des plateformes éducatives (INSD & ICF, 2021). Greenleaf et al. (2019) soulignent un biais de sélection : les femmes possédant un téléphone mobile, souvent éduquées et urbaines, ont une probabilité plus élevée d'utiliser la contraception moderne (odds ratio de 1,8). Ce lien pourrait toutefois être davantage attribuable à leur statut socioéconomique et éducatif qu'à l'accès aux TIC, limitant la portée des interventions numériques pour les adolescentes rurales.

Normes socioculturelles : La théorie des normes sociales met en avant le poids des valeurs culturelles et religieuses dans les décisions contraceptives (Cialdini & Trost, 1998). Même avec un accès à des informations fiables via l'Internet, les jeunes filles, particulièrement les 15-19 ans, restent contraintes par les pressions familiales et religieuses. Au Burkina Faso, 70 % des adolescentes nécessitent une approbation parentale pour accéder à la contraception, ce qui réduit l'efficacité des campagnes numériques (INSD & ICF, 2021). En Afrique de l'Ouest, l'influence des conjoints et des leaders religieux freine également l'adoption des méthodes modernes, rendant l'accès à l'information insuffisant pour surmonter ces barrières profondément ancrées (Cleland et al., 2011).

Surcharge informationnelle : La théorie de la surcharge informationnelle met en garde contre l'effet paradoxal d'un excès de messages, souvent contradictoires, qui peut engendrer confusion et hésitation (Bawden & Robinson, 2020). Sur des plateformes comme WhatsApp et Facebook, les jeunes filles sont exposées à des informations scientifiques mais aussi à des mythes, tels que l'infertilité liée à la contraception. Kaggwa et al. (2020) notent que cette surcharge affecte particulièrement les 15-19 ans, moins aptes à filtrer les contenus fiables, ce qui complique leur prise de décision et limite l'adoption des méthodes contraceptives modernes.

Résistance au changement : La théorie de la résistance au changement postule que les croyances établies sont difficiles à modifier, même en présence de nouvelles informations (Oreg, 2003). Au Burkina Faso, 40 % des jeunes filles expriment des craintes sur les effets secondaires de la contraception, notamment l'infertilité, un obstacle plus marqué chez les 15-19 ans sous influence familiale (Kaggwa et al., 2020). Ces croyances, ancrées dans des perceptions culturelles, réduisent l'impact des campagnes en ligne, même lorsque celles-ci sont accessibles.

Ces limites et facteurs contextuels, illustrés par la faible prévalence contraceptive en milieu rural (15 % contre 25 % en milieu urbain) malgré la gratuité des services depuis 2020 (INSD & ICF, 2021; INSD, 2024), montrent que l'impact des TIC est conditionné par des facteurs économiques, sociaux et culturels. Une approche intégrée, combinant éducation communautaire, accès équitable aux TIC, et déconstruction des mythes, est essentielle pour surmonter ces freins et promouvoir la contraception moderne, particulièrement pour les adolescentes rurales.

2.4. Déterminants de l'Utilisation de la Contraception Moderne

2.4.1. Milieu de Résidence

Le milieu de résidence influence significativement l'accès à la contraception moderne. Les zones urbaines offrent une pénétration de l'Internet de 50 %, contre 10 % en zones rurales, et un accès aux services de santé plus proche (cliniques à moins de 5 km pour 80 % des urbaines vs 20 % des rurales) (GSMA, 2022; INSD & ICF, 2021). La prévalence contraceptive atteint 25 % en milieu urbain contre 15 % en milieu rural, les 20-24 ans urbaines bénéficiant d'une meilleure connectivité (INSD & ICF, 2021). À Ouagadougou, les campagnes numériques via WhatsApp touchent 60 % des 20-24 ans, contre 5 % en zones rurales, limitant l'impact pour les 15-19 ans (UNFPA, 2021).

2.4.2. Facteurs Démographiques et Socioculturels

L'âge, l'éducation, et la religion sont des déterminants clés. Les 20-24 ans, avec 30 % ayant un niveau secondaire contre 10 % pour les 15-19 ans, présentent une odds ratio de 2,1 pour l'utilisation contraceptive (INSD & ICF, 2021). Les normes religieuses, notamment islamiques (60 % de la population), restreignent la contraception chez les 15-19 ans, soumises à des tabous sur la sexualité pré-nuptiale (Cleland et al., 2011). Au Burkina Faso, 70 % des adolescentes vivent avec leurs parents, limitant leur autonomie, tandis que les 20-24 ans, souvent mariées, bénéficient d'une plus grande liberté décisionnelle (INSD & ICF, 2021).

2.4.3. Facteurs Socioéconomiques

Le revenu familial et l'accès aux smartphones (coût moyen : 30 000 FCFA) conditionnent l'usage de l'Internet. Les 20-24 ans scolarisées ont un accès trois fois supérieur aux technologies de l'information et de la communication (TIC) comparées aux 15-19 ans non scolarisées (GSMA, 2021). Le coût des contraceptifs, bien que réduit par la gratuité des services depuis 2020, reste une barrière pour les ménages à faible revenu en raison des frais indirects (ex. : transport) (INSD, 2024). Au Burkina Faso, seuls 15 % des ménages ruraux possèdent un smartphone, limitant l'accès à l'Internet pour les 15-19 ans, tandis que les 20-24 ans urbaines, souvent employées, accèdent plus facilement aux services contraceptifs (INSD & ICF, 2021).

2.4.4. Influence des Pairs et du Conjoint

Les pairs et les conjoints influencent les attitudes contraceptives. Les discussions sur les réseaux sociaux augmentent de 15 % la probabilité d'adoption chez les 20-24 ans (Bell et al., 2021). L'opposition des conjoints réduit l'usage de la contraception (odds ratio de 0,6) (Biddlecom & Fapohunda, 1998). Au Burkina Faso, les 15-19 ans sont davantage influencées par les pairs hors ligne (70 % sous influence familiale), tandis que les 20-24 ans utilisent WhatsApp pour des échanges anonymes, favorisant l'adoption de la contraception (UNFPA, 2021).

2.5. Cadre Conceptuel

Le cadre conceptuel proposé intègre l'usage de l'Internet comme variable indépendante influençant l'utilisation de la contraception moderne (variable dépendante) à travers des déterminants intermédiaires : milieu de résidence, facteurs démographiques, socioéconomiques, et influence des pairs/conjoints. Les théories de la diffusion de l'innovation, de l'accès à l'information en santé, du comportement planifié, du capital social, et du nudge expliquent les mécanismes sous-jacents (Fishbein & Ajzen, 2010). Les différences entre les 15-19 ans (moins autonomes, accès limité à l'Internet) et les 20-24 ans (plus connectées, autonomes) sont centrales. Au Burkina Faso, le modèle illustre comment l'Internet réduit les barrières informationnelles, mais reste contraint par la fracture numérique (10 % d'accès rural) et les normes socioculturelles, particulièrement pour les adolescentes (GSMA, 2022).

2.5.1. Conceptualisation des Variables

- **Variable dépendante : Utilisation de la contraception moderne**

L'utilisation de la contraception moderne est définie comme l'utilisation actuelle par les jeunes filles de méthodes contraceptives de courtes ou de longues durées au cours des 12 derniers mois.

- **Variable indépendante principale : Usage de l'internet**

L'**usage de l'Internet** fait référence à l'ensemble des activités réalisées en ligne, comme naviguer sur des sites web, utiliser des applications, ou communiquer via des réseaux sociaux, à partir d'un appareil connecté au cours des 12 derniers mois.

- **Variables de contrôle**

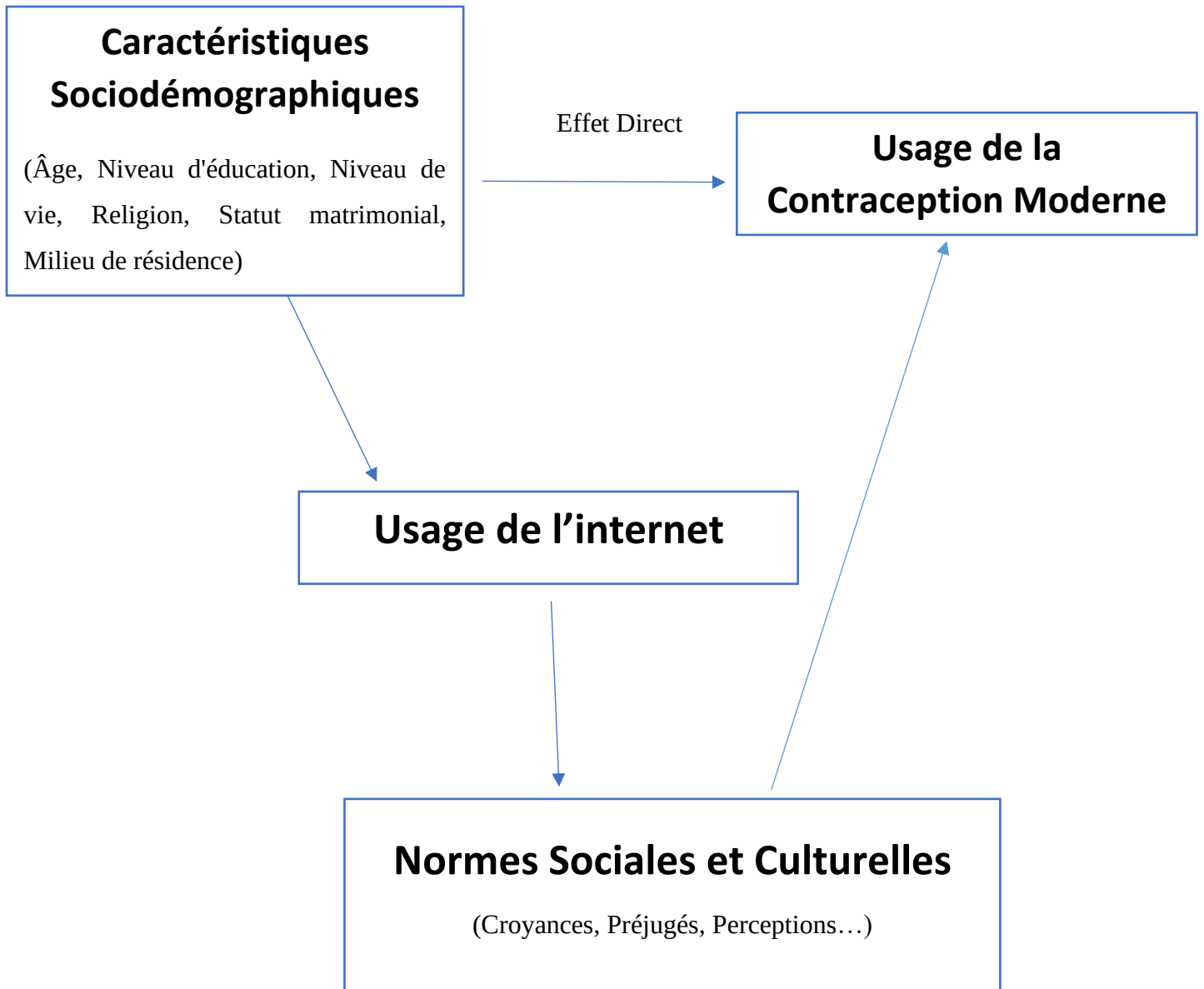
- **Âge**
- **Niveau d'éducation**
- **Niveau de vie**
- **Religion**
- **Statut matrimonial**
- **Milieu de résidence**

2.5.2. Modélisation et lien entre les concepts

Ce cadre théorique permet de poser les bases de l'analyse et de formuler des hypothèses claires sur les effets de l'usage du numérique sur la contraception moderne. Il s'appuie sur des théories sociologiques et comportementales pour expliquer les mécanismes à l'œuvre.

Le modèle conceptuel repose sur l'idée que l'usage de l'Internet agit comme un levier facilitant l'accès à l'information sur la santé reproductive, ce qui peut influencer les connaissances, les attitudes et, ultimement, les comportements contraceptifs des jeunes filles. Cependant, cet effet est modulé par des facteurs contextuels et individuels qui interagissent avec les deux variables principales.

Nous proposons le Schéma conceptuel suivant :



- Caractéristiques **sociodémographiques** : elles influencent à la fois l'usage de l'Internet et la contraception directement.
- Usage **de l'Internet** : Variable intermédiaire, elle agit comme un pont en fournissant des informations qui peuvent inciter l'adoption contraceptive.
- Normes **sociales et culturelles** : Facteur modérateur, elles conditionnent l'efficacité de l'Internet.
- Utilisation **de la contraception moderne** : Résultat final, influence par les deux voies (directe et médiatisée).

2.6. Hypothèses de Recherche

Notre recherche a pour hypothèse générale : L'usage de l'internet contribue à une utilisation plus élevée de la contraception moderne chez les jeunes filles.

Plus spécifiquement nous posons les hypothèses suivantes :

- **H1** : Les jeunes filles âgées de 20 à 24 ans ont une probabilité plus élevée d'utiliser la contraception moderne que celles âgées de 15 à 19 ans.
- **H2** : Il existe un lien entre l'usage de l'Internet et l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes filles au Burkina Faso.
- **H3** : L'usage de l'Internet influence positivement l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes filles.

L'Internet facilite l'adoption de la contraception moderne (32,5 % en 2024, INSD, 2024), mais la fracture numérique, les normes sociales, et la surcharge informationnelle limitent son impact, surtout chez les 15-19 ans rurales. Ces constats orientent la méthodologie du chapitre suivant, qui utilisera l'EDS 2021 pour tester les hypothèses.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre présente la méthodologie adoptée pour analyser l'effet de l'usage d'Internet sur l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes filles âgées de 15 à 24 ans au Burkina Faso. Il détaille les données, les variables, les méthodes d'analyse et les limites, afin d'assurer une approche rigoureuse et adaptée à l'objectif de l'étude. Organisé en cinq sections, il couvre les sources de données, la qualité des données, la définition des variables, les méthodes d'analyse statistique et les limites potentielles.

3.1 Données

3.1.1 Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2021

L'étude repose sur les données de la cinquième Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso (EDSBF-V), menée par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) en collaboration avec l'Institut National de Santé Publique (INSP) du 30 juillet au 30 novembre 2021. Succédant aux enquêtes de 1993, 1998, 2003 et 2010, cette enquête nationale représentative collecte des informations sur la santé reproductive, l'accès aux services de santé, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication (TIC) et les caractéristiques sociodémographiques des femmes âgées de 15 à 49 ans.

L'EDSBF-V est une enquête par sondage aléatoire stratifié à deux degrés, conçue pour fournir des résultats représentatifs au niveau national, pour la ville de Ouagadougou, les autres zones urbaines, le milieu rural et les 13 régions administratives, pour un large éventail d'indicateurs sociodémographiques et sanitaires (hormis la mortalité adulte et maternelle). Au total, 13 251 ménages, 17 659 femmes âgées de 15 à 49 ans et 7 720 hommes de 15 à 59 ans ont été interviewés avec succès.

Une innovation majeure est l'utilisation de tablettes PC pour la collecte et la saisie directe des données, améliorant l'efficacité et la précision. Réalisée dans un contexte sécuritaire difficile dans certaines régions, l'enquête a bénéficié de la collaboration technique de personnes ressources et de structures de différents départements ministériels. Les données sont

recueillies via des questionnaires standardisés par des enquêteurs formés, garantissant une fiabilité élevée (DHS Program, 2020).

Justification du choix de l'EDSBF-V 2021

Le choix de cette base de données s'appuie sur plusieurs atouts :

- **Actualité** : Les données de 2021 reflètent les tendances récentes en matière de contraception moderne et d'accès à Internet.
- **Représentativité** : L'enquête couvre l'ensemble du territoire, avec des résultats stratifiés par région et milieu (urbain/rural), permettant d'explorer les variations contextuelles.
- **Richesse des indicateurs** : Elle inclut des variables clés (contraception, Internet, âge, éducation, niveau de vie, religion, statut matrimonial).
- **Fiabilité** : La méthodologie standardisée, renforcée par les tablettes PC, garantit des données robustes et comparables internationalement.
- **Pertinence contextuelle** : Les données permettent d'explorer les liens entre l'information numérique et les comportements contraceptifs dans le contexte burkinabè, marqué par des défis socioculturels, économiques et sécuritaires.

3.2 Qualité des données

3.2.1 Taux de non-réponse

La qualité des données de l'EDSBF-V 2021 est assurée par une collecte rigoureuse, incluant la formation des enquêteurs, des questionnaires standardisés et la saisie numérique via tablettes PC. Les taux de non-réponse sont faibles : 99,6 % pour les ménages, 98,3 % pour les femmes et 97,9 % pour les hommes (INSD, 2023). Les variables principales (contraception moderne, usage d'Internet) ont été vérifiées, et les taux de non-réponse sont inférieurs à 10 %, seuil recommandé pour l'utilisabilité (Nations Unies, 1982). Les données manquantes sont exclues des analyses, avec une évaluation de leur impact via des tests de sensibilité.

3.3 Définition et opérationnalisation des variables

Variable dépendante : Utilisation de la contraception moderne

L'utilisation de la contraception moderne désigne l'usage actuel, par les jeunes filles de 15 à

24 ans, de méthodes modernes (pilules, injectables, implants, dispositifs intra-utérins, préservatifs, autres méthodes hormonales). Elle est codée de manière dichotomique :

- 1 = Utilisation d'une méthode moderne.
- 0 = Non-utilisation ou recours à des méthodes traditionnelles.

Cette opérationnalisation reflète l'objectif d'évaluer la maîtrise de la fécondité (Blanc et al., 2009).

Variable indépendante principale : Usage d'Internet

L'usage d'Internet est mesuré par l'utilisation de plateformes numériques, réseaux sociaux ou services en ligne au cours des 12 derniers mois. Cette variable est codée de manière binaire :

- 1 = Utilisation d'Internet (quelle que soit la fréquence).
- 0 = Aucune utilisation.

Cette définition capture l'exposition à l'information sur la santé reproductive (Bell et al., 2021).

Variables de contrôle

Pour isoler l'effet de l'usage d'Internet et examiner les différences liées à l'âge, les variables suivantes sont incluses :

- **Âge** : Deux groupes (15-19 ans, 20-24 ans), reflétant les différences en besoins contraceptifs.
- **Niveau d'éducation** : Trois catégories (0 = Aucun, 1 = Primaire, 2 = Secondaire et plus), influençant l'accès à l'information (Lloyd & Grant, 2005).
- **Niveau de vie** : Indice de richesse en quintiles (du plus pauvre au plus riche).
- **Religion** : Trois groupes (Musulmane, Chrétienne, Autres/Animiste).
- **Statut matrimonial** : Deux catégories (Non en union, En union).
- **Milieu de résidence** : Urbain (1), Rural (0).

3.4 Méthodes d'analyse statistique

3.4.1 Analyse descriptive bivariée

L'analyse descriptive caractérise la population et explore les relations entre l'usage d'Internet et l'utilisation de la contraception moderne, ainsi que les différences par âge :

- **Univariée** : Fréquences, pourcentages et graphiques (diagrammes à barres, diagrammes circulaires) décrivent la distribution de l'utilisation de la contraception moderne, de l'usage d'Internet et des variables de contrôle.
- **Bivariée** : Des tableaux croisés examinent les associations entre l'usage d'Internet et la contraception moderne, ainsi qu'entre l'âge et la contraception moderne, et avec les autres variables de contrôle. Le test du Khi-deux évalue la significativité statistique ($p < 0,05$).
Cette analyse identifie les relations initiales, mais nécessite une approche multivariée pour contrôler les effets confondants.

3.4.2 Analyse explicative multivariée

Une régression logistique binaire estime l'effet de l'usage d'Internet sur l'utilisation de la contraception moderne, tout en examinant les différences par âge et en contrôlant les autres facteurs. Le modèle est formulé comme suit :

➤ Présentation du modèle

$$\text{Log} \left(\frac{P(Y=1)}{1-P(Y=1)} \right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_n X_n + \varepsilon$$

Où :

- $\text{Log} \left(\frac{P(Y=1)}{1-P(Y=1)} \right)$ représente la probabilité d'utiliser une contraception moderne,
- β_0 est la constante du modèle,
- (β_1) mesure l'effet de l'usage d'Internet.
- (β_2) évalue les différences entre les groupes d'âge.
- (β_3) à (β_n) contrôlent les autres facteurs.
- (ε) est le terme d'erreur.

Les odds ratios (OR) interprètent l'ampleur des effets : un $OR > 1$ indique une probabilité accrue d'utiliser la contraception moderne, un $OR < 1$ une probabilité réduite.

3.4.3 Adéquation du modèle

La robustesse du modèle est évaluée via :

- **Test de Wald** : Significativité des coefficients ($p < 0,05$).
- **Pseudo R² (Nagelkerke)** : Ajustement global du modèle.
- **Test du rapport de vraisemblance** : Significativité globale ($p < 0,05$).
- **Test du Chi-deux** : Adéquation globale, confirmant que les variables prédisent l'utilisation de la contraception moderne.

3.4.4 Logiciels d'analyse

Les analyses sont effectuées avec Stata (version 17), choisi pour :

- Sa capacité à gérer de grands ensembles de données comme l'EDS.
 - Ses outils avancés pour la régression logistique, les tests statistiques (Khi-deux, Wald) et la production de tableaux descriptifs.
 - Sa robustesse pour l'analyse des interactions et la reproductibilité.
- Les graphiques sont générés avec Excel, et le texte est rédigé avec Word. Les scripts Stata sont documentés pour assurer la transparence.

3.5 Limites et biais potentiels

Malgré la rigueur méthodologique, certaines limites sont à noter :

- **Biais de déclaration** : Les réponses sur la contraception ou l'usage d'Internet peuvent être influencées par la stigmatisation sociale, notamment chez les célibataires.
- **Nature transversale** : Les données de l'EDSBF-V 2021 ne permettent pas d'établir la causalité, seulement des associations.
- **Fracture numérique** : L'accès inégal à Internet, surtout en milieu rural, peut biaiser les estimations.
- **Variables non mesurées** : L'influence des pairs ou la qualité des services de santé ne sont pas capturées.
- **Contexte sécuritaire** : Les défis sécuritaires dans certaines régions, notamment l'Est et le Sahel, où les données ne sont pas représentatives, peuvent avoir affecté la collecte.

Pour minimiser ces biais, notre étude inclut un large éventail de variables de contrôle, repose sur des données standardisées et utilise des technologies modernes.

La méthodologie présentée s'appuie sur les données robustes et récentes de l'EDSBF-V 2021, une définition précise des variables et des analyses statistiques rigoureuses, combinant approches bivariée et multivariée. En tenant compte des facteurs sociodémographiques et des différences contextuelles, elle permet d'explorer de manière fiable les liens entre l'usage d'Internet et l'utilisation de la contraception moderne chez les jeunes filles au Burkina Faso, tout en reconnaissant les limites inhérentes à l'étude.

BIBLIOGRAPHIE

ARCEP. (2023). *Rapport annuel sur la connectivité au Burkina Faso*. Autorité de Régulation des Télécommunications du Burkina Faso.

Bawah, A., et al. (2016). Reproductive health behavior and contraceptive use among youth in West Africa. *West African Journal of Reproductive Health*, 12(1), 21-35.

Bawah, A., et al. (2016). School-based reproductive health programs in West Africa. *West African Journal of Reproductive Health*, 12(1), 21-35.

Bankole, A., et al. (2020). From unsafe to safe abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but steady progress. *Guttmacher Institute Report*. <https://www.guttmacher.org/report/unsafe-safe-abortion-sub-saharan-africa>

Banque mondiale. (2022). *Rapport sur le développement durable au Burkina Faso*. Banque mondiale.

Banque mondiale. (2023). *Indicateurs de mortalité maternelle au Burkina Faso*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>

Banque mondiale. (2023). *Taux de mortalité maternelle au Burkina Faso*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>

Banque mondiale. (2024). *Rapport sur le développement économique au Burkina Faso*. Banque mondiale.

Chandra-Mouli, V., McCarraher, D. R., Phillips, S. J., Williamson, N. E., & Hainsworth, G. (2014). Contraception for adolescents in low and middle income countries: Needs, barriers, and access. *Reproductive Health*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-1>

- CONASUR. (2023). *Rapport sur les déplacements internes au 31 mars 2023*. Conseil National de Secours d'Urgence et de Réhabilitation.
- Enquête Démographique et de Santé (EDS). (2021). *Enquête démographique et de santé du Burkina Faso 2021*. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).
- Enquête Démographique et de Santé (EDS). (2021). *Rapport national sur la santé et la démographie au Burkina Faso*. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD).
- Enquête Démographique et de Santé (EDS). (2021). Données sur la fécondité et la contraception.
- FAO. (2005). *Aquastat : Profil hydraulique du Burkina Faso*. Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture.
- Fosu, G., et al. (2017). Factors influencing the use of modern contraceptives among young women in Burkina Faso. *Journal of African Health*, 29(2), 55-67.
- FP2020. (2020). Télémédecine et accès aux services de planification familiale. FP2020.
- Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). (2023). *Rapport régional sur la santé maternelle et reproductive en Afrique subsaharienne*. UNFPA Afrique de l'Ouest et du Centre.
- Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). (2023). Santé des adolescentes et accès aux soins.
- Guttmacher Institute. (2020). *Incidence des avortements au Burkina Faso : une étude conjointe avec le Ministère de la Santé*. Guttmacher Institute.
- Guttmacher Institute. (2023). Accès à la contraception et impact des grossesses précoces.
- Guttmacher Institute. (2023). *Impact des grossesses précoces sur l'éducation et l'autonomie des adolescentes au Burkina Faso*. Guttmacher Institute.
- Haberland, N., & Rogow, D. (2015). Sexuality education: Emerging trends in evidence and practice. *Journal of Adolescent Health*, 56(1), S15-S21. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.013>
- Harsch, E. (2014). *Thomas Sankara: An African Revolutionary*. Ohio University Press.
- Hinson, L., et al. (2022). Digital Innovation for Family Planning in West Africa.
- Ilboudo, P. G., Somda, S. M. A., & Sundby, J. (2014). Key determinants of induced abortion in women seeking postabortion care in hospital facilities in Ouagadougou, Burkina Faso. *International Journal of Women's Health*, 6, 565-572. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S60709>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2020). *Annuaire statistique national*. INSD.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2021). *Enquête sur les Indicateurs du Bien-être de la Population (EIBEP)*. INSD.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2021). *Profil socio-démographique du Burkina Faso*.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2021). *Rapport sur l'éducation et la scolarisation*. INSD.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2023). *Cinquième Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) 2019*. INSD.

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). (2024). *Mise à jour des indicateurs socio-économiques*. INSD.

Kouadio, K. (2022). Le rôle des TIC dans l'amélioration de l'accès à la contraception au Burkina Faso. *Journal of Digital Health*, 8(2), 23-30.

Lance, D., et al. (2019). Impact of mobile applications in family planning services for youth in Sub-Saharan Africa. *African Health Journal*, 34(1), 10-15.

Lloyd, C. B., & Grant, M. (2005). Growing up in Burkina Faso: Education, marriage, and early childbearing. *Population Council Policy Research Division Working Paper*, No. 203. <https://www.popcouncil.org/research/>

Marie Stopes International. (2023). *Potentiel de la planification familiale pour réduire les grossesses précoces et les avortements à risque au Burkina Faso*. MSI.

Ministère de la Santé du Burkina Faso & Guttmacher Institute. (2020). *Estimation des avortements annuels et des conditions de pratique au Burkina Faso*. Rapport conjoint.

Ministère de l'Eau et de l'Assainissement. (2020). *Plan national de gestion des ressources hydriques*.

Morris, J. L., & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 131(S1), S40-S42. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.02.006>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2020). *Rapport sur la situation sanitaire au Burkina Faso 2020*. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Accès à l'eau potable et à l'assainissement dans les écoles en Afrique de l'Ouest*. OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2021). Santé reproductive des adolescents en Afrique subsaharienne. <https://www.who.int/>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2021). Telemedicine and reproductive health in Sub-Saharan Africa. <https://www.who.int>

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2022). Mobile clinics and family planning access in rural Africa. *Reproductive Health Reports*, 10(1), 45-50.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2023). *Santé maternelle et reproductive en Afrique de l'Ouest : défis et perspectives*. OMS.

Ouédraogo, A., et al. (2021). Les normes de genre et l'accès à la contraception en Afrique de l'Ouest. *Cahiers du Genre*.

Pew Research Center. (2020). *Religious Composition of Burkina Faso*. Pew Research Center.

PMA (Performance Monitoring for Action). (2022). *Burkina Faso - Performance Monitoring Indicators*. <https://fr.pmadata.org/countries/burkina-faso/burkina-faso-indicators/burkina-faso-phase-2-indicators>

PMA (Performance Monitoring for Action). (2024). *Données sur la santé reproductive des adolescentes au Burkina Faso*. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH). (2019). *Rapport national sur la démographie du Burkina Faso*. INSD.

Sawadogo, R., et al. (2018). Facteurs socioculturels influençant l'adoption de la contraception. *Revue Africaine de Santé Publique*.

Sedgh, G., Ashford, L. S., & Hussain, R. (2016). Unmet need for contraception in developing countries: Examining women's reasons for not using a method. *Guttmacher Institute Report*. <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-contraception-developing-countries>

Thaddeus, S., & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110.

UNFPA. (2020). Youth and contraceptive use in Sub-Saharan Africa. <https://www.unfpa.org>

UNFPA. (2021). Accès à l'éducation sexuelle et à l'information en ligne. UNFPA.

UNFPA. (2021). Community involvement in reproductive health programs. <https://www.unfpa.org>

UNICEF. (2022). *Suivi des services de base en Afrique : Rapport sur l'eau, l'assainissement et l'éducation au Burkina Faso*. UNICEF.

UNICEF. (2022). *Statistiques sur l'éducation des filles au Burkina Faso*. UNICEF.

UNICEF. (2023). *Child Marriage in Burkina Faso: Trends and Challenges*. UNICEF.

United Nations Children's Fund (UNICEF). (2023). *The State of the World's Children 2023*. UNICEF.

