

L'EXPÉRIENCE DE PLANIFICATION FAMILIALE DU BURKINA FASO

Frank. A. TANKOANO

INTRODUCTION

Beaucoup de pays d'Afrique sub-saharienne affichent des indices de fécondité et des taux de croissance démographique parmi les plus élevés du monde (Bouzidi, 1990). Cela a eu pour conséquence une inadéquation entre les ressources disponibles et la population, conduisant à des cas de famine dans ces pays en proie à la crise économique mondiale. Une politique de contrôle de la fécondité s'avère donc nécessaire. C'est dans ce contexte que le Burkina Faso, l'un de ces pays sub-sahariens, s'est prononcé clairement en 1985 en faveur de la planification familiale.

LE CONTEXTE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DU BURKINA FASO EN 1985

Pays sahélien agricole, enclavé en plein centre de l'Afrique de l'Ouest, le Burkina a une superficie de 274 000 km².

Données démographiques

En 1985, au dernier recensement général de la population, le Burkina comptait 7 976 705 habitants. Les femmes représentaient 51,3 % et les jeunes de moins de 15 ans 48,3 % de la population. Le taux brut de natalité était de 49,6 pour 1000 et l'indice synthétique de fécondité était en hausse : 7,2 en 1985, contre 6,7 dix ans plus tôt ⁽¹⁾.

(1) On observera dans la figure 1, en annexe, les indices caractéristiques de la vie génésique des femmes en milieu gourmantche.

Le taux de mortalité générale était de 17,5 pour 1000, celui de mortalité infantile s'élevait à 134 pour 1000 et l'espérance de vie était de 42 ans (Ministère du Plan et de la Coopération, 1988).

Le taux d'accroissement naturel de 3,2 % est en augmentation très sensible de 1 % en dix ans, puisqu'il s'élevait à 2,2 % en 1975, augmentation liée aux composantes du mouvement naturel.

Bilan sanitaire, environnemental et socio-économique

Les forts taux de mortalité (générale, infantile et maternelle) sont dus à un contexte sanitaire des plus précaires caractérisé par :

- un environnement insalubre,
- des problèmes d'alimentation de la population : 25 % des enfants de 0 à 5 ans et 14 % des mères souffrant de malnutrition,
- une insuffisance de la couverture sanitaire sur le plan quantitatif et qualitatif. On remarque notamment une grande pénurie des services de santé maternelle et infantile, y compris bien entendu dans le domaine de la planification familiale, qui explique la faible prévalence contraceptive nationale de 0,3 %. Cette insuffisance était due en grande partie à la faiblesse des ressources allouées au secteur santé représentant 7 % du budget national.

Ces difficultés sanitaires intervenaient dans un contexte environnemental et socio-économique lui aussi défavorable, les ressources forestières ne couvrent que 13 % du pays. Quant aux milieux urbains, circonscrits aux villes de Ouagadougou et Bobo Dioulasso, ils se caractérisaient par de nombreuses difficultés d'habitat.

La situation de l'éducation et de l'emploi n'était guère plus favorable. Le taux de scolarisation était de 22 % mais certaines zones rurales (le Seno par exemple) avaient un taux de seulement 1,8 %. Le taux d'analphabétisme était de 88 %, parfois 95 % en zone rurale. En matière d'emploi, 90 % de la population active était employée en 1985 en zone rurale et le secteur moderne n'employait que 3 % de la population active totale (1 % dans la fonction publique, 0,7 % dans le para-public, et 1,3 % dans le secteur privé). Quant au chômage des jeunes, il était très élevé : 29,1 % des jeunes de 15 à 19 ans et 26,4 % des 20-24 ans étaient chômeurs.

LA POLITIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE AU BURKINA FASO

Nécessité de la planification familiale au Burkina faso

Selon l'OMS, la planification familiale est une *“manière de penser et de vivre, que les individus et les couples adoptent de leur libre volonté en se basant sur des connaissances précises, des attitudes et des décisions réfléchies, afin d'améliorer l'état de santé et le bien-être du groupe familial et par conséquent, de contribuer efficacement au développement social d'un pays”*.

Le gouvernement burkinabé, conscient qu'il ne saurait y avoir une politique de développement socio-économique sans une politique de planification familiale visant le bien-être de la famille, s'est prononcé clairement en sa faveur. Car les avantages qu'elle présente peuvent contribuer à résoudre les problèmes socio-démographiques du peuple burkinabé.

Historique de la planification familiale

En 1978, le Burkina Faso a souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaires, dont la composante “Santé Maternelle et Infantile” comprend un volet consacré à la planification familiale. Mais c'est seulement en 1984 que, de façon officielle, un séminaire de réflexion sur les aspects socio-sanitaires, démographiques et économiques de la planification familiale s'est tenu à Ouagadougou.

Différents éléments graves indiquaient la nécessité d'une planification familiale : les grossesses non désirées source de drames sociaux, les avortements provoqués clandestins ⁽²⁾, les abandons d'enfants et infanticides, les stérilités conjugales ⁽³⁾, les complications de grossesses et d'accouchements source d'une mortalité maternelle élevée (61 p. 1000) ⁽⁴⁾, la malnutrition et autres carences chez les enfants précocement sevrés et chez les mères à

- (2) 18 % des décès maternels en 1984 à l'hôpital Yalgado étaient la conséquence d'avortements clandestins.
- (3) La stérilité atteint 8 à 10 % des couples dans certaines provinces et constitue 6 % des consultations de gynécologie en 1984 à la maternité Yalgado.
- (4) Ces complications sont favorisées par des grossesses trop nombreuses et/ou trop rapprochées, trop précoces ou survenant à un âge avancé (Sore, 1985).

grossesses nombreuses et rapprochées, la demande de prestation de planification familiale ⁽⁵⁾ constituant 6 % des consultations à la maternité Yalgado (en pays gourmantche) en 1984.

Le séminaire de réflexion se déclara en faveur de l'adoption d'un plan d'action en matière de planification familiale, assorti de la promulgation des textes législatifs nécessaires et de la mise en place d'une Direction pour coordonner les activités en la matière. Et la mise en place des activités de la planification familiale à Ouagadougou et Bobo fut recommandée, compte tenu de l'ampleur des problèmes socio-économiques et de santé prévalant dans ces villes.

Ainsi, les activités de planification familiale démarrèrent en 1985 à Ouagadougou, dans 4 centres, et à Bobo, dans 3 centres, pour s'étendre progressivement à l'ensemble du pays avec la participation de l'ABBEF et de l'ABSF ⁽⁶⁾.

La mise en place de la planification familiale au Burkina faso

La politique de planification familiale a donc été définie par le plan d'action de 1985 puis révisée en 1986. La mise en oeuvre de ce plan a nécessité différentes mesures législatives concernant essentiellement : l'abrogation de la loi de 1920 dans sa partie interdisant toute publicité sur les contraceptifs, la réglementation de la prescription et de la vente des contraceptifs, la censure des articles de presse portant une information erronée sur les contraceptifs, l'application des sanctions sévères infligées à l'encontre de tous les auteurs et complices d'avortements clandestins.

Les objectifs principaux du plan d'action sont les suivants :

- Multiplier les formations sanitaires pour la Santé Maternelle et Infantile et intégrer la planification familiale dans les activités de ces structures.
- Former le personnel nécessaire à l'application de la politique nationale de planification familiale.
- Informer la population et faciliter son accès à l'utilisation des méthodes contraceptives appropriées. Un accent est mis sur les pratiques d'espacement des naissances, en sensibilisant les familles sur le rôle de l'espacement convenable des naissances dans la lutte contre la malnutrition, la morbidité et la mortalité maternelle et infantile.

(5) Dans ce même milieu gourmantche on enregistre le souhait de 71 % des femmes ayant 5 enfants vivants et plus, et de 15 % des femmes ayant de 1 à 4 enfants vivants de ne pas avoir de naissances supplémentaires (figure 2 en annexe).

(6) Voir la liste des sigles en annexe.

- Assurer la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et la stérilité, car l'enfant est une composante du bien-être de la famille burkinabé.
- Définir et introduire un programme d'éducation en matière de population dans les établissements scolaires et un programme de planification familiale dans les écoles supérieures et les universités.
- Faire comprendre l'interaction entre population et développement et le rôle de la planification familiale dans l'amélioration des conditions de vie des familles.

BILAN DES ACTIVITÉS DE PLANIFICATION FAMILIALE (1985-1989)

Un bilan provisoire de cinq années d'activité en matière de planification familiale peut d'ores et déjà être réalisé autour de trois points essentiels : la formation, la sensibilisation et les prestations de services cliniques.

La formation

La formation de personnel était un préalable nécessaire à la mise en oeuvre de la politique nationale de planification familiale. Entre 1984 et 1986, les formations se déroulaient à l'étranger et la stratégie adoptée par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale a été de former, à Ouagadougou, un noyau national de formateurs pluridisciplinaires, puis de formateurs provinciaux. Des modules de formation en planification familiale ont été introduits à l'Ecole Nationale de Santé Publique, et à l'Ecole Nationale de Service Social (7).

Cette stratégie a permis de former :

- 250 agents de santé en prestations cliniques,
- 120 agents sociaux en Information, Education, Communication (IEC)/ Planification Familiale (PF),
- 117 agents de santé et agents sociaux en supervision.

Le rythme de formation des agents est passé de 24 agents entre 1984 et 1986 à 487 entre 1987 et 1989, grâce à l'appui financier de l'USAID, du FNUAP, de la FPIA, de l'IPPF, et de la Banque mondiale.

(7) L'élaboration de formation-type en planification familiale a permis d'uniformiser les formations au niveau de tous les partenaires.

Cela a permis d'augmenter le nombre de centres fonctionnels de planification familiale dans les 30 provinces du pays, démontrant ainsi l'efficacité de cette stratégie.

La sensibilisation : activités d'Information d'Education et de Communication (IEC) et de Planification Familiale (PF)

La sensibilisation vise à susciter une prise de conscience des avantages de la planification familiale par la population qui, en majorité, cernait mal ce concept et la politique qui lui était liée.

C'est dans ce sens qu'un programme d'activités d'Information, d'Education et de Communication (IEC) a été élaboré et exécuté par le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, responsable de la gestion du programme de planification familiale, et différents intervenants (associations, départements des Ministères de l'Enseignement et de la Recherche Scientifique).

Diverses approches ont été adoptées pour l'exécution de ce programme d'IEC conformément aux méthodes d'approche définies dans le plan d'action. Au niveau de la Direction de l'Education en Matière de Population (EMP), des professeurs ont été formés et dispensent des cours d'éducation en matière de population aux élèves dans les lycées et les collèges.

Une dizaine de provinces ont bénéficié de campagnes intensives de sensibilisation en planification familiale. Quinze provinces ont accueilli des représentations théâtrales suivies de débats sur la planification familiale à travers une pièce de théâtre-forum "Fatouma ou la machine à procréer".

Des émissions radiophoniques et télévisées, des tables-rondes et des spots publicitaires sur la planification familiale ainsi que des articles parus dans les journaux nationaux (Sidwaya, Carrefour Africain) ont permis de toucher le public lettré. Des supports pédagogiques ont été conçus dans le cadre des activités d'IEC : panneaux publicitaires, affiches, brochures sur l'espacement des naissances et les méthodes contraceptives (en français, mooré et dioula), dépliants à l'intention des adultes et des jeunes, pagnes, tee-shirts, auto-collants ; un film "Rogom Yaagre" (Racine du bonheur) en versions mooré et français, ainsi qu'une chanson, "pondre", traitant de l'espacement des naissances, ont été réalisés.

Les prestations de services cliniques de planification familiale

Les prestations de services cliniques de planification familiale comportent :

- les prestations de services de contraception,

- la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le Sida,
- la lutte contre les stérilités.

Les prestations de service de contraception

Les prestations de service de planification familiale ont été intégrées, dès février 1985, aux activités courantes des centres de Santé Maternelle et Infantile des maternités et des hôpitaux. Mais cette intégration n'a été effective et généralisée à toutes les formations sanitaires offrant des prestations de planification familiale qu'après avril 1990 à la suite d'une recherche opérationnelle (DSF-Colombia University, 1990) et des activités de formation préalable.

Les services de planification familiale sont disponibles au moins dans tous les chefs-lieux de provinces du pays. Mais l'accessibilité en milieu rural est moins aisée qu'en ville à cause de l'insuffisance qualitative des infrastructures sanitaires. Un examen clinique complet (physique et gynécologique) en vue de déceler une éventuelle contre-indication est une condition à la prescription d'une méthode contraceptive (pilule, stérilet,...). Selon les cas, des examens de laboratoires peuvent être prescrits. Les centres fonctionnels assurent le suivi périodique des patientes ayant adopté une méthode contraceptive.

Les moyens contraceptifs utilisés dans le cadre du programme national de planification familiale sont disponibles dans les centres fonctionnels à des prix forfaitaires jugés abordables pour la population (tableau 1). L'approvisionnement à partir du niveau central se fait à la demande des agents prestataires des centres.

Depuis 1985, dans 19 provinces du Burkina, l'évolution du taux de prévalence contraceptive, toutes méthodes confondues, a été la suivante : 1985 = 0,3 %, 1987 = 3,6 %, 1988 = 4,8 %, 1989 = 6,6 %. Des différentes méthodes contraceptives proposées dans les mêmes provinces, la pilule est la plus utilisée (40 %) ; ensuite viennent le condom (33,7 %) et le dispositif intra-utérin (15,2 %) dont les diffusions s'accroissent durant la période observée (1987-1989), puis les spermicides (10 %) dont l'utilisation a diminué au profit des deux méthodes précédentes (tableau 2).

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles (MST) et le Sida

Cette lutte comporte deux volets :

- la prévention, par l'éducation et les conseils pour limiter les risques liés à certains comportements sexuels ;

Planification familiale au Burkina Faso

- le dépistage de ces maladies, systématiquement réalisés lors des examens cliniques préalables à la prescription d'une méthode de contraception, et le traitement des malades.

En 1986, 6 286 cas de syphilis récente, 17 114 cas de gonorrhée et 834 cas de pian ont été dépistés et traités. Ce programme permet le traitement précoce des MST évitant ainsi une évolution vers des complications majeures telles la stérilité définitive, ou même la mort.

Tableau 1 : Produits contraceptifs disponibles et leur prix de cession aux clients

TYPE DE CONTRACEPTIFS	COÛT (F/CFA)
<i>Contraceptifs oraux</i> Lo-Femenal-Ovrette Micronovum-Minidril	100 F la plaquette
<i>Stérilet</i> T au cuivre, multi-Load (M.L) Boules de lippes etc.	800 F l'unité
<i>Spermicides</i> Néo-sampoon comprimé, Emko mousse, Delfen, conceptrol comp.	150 F le flacon 150 F les 20 comprimés
<i>Condom</i>	10 F l'unité

Source : Direction de la santé et de la famille, 1991.

Tableau 2 : Taux d'utilisation des différentes méthodes contraceptives dans 19 provinces, selon l'année (pour 100 utilisateurs)

Méthode contraceptive	1987	1988	1989
Pilule	40	39,3	40,1
DIU	7	13,6	15,2
Condom	25	30	33,7
Spermicide	26	16,1	10
Autres	2	1	1
Total	100	100	100

Source : Direction de la Santé et de la Famille, 1991

La lutte contre la stérilité

Elle est menée dans tous les centres fonctionnels : la prévention se fait par des conseils, le diagnostic et le traitement des infections génitales, et l'éducation sexuelle. On peut noter l'importance de cette lutte puisque 31 % des consultations, à la maternité de l'hôpital Yalgado, sont liées à des traitements contre la stérilité.

La recherche opérationnelle

En liaison avec les premières actions réalisées dans le cadre du plan de planification familiale, des recherches opérationnelles ont été menées pour mieux cerner les besoins réels de la population en matière de planification familiale ⁽⁸⁾ :

- études-diagnostic menées dans les 30 provinces du pays (DSF, 1990),
- enquête CAP dans les trois provinces (DSF, 1986),
- enquête CAP en milieu rural gourmantché (Tankoano, 1989),
- gestion intégrée des services de SMI/PF/NUT dans la ville de Ouagadougou (DSF, 1990).

D'autres recherches sont prévues dans le prochain plan quinquennal (1991-1995).

Difficultés et insuffisances

Au départ, le programme de planification familiale a été confronté aux problèmes liés à l'insuffisance du personnel formé et de matériel technique : difficultés qui trouvent actuellement des débuts de solutions. En outre, certains obstacles socio-culturels demeurent ⁽⁹⁾ :

- certaines religions, notamment les religions chrétiennes, sont opposées à l'utilisation des moyens contraceptifs,
- l'enfant conserve une valeur traditionnelle et est un objet de prestige dans certaines sociétés,
- la mortalité infantile, malgré sa diminution, demeure élevée, ce qui incite certaine famille à faire beaucoup d'enfants dans l'espoir que quelques-uns survivront (Tankoano, 1989),

(8) Ce volet a reçu l'appui de l'USAID, de la Columbia University et de John Hopkins University.

(9) On se reportera aux tableaux 3 et 4, en annexe, pour juger des différences d'attitude en matière de planification familiale manifestées par les individus selon leurs principales caractéristiques socio-démographiques.

- la réticence de certains hommes qui pensent que la sécurité contraceptive incitera la femme à l'infidélité,
- les rumeurs sur les effets secondaires des méthodes contraceptives.

De plus, malgré les acquis incontestables du programme burkinabé de planification familiale, des insuffisances demeurent, auxquelles il est nécessaire de remédier.

Par exemple, aucune évaluation n'a été faite de "l'éducation en matière de planification" (EMP), depuis son lancement en 1987, malgré les insatisfactions qui sont apparues. 75 % des professeurs impliqués dans l'enseignement de cette discipline pensent que l'on devrait changer sa formule d'enseignement, et 47,4 % des élèves ayant reçu des cours d'EMP sont insatisfaits (contre 47,2 % de satisfaction) selon une enquête menée dans certains lycées de Ouagadougou (Konate, 1991).

Les activités d'IEC doivent être davantage orientées vers les zones rurales où le besoin de planification familiale est plus important qu'on ne le pense (Tankoano, 1989). D'autre part, il faut impliquer des individus de ce milieu à l'élaboration et l'exécution des programmes de sensibilisation de planification familiale, à travers notamment la méthode de "Community Base" (10).

Les programmes de planification familiale doivent être sous-tendus par des recherches opérationnelles. Pour cela, il faut recenser et stimuler les compétences nationales aptes à mener des recherches dans le domaine de la santé reproductive. L'identification des problèmes à étudier, la conception et l'élaboration de projet de recherche opérationnelle par des compétences nationales contribueront à motiver les chercheurs nationaux.

Les travaux de thèses de doctorat de médecine, de maîtrise de sociologie et d'autres départements doivent être recensés et leurs recommandations doivent être analysées en vue de leur application dans des programmes de planification familiale.

La stratégie adoptée pour offrir des prestations de services de planification familiale aux adolescents est à revoir. Une étude menée à la CPSF (Tankoano, 1990) a révélé qu'il est nécessaire de créer des services de planification familiale pour les jeunes, compte tenu de certaines spécificités propres à ce groupe. Une enquête CAP menée dans certains lycées de Ouagadougou a abouti aux mêmes conclusions (Konate, 1991).

(10) La méthode de Community Base est une approche consistant à développer des activités au niveau communautaire avec la pleine participation des membres de cette communauté pour résoudre un problème évoqué et identifié comme prioritaire par celle-ci.

CONCLUSION

En résumé, le jeune programme de planification familiale du Burkina enregistre, après cinq années d'activité, les signes de succès incontestables, malgré les insuffisances constatées. Cette période d'activité a permis d'asseoir les bases nécessaires à la prestation des activités de planification familiale et a contribué à relever le taux de prévalence contraceptive annuel.

L'analyse de l'enquête démographique nationale d'avril-juin 1991 permettra d'ailleurs d'estimer l'impact, si minime soit-il, de cette politique de planification familiale sur les variables démographiques et d'évaluer les activités du programme national.

Le déroulement du programme permet déjà de vérifier que la planification familiale n'est pas seulement l'affaire des professionnels de la santé et de l'action sociale. L'éducation apporte une très grande contribution en la matière car l'instruction facilite la communication et la compréhension, tout en changeant les mentalités. En ce sens, un niveau élevé de scolarisation, particulièrement pour les jeunes filles, constitue un facteur favorable à l'acceptation de la planification familiale ⁽¹¹⁾.

Pour parfaire son activité, ce programme récent doit s'enrichir des expériences des autres pays en la matière, particulièrement dans le domaine de la recherche, tout en faisant mieux partager son expérience au niveau international.

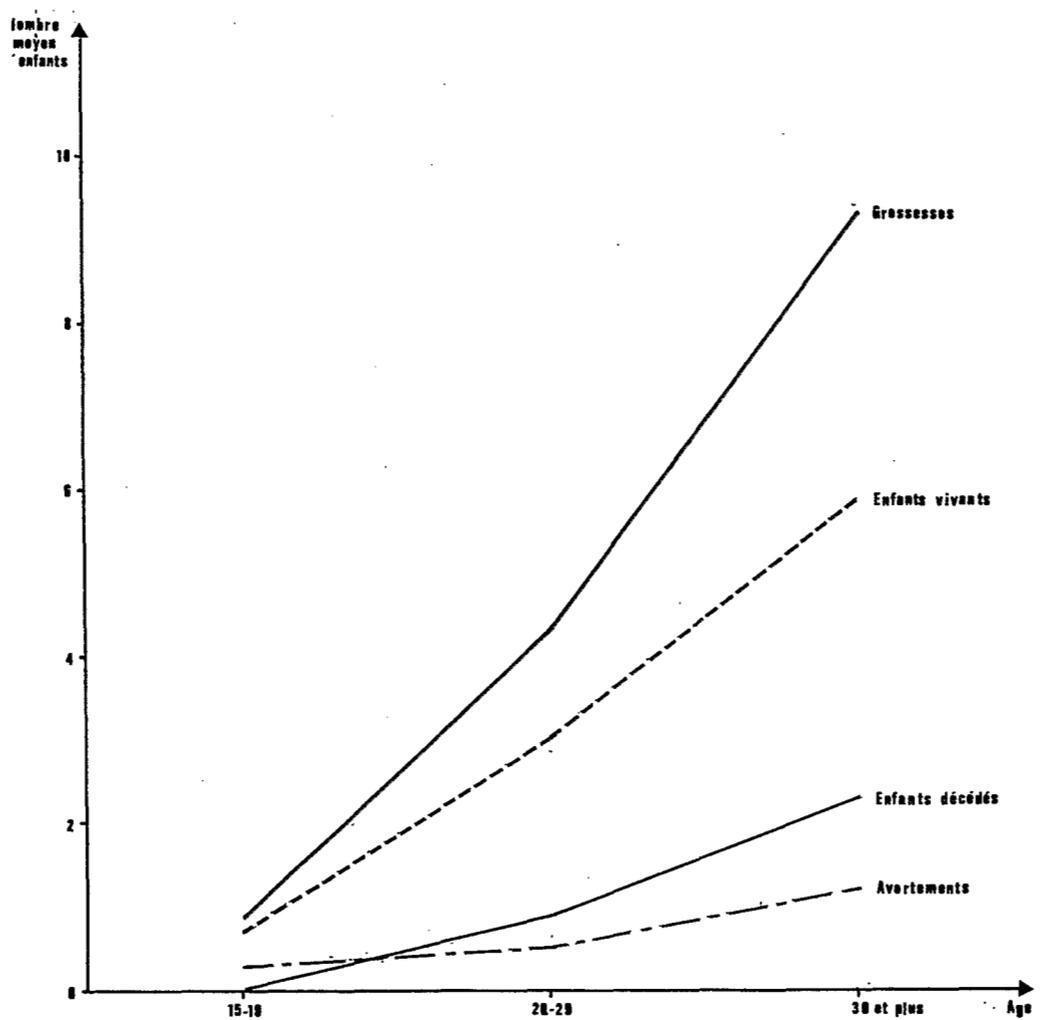
(11) On vérifiera avec les figures 3 et 4, en annexe, l'influence de l'alphabétisation sur les attitudes reproductives et la connaissance de la contraception.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUZIDI M., 1990, *Programme de planification familiale : l'héritage des années 80... Les défis des années 90*. Conférence Internationale sur "La planification familiale... c'est pour la vie". Communication, 21-26 mai 1990, Ouagadougou, 5 p.
- DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, 1991, *Bilan des activités de Planification Familiale*, Ministère de la Santé de l'Action Sociale et de la Famille, Ouagadougou, 11 p.
- INSTITUT NATIONAL DES STATISTIQUES ET DE LA DEMOGRAPHIE., 1985, *Résultats provisoires du recensement général de la population*, Direction de la Démographie et des Ressources Humaines, Ouagadougou, 47 p.
- KONATE B., 1991, *Connaissances, attitudes et pratiques des jeunes du milieu scolaire de la ville de Ouagadougou en matière de Planification Familiale après introduction d'un programme d'éducation sexuelle*, Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 80 p.
- MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION, 1988, *Séminaire National de réflexion sur l'élaboration d'un plan d'action en matière de population au Burkina Faso*, Communications techniques, 15-22 Décembre 1987, Tenkodogo, 265 p.
- RAMDE F., 1989, *Les avortements provoqués clandestins, étude de cas observés à l'Hôpital Yalgado Ouedraogo*, Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 56 p.
- SORE A., 1985, *Les ruptures utérines à la maternité de l'Hôpital Yalgado Ouedraogo à propos de 347 cas*, Thèse de médecine, Université de Ouagadougou, 85 p.
- TANKOANO A., 1989, *Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale dans un village Gourmatché (Burkina Faso)*. Thèse d'Etat de Doctorat de Médecine, Université de Ouagadougou, 121 p.
- TANKOANO A., 1990, *Etude rétrospective (1985-1989) sur les prestations des services de PF aux adolescentes à la clinique pour la promotion de la santé familiale*, Ouagadougou, 4 p.

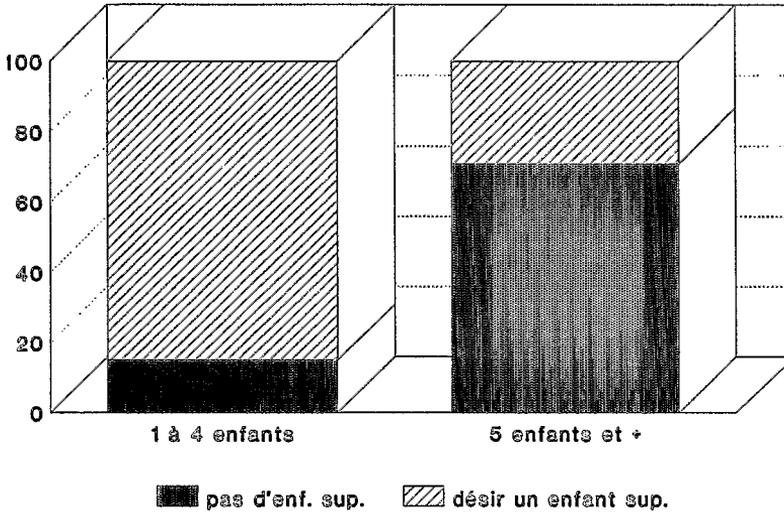
ANNEXE

Figure 1 : Descendance des femmes selon l'âge en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

Figure 2 : Désir d'enfants supplémentaires selon le nombre d'enfants vivants en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

Tableau 3 : Différences d'attitude entre hommes et femmes en milieu gourmantche

Sexe	Facteurs favorables	Facteurs défavorables	Action à entreprendre
Hommes	Mieux informés sur la contraception moderne Désirent avoir une famille moins grande	Désirent un espace plus court entre les naissances Moins favorables à la contraception du conjoint	Sensibilisation (éducation en matière de planification familiale)
Femmes	Désirent un espacement plus long entre les naissances Plus favorables à la contraception du conjoint	Age au mariage précoce Désirent une grande famille Moins informées sur la contraception moderne	Relever l'âge au premier mariage (sensibilisation)

Source : Tankoano, 1989.

Tableau 4 : Différences d'attitude entre les jeunes, les chrétiens, les alphabétisés et les animistes, les âges et les illettrés en milieu gourmantche

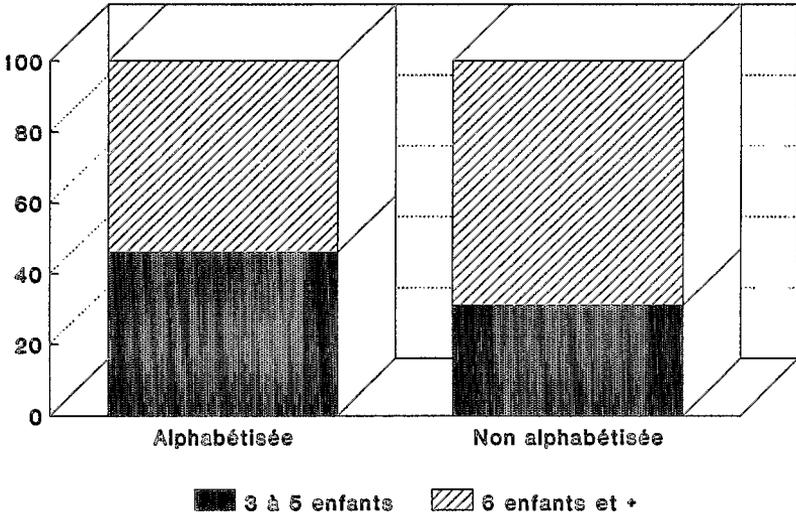
Sexe	Facteurs favorables	Facteurs défavorables	Action à entreprendre
Illettrés Animistes Agés (30 ans et +)	Durée de l'abstinence plus longue	Désirent une famille plus grande Moins informés sur la contraception moderne Connaissent moins les méthodes modernes de contraception Moins favorables à la contraception moderne	Sensibilisation (éducation en matière de santé)
Alphabétisés* Chrétiens** Jeunes (15-29ans)	Désirent des familles moins grandes Ont accès à l'information sur la contraception moderne Connaissent plus les méthodes modernes de contraception Plus favorables à la contraception moderne	Plus courte durée d'abstinence	Apport de contraceptifs modernes Information

Source : Tankoano, 1989.

* Alphabétisé : individu sachant lire et écrire en langue gulmantchéma ou en français

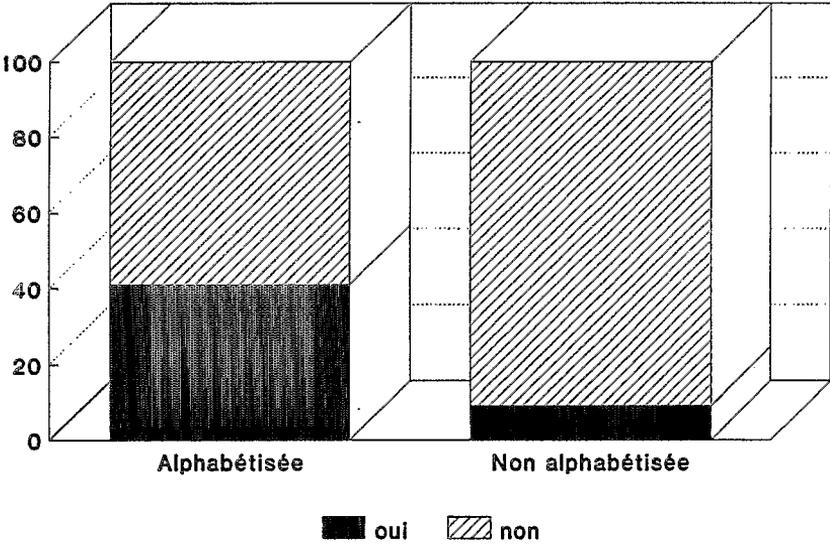
** Chrétien : individu de religion catholique ou protestante

Figure 3 : Taille idéale de la famille selon l'alphabétisation en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

Figure 4 : Connaissance de la contraception selon l'alphabétisation en milieu gourmantche



Source : TANKOANO, 1989

LISTE DES ABRÉVIATIONS

- ABBEF** : Association Burkinabé pour le Bien-Etre Familial
ABSF : Association Burkinabé des Sages-Femmes
AID : Agence Internationale pour le Développement
APAF : Association pour l'Action Familiale
CAP : Connaissances, Attitudes et Pratiques
CSPF : Clinique pour la Promotion de la Santé de la Famille
DSF : Direction de la Santé de la Famille
DSME : Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant
EMP : Education en Matière de Population
FAO : Food and Agriculture Organisation
FNUAP : Fond des Nations Unies pour la Population
FPIA : Association Internationale pour la Planification Familiale
IEC/PF : Information, Education et Communication en Planification Familiale
IEC : Information, Education et Communication
IPPF : International Planned Parenthood Federation
MS-AS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
MST : Maladie Sexuellement Transmissible
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PF : Planification Familiale
SIDA : Syndrome Immuno Déficitaire Acquis
SMI : Santé Maternelle et Infantile