

---

# Revue LES TISONS

---

*Revue Internationale des Sciences de l'Homme et de la Société (RISHS)*



Revue indexée par

**ESJI** Eurasian  
Scientific  
Journal  
Index  
[www.ESJIndex.org](http://www.ESJIndex.org)

<http://esjindex.org/search.php?id=6845>

e-ISSN: 2756-7532

p-ISSN: 2756-7524

N° 0001, Vol.2 - Juin 2024



---

# Revue LES TISONS

---





---

# Revue LES TISONS

---

*Revue Internationale des Sciences de l'Homme et de la Société (RISHS)*



Revue indexée par

**ESJI** Eurasian  
Scientific  
Journal  
Index  
[www.ESJIndex.org](http://www.ESJIndex.org)

<http://esjindex.org/search.php?id=6845>

Éditions *Cerfed*

Arrond. 5, Sect. 22, Av. Toguiyeni

e-ISSN: 2756-7532; p-ISSN: 2756-7524  
<http://esjindex.org/search.php?id=6845>  
<http://www.revuelestisons.bf>  
[lestisons@revuelestisons.bf](mailto:lestisons@revuelestisons.bf)

S/C Université Joseph KI-ZERBO  
BV 30053 OUAGA 1200 Logements  
10020 OUAGADOUGOU - Burkina Faso  
(+226) 66006650/70104853

## PRÉSENTATION/POLITIQUE ÉDITORIALE

Sous l'impulsion de M. Fatié OUARTARA, Professeur titulaire de philosophie à l'Université Joseph KI-ZERBO, et avec la collaboration d'Enseignants-Chercheurs et Chercheurs qui sont, soit membres du Centre d'Études sur les Philosophies, les Sociétés et les Savoirs (CEPHISS), soit membres du Laboratoire de philosophie (LAPHI), une nouvelle revue vient d'être fondée à Ouagadougou, au Burkina Faso, sous le nom de « Revue LES TISONS ».

Revue internationale des Sciences de l'Homme et de la Société, la Revue LES TISONS vise à contribuer à la diffusion de théories, de connaissances et de pratiques professionnelles inspirées par des travaux de recherche scientifique. En effet, comme le signifie le Larousse, un tison est un « morceau de bois brûlé en partie et encore en ignition ».

De façon symbolique, la Revue LES TISONS est créée pour mettre ensemble des tisons, pour rassembler les chercheurs, les auteurs et les idées innovantes, pour contribuer au progrès de la recherche scientifique, pour continuer à entretenir la flamme de la connaissance, afin que sa lumière illumine davantage les consciences, éclaire les ténèbres, chasse l'ignorance et combatte l'obscurantisme à travers le monde.

Dans les sociétés traditionnelles, au clair de lune et pendant les périodes de froid, les gens du village se rassemblaient autour du feu nourri des tisons : ils se voient, ils se reconnaissent à l'occasion ; ils échangent pour résoudre des problèmes ; ils discutent pour voir ensemble plus loin, pour sonder l'avenir et pour prospecter un meilleur avenir des sociétés. Chacun doit, pour ce faire, apporter des tisons pour entretenir le feu commun, qui ne doit pas s'éteindre.

La Revue LES TISONS est en cela pluridisciplinaire, l'objectif fondamental étant de contribuer à la fabrication des concepts, au renouvellement des savoirs, en d'autres mots, à la construction des connaissances dans différentes disciplines et divers domaines de la science. Elle fait alors la promotion de l'interdisciplinarité, c'est-à-dire de l'inclusion dans la diversité à travers diverses approches méthodologiques des problèmes des sociétés.

Semestrielle (juin, décembre), thématique au besoin pour les numéros spécifiques, la Revue LES TISONS publie en français et en anglais des articles inédits, originaux, des résultats de travaux pratiques ou empiriques, ainsi que des mélanges et des comptes rendus d'ouvrages dans le domaine des Sciences de l'Homme et de la Société : **Anthropologie, Communication, Droit, Écologie, Économie, Environnement, Géographie, Histoire, Linguistique, Philosophie, Psychologie,**

## **Sociologie, Sciences politiques, Sciences de gestion, Sciences de la population, etc.**

Peuvent publier dans la Revue LES TISONS, les Chercheurs, les Enseignants-Chercheurs et les doctorants dont les travaux de recherche s'inscrivent dans ses objectifs, thématiques et axes.

La Revue LES TISONS comprend une Direction de publication, un Secrétariat de rédaction, un Comité scientifique et un Comité de lecture qui assurent l'évaluation en double aveugle et la validation des textes qui lui sont soumis en version électronique pour être publiés (en ligne et papier).

### **MODE DE SOUMISSION ET DE PAIEMENT**

La soumission des articles se fait à travers le mail suivant : [lestisons@revuelestisons.bf](mailto:lestisons@revuelestisons.bf).

L'évaluation et la publication de l'article sont conditionnées au paiement de la somme de cinquante mille (50.000) francs CFA, en raison de vingt mille (20.000) francs CFA de frais d'instruction et trente mille (30.000) francs CFA de frais de publication. Le paiement desdits frais peut se faire par Orange money (00226.66.00.66.50, identifié au nom de OUATTARA Fatié), par Western Union ou par Money Gram.

### **CONSIDÉRATION ÉTHIQUE**

Les contenus des articles soumis et publiés (en ligne et en papier) par la Revue LES TISONS n'engagent que leurs auteurs qui cèdent leurs droits d'auteur à la revue.

### **NORMES ÉDITORIALES**

Les textes soumis à la Revue LES TISONS doivent avoir été écrits selon les NORMES CAMES/LSH adoptées par le CTS/LSH, le 17 juillet 2016 à Bamako, lors de la 38<sup>e</sup> session des CCI.

Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.

Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : Titre, Prénom et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français, Mots clés, Abstract, Key words, Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.



Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (ex : 1. ; 1.1.; 1.2; 2.; 2.2.; 2.2.1; 2.2.2.; 3.; etc.).

Les passages cités sont présentés en romain et entre guillemets. Lorsque la phrase citant et la citation dépassent trois lignes, il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en romain et en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.

Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante :

- (Initiale(s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées);
- Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

*Exemples :*

En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p. 223), est « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (...), d'accroître le domaine des mathématiques : alors qu'elle s'est pour l'essentiel occupé du groupe professionnel occidental que l'on appelle les mathématiciens (...) ».

Pour dire plus amplement ce qu'est cette capacité de la société civile, qui dans son déploiement effectif, atteste qu'elle peut porter le développement et l'histoire, S. B. Diagne (1991, p. 2) écrit :

Qu'on ne s'y trompe pas : de toute manière, les populations ont toujours su opposer à la philosophie de l'encadrement et à son volontarisme leurs propres stratégies de contournements. Celles là, par exemple, sont lisibles dans le dynamisme, ou à tout le moins, dans la créativité dont sait preuve ce que l'on désigne sous le nom de secteur informel et à qui il faudra donner l'appellation positive d'économie populaire.

Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit :

Le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socio-culturelle et de civilisation traduisant une impréparation sociohistorique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères. (S. Diakitè, 1985, p. 105).

Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Editeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif. Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique. Dans la zone Editeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2<sup>nd</sup>e éd.).

Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur :

AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, Paris, L'Harmattan.

AUDARD Catherine, 2009, *Qu'est ce que le libéralisme ? Ethique, politique, société*, Paris, Gallimard.

BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, Paris, PUF.

DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, « Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre », *Diogène*, 202, p. 145-151.

DIAKITE Sidiki, 1985, *Violence technologique et développement. La question africaine du développement*, Paris, L'Harmattan.

L'article doit être écrit en format « Word », police « Times New Roman », Taille « 12 pts », Interligne « simple », positionnement « justifié », marges « 2,5 cm (haut, bas, droite, gauche) ». La longueur de l'article doit varier entre 30.000 et 50.000 signes (espaces et caractères compris). Le titre de l'article (15 mots maxi, taille 14 pts, gras) doit être écrit (français, traduit en anglais, vice-versa).

Le(s) Prénom(s) sont écrits en lettres minuscules et le(s) Nom(s) en lettres majuscules suivis du mail de l'auteur ou de chaque auteur (le tout en taille 12 pts, non en gras).

Le résumé (200 mots maxi, taille 12 pts) de l'article et les mots clés (05) doivent être écrits et traduits en français/anglais.

#### **DIRECTION DE PUBLICATION**

*Directeur* : Pr Fatié OUATTARA, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso)

*Directeur adjoint* : Dr Moussa COULIBALY, Assistant, Économiste, Université Nazi Boni (Burkina Faso)

#### **RESPONSABLE DES FINANCES**

Mme Fati IDOGO, Agent des Services administratifs et financiers, UFR/SH, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso)

#### **SECRÉTARIAT DE RÉDACTION**

*Secrétaire* : Dr Noumoutiè SANGARÉ, Assistant, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso)

*Membres* : Dr Abdoul Azize SODORÉ, MC, Géographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Beli Alexis NÉBIÉ, Assistant, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Boubié BAZIÉ, MA, Historien, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Édith DAH, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Mathieu Beli DAÏLA, MA, Linguiste, Université de Dédougou (Burkina Faso); Dr Paul-Marie MOYENGA, MA, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Sampala Fati BALIMA, MC, Politiste, Université Thomas SANKARA (Burkina Faso); M. Jean Baptiste PODA, Doctorant en Philosophie, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); M. Lazard T. OUÉDRAOGO, Doctorant en Philosophie, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); M. Mahamat OUATTARA, Doctorant en Philosophie, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); M. Saïdou BARRY, Doctorant en Philosophie, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso).

#### **COMITÉ DE LECTURE**

Dr Abdoul Karim SAÏDOU, MC, Politiste, Université Thomas SANKARA (Burkina Faso); Dr Aimé D. M. KOUDBILA, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr M. Alice SOMÉ/SOMDA, MR, Philosophe, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Dr Awa OUOBA, MC, Géographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Bouraïman ZONGO, MA, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Calixte KABORÉ, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Cheick Bobodo OUÉDRAOGO, MC, Linguiste, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Clotaire Alexis

BASSOLÉ, MC, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Damien DAMIBA, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Dimitri Régis BALIMA, MC, Communicologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Donatien DAYOUROU, MC, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Edwige DEMBÉLÉ, MA, Économiste, Université NAZI BONI (Burkina Faso); Dr Étienne KOLA, MC, Philosophe, Université Norbert ZONGO (Burkina Faso); Dr Évariste R. BAMBARA, MC, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Ézaïe NANA, IR, Sociologue, INSS/CNRST (Burkina Faso); Dr Fernand OUÉDRAOGO, MA, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Gaoussou OUÉDRAOGO, MC, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Gauthier YÉ, MA, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Georges ROUAMBA, MC, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Hamado KABORÉ, CR, Historien, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Dr Hamado OUÉDRAOGO, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Hamado Joël OUÉDRAOGO, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Isidore YANOOGO, MC, Géographe, Université Norbert ZONGO (Burkina Faso); Dr Issaka YAMÉOGO, MC, Philosophe, Université Norbert ZONGO (Burkina Faso); Dr Jean-Baptiste P. COULIBALY, MC, Historien, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Jérémie ROUAMBA, MC, Géographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Kalifa DRABO, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Kassem Salam SOURWEIMA, MC, Politiste, Université Thomas SANKARA (Burkina Faso); Dr Kizito Tioro KOUSSÉ, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Landry COULIBALY, MA, Historien, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Lassané YAMÉOGO, MA, Communicologue, Université Thomas SANKARA (Burkina Faso); Dr Lassina SIMPORÉ, MC, Archéologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Léon SAMPANA, MC, Politiste, Université Nazi BONI (Burkina Faso); Dr Léonce KY, MC, Historien, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Madeleine WAYAK PAMBÉ, MC, Démographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Magloire É. YOGO, MA, Sciences de l'éducation, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Moussa DIALLO, Assistant, Philosophe, Centre universitaire de Manga, UNZ (Burkina Faso); Dr Narcisse Taladi YONLI, MA, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Noumoutié SANGARÉ,

Assistant, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Ollo Pépín HIEN, CR, Sociologue, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Dr Pascal BONKOUNGOU, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Paul-Marie BAYAMA, MC, Philosophe, ENS de Koudougou (Burkina Faso); Dr R. Ulysse Emmanuel OUÉDRAOGO, MA, Géographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Rasmata BAKYONO/NABALOU, MC, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Relwendé DJIGUEMDÉ, Assistant, Philosophe, Centre universitaire de Manga, UNZ, (Burkina Faso); Dr Rodrigue BONANÉ, MR, Philosophe, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Dr Rodrigue SAWADOGO, MC, Philosophe, Université Norbert ZONGO (Burkina Faso); Dr Roger ZERBO, MR, Sociologue, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Dr Serge SAMANDOU, MR, Philosophe, Institut des Sciences des Sociétés (Burkina Faso); Dr Souleymane SAWADOGO, MA, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Stanislas SAWADOGO, MA, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Tongnoma ZONGO, CR, Sociologue, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Dr Yacouba BANWORO, MC, Historien, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Zakaria SORÉ, MC, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Zoubere DIALLA, MA, Sociologue, Centre universitaire de Manga, UNZ, (Burkina Faso).

#### **COMITÉ SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL**

Pr Abdoulaye SOMA, PT, Constitutionnaliste, Université Thomas SANKARA (Burkina Faso); Pr Abdramane SOURA, PT, Démographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Abou NAPON, PT, Linguiste, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Aklesso ADJI, PT, Philosophe, Université de Lomé (Togo); Pr Alain Casimir ZONGO, PT, Philosophe, Université Norbert ZONGO (Burkina Faso); Pr Alkassoum MAÏGA, PT, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Amadé BADINI, PT, Philosophe, Université Norbert ZONGO (Burkina Faso); Pr Augustin LOADA, PT, Politiste, Université Saint Thomas d'Aquin (Burkina Faso); Pr Augustin PALÉ, PT, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr B. Claudine Valérie ROUAMBA/OUÉDRAOGO, PT, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Bernard KABORÉ, PT, Linguiste, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Bilina BALLONG, PT, Philosophe, Université de Lomé (Togo); Pr Bouma F. BATIONO, PT,

Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Cyrille KONÉ, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Cyrille SEMDÉ, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr David Musa SORO, PT, Philosophe, Université Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire); Pr Edmond Yao KOUASSI, PT, Philosophe, Université de Bouaké (Côte d'Ivoire); Pr Emmanuel M. HEMA, PT, Écologue, Université de Dédougou (Burkina Faso); Pr Emmanuel Malolo DISSAKÈ, PT, Philosophe, Université de Douala (Cameroun); Pr Eustache R. K. ADANHOUNME, PT, Philosophe, Université Abomey Calavi (Benin); Pr Fabienne LELOUP, Sociologue, Université Catholique de Louvain-Mons (Belgique); Pr Fatié OUATTARA, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Foé NKOLO, PT, Philosophe, Université Yahoundé I (Cameroun); Pr Frédéric MOENS, Communicologue, IHECS, Bruxelles (Belgique); Pr Gabin KORBÉOGO, PT, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Georges ZONGO, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Hamidou Talibi MOUSSA, PT, Philosophe, Université Abdou MOUMOUNI (Niger); Pr Issiaka MANDÉ, PT, Historien, Université du Québec à Montréal (Canada); Pr Jacques NANEMA, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Jean-François DUPEYRON, PT, Philosophe, Université de Bordeaux (France); Pr Jean-Marie DIPAMA, PT, Géographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Jean-Claude KALUBI-LUKUSA, PT, Sociologue, Université de Sherbrooke (Canada); Pr Jean-Pierre POURTOIS, PT, Psychopédagogue, Université de Mons (Belgique); Pr Lassane YAMÉOGO, PT, Géographe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Léon MATANGILA MUSADILA, PT, Philosophe, Université de Kinshasa (RD Congo); Pr Léopold Bawala BADOLO, PT, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Ludovic KIBORA, DR, Sociologue, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Pr Magloire SOMÉ, PT, Historien, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Mahamadé SAVADOGO, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Mamadou L. SANOGO, DR, Linguiste, Institut des Sciences des Sociétés/CNRST (Burkina Faso); Pr Moukaila Abdo Laouali SERKI, PT, Philosophe, Université Abdou MOUMOUNI (Niger); Pr Pierre G. NAKOULIMA, PT, Philosophe, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Ramane KABORÉ, PT, Sociologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Pr Sébastien YOUNGBARÉ, PT, Psychologue, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso); Dr Amadou TRAORÉ, MC, Sociologue, Université de Ségou

(Mali); Dr Décaird KOUADIO KOFFI, MC, Philosophe, Université Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire); Dr Djédou Martin AMALAMA, MC, Sociologue, Université de Korhogo (Côte d'Ivoire); Dr Emmanuel YAOU, MA, Sociologue, Université de Kara (Togo); Dr Gérard AMOUGOU, MC, Socio-politiste, Université de Yaoundé II (Cameroun); Dr Ibrahim KONÉ, MA, Philosophe, Université Peleforo Gon COULIBALY (Côte d'Ivoire); Dr Idi BOUKAR, A, Philosophe, Université Abdou MOUMOUNI (Niger); Dr Idrissa S. TRAORÉ, MC, Sociologue, Université des Lettres et des Sciences de Bamako (Mali); Dr Issouf BINATÉ, MC, Historien, Université Alassane OUATTARA (Côte d'Ivoire); Dr Jean-François PETIT, MC HDR, Philosophe, Institut catholique de Paris (France); Dr Landry Roland KOUDOU, MC, Philosophe, Université Felix Houphouët-Boigny (Côte d'Ivoire); Dr Mouhamoudou El Hady BA, MC, Sociologue, Université Cheick Anta Diop (Sénégal); Dr Mamadou Bassirou TANGARA, MC, Économiste, Université des Sciences sociales et de Gestion de Bamako (Mali); Dr N'golo Aboudou SORO, MC, Lettres modernes, Université Alassane OUATTARA de Bouaké (Côte d'Ivoire); Dr Oumar DIA, MC, Philosophe, Université Cheick Anta Diop de Dakar (Sénégal); Dr Pierre-Étienne VANDAMME, Philosophe, Université Catholique de Louvain (Belgique); Dr Raphael KONÉ, Ph. D, Historien, Université Cergy de Pontoise – EA7517 (France); Dr Samuel RENIER, MC, Sciences de l'éducation, Université de Tours – EA7505 EES (France) ; Dr Tiéfing SISSOKO, MC, Sociologue, Université des Lettres et des Sciences de Bamako (Mali).



**Autonomie des femmes et réalisation des  
intentions d'utilisation de la contraception après  
un an de suivi**

*Women's autonomy and realization of intentions to  
use contraception after one year of follow-up*

**ZAN Lonkila Moussa**

lonkilazan@yahoo.fr

Institut national de la statistique et de la démographie

**SILGA Daouda**

**ONADJA Yentema**

**BAZIÉ Fiacre**

**GUIELLA Georges**

Institut supérieur des sciences de la population

Université Joseph Ki-Zerbo

Ouagadougou, Burkina Faso

**Pour citer cet article**

---

ZAN Lonkila Moussa, SILGA Daouda, ONADJA Yentema, BAZIÉ Fiacre, GUIELLA Georges, 2024, « Autonomie des femmes et réalisation des intentions d'utilisation de la contraception après un an de suivi », *Revue LES TISONS*, N° 0001, Vol.2, Juin, p. 623-644.



**Résumé:** Les études indiquent que les femmes en Afrique subsaharienne peuvent rencontrer des difficultés à traduire leurs préférences en matière de reproduction en résultats concrets, contrairement aux femmes d'autres pays en développement, en raison d'un manque d'autonomie dans l'accès et la prise de décision concernant l'utilisation de la contraception. Dans un tel contexte, les femmes font face à de nombreux obstacles lorsqu'elles s'efforcent de mettre en œuvre leurs décisions contraceptives. Cet article a évalué dans quelle mesure les intentions contraceptives sont réalisées un an plus tard et la relation de cette réalisation avec l'autonomie et les préférences en matière de fécondité. Les données proviennent des deux phases de l'enquête longitudinale du projet Performance monitoring for action (PMA) qui se sont déroulées entre 2020 et 2021. La phase 1 est intervenue entre décembre 2019 et février 2020, où 6 590 femmes âgées de 15 à 49 ans ont été interrogées. La phase 2 s'est déroulée entre décembre 2020 et mars 2021, et 5 491 femmes éligibles ont été interviewées. Les résultats montrent que seulement une petite partie (21,9%) des intentions déclarées se sont réalisées après un an de suivi, tandis que 47,45 ont toujours l'intention d'utiliser dans le futur. Il ressort aussi que la probabilité de réaliser l'intention est liée au niveau d'autonomie des femmes et à leur préférence pour retarder les naissances de plus de 24 mois. Il est important de noter que la plupart des variables sociodémographiques liées à l'utilisation de la contraception dans l'échantillon général de femmes ne sont pas des facteurs déterminants dans la réalisation des intentions parmi les non-utilisatrices qui déclarent l'intention d'utiliser la contraception à l'avenir. Ces résultats appellent à davantage de recherches pour découvrir les raisons sous-jacentes de cette différence. De plus, des efforts doivent être faits, notamment à travers les activités d'Information, Education et Communication (IEC) sur les droits à la planification familiale, pour aider les femmes à acquérir plus d'autonomie en matière de reproduction afin de pouvoir accéder à la contraception et l'utiliser pour réaliser leurs préférences en matière de fécondité.

**Mots-clés :** Autonomie, intentions contraceptives, utilisation de la contraception, désirs de fécondité

**Abstract:** *Studies indicate that women in sub-Saharan Africa may encounter difficulties in translating their childbearing preferences into actual outcomes compared to women in other developing countries, due to a lack of autonomy in accessing and deciding on the use of contraception. In such a context, women face numerous obstacles when striving to implement their contraceptive decisions. This analysis assessed the extent to which contraceptive intentions are fulfilled one year later and the relationship of this fulfillment with autonomy and fertility preferences. The data come from the two phases of the PMA longitudinal survey collected between 2020 and 2021. Phase 1 took place between December 2019 and February 2020, during which 6,590 women aged 15 to 49 were interviewed. Phase 2 was conducted between December 2020 and March 2021, and 5,491 eligible women were successfully interviewed. The results show that only a small portion (21.9%) of declared intentions were realized after one year of follow-up, while 47.45% still intend to use them in the future. It also appears that the likelihood of realizing the intention is related to the level of women's autonomy and their preference to delay births by more than 24 months. It is important to note that most sociodemographic variables related to contraceptive use in the general sample of women are not determinants in the fulfillment of intentions among non-users who declare the intention to use contraception in the future. These results call for further research to uncover the underlying reasons for this difference. Additionally, efforts should be made, particularly through Information, Education, and Communication (IEC) activities, to help women gain more reproductive autonomy to access and use contraception to achieve their fertility preferences.*

**Keywords :** *Autonomy, contraceptive intentions, contraceptive use, fertility desires.*

## **Introduction**

Dans de nombreux pays en développement, les femmes rencontrent des obstacles à la réalisation de leurs préférences en matière de fécondité, notamment en ce qui concerne l'utilisation de contraceptifs modernes. Cette situation est liée à la fois à un manque de demande pour les contraceptifs et à un accès restreint, ce qui entraîne un niveau élevé de besoins non satisfaits. Les études indiquent que les femmes en Afrique subsaharienne peuvent rencontrer des difficultés à traduire leurs préférences en matière

d'enfants en résultats de naissance par rapport aux femmes dans d'autres pays en développement (Günther et Harttgen, 2016, p. 71).

Cependant, des recherches longitudinales ont également montré que les femmes en Afrique subsaharienne sont tout aussi capables que leurs homologues d'ailleurs de traduire leurs préférences en matière d'enfants en résultats de naissance (Cleland et al., 2017). Il a été démontré que l'autonomisation des femmes, en particulier, à travers l'amélioration du pouvoir décisionnel et de la liberté de mouvement dans les affaires domestiques, influence l'utilisation des contraceptifs dans les pays à revenu faible et intermédiaire (James-Hawkins et al., 2018).

Au Burkina Faso, le contexte de la planification familiale semble caractérisé par un manque d'intérêt des hommes ou leur opposition à l'utilisation des méthodes de planification familiale (Ministère de la Santé, 2017). De plus, seulement une femme sur dix prend des décisions indépendantes concernant ses soins de santé (INSD et MACRO 2012). Dans un tel contexte, l'opinion du partenaire sur les contraceptifs devient très déterminante pour les femmes cherchant à réaliser leurs décisions contraceptives. Étant donné que les hommes contrôlent souvent la plupart des ressources, les femmes ont besoin de leur approbation avant d'utiliser les méthodes contraceptives. De plus, les femmes peuvent manquer des moyens pour prévenir la grossesse sans le soutien de leur partenaire.

Des études récentes au Burkina Faso indiquent que les femmes sont moins susceptibles d'utiliser des contraceptifs modernes lorsque leur partenaire les désapprouve (Zan, 2021). Des recherches qualitatives menées au Burkina Faso suggèrent que bien que les femmes initient des discussions sur la planification familiale, la décision finale revient généralement aux hommes. Néanmoins, certaines femmes peuvent outrepasser la réticence de leur mari et chercher des méthodes de planification familiale (Tran et al., 2018). Toutefois, les femmes dotées d'une faible autonomie ne pourraient pas franchir cette étape et resteraient limitées dans leurs besoins d'utiliser la contraception.

Malgré le fait que de nombreux indicateurs se calculent sur la base des intentions et des désirs de fécondité des femmes, de nombreuses recherches ont été menées sur la validité des préférences en matière de fécondité et les intentions d'utilisation de contraceptifs déclarées dans les enquêtes (Speizer, 2006 ; Günther et Harttgen, 2016). Le lien entre le désir de fécondité et l'utilisation de contraceptifs semble assez simple ; les femmes sont peu susceptibles d'utiliser des contraceptifs tout en désirant avoir un enfant bientôt. Les recherches indiquent un écart considérable entre les désirs de fécondité et les comportements contraceptifs, dû soit à un besoin non satisfait (Berelson, 1969 ; Mauldin, 1965) soit à une surestimation (Zan et al., 2021).

Cet écart est plus prononcé lorsque les répondants déclarent une intention d'utiliser des contraceptifs à l'avenir. Certaines études ont montré que ces désirs de fécondité futurs (ou ceux du couple) sont également instables et peuvent influencer la réalisation de l'intention d'utilisation. L'instabilité est particulièrement liée à l'idée de reporter la prochaine naissance, influencée par des questions de ménage ou de couple intrinsèquement instables (Timæus et Moultrie, 2008). Des études récentes remettent en question la fiabilité des désirs de fécondité déclarés lors des enquêtes sur les contraceptifs, révélant une divergence entre les préférences de fécondité et le comportement contraceptif en raison d'un faible niveau de mise en œuvre des préférences de fécondité (Cleland et al., 2020). De plus, les décisions de fécondité des femmes (utilisation de la planification familiale) sont influencées par l'opinion de leur partenaire, bien que de manière modeste (Cleland et al., 2020).

Dans certaines situations, les femmes peuvent manquer d'autonomie dans le processus d'utilisation des contraceptifs, leur capacité à les utiliser étant influencée par des facteurs tels que les contraintes financières et l'autonomie d'adopter la contraception. Les études ont révélé que les femmes qui discutent de la planification familiale avec leur partenaire ou participent à la prise de décision sont plus enclines à utiliser des contraceptifs modernes (Adebowale et Palamuleni, 2014 ; Some et al., 2021). De nombreuses recherches montrent que des niveaux plus élevés

d'autonomie des femmes sont associés à une utilisation accrue des contraceptifs. Cependant, des revues récentes sur la relation entre autonomisation et planification familiale présentent des résultats mitigés quant à la contribution de l'autonomisation à l'utilisation actuelle des contraceptifs (Prata et al., 2017).

Une autre étude menée dans quatre pays d'Afrique subsaharienne (Ghana, Kenya, Madagascar et Zambie) a conclu que l'autonomisation jouait un rôle moins important dans la détermination de l'utilisation des contraceptifs par rapport à l'éducation (Larsson et Stanfors, 2014). Ces variations dans les conclusions peuvent découler de différences dans la conceptualisation de l'autonomisation entre les études et des divers résultats examinés dans les analyses (Prata et al., 2017). Les recherches indiquent notamment, de manière cohérente, que le pouvoir décisionnel dans les affaires domestiques et la liberté de mouvement sont associés à l'utilisation des contraceptifs par les femmes dans les pays à revenu faible et intermédiaire (James-Hawkins et al., 2018).

L'autonomisation, en tant que concept, implique le processus par lequel des individus qui manquaient initialement de pouvoir ou de droits les acquièrent (Kabeer, 1999). Ce processus inclut l'"accès" aux ressources et l'"agence," qui se réfère à la capacité de contrôler et de prendre des décisions concernant l'utilisation de ces ressources. Selon Kabeer (1999) et Sapin et al. (2007), l'agence peut être définie comme la capacité de faire des choix et de décider des actions pour mettre en œuvre ces choix. Dans cette étude, nous émettons l'hypothèse que le degré auquel les femmes réalisent leur intention d'utiliser des contraceptifs dépend de leur niveau d'autonomie. Ainsi, les femmes ayant plus d'autonomie sont plus susceptibles de réaliser leur intention contraceptive que celles avec un faible niveau d'autonomie. Pour explorer cette hypothèse, nous allons répondre à la question suivante : les femmes plus autonomes sont-elles plus susceptibles de réaliser leur intention d'utilisation future des contraceptifs que celles moins autonomes ? Plus spécifiquement, nous cherchons à comprendre :

- Dans quelle mesure les intentions déclarées par les femmes sont-elles réalisées après un an de suivi ?
- Comment le niveau d'autonomie d'une femme influence-t-il la réalisation de ses intentions d'utiliser des contraceptifs ?
- Quel rôle jouent les préférences de fécondité des femmes dans la réalisation de leurs intentions ?

## **1. Données et méthodes**

### ***1.1. Les données***

Nos données proviennent des phases 1 et 2 de l'étude PMA, axées sur les connaissances, les pratiques et la couverture des services de planification familiale dans 167 zones de dénombrement sélectionnées à l'aide d'un plan de sondage en grappes stratifié à plusieurs degrés, stratifié selon le milieu de résidence (urbain ou rural). Entre décembre 2019 et février 2020, 6 590 femmes âgées de 15 à 49 ans (avec un taux de réponse de 95,8 %) ont été interrogées.

La phase 2 a été réalisée entre décembre 2020 et mars 2021, et 5 491 femmes éligibles ont été interviewées avec succès. Parmi les femmes de la phase 1, 4 578 n'utilisaient aucune méthode contraceptive. Après avoir fusionné les données avec celles de la phase 2, nous avons constaté que 3 787 des non-utilisatrices de la phase 1 ont été suivies lors de la phase 2. Nous nous sommes ensuite concentrés sur 1 023 femmes qui étaient en union et non-utilisatrices lors de la phase 1. La restriction aux femmes en union se justifie par le fait que la plupart des variables d'autonomie ne s'appliquaient pas aux femmes célibataires.

### ***1.2. Les variables***

Nous conceptualisons deux types d'autonomie : l'autonomie décisionnelle, englobant le pouvoir de décision et la liberté de mouvement, et l'autonomie en matière de reproduction, reflétant la capacité à prendre des décisions sur les questions de régulation de la fécondité (Tableau 1). La mesure du niveau d'autonomie inclut des items relatifs à chaque dimension de l'autonomie. Ces items ont été dichotomisés, avec 1 indiquant le plus haut niveau d'autonomie

et 0 indiquant le plus bas niveau. La dimension a été créée par sommation des réponses qui correspondent aux niveaux élevés d'autonomie. Les valeurs ont été additionnées et divisées en terciles : Faible, Moyenne, Haute autonomie.

Nous avons d'abord calculé le alpha de Cronbach pour estimer le degré d'homogénéité (consistance) interne des items de la dimension. Pour l'autonomie décisionnelle, le coefficient alpha de Cronbach, basé sur six items, était de 0,6014. Le coefficient alpha de Cronbach pour l'autonomie en matière de reproduction était de 0,6445, proche du seuil acceptable. Il faut aussi noter que pour l'autonomie en matière de reproduction, les items ont été posés en fonction de la situation de la répondante, à savoir si elle avait déjà des enfants ou non.

L'intention d'utilisation future de la contraception est mesurée par le désir d'utiliser des contraceptifs lors de la phase 1 parmi les non-utilisatrices, en distinguant les femmes désirant utiliser à l'avenir de celles ne voulant pas utiliser de contraception à l'avenir. Le désir de fécondité est catégorisé en fonction des préférences de fécondité des femmes : vouloir un enfant bientôt ou dans les 24 mois, vouloir un enfant après 24 mois, et ne plus vouloir d'enfants.

**Tableau 1 : Liste des questions/items utilisés pour construire les dimensions de l'autonomie**

<b>Autonomie décisionnelle</b>	Qui prend habituellement la décision de faire des achats importants dans le ménage : vous, votre mari/conjoint, conjointement vous et votre mari/conjoint, ou une autre personne ?
	Qui prend habituellement la décision de faire les achats dans le ménage pour le quotidien : vous, votre mari/conjoint, conjointement vous et votre mari/conjoint, ou une autre personne ?
	Qui prend habituellement la décision d'obtenir un traitement médical pour vous-même : vous, votre mari/conjoint, conjointement vous et votre mari/conjoint, ou une autre personne ?
	Qui prend habituellement la décision d'acheter des vêtements pour vous-même : vous, votre mari/conjoint, conjointement vous et votre mari/conjoint, ou une autre

	personne ?
	Qui décide habituellement de la manière dont vos revenus seront utilisés : vous, votre mari/conjoint, conjointement vous et votre mari/conjoint, ou une autre personne ?
	Qui décide habituellement de la manière dont les revenus de votre mari / conjoint seront utilisés : vous, votre mari/conjoint, conjointement vous et votre mari/conjoint, ou une autre personne ?
<b>Autonomie en matière de reproduction</b>	Je peux décider quand avoir des enfants.
	J'ai pu décider quand avoir des enfants
	Je peux discuter avec assurance avec mon mari/conjoint de quand avoir des enfants.
	Je peux décider quand avoir un autre enfant.
	Je pourrais négocier avec mon mari/ conjoint le moment où ne plus faire d'enfants.
	Je peux négocier avec mon mari/ conjoint le moment où ne plus faire d'enfants

### **1.3. Méthodes d'analyse**

Nous avons utilisé une analyse descriptive pour illustrer le niveau d'utilisation des contraceptifs en 2021 parmi les non-utilisatrices de 2020, en fonction des caractéristiques sociodémographiques et des dimensions de l'autonomie entre les deux phases.

Dans cette section descriptive, nous avons employé un diagramme de Sankey pour représenter les changements de comportement des femmes entre les deux phases. Un diagramme de Sankey est un diagramme de flux où la largeur des flèches correspond au flux représenté, ce qui aide à visualiser le processus de changement de comportement chez les non-utilisatrices (en phase 1) ayant déclaré l'intention d'utiliser ultérieurement.

De plus, une régression logistique a été effectuée pour évaluer la probabilité d'utilisation des contraceptifs un an après avoir déclaré cette intention. Ce modèle a pris en compte les caractéristiques sociodémographiques et le désir de fécondité comme des variables de contrôle.



## 2. Résultats

Le tableau 2 présente la prévalence contraceptive parmi les non-utilisatrices en phase 1 ayant exprimé l'intention d'utiliser des contraceptifs à l'avenir. Les résultats indiquent qu'un an plus tard, une femme sur cinq (21,90%) a réalisé son intention d'utiliser des contraceptifs. Selon la résidence, la proportion de celles utilisant des méthodes contraceptives modernes est plus élevée en milieu urbain (28,89%) qu'en milieu rural (20,91%).

De plus, la prévalence des méthodes traditionnelles est également plus élevée en milieu urbain. La prévalence contraceptive actuelle en phase 2 est presque identique entre les différentes catégories du niveau de vie. Il est intéressant de noter que les personnes les plus riches ont tendance à utiliser les méthodes traditionnelles plus fréquemment que les autres catégories du niveau de vie. Les femmes ayant une éducation secondaire ou supérieure affichent le taux le plus élevé de réalisation de leurs intentions contraceptives, soit pour les méthodes modernes (30,99%) soit pour les méthodes traditionnelles (6,15%), tandis que celles sans éducation formelle ont les taux les plus bas pour les méthodes modernes (20,15%) et traditionnelles (3,32%).

Selon l'âge, les femmes âgées de 15 à 24 ans ont le taux le plus bas de réalisation de leurs intentions contraceptives modernes (19,12%) ou traditionnelles (2,50%), tandis que le groupe d'âge de 35 à 49 ans a les taux les plus élevés pour les méthodes modernes (22,72%) et traditionnelles (5,59%). Concernant le nombre d'enfants, les femmes ayant moins de 2 enfants ont le taux le plus bas d'adoption de méthodes contraceptives modernes (16,61%), tandis que celles ayant 5 enfants ou plus ont le taux le plus élevé (23,77%).

La même tendance est observée pour les méthodes traditionnelles. Le tableau 2 souligne également que 10,87% des femmes souhaitant utiliser des contraceptifs sont entrées en état de grossesse dans la période d'une année. Ce taux est plus élevé chez les femmes en milieu urbain, dans le tercile du niveau de vie intermédiaire, les groupes d'âge plus jeunes, celles ayant moins de deux enfants, ainsi que parmi les personnes bien éduquées.

**Tableau 2: Statut à la phase 2 chez les femmes non-utilisatrices ayant l'intention d'utiliser en phase 1 (n=1023)**

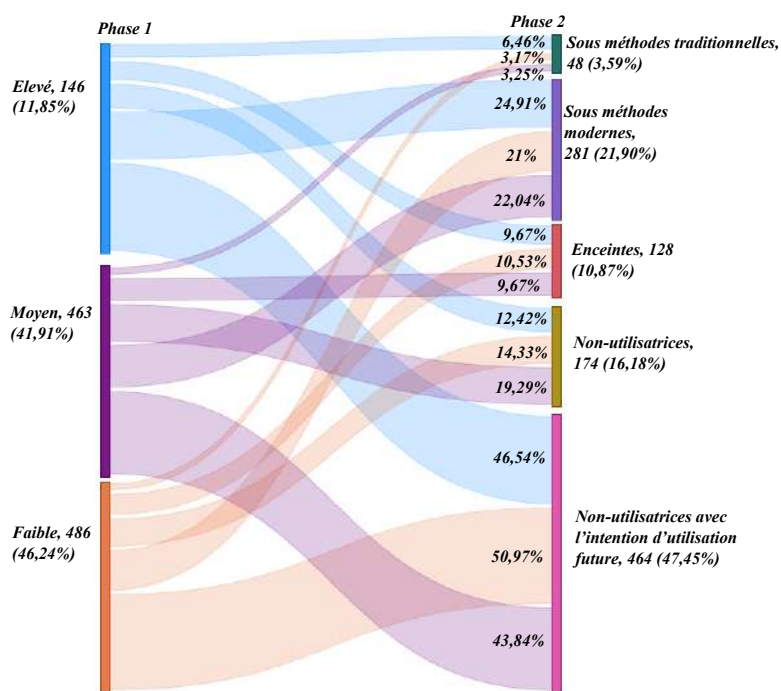
	Utilisatrices de méthodes Contraceptives ...				Enceintes		Non utilisatrices qui ont l'intention d'utiliser		Non utilisatrices qui qui n'ont pas intention d'utiliser		Effectifs non- pondérés
	Traditionnelles		Modernes		%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	
	%	95% CI	%	95% CI							
<b>Autonomie décisionnelle</b>											
Faible	4,11	[1,26-12,55]	20,10	[11,69-32,35]	15,52	[8,05-27,81]	54,72	[40,27-68,42]	5,55	[2,53-11,72]	104
Moyenne	2,94	[1,56-5,48]	21,15	[17,71-25,05]	10,07	[7,53-13,36]	48,46	[43,00-53,95]	17,38	[13,28-22,42]	593
Élevée	4,83	[2,19-10,32]	23,76	[18,49-29,99]	10,62	[7,18-15,43]	44,20	[37,79-50,80]	16,59	[12,22-22,13]	326
<b>Autonomie en matière de reproduction</b>											
Faible	5,73	[3,01-10,64]	18,50	[14,92-22,72]	10,92	[7,49-15,64]	42,75	[35,35-50,48]	22,10	[16,52-28,92]	359
Moyenne	3,52	[1,23-9,66]	24,57	[19,79-30,08]	10,33	[7,46-14,15]	48,65	[42,25-55,10]	12,92	[8,79-18,59]	347
Élevée	1,60	[0,71-3,58]	22,54	[16,50-29,99]	11,04	[8,08-14,92]	52,07	[46,32-57,76]	12,75	[8,14-19,42]	317
<b>Lien de résidence</b>											
Urbain	5,21	[3,31-8,11]	28,48	[24,15-33,24]	13,63	[10,59-17,38]	38,85	[34,67-43,20]	13,83	[10,81-17,54]	430
Rural	3,40	[1,71-6,63]	20,91	[17,39-24,94]	10,38	[8,39-12,78]	49,03	[44,10-53,98]	16,27	[12,46-20,96]	593
<b>Niveau de vie</b>											
Premier tertile	3,85	[1,33-10,62]	21,88	[16,80-27,99]	7,04	[4,33-11,25]	50,99	[44,70-57,25]	16,25	[11,41-22,61]	257
Deuxième tertile	2,86	[1,33-6,06]	20,51	[16,14-25,70]	14,24	[10,75-18,62]	47,38	[41,03-53,82]	15,01	[9,86-22,19]	316
Troisième tertile	4,59	[2,60-7,97]	24,08	[18,78-30,32]	10,98	[7,59-15,32]	43,09	[36,42-50,02]	17,26	[12,50-23,35]	450
<b>Niveau d'instruction</b>											
Aucune éducation formelle	3,48	[1,67-7,11]	20,44	[16,97-24,43]	10,19	[8,26-12,51]	48,19	[43,25-53,16]	17,70	[13,66-22,62]	655
Primaire	2,96	[1,18-7,22]	24,95	[18,40-32,89]	11,33	[6,31-19,50]	48,95	[39,81-58,16]	11,82	[6,51-20,51]	204
Secondaire ou supérieur	6,49	[3,07-13,19]	28,66	[19,68-39,73]	15,37	[8,26-26,80]	41,52	[30,11-53,91]	7,96	[3,82-15,86]	164
<b>Groupe d'âge</b>											
15-24 ans	2,53	[0,94-6,65]	18,92	[13,76-25,43]	15,24	[10,29-21,97]	55,18	[47,23-62,88]	8,13	[4,25-14,99]	275
25-34 ans	2,85	[1,46-5,52]	22,63	[17,88-28,20]	10,58	[7,56-14,61]	51,10	[44,53-57,63]	12,84	[9,18-17,68]	430
35-49 ans	5,64	[2,16-13,95]	23,56	[17,94-30,30]	6,76	[3,66-12,16]	36,51	[29,60-44,03]	27,53	[21,78-34,13]	318
<b>Parité (nombre d'enfants)</b>											
Moins de 2 enfants	3,45	[1,51-7,68]	16,34	[10,64-24,26]	13,30	[7,87-21,59]	57,50	[47,45-66,97]	9,41	[5,29-16,18]	231
2 à 4 enfants	2,96	[1,65-5,26]	22,29	[17,72-27,64]	11,67	[9,00-15,02]	50,47	[43,98-56,95]	12,60	[9,18-18,12]	490
5 enfants ou plus	4,57	[1,57-12,55]	24,17	[18,43-31,02]	8,23	[4,98-13,31]	39,09	[31,95-46,73]	23,94	[18,30-30,66]	302
<b>Préférences en matière de fécondité</b>											
Enfants avant 24 mois	4,23	[2,30-7,64]	14,67	[10,15-20,75]	17,07	[14,01-20,63]	49,68	[43,62-55,75]	14,35	[10,20-19,83]	430
Enfants après 24 mois	2,83	[1,38-5,70]	26,88	[22,06-32,32]	7,91	[5,48-11,29]	48,98	[43,43-54,56]	13,40	[9,41-18,74]	402
Né veut plus d'enfant	4,31	[1,03-16,32]	23,87	[16,94-32,52]	5,13	[2,45-10,43]	41,22	[31,52-51,66]	25,47	[18,25-34,34]	191
<b>Total</b>		<b>3,59</b>		<b>21,9</b>		<b>10,87</b>		<b>47,45</b>		<b>16,18</b>	<b>1023</b>

Note : L'analyse inclut uniquement les femmes mariées, non-utilisatrices à la phase 1 et ayant été suivies avec succès à la phase 2.  
 Les données proviennent des phases 1 et 2 de l'étude PMA au Burkina Faso

Les graphiques suivants illustrent l'analyse des chemins en fonction de chaque type d'autonomie et de désir de fécondité. Le graphique 1 montre que 24,91 % des femmes ayant un niveau élevé d'autonomie décisionnelle réalisent leur intention en utilisant une méthode moderne un an plus tard, tandis que 22,04 % des femmes avec une autonomie modérée et 21 % de celles avec une faible autonomie y parviennent. Inversement, les proportions de non-utilisatrices qui ont encore l'intention d'utiliser à la phase 2 sont plus élevées chez les femmes avec un niveau d'autonomie plus faible.

La proportion de femmes qui réalisent leur intention en utilisant une méthode traditionnelle est également plus élevée chez celles ayant un niveau élevé d'autonomie décisionnelle. Le graphique montre également que la plus faible proportion de non-utilisatrices à la phase 2 provient des femmes mariées ayant le plus haut niveau d'autonomie. De plus, la proportion de celles qui sont entrées en état de grossesse tend à augmenter à mesure que le niveau d'autonomie décisionnelle diminue.

**Graphique 1:** Statut à la phase 2 parmi les femmes mariées, non-utilisatrices de méthodes contraceptives modernes à la phase 1 (n=1095) selon le niveau d'autonomie décisionnelle

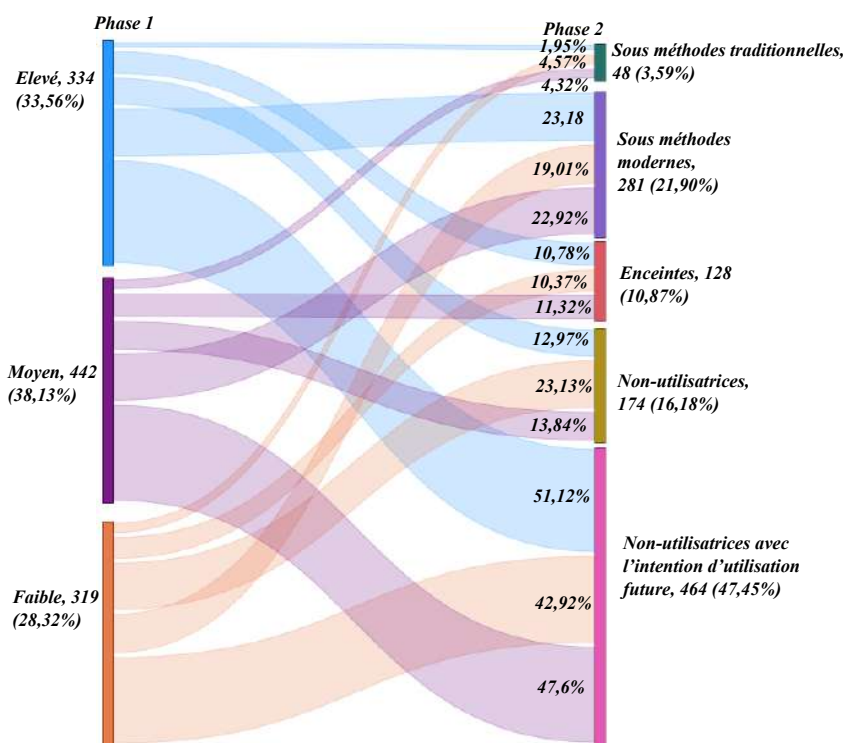


Le graphique 2 présente le statut de l'utilisation de contraceptifs à la phase 2 chez les femmes mariées, non-utilisatrices de contraceptifs à la phase 1, et celles ayant déclaré l'intention d'utiliser la contraception, classées par niveaux d'autonomie en matière de régulation des naissances. Il apparaît que la proportion des utilisatrices de contraceptifs modernes augmente quand le niveau d'autonomie en matière de régulation des naissances croît. Contrairement à ce que nous avons observé pour

l'autonomie décisionnelle, la prévalence des méthodes traditionnelles n'est pas la plus élevée parmi les femmes ayant le niveau le plus élevé d'autonomie en matière de régulation des naissances.

De plus, les femmes ayant un niveau d'autonomie plus élevé tendent à avoir une prévalence plus élevée de l'intention d'utiliser la contraception à l'avenir. La proportion de non-utilisatrices après un an diminue quand le niveau d'autonomie en matière de régulation des naissances augmente, passant de 23,13% pour le niveau d'autonomie la plus faible à 12,97% pour le niveau d'autonomie la plus élevée.

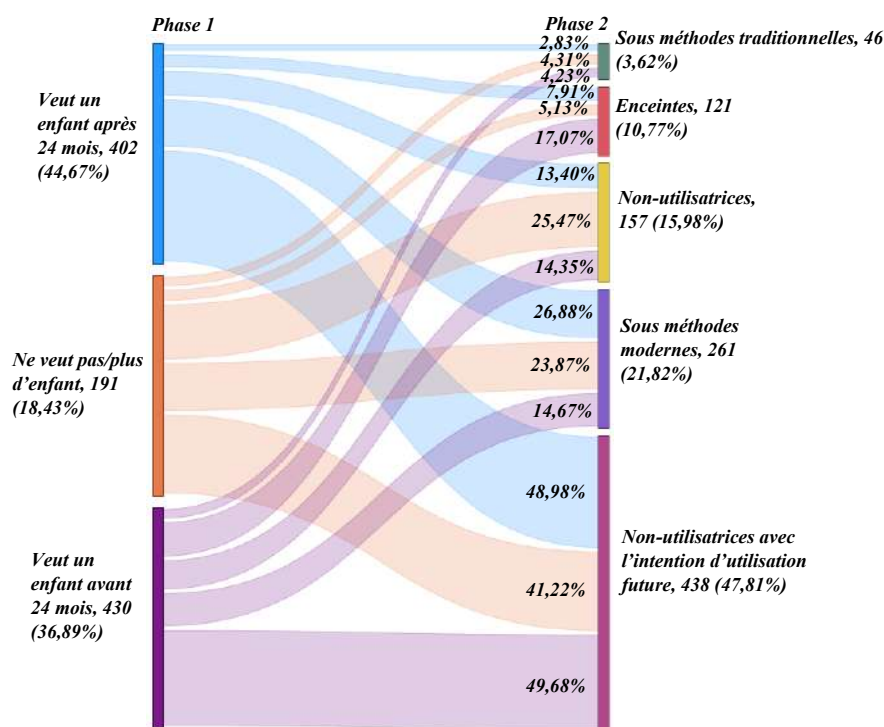
**Graphique 2 :** Statut à la phase 2 chez les femmes mariées, non-utilisatrices de méthodes contraceptives modernes à la phase 1 (n=1095) selon le niveau d'autonomie en matière de reproduction



Le graphique 3 représente le statut de l'utilisation de contraceptifs à la phase 2 chez les femmes mariées, non-utilisatrices, et celles ayant déclaré l'intention d'utiliser la contraception, classées par catégories de désir de fécondité. On constate que les femmes désirant

concevoir dans les 24 prochains mois ont un taux d'utilisation de contraceptifs modernes plus faible (14,67 %) par rapport à celles préférant ne pas avoir d'enfant (23,87 %) ou celles souhaitant un enfant après 24 mois (26,88 %). La proportion la plus élevée de grossesse (17,07 %) est observée parmi les femmes souhaitant un enfant prochainement ou avant 24 mois, tandis que cette proportion est plus faible chez celles qui préfèrent reporter ou éviter une grossesse.

**Graphique 3 :** Statut à la phase 2 chez les non-utilisatrices de méthodes contraceptives modernes à la phase 1, selon le désir de fécondité (n=1023)



Dans le tableau suivant, nous présentons les effets sans contrôle et avec contrôle, exprimés sous forme de rapports de cotes (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95 % (IC 95%), pour divers facteurs en relation avec l'utilisation de contraceptifs modernes parmi les non-utilisatrices à la Phase 1 qui déclarent une intention de contraception future (Tableau 3). L'analyse inclut les deux

principales variables indépendantes ainsi que d'autres variables de contrôle, telles que les caractéristiques sociodémographiques et les préférences en matière de fécondité.

Il n'y a pas de relation significative entre la réalisation de l'intention contraceptive et l'autonomie décisionnelle, tant dans le modèle non ajusté que dans le modèle ajusté. Les femmes ayant le niveau le plus élevé d'autonomie en matière de fécondité ont des chances significativement plus élevées de réaliser leur intention par rapport à celles ayant le niveau le plus faible d'autonomie, comme le montrent les effets sans contrôle et avec contrôle. L'effet ajusté (OR = 1,409, IC à 95 % = [1,052-1,887]) montre toujours cette association significative. Cependant, le niveau supérieur d'autonomie n'a pas d'effet significatif sur la réalisation de l'intention contraceptive par rapport à la catégorie de référence.

Les femmes vivant en milieu rural ont une chance significativement plus faible de réaliser leur intention contraceptive par rapport à celles vivant en milieu urbain, particulièrement dans le modèle non ajusté (OR = 0,664, IC à 95 % = [0,482-0,914]). Pourtant, ces effets deviennent non significatifs dans le modèle ajusté après prise en compte d'autres variables.

Toutes les autres variables telles que le niveau de vie, le niveau d'instruction, le groupe d'âge et la parité n'ont pas de relation significative avec la réalisation de l'intention contraceptive dans les modèles non ajusté et ajusté. En revanche, les préférences en matière de fécondité sont significativement liées à la réalisation de l'intention contraceptive. Dans le modèle ajusté, les femmes désirant des enfants après 24 mois sont plus susceptibles de réaliser leur intention que celles souhaitant un enfant dans les 24 premiers mois (OR = 2,216, IC à 95 % = [1,341-3,663]).

**Tableau 3: Rapport de côtes de la relation entre les types d'autonomie et la réalisation des intentions (n=1023)**

	Effets sans contrôle ; OR (IC à 95%)	Effets avec contrôle ; OR (IC à 95%)
<b>Autonomie</b> Faible	1	1

Moyenne	1.066 [0.577-1.969]	0.927 [0.476-1.806]
Élevée	1.239 [0.599-2.564]	1.006 [0.45-2.248]
<b>Autonomie en matière de procréation</b>		
Faible	1	1
Moyenne	1.435 ** [1.089-1.891]	1.409 ** [1.052-1.887]
Élevée	1.281 [0.821-2]	1.337 [0.853-2.097]
<b>Lieu de résidence</b>		
Urbain	1	1
Rural	0.664 ** [0.482-0.914]	0.68 [0.378-1.223]
<b>Niveau de vie</b>		
Premier tercile	1	1
Deuxième tercile	0.921 [0.607-1.398]	0.967 [0.613-1.524]
Troisième tercile	1.132 [0.704-1.822]	1.025 [0.498-2.109]
<b>Niveau d'instruction</b>		
Aucune éducation	1	1
Primaire	1.294 [0.855-1.958]	1.415 [0.931-2.151]
Secondaire ou supérieur	1.564 [0.901-2.712]	1.859 * [0.94-3.676]
<b>Groupe d'âge</b>		
15-24 ans	1	1
25-34 ans	1.253 [0.766-2.052]	1.082 [0.648-1.807]
35-49 ans	1.321 [0.785-2.222]	1.132 [0.547-2.344]
<b>Parité (nombre d'enfants)</b>		
Moins de 2 enfants	1	1
2 à 4 enfants	1.468 [0.836-2.58]	1.328 [0.728-2.425]
5 enfants ou plus	1.632 [0.886-3.006]	1.555 [0.726-3.327]
<b>Préférences en matière de fécondité</b>		
Enfants avant 24 mois	1	1
Enfants après 24 mois	2.138 *** [1.341-3.408]	2.216 *** [1.341-3.663]
Ne veut plus d'enfant	1.823 * [0.973-3.415]	1.616 [0.822-3.177]

---

Notes : L'analyse inclut uniquement les femmes mariées, non-utilisatrices à la phase 1 et suivies avec succès à la phase 2. Les données proviennent des phases 1 et 2 de l'enquête PMA au Burkina Faso. Les modèles sans contrôle incluent une seule variable. Tous les modèles sont pondérés en utilisant les coefficients de pondération. \*\*\* p<0.01, \*\* p<0.05, \* p<0.1

OP : Outil de planification de l'usage des contraceptifs (OP) ; Intention de contraception

### 3. Discussion

Les résultats de la présente étude révèlent plusieurs aspects liés à l'utilisation de contraceptifs, en particulier, ce qui concerne la réalisation des intentions contraceptives. Tout d'abord, la majorité des intentions déclarées ne se concrétisent pas un an plus tard, avec seulement 21,9 % réalisant leurs intentions, tandis qu'environ la moitié de l'échantillon maintient l'intention d'utiliser des contraceptifs à l'avenir.

La forte proportion de non-réalisation des intentions montre que les femmes qui envisagent d'utiliser la contraception peuvent être confrontées à plusieurs difficultés. Toutefois, une limite de cette analyse est l'absence d'informations sur les raisons de la non-utilisation parmi les répondantes qui n'utilisent toujours pas la contraception. Malgré cette limite, notre analyse aboutit à des résultats assez importants aussi bien pour la science que pour le monde programmatique.

L'étude met en exergue les difficultés d'accès dans la mesure où il montre que les femmes du milieu rural ont moins de chances de réaliser leurs intentions. En effet, il a été montré que les problèmes d'accès aux services contraceptifs réduisent les chances de les utiliser, notamment en milieu rural où les femmes peuvent rencontrer des coûts associés aux distances géographiques (Bankole et al., 2013).

De plus, un autre aspect qui pourrait justifier ces inégalités selon le milieu de résidence est la discussion dans la PF dans le couple. En effet, Adebowale et Palamuleni (2014) soulignent que l'absence de discussion avec le partenaire en milieu rural au Burkina Faso tend à empêcher les femmes d'utiliser la contraception. De plus, ces résultats confirment l'observation selon laquelle les femmes ayant un statut socio-économique plus élevé (plus riches et plus éduquées) sont plus susceptibles de réaliser leurs intentions



contraceptives par rapport à celles ayant un statut socio-économique inférieur.

Les résultats descriptifs suggèrent qu'il pourrait exister des liens entre les deux types d'autonomie des femmes et la réalisation des intentions contraceptives. En effet, le flux des non-utilisatrices à la phase 1, passant à l'utilisation de méthodes modernes et aux non-utilisatrices avec intention d'utiliser à la phase 2, indique que la probabilité de réaliser une intention contraceptive tend à augmenter avec un niveau plus élevé d'autonomie aussi bien en matière de procréation que de décision dans le ménage. Simultanément, de nombreuses femmes avec un faible niveau d'autonomie à la phase 1 maintiennent toujours l'intention d'utiliser une méthode contraceptive sans toutefois passer à l'acte, ce qui pourrait indiquer un manque de ressources pour concrétiser l'intention formée un an auparavant.

Le processus de réalisation suppose que les répondantes adhèrent à leurs intentions sur le long terme, mais des facteurs externes peuvent influencer cela. Cependant, d'autres études montrent que les femmes peuvent être caractérisées par une instabilité des intentions et des préférences en matière de reproduction (Speizer, 2006). Ce qui peut aussi justifier qu'une petite proportion des intentions serait réalisée et considérée comme fiable. Ainsi, au-delà des obstacles pouvant empêcher les femmes d'utiliser la contraception, le faible taux de réalisation peut être lié à l'instabilité et à la fragilité des intentions contraceptives.

Les préférences en matière de fécondité agissent comme des catalyseurs pour l'utilisation de contraceptifs lorsque celles-ci correspondent aux intentions d'utiliser la contraception. Les préférences en matière de fécondité émergent comme étant significatives dans le processus de réalisation, comme le montre la forte association entre le désir initial de cesser d'avoir des enfants et l'utilisation de contraceptifs (Cleland et al., 2020). Ces résultats sont cohérents avec des recherches antérieures mettant en évidence la corrélation entre l'autonomie des femmes et l'utilisation de contraceptifs (Svenkeson, 2018 ; James-Hawkins et al., 2018).

Les résultats multivariés démontrent que l'association entre l'autonomie en matière de reproduction et la réalisation des intentions contraceptives reste significative même après ajustement pour d'autres facteurs, comme l'indique l'effet ajusté. À l'exception du lieu de résidence, la plupart des variables sociodémographiques classiques ne sont pas liées à la réalisation des intentions contraceptives dans les modèles sans contrôle et avec contrôle. Cela constitue une nouvelle découverte car ces variables sont généralement associées à l'utilisation de contraceptifs dans la population générale, comme le montrent de nombreuses études (Bankole et al., 2013 ; Adebowale et al., 2014 ; Guiella et al., 2018 ; Bamiwuye et al., 2013 ; Zan, 2021). Toutefois, ces variables sociodémographiques ne sont pas liées à l'utilisation future de contraceptifs chez les femmes qui déclarent avoir l'intention d'utiliser.

De plus, l'analyse montre que le pouvoir de décision au sein du foyer des femmes n'a pas d'effet significatif sur la réalisation des intentions contraceptives, alors qu'Onadja et al. (2022) ont trouvé que l'autonomie décisionnelle au sein du foyer est liée à l'utilisation de contraceptifs. Cette différence peut également être liée aux différences entre les échantillons considérés par les deux analyses. En somme, l'autonomie en matière de fécondité et les préférences en matière de fécondité jouent un rôle crucial dans l'adoption réussie de la contraception un an plus tard chez les femmes qui ont déclaré leur intention de l'utiliser.

Ces résultats suggèrent que l'autonomie décisionnelle ou économique, même si elle est liée à l'utilisation actuelle de contraceptifs, n'est pas un facteur déterminant lorsqu'il s'agit d'utilisation prospective de contraceptifs chez les femmes ayant l'intention de les utiliser.

## **Conclusion**

Cette analyse, basée sur deux phases consécutives des données du PMA, vise à évaluer le niveau de réalisation des intentions contraceptives et à identifier ses facteurs sous-jacents. Les résultats indiquent qu'un faible pourcentage (21,9%) de ces intentions se concrétise en actions un an plus tard. Plusieurs raisons, notamment

celles relatives à l'accès aux produits contraceptifs car les femmes résidant en milieu rural et celles issues des ménages pauvres semblent désavantagées dans le processus de réalisation de leurs intentions d'utiliser la contraception.

De plus, la réalisation de ces intentions semble dépendre de l'autonomie des femmes en matière de reproduction et de leurs préférences en matière de fécondité. Bien que plusieurs études aient mis en exergue l'association entre l'autonomie globale et l'utilisation de la contraception, nous pouvons conclure que c'est surtout la dimension reproductive, c'est dire l'autonomie en matière de reproduction, qui reste déterminante dans le processus de concrétisation des intentions contraceptives.

Le niveau d'autonomie en matière de fécondité des femmes est un élément capital pour prédire le comportement contraceptif en fonction des intentions contraceptives et des préférences en matière de fécondité. Ainsi, cette étude recommande qu'au-delà des efforts pour accroître l'accès, il est nécessaire de sensibiliser les femmes et les couples sur leurs droits reproductifs pour favoriser la réalisation de leur préférence de fécondité.

En particulier, les activités d'Information, Education et Communication (IEC) sur les droits des femmes à la planification familiale pourraient les rendre plus autonomes en matière de reproduction et leur permettre d'agir dans le sens de la réalisation de leurs intentions contraceptives. D'autres analyses approfondies sur les raisons sous-jacentes sont nécessaires pour guider des interventions ciblées, notamment en ce qui concerne les raisons de la non-utilisation parmi les femmes qui déclarent leur intention d'utiliser la contraception à l'avenir.

### **Bibliographie**

ADEBOWALE, Stephen A. et PALAMULENI, Martin E., 2014, « Determinants of unmet need for modern contraception and reasons for non-use among married women in rural areas of Burkina Faso », *Etude de la Population Africaine*, 28(1), 499.

BAMIWUYE Samson Olusina, DE WET Nicole, et ADEDINI Sunday A., 2013, « Linkages between autonomy, poverty and con-

traceptive use in two sub-Saharan African countries », *African Population Studies*, vol. 27, no 2, p. 164-173.

BANKOLE, Akinrinola, HUSSAIN, Rubina, SEDGH, Gilda, *et al.*, 2013, « Grossesse non désirée et avortement provoqué au Burkina Faso : Causes et conséquences », New York: Guttmacher Institute.

CLELAND, John, MACHIYAMA, Kazuyo, et CASTERLINE, John B., 2020, « Fertility preferences and subsequent childbearing in Africa and Asia : A synthesis of evidence from longitudinal studies in 28 populations », *Population Studies*, 74(1), 1-21.

GUIELLA, Georges, TURKE, Shani, COULIBALY, Hamadou, *et al.*, 2018, « Rapid uptake of the subcutaneous injectable in Burkina Faso : Evidence from PMA2020 cross-sectional surveys », *Global Health: Science and Practice*, 6(1), 73–81.

GÜNTHER, Isabel et HARTTGEN, Kenneth, 2016, « Desired fertility and number of children born across time and space », *Demography*, 53, 55-83.

INSD and MACRO., 2012, « Enquête Démographique et de Santé 2010 », Calverton, Maryland, USA: Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) and MACRO International.

JAMES-HAWKINS, Laurie, PETERS, Courtney, VANDERENDE, Kristin, *et al.*, 2018, « Women's agency and its relationship to current contraceptive use in lower-and middle-income countries : A systematic review of the literature », *Global Public Health*, 13(7), 843-858.

KABEER, Naila.,1999, « Resources, agency, achievements: Reflections on the measurement of women's empowerment », *Development and Change*, 30(3), 435–464.

MINISTERE DE LA SANTE, 2017, *Plan National d'Accélération de Planification Familiale du Burkina Faso 2017–2020*. Ouagadougou, Ministère de la santé.

ONADJA, Yentema., ZAN, Lonkila.M., SAWADOGO Maurice.P. et al., 2022, « Autonomie décisionnelle des femmes en âge de

procréer et utilisation de la contraception moderne au Burkina Faso ». Cahiers du CERLESHS, numéro 71, 279-305

PRATA, Ndola, FRASER, Ashley, HUCHKO, Megan J., *et al.*, 2017, « Women's empowerment and family planning: a review of the literature », *Journal of biosocial science*, 49(6), 713-743.

SAPIN, Marlène, SPINI, Dario, et WIDMER, Eric, 2007, « Les parcours de vie : De l'adolescence au grand âge », Collection le savoir suisse, Vol.39

SOME, Sylvain YM, PU, Christy, et HUANG, Song-Lih, 2021, « Empowerment and use of modern contraceptive methods among married women in Burkina Faso: a multilevel analysis », *BMC Public Health*, 21(1), 1-13.

SPEIZER, Ilene. S., 2006), « Using strength of fertility motivations to identify family planning program strategies », *International Family Planning Perspectives*, 185–191.

SVENKESON, Allyx., 2018, « Women's Decision-Making Autonomy and Experience of Intimate Partner Violence in sub-Saharan Africa: The Role of Partner's Educational Attainment », Mémoire de maîtrise, Université de Montréal. Montréal, Canada.

TIMEUS, Ian M. et MOULTRIE, Tom A, 2008, « On postponement and birth intervals », *Population and Development Review*, 34(3), 483-510.

TRAN, Nguyen Toan, YAMEOGO, Wambi Maurice E., GAFFIELD, Mary Eluned, *et al.*, 2018, « Postpartum family-planning barriers and catalysts in Burkina Faso and the Democratic Republic of Congo: A multiperspective study », *Open Access Journal of Contraception*, 9, 63-74.

ZAN Lonkila Moussa, 2021, *Planification familiale au Burkina Faso dans la décennie 2010–2019: Rôle des dimensions cognitives et psychosociales dans l'accès* (Doctoral dissertation, University of Geneva).

## Table des matières

Influences des caractéristiques socio-démographiques et scolaires dans l'orientation des étudiants de l'Université Nazi BONI ... ADIOLA Belo, KI Éric Zongui, ROUAMBA/OUEDRAOGO B. Claudine Valérie .....	15
Analyse des mutations spatiales et environnementales dans une ville post-crise : Bouaké (Côte d'Ivoire) ... TRAORÉ Kinakpefan Michel .....	45
Analyse du genre dans le manuel de mathématiques CP en langue nationale de la deuxième année de l'expérimentation du curriculum du Niger ... MAHAMANE BACHIR Ibrahim, MAMANE NASSIROU Mamane .....	73
Critique de l'autoritarisme totalitaire du libéralisme démocratique chez John Rawls et chez Jürgen Habermas ... BERTHÉ Mamoutou, MARICO Adama .....	97
Environnement et développement durable : défis et perspectives ... N'TCHA N'dah Pascal .....	117
Autonomie et utilisation de la contraception moderne chez les femmes déplacées internes au Burkina Faso ... SAWADOGO Pengdewendé Maurice, ONADJA Yentéma, SIA Drissa, SAWADOGO Nathalie, SANGLI Gabriel, BASSINGA Gaëtan, TCHOUAKET NGUEMELEU Éric .....	147
Le défigement par substitution lexicale dans la presse écrite ... MANDÉ Yassia .....	175
Anthropologie comparée des institutions foncières Assiê kpanjangni et Tarafôlô : éléments pour une consolidation du lien social en Côte d'Ivoire ... COULIBALY Gninlnan Hervé .....	195
L'immortalité artificielle dans La mort de la mort de Laurent Alexandre ... BYAKGUINBO Zégou, VAÏDJIKE Dieudonné.	217
Le développement durable : la solution du loup déguisé en agneau aux crises environnementales ... KOUSSE Kizito Tioro .....	239

Expériences traumatiques et stratégies d'adaptation chez des policiers au Burkina Faso ... SOUBEIGA Pinguédwindé Henri Joël, OUÉDRAOGO Aïcha Nadège, ALI Delpha, YUGBARÉ Sébastien .....	277
Coexistence ethnique et stratégie de maintien de la paix dans la Commune Urbaine de Kindia, République de Guinée ... SOUMAH Ibrahima Sory II, KOUROUMA Sidiki.....	305
La culture de la tolérance et de la paix selon Locke et Voltaire .... TOGOLA Tiécoura, OUATTARA Fatié .....	329
Convergence et continuité culturelles pour une résilience face au défi sécuritaire et humanitaire au Burkina Faso ... LOUARI Yendifimba Dieudonné, OUALLY Germain.....	367
Facteurs socio-économiques et culturels d'adoption des technologies de transformation de maïs vulgarisées au Sud-Bénin ... NOUKPOZOUNKOU Missimahou Daniel, AZALOU TINGBE Emilia Mawugnon, MIDINGOYI Gnonna Soul-Kifouly .....	387
La popularité du nouchi en Côte d'Ivoire : voile et esthétique langagiers ... ZOU Goulou Jules.....	425
La contribution des idées de Kant à la lutte contre le terrorisme au sahel ... GUIGMA Marcel .....	441
Éléments pour une lecture de l'esthétique et des représentations sociales dans le conte Dida ... GNESSOTE Dago Michel .....	455
La protection de l'environnement et les conventions d'exploitation des ressources minières au Mali : Quelles articulations ? ... SIDIBÉ Adama Ladji.....	475
Dynamique socio-culturelle de la pratique des rites agricoles chez les Ifè d'Atakpamè au Togo du XIXe siècle au XXe siècle... DANDONOUGBO Nanbidou.....	503
Investissements agricoles et vulnérabilité socio-économique des producteurs dans la région des plateaux (Togo), un réel et complexe contraste ... KAMETI-ATI Koku Dodzi.....	535

A.V.I.O.N : « Le modèle entrepreneurial » dans Destins de clandestins de Josué GUÉBO ... WATO Pierre LIEU.....	567
Approche sociologique du vaccino-scepticisme chez les cas extrêmes au Burkina Faso ... SARIGDA Maurice.....	587
La légende Baoulé : miroir d'une esthétique littéraire et d'un leadership politique ... FANNY Yacouba.....	605
Autonomie des femmes et réalisation des intentions d'utilisation de la contraception après un an de suivi ... ZAN Lonkila Moussa, SILGA Daouda, ONADJA Yentema, BAZIÉ Fiacre, GUIELLA Georges.....	623
Sécheresses climatiques dans le Sahel nigérien : la migration comme stratégie de survie, 1900-1984 ... ABDOURHIMOU Hassane...	645
Fascination égypto-pharaonique et sens hellénique de la philosophie ... ASSEU Mafa Georges.....	661
Pour une relecture de la philosophie marxienne et nietzschéenne de la religion ... BAHY Jean-Joel, SALIFOU Amara.....	681
Pastoralisme, orpillage et attaques des groupes terroristes dans la province du Sanmatenga au Burkina Faso ... ZONGO Tongnoma .....	703
Espace urbain et inégalités sociales dans Le fou de Jean-Pierre GUINGANÉ et Les voix du silence de Prosper KOMPAORÉ ... BAYALA Mamadou .....	719
Les facteurs explicatifs des performances des établissements privés d'enseignement post-primaires et secondaires de la ville de Ouagadougou ... BÉOGO Joseph, KALKOUNDU W. Félix ...	743
Soutien social et consommation de substances psychoactives en milieu de travail : Étude de deux cas au sein de la police burkinabè ...DUGLI Koku, YOUGHARÉ Sébastien.....	761