

Influence du statut de la femme dans le recours à la contraception moderne chez les femmes en union au Togo.

Dare Napo Guitcha Betébe¹ & Sawadogo Nathalie²

¹Ecole Nationale des Auxiliaires Médicaux de Lomé.

Lomé -Togo

²Institut Supérieur des Sciences de la Population. Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo

Ouagadougou-Burkina Faso

Email: r9alfred@yahoo.fr ; r9alfred@gmail.com

Résumé

Contexte: Au Togo, la majorité des femmes qui ont potentiellement besoin de contraception n'utilisent pas la contraception moderne (CM). Les résultats de l'EDS réalisée entre 2013 et 2014 montrent une prévalence contraceptive moderne faible (16,7%) chez les femmes en union, avec de fortes disparités entre les régions.

Données et méthode: L'étude contribue à la compréhension des facteurs influençant l'utilisation de la CM au Togo à travers une analyse secondaire des données de l'EDST III (2013-2014). Elle se focalise sur les caractéristiques socio-culturelles de la femme avec un accent particulier sur son statut.

Résultats: Les résultats obtenus montrent que le groupe ethnique de la femme, son milieu de résidence, sa religion, son âge et surtout son statut influencent l'utilisation de la CM au Togo.

Conclusion: Toutes les hypothèses énoncées ont été confirmées par les résultats obtenus, et notamment, l'effet positif du statut de la femme en union sur son utilisation de la contraception moderne. Ces résultats, inédits pour le Togo, sont de nature à orienter utilement les prises de décisions aux niveaux politique et programmatique.

Mots clés : contraception moderne ; caractéristiques socio-culturelles ; femmes en union ; statut de la femme ; Togo.

Introduction

L'Afrique Subsaharienne demeure, avec certains pays asiatiques, la zone où l'on relève les plus forts niveaux de fécondité dans le monde (Fall & Ngom, 2001). Selon les données des Nations Unies, dans le monde en 2014, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) était supérieur à six (6) enfants par femme dans plusieurs pays de cette zone (PRB, 2014). Dans ces pays, cette situation a donné lieu au développement de politiques de population visant, entre autres objectifs, à réduire le croît naturel de la population. Après des décennies de mise en œuvre, force est de constater que les programmes de planification familiale mis en œuvre dans le cadre de ces politiques n'ont pas permis de parvenir aux objectifs des pays en termes de réduction de la croissance démographique (PRB, 2014). Toutefois, la maîtrise de la mortalité (maternelle et infantile) a connu quant à elle des progrès sensibles depuis les indépendances (Fall & Ngom, 2001 ; Congo, 2005).

Au Togo, l'indice synthétique de fécondité était de 4,8 enfants par femme en 2014 (PRB, 2014). En dépit des actions de promotion de la planification familiale, le déclin de la fécondité ne suit que lentement celui

de la mortalité. La population totale est passée de 2 719 567 habitants en 1981 à 6 191 155 habitants en 2010, soit un taux de croissance annuel moyen de 2,84 % (équivalant à un doublement tous les 25 ans) (RGPH, 2010).

Les résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée entre 2013 et 2014 montrent une prévalence contraceptive moderne de 16,7% au plan national chez les femmes en union, avec de fortes disparités entre les régions allant de 10% pour la région des Savanes à 25% pour la région de la Kara (Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de la Santé & ICF International, 2015). On estime que 34 % des femmes en union ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, soit 22 % pour l'espacement des naissances et 12 % pour la limitation. Ces proportions n'ont pratiquement pas changé entre l'EDST-II de 1998 et l'EDST-III de 2013-2014.

L'influence du statut de la femme sur sa propension à utiliser la contraception est documentée dans une certaine mesure (Rwenge, 2003 ; Rwenge, 2005 ;

Kobiané, 2007, Smith, 2010). Les études portent généralement sur des dimensions particulières de ce statut, à savoir le capital éducatif, l'indépendance économique, les aspects sociodémographiques tels que l'âge et le statut matrimonial, de même que les caractéristiques socioculturelles. Par exemple, Kobiané (2007) a montré comment le pouvoir décisionnel et le statut de la femme, en fonction des origines ethniques, peuvent influencer son recours à la contraception moderne. Un statut socio-économique et décisionnel élevé de la femme s'accompagnerait de la prise en compte au sein du couple de ses préoccupations dans le domaine de la santé reproductive. Notamment, elle dispose de plus de ressources, est plus autonome et a plus de liberté de se procurer elle-même la méthode de contraception souhaitée et de dépasser les obstacles socioculturels qui pourraient se poser. Le statut de la femme peut témoigner du pouvoir décisionnel qu'elle a au sein de son couple. Ce pouvoir décisionnel conditionne sa capacité à négocier ou non avec son conjoint sur des questions concernant sa vie ou sa santé en général et sa santé reproductive en particulier. Cette situation augmente le degré d'empathie et motive les conjoints à collaborer pour atteindre leurs objectifs dans le domaine de la fécondité (Rwenge, 2003). Ainsi, une fréquence élevée de discussions au sein du couple sur la planification familiale ou la fécondité conduit à la prise en compte des préoccupations de la femme dans le domaine de la planification familiale et de sa santé.

En dépit des mutations socioculturelles qui y sont observées comme dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne (Bajos et al., 2013 ; Antoine, 2017 ; Calvès et Adjamagbo, 2014 ; Locoh & al, 2007 ; Marcoux et Antoine, 2014 ; Maruani, 2016), le Togo reste caractérisé par une société encore fortement patriarcale, où le pouvoir décisionnel et le statut social et économique de la femme demeurent faibles (Vignikin & Gripps, 2004). Des inconnues demeurent cependant, d'autant plus que relativement peu d'études ont été réalisées sur l'impact des inégalités de genre sur l'utilisation de la contraception moderne au Togo.

Partant de ces constats, l'étude vise à analyser les facteurs de l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union ayant potentiellement besoin de contraception moderne au Togo. Il s'est agi d'explorer l'effet des caractéristiques socio-culturelles en général et plus spécifiquement, celui du statut de la femme en union sur son utilisation de la contraception moderne. La mise en exergue de ce facteur particulier reflète son importance potentielle au sein des caractéristiques socio-culturelles en jeu dans le contexte togolais.

Le choix des femmes en union comme public cible de l'étude s'explique par le souci d'éliminer l'effet des facteurs relatifs à l'accessibilité des services et à l'acceptabilité de l'activité sexuelle, facteurs réputés pour être influencés par le statut matrimonial (Ouattara & al, 2009 ; Rossier & al 2013 ; Wulifan & al, 2017).

L'hypothèse générale formulée pour cette étude est : **l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union ayant potentiellement besoin de contraception moderne au Togo varie selon les caractéristiques socio-culturelles de la femme en général et son statut en particulier.** En particulier, l'étude postule que :

- Les femmes en union ayant potentiellement besoin de contraception du groupe ethnique Kabyè/Tem utilisent plus la contraception moderne au Togo que les femmes d'autres ethnies ;
- Les femmes en union de religion chrétienne ayant potentiellement besoin de contraception utilisent plus la contraception moderne que celles d'autres religions au Togo ;
- les femmes en union ayant potentiellement besoin de contraception d'âge compris entre 24 et 44 ans utilisent plus la contraception moderne au Togo que celles des autres groupes d'âge reproductif ;
- Les femmes en union ayant potentiellement besoin de contraception qui ont un statut élevé utilisent plus la contraception moderne que les femmes ayant un statut plus bas au Togo.

Données et méthodologie

Les données utilisées dans l'étude proviennent de la troisième Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée au Togo entre 2013 et 2014 (EDS III, 2013-2014). Une évaluation interne et externe des données recueillies lors de l'EDS III a été réalisée en préalable aux analyses. La validation interne des données a été effectuée à travers l'appréciation des taux de réponse aux questions lors de la collecte des données et la validation externe à travers une comparaison avec les données de l'enquête MICS IV Togo réalisée en 2010.

L'échantillon de cette étude porte sur les femmes en union âgées de 15 à 49 ans qui ont potentiellement besoin de contraception moderne au Togo. Le besoin de contraception a été opérationnalisé par le fait de ne plus vouloir d'enfant supplémentaire ou de ne pas en vouloir dans l'immédiat au moment de l'enquête. La constitution de l'échantillon d'analyse a été effectuée en deux étapes. En premier lieu, une sélection de la base correspondante aux femmes en union a été faite. La variable « Currently in union (Q601) » de la base de données femmes a permis de réaliser cette sélection.

Ensuite cette base a été réduite aux femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants (variable Q704) ou qui désirent retarder la survenue d'une grossesse (variable Q705) . Au final, un échantillon constitué uniquement des femmes en union qui ont potentiellement besoin d'utiliser une contraception moderne a été obtenu.

Pour ce qui est de la variable rendant compte du statut de la femme, il s'agit d'un indicateur combiné construit à partir de trois variables, à savoir l'écart d'âge entre époux, l'autonomie financière et le niveau d'instruction du couple. Le choix de ces composantes a été guidé par la littérature sur les dimensions pouvant rendre compte du statut de la femme en union.

Pour ce qui est de la variable écart d'âge entre époux, elle a été obtenue en faisant la différence entre l'âge du conjoint (obtenue dans la base par la variable Q802) et celui de la femme (dans la base Q103). Cette variable a été recodée en trois catégories d'écart d'âge (Tableau 1) ; la variable niveau d'instruction du couple a été obtenue en calculant (additionnant) le niveau d'instruction des deux conjoints (Q803 pour le conjoint et Q105 pour la femme). Le résultat obtenu a été regroupé en trois catégories (Tableau 1) ; Enfin, la variable autonomie financière, qui rend compte de l'implication de la femme dans la décision de l'utilisation de son revenu

a été obtenue à partir de la variable Q817. A la question « qui décide de comment utiliser votre revenu ? » posée à la femme, cette dernière avait 4 possibilités de réponse : elle-même

(1), son conjoint

(2), les deux

(3), et une autre personne

(4). Nous avons recodé cette variable en deux modalités (Tableau 2) afin d'isoler la situation actuelle où elle fait partie des décideurs des autres situations.

En fin de compte, l'indice combiné du statut de la femme comporte trois modalités :

- La première intitulée « statut élevé » regroupe les éléments suivants : les deux conjoints sont instruits, l'écart d'âge entre conjoints est compris entre 0 et 4 ans et la femme participe à la décision d'utilisation de son revenu.

- La deuxième modalité intitulée « statut moyen » quant à elle est une combinaison des éléments des trois précédentes variables construites exceptés les modalités une et trois de l'indice.

- La dernière modalité « statut faible » est constituée de : les deux conjoints ne sont pas instruits, l'écart d'âge entre conjoints est de 10 ans et plus et la femme ne participe pas à la décision d'utilisation de son revenu.

Tableau 1 : Distribution de l'échantillon selon les variables explicatives

Variables explicatives		Modalités	Effectifs	Pourcentage (%)
Caractéristiques socio-culturelles				
Groupe ethnique de la femme		Ewé/Mina	1555	39,9
		Kabyè/Tem	973	25,0
		Para-Gourma/Akan	784	20,1
		Autres	583	15,0
Religion de la femme		Traditionnelle/animiste	721	18,5
		Musulmane	656	16,8
		Chrétienne	2146	55,1
		Pas de religion	372	9,6
Milieu de résidence de la femme		Urbain	1473	37,8
		Rural	2422	62,2
Caractéristiques individuelles				
Âge de la femme		15-24 ans	719	18,4
		25-44 ans	2785	71,5
		45 ans et plus	391	10,1
Statut de la femme				
Catégories d'écart d'âge entre conjoints		Moins de 0-4 ans	1342	34,5
		5-9 ans	1376	35,3
		10 ans et plus	1177	30,2
		Tous deux instruits	2094	53,7
Niveau d'instruction du couple		Un seul instruit	1049	26,9
		Aucun instruit	753	19,3

Autonomie financière de la femme	Autonomie financière	2563	65,8
	Pas d'autonomie financière	1332	34,2
Indice combiné du statut de la femme	Statut élevé	562	14,4
	Statut moyen	3178	81,6
	Statut faible	155	4,0

Source : Données de l'EDS III –Togo (2013-2014).

La variable dépendante est l'utilisation actuelle de la contraception moderne. La question (Q303) est posée de la manière suivante : « faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? ». Elle est dichotomique ; elle est codée « 1 » quand la femme utilise la contraception moderne et « 0 » quand cette dernière n'utilise aucune contraception ou utilise une méthode traditionnelle.

Les données montrent que seulement 28% des femmes en union ayant potentiellement besoin de contraception moderne utilisent la contraception moderne au Togo. Soixante-deux (62) % des femmes en union ayant potentiellement besoin de contraception résident en milieu rural.

L'analyse s'est déroulée de façon séquentielle, avec un premier volet descriptif et un deuxième volet explicatif. Le volet descriptif a consisté à étudier les associations entre les variables indépendantes et la pratique contraceptive moderne (variable dépendante). Ces associations sont mesurées par la fréquence (en %) de l'utilisation de la contraception moderne dans chacune des catégories de la variable explicative. Elles permettent de rechercher les relations statistiques entre les variables explicatives et la variable à expliquer. La significativité des associations est mesurée par le test du khi-deux.

L'analyse explicative a consisté en des régressions logistiques. Dans un premier temps, des régressions logistiques binaires sont réalisées pour mesurer l'influence de chacune des variables explicatives sur la variable dépendante. Ensuite, l'analyse explicative a consisté en des régressions logistiques multivariées selon la procédure progressive (pas à pas). D'abord, chaque variable indépendante significativement associée à la variable dépendante est introduite individuellement dans le modèle (modèle brut) afin de déterminer les effets bruts respectifs, notamment par le biais du R-deux. Ensuite, les variables socio-culturelles ont été introduites pour constituer le

modèle 1. La variable individuelle (âge) est ensuite introduite dans le bloc précédent pour constituer le modèle 2. Enfin, la variable statut de la femme a été introduite pour obtenir le modèle 3. Ce dernier modèle, comportant l'ensemble des variables de l'analyse, permet de faire ressortir les effets nets de chaque variable explicative sur l'utilisation de la contraception au Togo.

L'interprétation des effets a été effectuée à partir des odd ratio (rapports de chances). La mesure de la contribution des caractéristiques à la variation de la variable dépendante a été faite en utilisant le R² de Nagelkerke qui est une version ajustée du R² de Cox et Snell.

Il faut noter que cette étude comporte des limites potentielles. La principale réside dans le fait qu'elle ne permet pas d'identifier tous les facteurs socioculturels explicatifs de l'utilisation de la contraception moderne au Togo. Ceci est sans doute lié au fait que les analyses sont strictement quantitatives. De plus, les données utilisées n'ayant pas été collectées pour cette étude, il a été nécessaire de recourir à des approximations à partir des variables disponibles pour opérationnaliser les concepts, ce qui constitue une possible source de biais.

Resultats

Examinons tour à tour les résultats de l'analyse descriptive et de l'analyse explicative.

Facteurs associés à l'utilisation de la contraception chez les femmes en union au Togo ayant potentiellement besoin de contraception moderne

Les résultats issus de l'analyse descriptive mettant en relation la variable dépendante (utilisation actuelle de la contraception) et chacune des variables explicatives montrent que les tests statistiques sont significatifs pour l'ensemble des variables retenues à un seuil de 1‰ (tableau 2)

Tableau 2 : Résultats de l'analyse descriptive entre l'utilisation de la contraception par les femmes de l'échantillon et les variables explicatives.

Variables explicatives		Utilisation actuelle de la contraception		Résultats des tests statistiques	
		Effectifs	Pourcentages (%)	Valeur du Khi2	Significativité
Âge de la femme	15-24 ans	152	21,1	42,25	***
	25-44 ans	855	30,9		
	45 ans et plus	75	19,2		
Milieu de résidence de la femme	Urbain	457	31,1	12,34	***
	Rural	625	25,9		
Groupe ethnique de la femme	Ewé/Mina	421	27,1	63,62	***
	Kabyè/Tem	352	36,1		
	Para-Gourma/Akan	150	19,1		
	Autres	159	27,3		
Religion de la femme	Traditionnelle/animiste	158	21,9	41,21	***
	Musulmane	147	22,4		
	Chrétienne	684	31,9		
	Pas de religion	92	24,7		
Indice combiné du statut de la femme	Statut élevé	207	36,9	40,04	***
	Statut moyen	853	26,8		
	Sans faible	21	13,6		

° : $p > 5\%$; * : $p < 5\%$; ** : $p < 1\%$; *** : $p < 1\%$ o. ($p = p\text{-value}$)

Les données montrent que l'utilisation de la contraception moderne est plus fréquente chez les femmes en union ayant besoin de contraception et résidant en milieu urbain (31,1%) que chez celles résidant en milieu rural (25,9%). Les femmes en union ayant besoin de contraception et pratiquant la religion chrétienne utilisent plus la contraception moderne au Togo (31,9%) que les femmes de chacune des autres religions. Les femmes musulmanes sont celles qui l'utilisent le moins (21,9%). Du point de vue de l'ethnie, l'utilisation de la contraception moderne est plus fréquente chez les femmes du groupe ethnique Kabyè/Tem (36,1%) que celles des autres groupes ethniques. Par contre, les femmes du groupe ethnique Para-Gourma/Akan sont celles qui ont le moins recours à la contraception moderne au Togo avec 19,1%. Pour ce qui est de l'utilisation de la contraception moderne en fonction de l'âge de la femme, les femmes en union ayant besoin de contraception dont l'âge est compris entre 25 et 44 ans sont celles qui utilisent plus la contraception moderne (30,9%). Par contre, celles dont l'âge est de 45 ans et plus sont celles qui l'utilisent le moins avec 19,2% (Tableau 2).

En ce qui concerne la principale variable d'intérêt, à savoir le statut de la femme, elle discrimine de façon nette l'utilisation de la contraception par les femmes en union ayant besoin de contraception : celles ayant un statut élevé utilisent beaucoup plus la contraception moderne (36,9%) que celles de statut plus faible. Celles ayant un statut faible sont celles qui en utilisent le moins avec 13,6%.

Précisions que, parmi les variables en présence, le groupe ethnique, la religion, l'âge et l'indice combiné du statut de la femme sont les plus significativement associées à l'utilisation de la contraception moderne.

Facteurs explicatifs de l'utilisation de la contraception chez les femmes en union au Togo ayant besoin de contraception

Rappelons que l'analyse explicative dans cette étude a été faite en deux temps. En premier lieu, des régressions bivariées ont permis d'apprécier l'effet brut de chaque variable explicative sur l'utilisation de la contraception moderne. Ensuite, des régressions multivariées ont consisté au test des différentes hypothèses de cette étude. Effets bruts des facteurs socioculturels sur l'utilisation de la contraception

moderne par les femmes en union en ayant potentiellement besoin

L'analyse des effets bruts des variables indépendantes sur la variable dépendante confirme globalement les associations établies précédemment par l'analyse descriptive.

Les résultats (tableau 3) montrent que les femmes en union ayant besoin de contraception et vivant en milieu rural ont 23% moins de chances d'utiliser la contraception moderne que celles du milieu urbain. De même, comparées aux femmes du groupe ethnique Ewé/Mina, les femmes du groupe ethnique Kabyè/Tem ont 1,5 fois plus de chances d'utiliser la contraception moderne. Par contre, celles du groupe Para-Gourma/Akan ont 35% moins de chances que les premières d'en utiliser. Notons que les résultats concernant les femmes de groupe ethnique Ewé/Mina ne sont pas significatifs. Les femmes de religion chrétienne ont 1,7 fois plus de chances d'utiliser la contraception moderne que celles de religion animiste ou traditionnelle. Ici également, les résultats concernant les femmes de religion musulmane et celles n'ayant déclaré aucune religion restent non significatifs.

Concernant l'âge, les femmes de 25 à 44 ans ont 1,6 fois plus de chances d'utiliser la contraception moderne que celles de 15 à 24 ans. Les résultats concernant les femmes âgées de 45 ans plus ne sont pas significatifs.

Enfin, concernant le statut de la femme que, il apparaît que celles de statut moyen et celles de statut élevé ont respectivement 2,2 fois et 3,6 fois plus de chances d'utiliser la contraception moderne que les femmes de statut faible.

Effets nets des facteurs socioculturels sur l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union en ayant potentiellement besoin

L'effet net des facteurs socioculturels sur l'utilisation de la contraception moderne par les femmes de l'échantillon a été mesuré de façon séquentielle. Les blocs de variables suivants ont été ajoutés de façon successive au modèle d'analyse : ceux rendant compte des caractéristiques socioculturelles de la femme, puis l'âge et, enfin, l'indice combiné du statut.

Le premier modèle (modèle 1) met en relation le milieu de résidence, le groupe ethnique et la religion de la femme avec la variable dépendante. Les résultats confirment les tendances précédemment observées. Pour ce qui est du milieu de résidence, les femmes de l'échantillon vivant en milieu rural ont 20% moins de chances d'utiliser la contraception moderne que celles qui résident en milieu urbain. Par ailleurs, concernant l'ethnie, les femmes de l'échantillon de groupe ethnique Kabyè/Tem ont 1,83 fois plus de chance d'utiliser la contraception

moderne que celles de l'ethnie Ewé/Mina. Il n'existe pas de relation significative concernant les femmes Para-Gourma/Akan et celles des autres groupes ethniques. Enfin, les femmes en union ayant besoin de contraception qui pratiquent la religion chrétienne ont 1,5 fois plus de chances d'utiliser la contraception moderne que celles de religion traditionnelle ou animiste. Il n'existe pas de relation entre les femmes de religion animiste ou traditionnelle et celles des autres religions. Le R² et la log-vraisemblance de ce modèle sont respectivement de 0,040 et 4409,908.

Le deuxième modèle (modèle 2) fait intervenir en plus des variables socioculturelles, celles individuelles de la femme représentées par l'âge. En passant du modèle 1 au modèle 2, le R² croît de 0,040 à 0,054 pendant que la log-vraisemblance décroît de 4409,908 à 4370,457. Ceci nous fait dire que les variables socioculturelles et individuelles de la femme prises en compte dans notre étude n'expliquent que faiblement l'utilisation de la contraception moderne au Togo par les femmes en union ayant besoin de contraception, même si le R² a augmenté. Cependant, il faut souligner que la relation entre l'utilisation de la contraception moderne et toutes les variables prises en compte ici est statistiquement significative. En effet, la relation entre le milieu de résidence et l'utilisation de la contraception moderne s'avère significative et permet de dire que les femmes en union ayant besoin de contraception et vivant en milieu rural ont 18,5% moins de chance d'utiliser la contraception moderne au Togo. En ce qui concerne le groupe ethnique, la relation n'est significative qu'entre le groupe ethnique Kabyè/Tem et Ewé/Mina. En effet, les femmes Kabyè/Tem 1,84 fois plus de chance que leurs homologues Ewé/Mina d'utiliser la contraception moderne. Les autres relations observées ne sont plus significatives. Pour ce qui est de l'âge, les femmes de l'échantillon dont l'âge est compris entre 25 et 44 ans ont toujours plus de chance (1,62 fois) que celles âgées de 15 à 24 ans d'avoir recours aux méthodes de contraception moderne. Et pour ce qui est de la religion, les femmes chrétiennes de l'échantillon ont 1,46 fois plus de chance d'en utiliser que celles de religion animiste ou traditionnelle.

Le dernier modèle (modèle 3) comporte toutes les variables explicatives de l'étude. Il est obtenu en introduisant dans le modèle 2 l'indice combiné du statut de la femme. Ce modèle est le plus complet et plus contributif par rapport aux deux autres modèles. En effet, la valeur de la log-vraisemblance et celle du R² correspondantes indiquent qu'il explique mieux l'utilisation de la contraception moderne par les femmes que les deux premiers modèles.

L'analyse de l'effet net des variables explicatives du modèle final montre que la relation qui existait entre le milieu de résidence et l'utilisation de la contraception moderne disparaît car le test statistique n'est plus significatif.

La relation avec les autres variables est conservée. Concernant l'âge, les femmes de l'échantillon dont l'âge est compris entre 25 et 44 ans ont 1,63 fois plus de chance d'utiliser la contraception moderne que celles dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans. Au niveau de l'indice combiné du statut de la femme, on remarque que les femmes de statut élevé et de statut moyen ont maintenant respectivement 2,34 et 1,85 fois plus de chance de recourir à la contraception moderne que celles de statut faible. La différence

importante de chances entre le statut élevé et celui faible mérite d'être soulignée.

Au vu de ces résultats, on peut affirmer que, toutes choses restant égales par ailleurs, les caractéristiques socioculturelles et particulièrement le statut de la femme, influencent effectivement l'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union ayant besoin de contraception au Togo. Le R² et le Khi-deux du modèle final sont plus élevés que celui des deux autres modèles. Cependant, au regard de la valeur du R² de ce modèle final (0,071 soit 7,1%), il est important de noter que d'autres caractéristiques non prises en compte dans cette analyse de données, mériteraient d'être prises en compte dans de futures analyses.

Tableau 3: Résultats des régressions logistiques

	Effets bruts	Effets nets		
		Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
Milieu de résidence de la femme				
Urbain				
Rural	0,773 ***	0,802**	0,825 *	0,863 °
Groupe ethnique de la femme				
Ewe/Mina				
Kabyè/Tem	1,536 ***	1,832***	1,847 ***	1,856 ***
Para-Gourma/Akan	0,646 ***	0,824°	0,818 °	0,856 °
Autres	1,014 °	1,156°	1,159 °	1,191 °
Religion de la femme				
Traditionnelle/animiste				
Musulmane	1,033 °	0,818°	0,832 °	0,835 °
Chrétienne	1,655 ***	1,454***	1,461 ***	1,390 ***
Autre ou pas de religion	1,179 °	1,147°	1,166 °	1,159 °
Age de la femme				
15-24 ans				
25-44 ans	1,618**		1,621 ***	1,627 ***
45 ans et plus	0,864°		0,879 °	0,888 °
Indice du statut de la femme				
Elevé	3,566***			2,339***
Moyen	2,213 **			1,846 **
Faible				
R ² du modèle		0,040	0,054	0,071
Khi ² du modèle		106,811	146,262	164,043
Significativité du modèle		***	***	***
-2log-vraisemblance		4409,908	4370,457	4352,676

Note: ° : p > 5 % ; * : p < 5 % ; ** : p < 1 % ; *** : p < 1 % (p = p-value)

Discussion

Les analyses confirment l'hypothèse principale de l'étude, à savoir l'effet des caractéristiques socioculturelles et, particulièrement, celui du statut de la femme sur l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union qui en ont potentiellement besoin au Togo. Il apparaît que, plus spécifiquement, les différents groupes de facteurs pris en compte participent à cette influence. Examinons successivement ceux du groupe socioculturel d'appartenance, du groupe d'âge, et enfin, celui de la principale variable d'intérêt, à savoir le statut de la femme.

Rôle du groupe socioculturel d'appartenance de la femme en union dans l'utilisation de la contraception moderne

Comme dans d'autres contextes, il apparaît, à l'issue de l'étude, que la pluralité culturelle des populations togolaises semble se traduire du point de vue démographique par des différences de comportements en matière de fécondité et d'utilisation de la contraception moderne. A travers l'ethnie et la religion, les résultats montrent en effet que les caractéristiques socioculturelles des femmes de l'échantillon ont une influence sur l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union du Togo.

Plusieurs études antérieures, et en particulier les travaux de Rwenge (1994) portant sur les femmes en union au Bénin ainsi que ceux d'Ali et Cleland (1995), aboutissent aussi à ce constat en ce qui concerne l'ethnie. Plus qu'un effet direct de la socialisation (et donc des normes socioculturelles intériorisées par les individus) sur leur propension à utiliser la contraception, on pourrait y voir l'effet indirect de facteurs variables selon l'ethnie. Par exemple, on observe au Togo que les femmes d'origine ethnique Tem font montre d'un dynamisme particulier sur le plan des activités économiques. Leur autonomie financière ainsi acquise et le pouvoir de décision qui en découle pour elles dans leur ménage pourrait contribuer à leur capacité à recourir aux services de planification familiale, comparativement à d'autres femmes disposant de moins de capitaux individuels.

Cet état de fait pourrait expliquer les résultats qui montrent une plus grande propension chez elles à utiliser la contraception moderne que chez les femmes appartenant à d'autres groupes ethniques.

En ce qui concerne l'effet de la religion des individus sur leur propension à utiliser la contraception, les résultats montrent que les femmes chrétiennes de l'échantillon sont plus enclines que celles se déclarant des autres religions à utiliser la contraception moderne. Cela va dans le sens de résultats antérieurs dans divers pays d'Afrique

subsaharienne (Akoto, 1990, Fassassi, 2006 ; Congo 2005). Cela pourrait s'expliquer, ici encore, non pas seulement par un effet direct de la religion, mais plutôt par des facteurs fortement différenciés selon l'appartenance religieuse des femmes dans ce contexte. On pourrait citer notamment le mode de vie, l'exercice d'une activité économique à l'extérieur du ménage, l'instruction, etc. La prise en compte de ces facteurs précis ainsi que le recours à des analyses qualitatives permettraient une interprétation plus sûre de ces résultats.

Rôle de l'âge de la femme en union dans l'utilisation de la contraception moderne

Les résultats indiquent que les femmes âgées de 25 à 44 ans sont les plus enclines à recourir à la contraception moderne chez les femmes en union ayant besoin de contraception au Togo. Ces résultats sont conformes à ceux trouvés par Congo (2005) au Burkina Faso, qui a montré que la pratique contraceptive ne discrimine ni les jeunes générations ni les anciennes générations. En effet, selon lui, les tranches d'âge comprises entre 15-24 ans et 25-44 ans sont respectivement plus nombreuses à utiliser la contraception moderne au Burkina Faso.

Ces résultats sont différents de ceux de Fassassi qui a trouvé dans son étude au Cameroun et en Côte d'Ivoire, une plus forte utilisation de la contraception moderne chez les jeunes générations que chez les plus âgées (Fassassi, 2006). Il justifie cela par le fait que les vieilles générations sont plus influencées par la société traditionnelle pro-nataliste et par le respect des normes sociales ; tandis que les jeunes générations sont davantage soumises aux courants de pensées plus modernes qui prônent une fécondité responsable.

Les résultats obtenus dans cette étude pourraient s'expliquer par le fait que les femmes en union âgées de 15 à 24 ans au Togo sont à leur début de nuptialité et logiquement souhaitent la survenue rapide d'un enfant et ce, jusqu'à ce que soit atteint le nombre souhaité d'enfants. Dans nos sociétés africaines en général et au Togo en particulier, l'enfant a une valeur sociale élevée et est signe d'union bénie et féconde. Ceci pourrait amener les jeunes couples à ne pas souvent recourir à la contraception moderne. Par contre, les femmes âgées de 25 à 44 ans utiliseraient plus la contraception moderne parce qu'elles ont soit un besoin d'espacement de leurs naissances, soit elles auraient atteint le nombre désiré d'enfants.

Rôle du statut de la femme en union dans l'utilisation de la contraception moderne

Les analyses réalisées ont permis de démontrer un effet certain du statut de la femme sur son utilisation

de la contraception au sein du sous-groupe étudié. On observe en effet, que les femmes ayant été classées parmi celles de statut élevé avaient près de 4 fois (3,6 fois) plus de chances d'utiliser la contraception moderne que celles de statut faible. Ces résultats confirment, pour le Togo, ceux déjà relevés dans d'autres pays, notamment au Cameroun par Rwenge (2003, 2005), au Nigéria par Smith (2010) et de façon plus générale par Piché (1990). Selon ces auteurs, la faiblesse du statut social et économique contribue à expliquer la persistance de la faible utilisation de la contraception moderne dans certains pays en dépit des besoins enregistrés.

Ces résultats confirment aussi la pertinence du choix des variables entrant dans la construction de l'indice combiné testé ici, et la pertinence de ces facteurs. Rappelons qu'il s'agit de l'écart d'âge entre époux, du niveau d'instruction combiné du couple et de l'autonomie financière de la femme. Ils permettent de confirmer, par exemple, qu'un niveau d'instruction minimum des deux membres du couple les prédispose à une meilleure compréhension des questions de santé en général et de la santé de la reproduction en particulier et augmente leur propension à utiliser la contraception moderne. Par ailleurs, l'autonomie financière de la femme a un effet positif sur son pouvoir de décision et, partant, sur sa capacité à utiliser la contraception moderne en réponse à ses besoins.

Notons toutefois que, si les données utilisées permettent de confirmer ces hypothèses, leur nature quantitative et l'absence de variables qui rendent compte des modalités d'utilisation de la contraception moderne par les femmes de l'échantillon laissent des zones d'ombre dans l'établissement des liens entre facteurs et comportement : ainsi, il n'est pas possible de savoir si l'utilisation de la contraception moderne par les femmes disposant de statut élevé est faite en accord avec leur conjoint, ce qui pourrait effectivement témoigner d'une meilleure communication au sein de ces couples sur le sujet et d'un pouvoir de persuasion plus élevé de ces femmes, ou s'il s'agit d'une utilisation à l'insu du conjoint, fait qui n'est pas inhabituel dans le contexte de l'Afrique subsaharienne (Dessaliers, 2009).

Conclusion

Cette étude a permis de tester l'effet des caractéristiques socio-culturelles de la femme en union de façon générale, et celui de son statut en particulier, sur sa propension à utiliser la contraception moderne au Togo. L'analyse descriptive a permis de montrer une association statistiquement significative entre toutes les variables de l'étude et la variable dépendante. Ensuite, une

approche par bloc de la régression logistique binaire a été utilisée pour vérifier l'effet de chaque groupe de variables (variables socio-culturelles, individuelle de la femme et statut de la femme) d'une part, et d'identifier les caractéristiques de la population d'étude associées à l'utilisation la contraception moderne d'autre part.

Toutes les hypothèses énoncées ont été confirmées par les résultats obtenus, et notamment, l'effet positif du statut de la femme en union sur son utilisation de la contraception moderne. Ces résultats, inédits pour le Togo, sont de nature à orienter utilement les prises de décisions aux niveaux politique et programmatique.

Pour cerner de façon plus approfondie les facteurs de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes en union ayant besoin de contraception au Togo, il serait judicieux de compléter cette étude par une étude qualitative et différentielle selon les régions, qui permettrait de répondre plus aisément aux questionnements posés à la suite des constats effectués ici.

Références bibliographiques

- Akoto, E. 1990. "Christianisme et inégalités en matière de mortalité des enfants en Afrique noire". *Population*. Paris: INED 45, (6): 971-992.
- Ali, M. et Cleland, J. 1995. "Contraceptive discontinuation in six developing countries: A cause-specific analysis". *International Family Planning*. Washington : IPPF 21, (3) : 92-97.
- Antoine, P. (Ed.) (2007). *Les relations intergénérationnelles en Afrique. Approche plurielle*. Monts.
- Bajos, N. et al. 2013. "Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains". *Population*. Paris : INED 68 : 17-39. DOI : 10.3917/popu.1301.0017.
- Beninguisse, G. (éd.), 2002. "Les cadres institutionnels des programmes et mode de régulation de la fécondité en Afrique : des énormes politiques et stratégies à la réalité des faits ". *Santé de la reproduction en Afrique*. ENSEA-FNUAP-IRD, Abidjan.
- Caldwell, J.C. 1980. "The Wealth Flows Theory of Fertility Decline". In Hohn C. and Mackensen T. Eds *Determinants of Fertility Trends: Theories re-examined*. Ordina, 1982, Liege.
- Calvès, A.-E., & Adjamagbo, A. (2014). La démographie africaine au prisme du genre. *Cahiers québécois de démographie*, 43(2), 205-220.
- Congo, Z. 2005. "Les facteurs de la contraception au Burkina-Faso au tournant du siècle. Analyse à partir des données de l'enquête démographique et de santé de 1999". *Regard sur les collections du*

- CEPED. La planification familiale en Afrique. Document d'analyse. Paris : CEPED : 561p. ISBN 978-2-87762-168-7.
- Désalliers Julie, « Les contraceptifs hormonaux en milieu rural burkinabé : relations conjugales négociées ou usage féminin clandestin ? », *Autrepart*, 2009/4 n° 52, p. 31-47. DOI : 10.3917/autr.052.0031 10. Fall, S. 2004. "Les facteurs de Contraception au Sénégal". In *La planification familiale en Afrique* : 4-44.
- Fall, S. 2007. "Les facteurs de la contraception au Sénégal au tournant du siècle". *Les collections du CEPED*. Paris : CEPED : 260p.
- Fall, S. & P. Ngom (2001). *Baisse de la Fécondité en Afrique : tendances récentes et futures*. Workshop on prospects for fertility decline in high fertility countries. New York, UN/POP/PFD, 17p.
- Fassassi, R., et Gripps 2006. "Les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale au tournant du siècle. Rapport de synthèse". *Regards sur les collections du Ceped*. La planification familiale en Afrique. Document d'analyse. Paris : CEPED 7 : 67p. ISBN 978-2-87762-165-6.
- Garenne M., 2017. Recording fertility in sub-saharan Africa in a comparative perspective. *African Population Studies*. 31 (2) : 3706-3723.
- Kobiané, J. F. 2007. "Ethnies, genre et scolarisation au Burkina-Faso". In *Genre et sociétés en Afrique*. Implications pour le développement. In *Les cahiers de l'ined*. Paris : INED : 221-239.
- Locoh, T., & Makdessi Y. 1996. "Politique de Population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne". *Les Dossiers du CEPED*. Paris : FRANCE, CEPED 44: 47 p.
- Locoh, T., Nguessan, K., & Makinwa-Adebusoye, P. (2007). *Genre et sociétés en Afrique*. Implications pour le développement. Paris : INED.
- Marcoux, R., & Antoine, P. (2014). *Le mariage en Afrique* : Presses de l'Université du Québec.
- Maruani, M. (2016). *Femmes, genre et sociétés, l'état des savoirs : La découverte*.
- Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire, Ministère de la Santé & ICF International 2015. *Enquête Démographique et de Santé au Togo 2013-2014*. Rockville, Maryland : MPDAT, MS et ICF International, 529p.
- Ministère de la Santé, Togo 2013. *Rapport synthèse de l'analyse de la situation du personnel lié à la pratique sage-femme au Togo*. Lomé : Ministère de la santé, 104p.
- Ouattara, F., Bationo, B. F., & Gruénais, M.-E. (2009). *Pas de mère sans un "mari"*. La nécessité du mariage dans les structures de soins à Ouagadougou (Burkina Faso). *Autrepart*, 2009/4(52), 81-94.
- Piche, V. 1990. "Sociologie et population : approches théoriques". *Document de travail* 21 : 26p.
- Population Reference Bureau 2014. "Fiche de données sur la population mondiale". www.prb.org Washington: PRB: 8p.
- Rossier, C., Sawadogo, N., & Soubeiga, A. (2013). *Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou*. *Population*, 68(1), 97-122.
- Rwenge, M. (1994). "Déterminants de la fécondité des mariages selon le milieu d'habitat au Bénin : Examen par les variables intermédiaires". *Les cahiers de l'IFORD* 7. Yaoundé : IFORD, 125p.
- Rwenge, M. 2005. "Statut de la femme, planification familiale et fécondité à Mbalmayo et Bafoussam, Cameroun". *Etude de la population africaine* 22, (1): 29 p.
- Smith D., 2010. « Promiscuous girls, good wives, and cheating husbands: Gender inequality, transitions to marriage, and infidelity in Southeastern Nigeria », *Anthropological Quarterly*, 83 (1): 123-152.
- UNFPA 2010. *Sexual and Reproductive health for all: Reducing poverty, advancing development and protecting human rights*. New York : USA, UNFPA, 18p.
- UNFPA 2012. *Etat de la population mondiale 2012*. New York : USA, UNFPA 2014. "Etat de la pratique de Sage-femme dans le monde 2014. Sur la voie de l'universalité. Le droit de la femme à la santé". *Rapport Sowmy 2014*. New York: USA, UNFPA, 130 p.
- Vignikin, K., & Gripps 2004. "Les facteurs de la contraception au Togo. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998". In *La planification familiale en Afrique*. Documents d'analyse 3. Paris : GRIPPS, IRD, 44p.
- Wayack Pambè, M., Gnoumou B., & Kaboré I. 2013. "Relationship between Women's Socioeconomic Status and Empowerment in Burkina Faso: A Focus on Participation in Decision-Making and Experience of Domestic Violence". *Demographic and Health Survey 9*. Calverton, Maryland: USA, ICF International.
- Wulifan, J. K., Mazalale, J., Jahn, A., Hien, H., Ilboudo, P. C., Meda, N., . . . De Allegri, M. (2017). *Factors Associated with Contraceptive Use among Women of Reproductive Age in Rural Districts of Burkina Faso*. *J Health Care Poor Underserved*, 28(1), 228-247. doi:10.1353/hpu.2017.0019
- Zah, Bi-T. 2013. "Etude des différences urbaines-rurales de fécondité appliquée à la Côte d'Ivoire". In *Revue de Géographie Tropicale et d'Environnement* 2. EDUCI, 114-124

"L'étude a bénéficié du soutien de l'Institut Supérieur des Sciences de la Population (Université Ouaga I Pr Joseph Ki-Zerbo, Burkina Faso) et du Projet DEMOSTAF financé par le programme-cadre de recherche et d'innovation «Horizon 2020 » de l'Union Européenne dans le cadre de la convention de subvention Marie Skłodowska-Curie No 690984".