



Regards sur

LES COLLECTIONS DU CEPED

Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle



Groupe international de partenaires population-santé
(GRIPPS)

Kokou VIGNIKIN

Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle

Analyse des données de l'enquête
démographique et de santé de 1998

Kokou VIGNIKIN
URD

Le CEPED qui associe l'Institut National d'Études Démographiques (INED), l'Institut de Recherche pour le Développement (IRD) et l'Université de Paris 5 est soutenu par le ministère des Affaires étrangères. Il consacre ses activités à stimuler la collaboration scientifique entre des équipes de recherche du Nord et du Sud dans le domaine de la population et du développement.

L'appui du CEPED, autour de missions de valorisation, de formation, d'expertise et de documentation, s'exerce dans quatre champs thématiques.

- Santé de la reproduction
- Sociétés, famille et genre
- Peuplement, urbanisation, mobilité et environnement
- Méthodologies : collecte et analyse

Ses activités, coordonnées par des chercheurs expérimentés dans le domaine, sont organisées sous forme de groupes de travail afin d'aboutir à des sessions de formation, des ateliers, des séminaires et des conférences internationales.

Comité éditorial : Comité de pilotage

Cambrézy Luc	Golaz Valérie
Desgrées du Loû Annabel	Guillaume Agnès
Ferry Benoît	Lelièvre Éva
	Molmy William

Réalisation technique : Yvonne Lafitte

Photo de couverture : © – Stéphane Brabant
Conception graphique : sbgraphik – www.sbgraphik.com

Édité avec le soutien du ministère des Affaires étrangères – DGCID

© Copyright CEPED 2007
ISSN 1776-6184 – ISBN 978-2-87762-172-4
Centre Population et Développement
Campus du Jardin Tropical de Paris
Pavillon Indochine
45 bis, Avenue de la Belle Gabrielle
94736 Nogent-sur-Marne Cedex – France
Téléphone : 33 (0)1 43 94 72 90 – Fax : 33 (0)1 43 94 72 92
Courriel : ceped@ceped.cirad.fr
Web : <http://ceped.cirad.fr>



GRIPPS
GROUPE INTERNATIONAL
DE PARTENAIRES
POPULATION – SANTÉ

UERD (BURKINA FASO), IFORD (CAMEROUN), ENSEA,
INS (CÔTE D'IVOIRE), CEPED, IRD (FRANCE),
CME (LAOS), DPS (SÉNÉGAL), URD (TOGO)

Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle

Analyse des données de l'enquête
démographique et de santé de 1998

Kokou VIGNIKIN

LA PLANIFICATION FAMILIALE EN AFRIQUE. DOCUMENTS D'ANALYSE N° 3

Décembre 2004

Kokou VIGNIKIN, Ph.D

Directeur de l'Unité de recherche démographique (URD)

Université de Lomé (UL)

URD, BP 12971, Lomé, Togo

Tél. : (228) 221 17 21 – Fax : (228) 222 08 89

Courriel : kvignikin@yahoo.fr

© GRIPPS et URD 2004

Ce document a été réalisé dans le cadre d'un programme d'analyse bénéficiant de subventions du CEPED et de l'IRD.

Éléments de catalogage : Les facteurs de la contraception au Togo. Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998 – Kokou Vignikin, Grippe. La planification familiale en Afrique. Documents d'analyse n° 3, 2004.

Introduction

Avec un taux d'accroissement de la population qui avoisine aujourd'hui le seuil des 2,2 % par an, l'Afrique passe pour un continent où le ralentissement du rythme démographique, voire sa stabilisation, vont requérir encore quelques années. Même si plusieurs études tendent à montrer qu'une baisse de la fécondité est amorcée depuis le début des années 1990 dans les milieux urbains surtout (Locoh, 1994 ; Vimard, 1996), il n'en demeure pas moins vrai que l'intensité du phénomène en milieu rural est restée élevée dans la plupart des pays (Komba et Aboud, 1994 ; Locoh et Makdessi, 1996).

Parmi les facteurs généralement évoqués pour expliquer l'amorce de la transition de la fécondité en milieu urbain¹, l'utilisation croissante de la contraception moderne par les femmes d'un certain profil reste certainement le facteur-clé. La pratique contraceptive a en effet bénéficié d'un appui massif de la part des organismes ayant inscrit le contrôle de la fécondité au nombre de leurs domaines prioritaires d'intervention. Cet appui étant, force est cependant de reconnaître qu'en dépit des efforts déployés pour élargir les programmes de planification familiale, les niveaux de prévalence contraceptive dans nombre de pays africains sont demeurés faibles, s'ils ne sont pas simplement négligeables. À en croire H. Page (1988), l'adhésion des femmes à la pratique contraceptive subirait encore dans ces pays l'effet d'une kyrielle d'obstacles² : les uns relevant de la demande contraceptive (facteurs culturels, facteurs économiques, perceptions, etc.) et les autres de l'offre contraceptive (programmes et systèmes de promotion de la santé, fourniture de produits contraceptifs, sensibilisation de la population cible, etc.). Une préoccupation que suscite cette multitude d'obstacles est de repérer lesquels rendent compte, de façon significative, de l'adhésion ou de la non adhésion à la pratique contraceptive. En termes plus clairs, quels sont, dans les sociétés africaines, les véritables déterminants de la pratique contraceptive ?

Dans le cas précis du Togo, les résultats de la seconde enquête démographique et de santé, réalisée en 1998 ont montré que le niveau de la fécondité est passé de 6,6 enfants par femme en 1988 à 5,4 enfants en 1998, accusant ainsi une baisse de 18,2 %

¹ Le recul de l'âge au premier mariage, l'exposition à la culture urbaine, la pratique contraceptive, l'amélioration du niveau d'instruction des femmes, le recours à l'avortement provoqué, l'amélioration du statut socio-économique, ... constituent quelques-uns des facteurs généralement invoqués pour expliquer la baisse de la fécondité en milieu urbain.

² Pour Page (1988), rejoignant ainsi les conditions énoncées par Coale (1973), pour qu'il y ait transition de la fécondité, la baisse de la fécondité doit d'abord servir l'intérêt des adultes qui procréent. Ensuite, le nombre d'enfants suggéré ou imposé aux parents doit être culturellement et moralement acceptable. Enfin, les méthodes contraceptives préconisées doivent être acceptables. Ces préalables à une utilisation large de la contraception moderne sont loin d'être réunis dans la plupart des sociétés africaines.

sur la période décennale (Anipah *et al.*, 1999). Cette baisse de la fécondité a été particulièrement remarquable en milieu urbain, notamment à Lomé³ où l'ISF a chuté de 35,3 % en passant de 4,5 à 2,9 enfants par femme au cours de la même période. En milieu rural, par contre, le décrochage de la fécondité a été à peine perceptible dans la mesure où l'ISF n'est passé que de 6,7 à 6,5 enfants par femme. Si ce début de transition de la fécondité au Togo s'inscrit bien dans le schéma que nous avons décrit plus haut, elle n'en révèle pas moins un paradoxe de taille. En effet, comment une baisse aussi rapide de la fécondité peut-elle s'opérer alors que le niveau de prévalence contraceptive ne dépasse guère les 8 % ? Les résultats de l'EDST-2 indiquent en effet que, sur cent femmes dans la tranche d'âges 15-49 ans, vingt-cinq pratiquent la contraception toutes méthodes confondues et seulement huit ont recours à une méthode moderne. Ce faible recours aux méthodes contraceptives modernes est d'autant plus incompréhensible que, d'une part, 20 % des femmes en union qui n'utilisaient aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête⁴ ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant d'avoir leur prochain enfant et, d'autre part, l'offre de produits contraceptifs entre 1988 et 1998, dans le secteur privé comme dans le secteur public, a été considérable, variée et presque gratuite.

D'une façon générale, la discordance entre le niveau relativement élevé des besoins non satisfaits d'espacement des naissances ou de limitation de la descendance et le faible recours à la contraception moderne n'est pas suffisamment documentée dans la littérature sur la transition de la fécondité en Afrique (Gage, 1995). Les rares recherches empiriques de niveau individuel sur le sujet s'accordent à mettre en évidence deux facteurs explicatifs : le niveau d'instruction et le statut économique. Il ressort des résultats de ces études que non seulement la prévalence contraceptive est nettement plus élevée dans le groupe des femmes instruites que dans celui des femmes non instruites (Rutenberg *et al.*, 1991), mais aussi que plus le niveau d'instruction des femmes est élevé, plus forte est leur adhésion à la pratique contraceptive (Caldwell *et al.*, 1992). Pour ce qui est de l'influence du statut économique de la femme sur la pratique contraceptive, plusieurs analyses ont montré que les femmes ayant un emploi rémunéré⁵ ont une propension plus forte à pratiquer la contraception que celles qui ne travaillent pas (Shapiro et Tambashe, 1994). Certains auteurs ont poussé plus loin l'analyse de l'impact du statut économique et ont montré que les femmes qui contrôlent l'intégralité de leur revenu, bénéficiant ainsi d'une certaine autonomie financière, ont un accès plus large à la contraception que les autres (Kritz et Makinwa-Adebusoye, 1994).

Quoiqu'il en soit, si le niveau d'instruction et l'accès au revenu monétaire sont déterminants dans l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive, il n'est pas exclu que d'autres facteurs relevant de caractéristiques à la fois socio-démographiques et professionnelles, du profil du conjoint et/ou de l'offre contraceptive influent également sur cette pratique. Identifier ces facteurs et mesurer leurs effets respectifs sur la pratique contraceptive, tel est le but que nous visons dans la présente étude. Notre démarche consistera à comparer le profil des femmes utilisatrices d'une méthode

³ Lomé, la capitale du Togo, est aussi la principale ville du pays.

⁴ Sur dix femmes de cette catégorie, une a l'intention d'arrêter sa descendance.

⁵ Qu'elles travaillent pour leur propre compte ou comme salariées.

contraceptive à celui des femmes qui ne recourent pas à la contraception. Cette démarche, qui s'inspire du cadre conceptuel et analytique fixé par le protocole du Grippe, permet de repérer les facteurs distinctifs des deux profils de femmes et conduit ainsi à mieux définir et mieux cibler les actions à mener sur le terrain pour promouvoir une utilisation plus large de la contraception moderne.

Du strict point de vue opératoire, cet article applique le protocole du Grippe aux données de l'enquête démographique et de santé réalisée au Togo, en 1998, afin d'identifier les variables qui rendent significativement compte de la pratique contraceptive au sein de la population des femmes de 15 à 49 ans. L'analyse est structurée en trois parties. Dans la première partie, sont présentées les hypothèses à tester, les données et la démarche méthodologique utilisées. Dans la deuxième partie, nous avons exploré les liens statistiques entre diverses caractéristiques socio-démographiques et économiques collectées auprès des femmes (variables explicatives) et la pratique contraceptive (variable à expliquer) à travers une analyse de contingence et une analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM). Enfin, dans la troisième partie, les variables explicatives ont été soumises à une analyse de régression logistique qui permet d'examiner l'intensité et le sens de leurs effets sur la pratique contraceptive.

1. Le contexte analytique de l'étude

La contraception désigne l'ensemble des moyens mis en œuvre par le couple ou l'individu pour contrôler la venue au monde de leurs enfants. On distingue différentes méthodes de contraception qui sont classées en méthodes modernes (pilule, DIU, injection, condom), méthodes traditionnelles (gris-gris, infusion, bague) et méthodes naturelles (retrait, OGINO). La pratique contraceptive moderne fait référence à l'utilisation de l'une des méthodes modernes citées plus haut. Quant à la pratique contraceptive générale, elle réfère pour sa part dans cette étude à l'utilisation d'une méthode moderne ou d'une méthode naturelle. Cependant, quelle que soit la méthode considérée, son utilisation dépend en général d'un certain nombre de facteurs dont le milieu de résidence, le niveau d'instruction, l'âge, les coutumes et la qualité des services de planification familiale (Kotokou, 1999). Certains auteurs ajoutent à ces facteurs l'avis du conjoint de la femme, son niveau d'instruction et le type d'activité qu'il exerce ainsi que les caractéristiques propres à l'offre de contraception dont la disponibilité et l'accessibilité des méthodes.

Le Togo, bien qu'étant l'un des rares pays africains ayant encore une politique nataliste dans les années 1990, est aujourd'hui l'un des pays « têtes de files » en Afrique subsaharienne francophone où le changement des comportements procréateurs s'intensifie notamment en milieu urbain, ce qui le classe parmi les pays à niveau de fécondité intermédiaire (Fall et N'gom, 2001). Cependant, ce décrochage vis-à-vis de la procréation n'est pas total et souffre encore des considérations de tous ordres qui ne favorisent pas l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans le contexte traditionnel africain et particulièrement togolais, la procréation revêt un caractère primordial dans la mesure où elle contribue non seulement à la stabilité du couple mais aussi à la perpétuation du lignage et du groupe (Kouwonou et Messan, 1999). Dans un contexte de régime matrimonial polygamique, les femmes sont souvent amenées à faire beaucoup d'enfants pour être appréciées de leur mari. Par ailleurs, cet état de chose est fortement influencé par les pressions extérieures que subissent les femmes auprès de leurs belles-familles (Nations unies, 1992). Dans certaines sociétés le droit d'exploitation des terres concédé à la femme est conditionné par sa fécondité (Locoh et Makdessi, 1996).

Cette tendance traditionnelle favorable à la procréation est accentuée par un certain nombre de facteurs qui n'encouragent pas le recours à la contraception. Ce recours fait encore l'objet de rumeurs auprès d'une frange importante de la population qui considère les pratiques contraceptives comme le fait d'une vie de débauche. Ce faisant, les maris deviennent suspicieux envers leurs femmes lorsque celles-ci veulent recourir à l'utilisation d'une méthode de contraception (Kouwonou, 1994). À cela, il faut ajouter

les fausses rumeurs qui laissent planer le doute d'une stérilité permanente due à l'utilisation d'une méthode contraceptive, ce qui ne favorise pas l'intégration de la contraception dans les mœurs (Kouwounou, 1994). Ces rumeurs constituent une entrave sérieuse et un facteur de blocage puissant pour bon nombre de femmes.

Certaines raisons sont liées à la qualité des services de planification familiale qui sont en général peu accessibles et à l'absence d'infrastructures locales adéquates. Les prestataires ne donnent pas toujours suffisamment d'informations aux clientes, ce qui leur laisse par conséquent peu de liberté quant au choix de la méthode à adopter lorsque celle-ci n'est pas tout simplement imposée (Locoh et Makdessi, 1996). On constate fréquemment dans les centres de planification familiale que les prestataires décident de ne pas prescrire certaines méthodes contraceptives (pilules, ...) lorsqu'une femme non instruite se présente à elles. Ces attitudes discriminantes donnent raison à certaines femmes qui pensent que la contraception n'est ni plus ni moins qu'une pratique importée et imposée par l'Occident. De même, certains prestataires jouent souvent des rôles de moralistes lorsque des jeunes filles célibataires viennent se faire prescrire une méthode contraceptive, et une autorisation parentale leur est souvent demandée, ce qui entraîne leur fuite et des grossesses non désirées avec tout ce que cela comporte comme conséquences fâcheuses pour la santé de ces jeunes filles (Locoh, 1991).

Dans le même ordre d'idée, lorsque des femmes mariées se présentent dans certains centres, l'on demande parfois à tort, la présence de l'époux ou une autorisation maritale (Locoh et Makdessi, 1996). Cette restriction, officielle notamment au Togo (Kotokou, 1999) pendant une certaine époque, a été abolie dans plusieurs pays mais continue d'être appliquée dans les centres de planification familiale. Toutes ces tracasseries ne favorisent pas l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. De plus, la mauvaise qualité des relations prestataires-clientes et le manque de respect de l'intimité de ces dernières conduisent à de nombreux abandons (Locoh et Makdessi, 1996), au retour à des méthodes traditionnelles peu efficaces et aux avortements à risque.

Un facteur non négligeable de l'adhésion aux méthodes de contraception en Afrique est l'approbation du conjoint. En général, les femmes ne sont pas toujours contre ces pratiques mais la peur d'aller à l'encontre des désirs de leurs conjoints respectifs est plus forte. Elles ont peur des conséquences de leurs actes si cela venait à se savoir. En effet, si dans la société l'on admet que l'homme puisse faire des projets sans consulter au préalable son épouse, il n'en va pas de même en ce qui concerne la femme. Ceci est très mal perçu par l'entourage et constitue un affront qui est considéré comme impardonnable par certains maris. Les représailles peuvent aller quelquefois jusqu'au divorce. Toutes ces conditions font que les femmes évitent parfois les centres de planification familiale de peur d'y être vues. Cependant, l'on constate de plus en plus de la part de ces dernières une pratique contraceptive cachée (Andro, 2000) que les femmes ne sont pas toujours prêtes à révéler lors des opérations de collecte ce qui sous-estime la prévalence contraceptive.

1.1. Les objectifs de l'étude

L'étude vise globalement à isoler les facteurs décisifs qui influencent l'utilisation de la contraception par les femmes en âge de procréer au Togo. Elle cherche de manière spécifique à :

- identifier les facteurs qui rendent significativement compte de la pratique contraceptive et dégager le profil des femmes utilisatrices ;
- identifier puis hiérarchiser, par ordre décroissant, les facteurs faisant obstacle à la pratique contraceptive et décrire le profil des femmes non-utilisatrices.

1.2. Les hypothèses de recherche

Trois groupes principaux d'hypothèses ont été définis pour notre étude. Ils reposent sur l'idée que la pratique contraceptive de la femme est liée à la fois : à des caractéristiques socio-démographiques propres, à des caractéristiques de son conjoint et à la disponibilité de l'offre contraceptive. Pour chacun de ces groupes, différentes hypothèses ont été avancées.

1.2.1. Les caractéristiques de la femme

Les diverses variables de niveau individuel qui ont une corrélation avec la pratique contraceptive de la femme, l'âge, le niveau d'instruction, la religion, le lieu de résidence, l'occupation, l'aspiration à avoir un nombre réduit d'enfants et le fait de vivre avec le conjoint dans le même logement, sont celles dont l'influence sur le recours à la contraception est considérée comme la plus significative.

A.1. **L'âge**

Les femmes de moins de 25 ans (générations au début de la vie féconde) et celles de plus de 40 ans (générations en fin de la vie féconde) sont celles qui ont le plus recours à la pratique contraceptive.

A.2. **L'état matrimonial**

Les femmes célibataires sont plus susceptibles de recourir à la contraception moderne que les femmes mariées. Ces dernières sont davantage tournées vers une vie sexuelle sans utilisation de la contraception.

A.3. **Le niveau d'instruction**

Le niveau d'instruction influe globalement et positivement sur la pratique contraceptive. Toutefois, les femmes moyennement instruites, c'est-à-dire celles ayant atteint les niveaux du « secondaire 1 » et du « secondaire 2 »⁶ sont celles qui utilisent, de façon préférentielle, la contraception.

⁶ Le secondaire 1 regroupe les classes de la sixième à la troisième alors que le secondaire 2 concerne les classes de seconde, première et terminale.

A.4. La religion

Le recours à la contraception est plus répandu chez les femmes de religions chrétiennes que chez celles pratiquant l'Islam ou l'Animisme.

A.5. L'occupation

L'exercice d'une activité économique procure une autonomie de décision à la femme. De ce fait, elle gère mieux sa fécondité à travers un recours accru à la contraception.

A.6. L'aspiration pour une descendance réduite

Les femmes qui désirent avoir au cours de leur vie féconde moins de quatre enfants utilisent plus massivement les méthodes contraceptives modernes que les autres.

1.2.2. Les paramètres relevant de l'offre**B.1. L'exposition à la sensibilisation sur la planification familiale**

Les femmes ayant été sensibilisées sur la planification familiale par le biais d'un médium quelconque ont une propension plus grande à utiliser les méthodes contraceptives modernes que les autres femmes.

B.2. L'accessibilité

La proximité des centres de planification familiale et les campagnes de sensibilisation influencent positivement la pratique contraceptive des femmes.

B.3. Le lieu de résidence

Les femmes vivant dans les grandes villes et qui sont les plus exposées à la modernité recourent plus massivement à la contraception que celles qui vivent en milieu rural.

1.2.3. Les rapports homme/femme au sein du couple

La pratique contraceptive est significativement affectée par certaines caractéristiques au sein du couple dont :

C.1. Le niveau d'instruction du conjoint

Plus le conjoint est instruit, plus la femme est susceptible de recourir à la contraception pour réguler sa fécondité.

C.2. Son occupation

Les femmes dont les conjoints exercent une activité économique dans le secteur moderne recourent plus souvent à la contraception que les autres femmes dont les conjoints exercent dans l'agriculture ou dans d'autres secteurs.

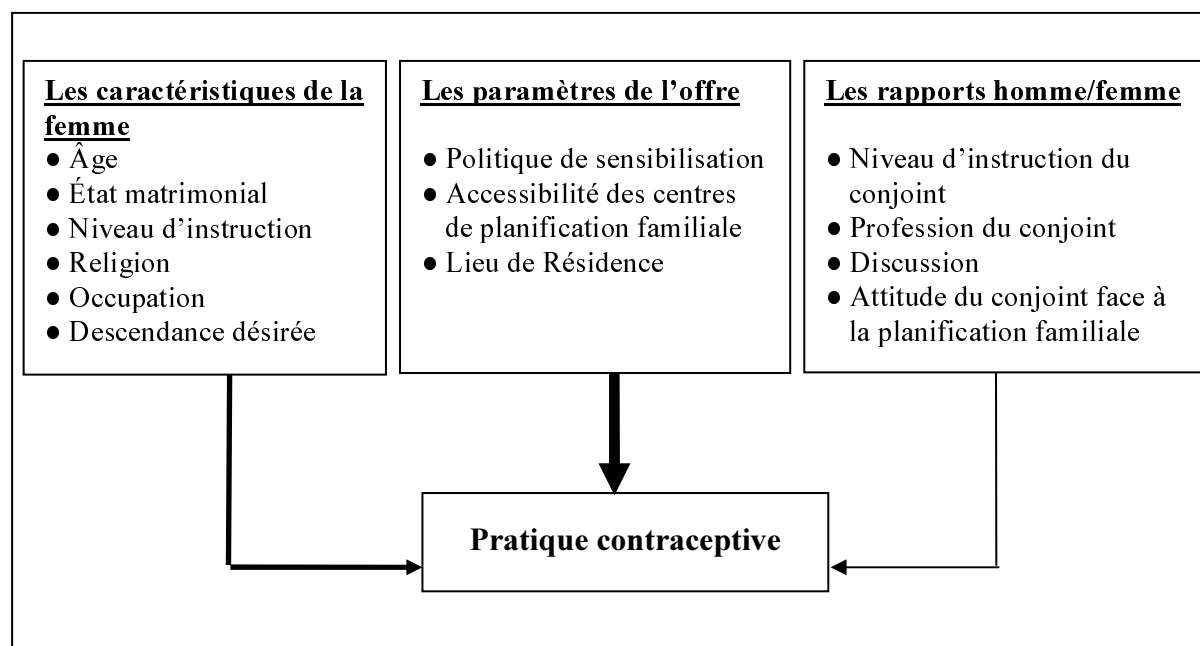
C.3. Discussion au sein du couple

La discussion au sein du couple crée une atmosphère qui favorise le recours à la contraception.

C.4. Attitude du conjoint face à la planification familiale

Les femmes dont les conjoints sont favorables à la planification familiale ont davantage recours à la contraception que celles dont les conjoints ni sont pas favorables.

Schématiquement, la relation entre la pratique contraceptive et l'ensemble de ces variables explicatives peut s'illustrer par le graphique suivant où la grosseur du trait traduit l'importance de l'influence :



1.3. Les données et l'approche méthodologique

1.3.1. L'enquête EDST-2

Les données utilisées dans le cadre de la présente analyse sont issues de la seconde enquête démographique et de santé réalisée en mai 1998 au Togo. Cette enquête a porté sur 8 569 femmes de 15-49 ans et 3 819 hommes de 15 à 59 ans. Des femmes interrogées, 35,6 % résidaient en milieu urbain et 64,4 % en milieu rural. Trois types de questionnaires ont été utilisés pour les fins de la collecte : le questionnaire ménage, le questionnaire individuel femme et le questionnaire individuel homme. Ces trois questionnaires ont été adaptés à partir des questionnaires types du programme DHS conçus pour les pays à prévalence contraceptive faible.

Le questionnaire individuel femme – celui que nous avons exploité pour les besoins de la présente analyse – comprend des sections sur les caractéristiques socio-démographiques des femmes, l'utilisation de la contraception, les préférences en matière de fécondité, les connaissances des MST/Sida et sur les caractéristiques du conjoint et son activité professionnelle, etc.

1.3.2. Les variables retenues pour l'analyse

L'objectif de la présente étude étant d'identifier les facteurs qui rendent significativement compte de l'utilisation d'une méthode contraceptive, notre variable à expliquer est : « la méthode contraceptive utilisée par la femme au moment de l'enquête ». Pour

mesurer les variations de cette variable dépendante, trois groupes de variables explicatives ont été constitués conformément au schéma d'analyse illustré par le graphique. Le premier groupe rend compte des caractéristiques socio-démographiques de la femme, de son activité et de sa vie génésique et de son exposition aux informations sur la planification familiale ; le deuxième groupe illustre les rapports homme/femme, notamment l'attitude du conjoint face à la contraception ; et le dernier groupe met en exergue les déterminants liés à l'offre de planification familiale dont l'accès aux produits contraceptifs. Le tableau A1 en annexe 1⁷ fait état des vingt-deux variables explicatives retenues pour l'analyse. De nature essentiellement qualitative, ces variables sont nominales pour une partie et ordinales pour l'autre partie. Afin qu'elles soient toutes conformes aux spécifications du protocole, nous avons fait subir à quelques-unes d'entre elles un recodage en regroupant certaines de leurs modalités.

1.3.3. L'approche d'analyse

La démarche d'analyse des données s'inspire, elle aussi, du protocole du Grippe. Elle distingue deux niveaux : un niveau descriptif bivarié couplé à une analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) et un niveau explicatif multivarié.

L'analyse bivariée

Au premier niveau, une analyse de contingence est utilisée pour évaluer l'intensité et le sens de l'association entre la variable à expliquer et chacune des variables explicatives. Cette mesure de l'association est faite non seulement au niveau global (Khi-deux et coefficient de contingence normé de Pearson⁸) mais aussi au niveau local (résidus standard ajustés⁹). Les associations locales permettent notamment d'illustrer les affinités sélectives entre les modalités des deux variables croisées. Les formules utilisées pour le calcul des indicateurs sont :

$$C_n = \frac{C}{\text{Max}C} \text{ avec } C = \left(\frac{X^2}{(X^2 + T_n)} \right)^{1/2}$$

Où **C_n** désigne le coefficient de contingence normé de Pearson ; **C** le coefficient de contingence de Pearson ; **Max C** la valeur maximum de C ; **X²** le Khi-deux et **T_n** l'effectif total du tableau.

⁷ On trouvera en annexe 1 l'ensemble des tableaux A1 à A8 et la figure cités dans le texte.

⁸ Le coefficient de contingence normé de Pearson (C_n) est une mesure d'association entre deux variables qualitatives basée sur le Khi-deux et qui présente l'avantage d'éliminer l'influence de l'effectif total, donc d'autoriser des comparaisons entre des tableaux de tailles différentes. Ce coefficient varie entre 0 et 1 et atteint son maximum en cas d'association parfaite stricte ou implicite. En général, le coefficient de contingence normé offre une plus grande sensibilité que le V de Cramer ou le T de Tschuprow pour déceler l'association globale.

⁹ Chaque case d'un tableau de contingence comporte un résidu si son effectif s'écarte de la fréquence conditionnelle attendue. Le résidu contribue localement à l'association entre les deux variables. Il rend compte de la liaison entre les modalités des deux variables. Il comporte une direction indiquée par son signe. Au niveau de confiance de 95 % (niveau choisi pour l'ensemble des traitements statistiques de cet article), un résidu est significatif si et seulement si sa valeur absolue est supérieure à 1,96.

$$R_{sa} = \frac{R_s}{u^{1/2}} \text{ avec } R_s = (F_o - F_a) / (F_a)^{1/2}$$

Où **Rsa** désigne les résidus standards ajustés ; **Rs** les résidus standards ; **u** les estimateurs de la variance des résidus standards ; **Fo** les fréquences observées et **Fa** les fréquences attendues.

L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM)

L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) est utilisée ici pour décrire l'univers « variables/individus » en essayant, à partir des données, de dégager les grandes tendances et les oppositions les plus visibles entre les différentes sous-populations composant l'échantillon. Elle permet en particulier d'analyser, de façon visuelle, les proximités entre les modalités d'une même variable (étude du profil des individus) et les proximités entre les modalités de variables différentes (étude du profil des variables).

Le niveau explicatif ou l'analyse de régression logistique

L'analyse explicative sera effectuée par le biais de la régression logistique¹⁰. Ce modèle d'analyse permet de faire ressortir l'effet des variables explicatives sur la variable à expliquer et de tester l'intensité et le sens des effets escomptés. Analytiquement, le modèle s'écrit :

$$p(Y) = \frac{1}{1 + e^{-(a_0 + a_1 * X_1 + \dots + a_n * X_n)}} \quad (\text{formule 1})$$

Où : **p(Y)** désigne la probabilité pour une femme enquêtée d'utiliser une méthode contraceptive ; **a₀** désigne la constante du modèle ; **a_i** désigne le coefficient du modèle pour la variable indépendante i ; **X_i** désigne la variable indépendante i.

En transformant la formule 1, on obtient la formule 2 qui suit :

$$\text{Log} [p(Y)/(1 - p(Y))] = a_0 + a_1 * X_1 + \dots + a_n * X_n \quad (\text{formule 2})$$

¹⁰ La régression logistique est une forme de régression multiple où la variable à expliquer est dichotomique et les variables explicatives catégorielles ou discrètes. Son principe est de rendre dichotomique chaque variable nominale ou catégorielle figurant parmi les variables explicatives en autant de variables artificielles que la variable a de modalités moins une unité. Ainsi, pour N variables explicatives catégorielles ayant chacune K modalités par exemple, le modèle de régression logistique fournit N*(K-1) paramètres qui s'interprètent comme la variation de l'effet d'appartenir à la catégorie par rapport à l'effet d'appartenir à la catégorie de référence.

Cette nouvelle présentation suppose que les variables explicatives ne sont pas liées entre elles et que la variable à expliquer s'exprime en fonction des autres selon un modèle additif. Bien qu'elle ait l'avantage de rendre compte de l'effet des variables explicatives sur le logarithme du pari¹¹ de la variable à expliquer, elle n'en présente pas moins le désavantage de ne pas autoriser une lecture directe de l'intensité de l'effet des variables explicatives à partir des coefficients a_i . De ce fait, nous sommes réduits à ne prendre en compte que le signe de ces coefficients, ce signe indiquant alors, notamment en ce qui nous concerne, le sens de l'effet exercé par la variable explicative concernée sur la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive. Les variables de coefficients de régression positifs ont ainsi pour effet d'augmenter cette probabilité alors que les variables de coefficients de régression négatifs ont pour effet de la diminuer.

D'autre part, le fait de rendre dichotomiques les variables explicatives facilite l'examen de l'effet de la modalité non omise sur la probabilité d'utiliser une méthode contraceptive. Mentionnons à ce sujet que pour estimer l'effet d'une variable explicative polytomique sur la pratique contraceptive, il faut omettre dans le modèle une modalité de cette variable. Les résultats obtenus sont alors interprétés par rapport à une population de référence qui aurait comme caractéristique la modalité omise de la variable considérée.

Le contexte instrumental et analytique de l'étude étant précisé, nous abordons dans la partie qui suit, une exploration des liens statistiques entre chacune des variables explicatives et la pratique contraceptive.

¹¹ La préoccupation de recherche à la base du calcul du pari ou rapport de côte (odds ratio) risque relatif est la suivante : à partir d'une variable explicative dichotomique (une modalité de la variable permet de caractériser le groupe étudié et l'autre modalité le groupe de référence), on cherche à voir en quoi les deux groupes diffèrent vis-à-vis de la variable à expliquer, elle aussi dichotomique. Le pari est une statistique qui indique le nombre de fois de plus que le groupe étudié est susceptible de développer le comportement analysé que le groupe de référence.

2. Analyse de l'association entre les variables explicatives et la pratique contraceptive

2.1. Examen de la distribution de fréquences de la variable « Pratique contraceptive »

Cette étape liminaire de l'analyse bivariée vise à évaluer la qualité distributionnelle – c'est-à-dire la robustesse statistique – de la variable à expliquer. Dans cet ordre d'idées, nous avons construit un intervalle de confiance¹² autour de chacune des modalités et calculé le coefficient de répartition de la variable. Le tableau A2 donne un aperçu de la répartition des femmes interrogées selon la méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête. La première information qui se dégage de cette répartition est que trois femmes sur quatre n'utilisaient aucune méthode contraceptive au moment de l'enquête. D'un côté, si très peu de femmes recourent à la stérilisation, donc à une contraception d'arrêt, de l'autre, on est également frappé par le fait que 70 % des 2 218 femmes qui déclarent pratiquer actuellement une contraception d'espacement aient recours à une méthode naturelle, la méthode OGINO notamment.

Du niveau du coefficient de répartition¹³ apparaissant au bas du tableau A2 ($cr = 0,472$), l'on déduit que la qualité de la distribution de la variable « pratique contraceptive » est moyenne. L'examen de la contribution entropique de chacune des modalités (colonne Hm) révèle que les modalités « stérilisation » et « méthodes traditionnelles » participent très faiblement à l'entropie totale, c'est-à-dire à la valeur de cr . Pour cette raison, l'on devrait, en toute logique, recoder la variable. Si nous avons renoncé à faire ce recodage, c'est pour préserver la comparabilité de nos tableaux avec ceux qui seront produits par les autres équipes du Gripes.

Nous allons à présent explorer les liens statistiques qui existent entre cette variable et chacune des variables explicatives sélectionnées en nous focalisant sur la significativité de l'association et son intensité¹⁴.

¹² Cet intervalle de confiance est construit selon le modèle de la loi normale.

¹³ Le coefficient de répartition mesure la qualité de la répartition d'une variable nominale ou ordinale. Il varie de 0 à 1. Un coefficient nul indique que la distribution de fréquence est parfaitement mal répartie (une seule modalité monopolise tout l'effectif). À l'opposé, un coefficient égal à 1 traduit une distribution de fréquence parfaitement bien répartie (chaque modalité a le même effectif de fréquence).

¹⁴ On trouvera en annexe 2 les tableaux de contingence entre la méthode contraceptive et les variables utilisées dans l'analyse.

2.2. Liens statistiques entre la variable « pratique contraceptive » et les variables explicatives

2.2.1. Caractéristiques de la femme

L'âge

L'utilisation ou la non-utilisation d'une méthode contraceptive par une femme relève-t-elle d'un phénomène de génération ? D'après les statistiques figurant dans le tableau A3, l'association globale entre la variable « pratique contraceptive » et la variable « âge », quoique statistiquement significative, se révèle très modérée ($\chi^2 = 0,092$). Pourtant, en regardant de près les résidus standardisés¹⁵, l'on se rend bien compte qu'en dépit de la faible intensité de la relation entre les deux variables, certaines associations locales¹⁶ apparaissent fortes. L'on voit ainsi que le groupe d'âges « 15-24 ans » est associé préférentiellement et de façon significative à la « méthode moderne » (+2,5) alors que les femmes de « 45 ans et plus », pour leur part, sont positivement associées à la modalité « aucune méthode contraceptive » (+4,4). Dans le même tableau on relève aussi que les femmes qui sont au début de leur vie féconde (15-24 ans) sont celles qui font le moins appel à la stérilisation (-3,7) tandis que celles qui finissent leur vie féconde (45 ans et plus) – et qui sont probablement peu instruites – n'utilisent pas du tout les méthodes naturelles (-4,2) mais recourent de façon significative à la stérilisation (+2,6). Cette différence de recours à la stérilisation est conforme aux attentes : cette méthode définitive correspond en effet à une méthode d'arrêt de la descendance.

Le statut matrimonial

Les femmes sans conjoint sont-elles celles qui affichent une prédilection pour la contraception ? Les résultats présentés dans le tableau A3 montrent que si l'association globale entre le statut matrimonial et la pratique contraceptive du moment peut être généralisée au niveau de confiance 95 %, cette association n'en reste pas moins modérée vu la valeur de χ^2 . L'inspection des résidus standardisés fait cependant apparaître une opposition significative entre les modalités « méthodes modernes » et « aucune méthode » d'une part, et les modalités « célibataire » et « mariée » d'autre part. Ainsi, les femmes célibataires sont celles qui recourent de façon préférentielle aux méthodes contraceptives modernes alors que les femmes mariées, qui rechignent à utiliser ces méthodes, préfèrent ne pas recourir à la contraception.

Le niveau d'instruction

Un grand nombre d'études traitant de la planification familiale en Afrique ont montré que la pratique contraceptive augmente de façon significative avec le niveau d'instruction des femmes (Cochrane, 1979 ; Rutenberg *et al.*, 1991). Les résultats

¹⁵ Nous rappelons au lecteur que les cases d'un tableau d'associations locales, mesurées par les résidus standardisés, sont significatives à un niveau de confiance de 95 % lorsqu'elles ont un effectif supérieur en valeur absolue à 1,96.

¹⁶ Associations entre les modalités de deux variables croisées.

présentés dans le tableau A3 relatifs à l'association entre le niveau d'instruction et la pratique contraceptive, corroborent globalement ce constat. Toutefois, si la significativité du Khi-deux et le niveau du Cn attestent de l'existence d'une relation statistique forte entre les deux variables, il n'en demeure pas moins vrai qu'un paradoxe subsiste au niveau des associations locales. Les résidus standardisés, en aidant à repérer les réseaux d'associations entre les modalités, révèlent ce paradoxe :

– Est-on fondé à dire que les femmes non instruites sont celles qui, de façon préférentielle, n'utilisent pas la contraception ?

La réponse est oui. En effet, la modalité « analphabète » se révèle non seulement significativement et positivement associée à la modalité « aucune méthode » (+11,0) mais elle est, par surcroît, négativement associée aux modalités « méthode naturelle » (-3,9) et « méthode moderne » (-12,7).

– Peut-on affirmer que les femmes les plus instruites sont celles qui recourent le plus massivement aux méthodes contraceptives modernes ?

Cette fois-ci la réponse est non. En effet, dans la colonne où figure la modalité « méthode moderne », on note que si la femme est allée à l'école, elle est plus attirée par les méthodes contraceptives modernes. Cependant, les femmes du niveau du secondaire1 (+11,1) et dans une moindre mesure celles du niveau du secondaire2 (+9,6) sont celles qui recourent préférentiellement à ces méthodes. Les femmes qui jouissent de niveaux d'instruction plus élevés (« supérieur ») jettent, pour leur part, le dévolu sur les méthodes contraceptives naturelles (+3,6). Toutes choses étant égales par ailleurs, ce résultat conforte l'hypothèse selon laquelle plus élevé est le niveau d'instruction de la femme, meilleure est la connaissance qu'elle a de son cycle menstruel mais plus grandes sont ses appréhensions quant aux effets secondaires des méthodes contraceptives modernes, notamment les méthodes hormonales et mécaniques.

La religion

La prégnance des religions dans les sociétés africaines étant forte, certaines études ont montré que la pratique religieuse influe de façon significative sur la pratique contraceptive (Adongo *et al.*, 1998). Mais cette influence de la religion sur le recours à la contraception se confirme-t-elle partout ? À la lecture des résultats du tableau A3, l'association statistique entre la pratique contraceptive et la religion s'avérerait globalement faible. Au niveau local cependant, il ressort des marges du tableau que les modalités « méthodes modernes » et « catholique » sont celles qui engendrent le plus d'associations. Ainsi, les « catholiques » et, dans une moindre mesure, les « protestantes », apparaissent positivement associées à la modalité « méthodes modernes » et négativement associées à la modalité « aucune méthode ». Le tableau indique également que les femmes animistes et celles qui disent ne pratiquer aucune religion sont repoussées par la modalité « méthodes modernes » mais attirées significativement par la modalité « aucune méthode », ce qui tendrait à conforter la thèse d'un lien positif entre l'animisme et la rationalité de forte descendance. Un résultat que fait ressortir le même tableau, et qui ne manque pas de surprendre, tient au fait que chez les femmes musulmanes, dont on dit qu'elles recourent peu à la

contraception à cause des prescriptions de l'Islam, on ne note pas d'orientation significative des préférences en matière de contraception.

L'activité économique

S'il y a une variable explicative qui n'a pas toujours bénéficié de l'attention requise dans les recherches sur la transition de la fécondité, c'est bien la capacité financière de la femme à prendre en charge le coût de la contraception (Gage, 1995). Nombreuses sont pourtant les femmes qui doivent, sur leurs ressources déjà limitées, défrayer la totalité de ce coût. À défaut de disposer de variables qui rendent finement compte de cette capacité financière, deux variables d'approximation ont été utilisées : le « statut actuel dans le travail » et « l'accès à un revenu monétaire ».

Les résultats figurant dans le tableau A3 confortent un tant soit peu le faible intérêt accordé au statut d'activité de la femme dans la documentation de la transition de la fécondité en milieu africain. En effet, si l'on s'en tient au niveau des indices d'association globale, il faut admettre qu'il n'y a pas de lien statistique entre la pratique contraceptive et le statut d'activité. Même au niveau local, seule la modalité « stérilisation » fait apparaître une association significative avec le fait de disposer d'un travail. Mais cette association reste faible.

En ce qui concerne l'association entre la pratique contraceptive et l'accès au revenu monétaire, les résultats synthétisés dans le tableau A3 indiquent que globalement le lien statistique est négligeable. Cependant, on relève une association assez significative entre certaines modalités de ces variables. Ainsi, les femmes qui jouissent d'un revenu monétaire sont celles qui recourent préférentiellement aux méthodes « moderne » (+2,1) et « naturelle » (+2,3) alors que celles qui ne disposent pas d'un revenu monétaire s'abstiennent de recourir à la contraception (+3,4).

L'aspiration en matière de fécondité

Dans le tableau A3, sont également présentées les variables qui traduisent l'aspiration de la femme en matière de fécondité et leurs modalités. Il s'agit de l'intervalle inter-génésique souhaité et du nombre total d'enfants désiré. De ce tableau qui se déduit du croisement de l'intervalle inter-génésique souhaité et de la pratique contraceptive, il ressort que les femmes qui préfèrent un intervalle inter-génésique court (moins de deux ans) sont celles qui ont un recours privilégié aux méthodes contraceptives naturelles (+8,2) alors que celles qui ont un penchant pour les intervalles moyens (deux à trois ans) préfèrent s'abstenir de pratiquer la contraception (+6,7). Il y a là un paradoxe qui pourrait trouver son explication dans le fait que les femmes qui préfèrent les intervalles de plus de deux ans sont en majorité celles du milieu rural dont nous avons dit plus haut qu'elles sont positivement associées à la modalité « aucune méthode ». Enfin, le tableau montre bien que l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne est sans lien significatif avec l'intervalle inter-génésique.

Pour ce qui est du lien entre la pratique contraceptive et le nombre d'enfants souhaité, il ressort du profil de la modalité « 0-3 » que les femmes qui aspirent à avoir un nombre réduit d'enfants sont celles qui utilisent de façon préférentielle les méthodes

contraceptives modernes (+8,7) et, dans une moindre mesure, les méthodes naturelles (+3,9). Celles qui rêvent d'avoir une forte descendance (sept enfants ou plus) et plus particulièrement celles qui sont fatalistes et qui ne conceptualisent pas l'idée de contrôle de leur fécondité (correspondant à celles qui répondent à la question posée « autant que Dieu me donnera ») préfèrent ne pas recourir à la contraception (respectivement +2,9 et +7,7).

2.2.2. L'influence des paramètres de l'offre

L'accès à une source d'approvisionnement en contraceptifs

Pour une femme, le fait de pouvoir accéder aisément à une source d'approvisionnement en produits contraceptifs constitue un puissant levier pour la pratique contraceptive (Pullum, 1991). Cependant, plusieurs aspects des sources d'approvisionnement doivent être distingués si l'on veut procéder à un examen fin de leur effet sur la pratique contraceptive. Nous nous en tiendrons ici à l'accessibilité. Comme on peut le voir au tableau A4, l'accès à une source incite significativement les femmes à recourir aux méthodes modernes (+2,1) et naturelles (+2,3). Cette influence de l'environnement de l'offre contraceptive sur la pratique contraceptive est confirmée par les résultats relatifs aux femmes n'utilisant aucune méthode.

L'exposition à l'information sur la planification familiale

Le tableau A4 illustre également bien l'impact de la sensibilisation sur les changements de comportements en matière de contraception. Non seulement les variables « accès à un médium audio » et « accès à un médium visuel » sont significativement associées à la pratique contraceptive mais, qui plus est, les proximités locales révèlent une préférence très nette des femmes ayant accès à un média audio ou visuel pour les méthodes modernes alors que les femmes n'ayant pas accès à ces médias sont enclines à ne pas recourir à la contraception.

Le milieu de résidence habituel

Au niveau global, le test du Khi-deux atteste de l'existence d'une association significative entre le milieu de résidence habituelle et la pratique contraceptive mais l'intensité de cette relation reste modérée. Au niveau local, on repère, à la lecture du tableau A4, des associations significatives entre certaines modalités.

Dans les marges du tableau A4, on lit en effet que les modalités « autres villes du Togo » et « méthodes modernes » sont celles qui engendrent le plus d'associations locales. Ainsi, les femmes qui résident principalement à Lomé ou dans les autres villes du pays sont celles qui, de façon préférentielle, sont associées à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (respectivement +6,1 et +6,2). Par contraste, les femmes du milieu rural font peu appel à cette méthode (-7,2). Comme on s'y attendait, les femmes du milieu rural sont, pour leur part, positivement associées à la modalité « aucune méthode ». La grande surprise du tableau semble provenir des femmes des villes secondaires dont la proximité avec la modalité « méthodes modernes » (+6,2) et

l'éloignement par rapport à la modalité « aucune méthode » (-4,9) attestent bien de l'efficacité des actions de sensibilisation et de fourniture de services de planification familiale qui se sont multipliées ces dernières années dans ce milieu.

2.2.3. Les rapports homme/femme

Le niveau d'éducation du conjoint

Les résultats consignés dans le tableau A5 font état d'une opposition incontestable entre les femmes qui utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne et celles qui n'utilisent aucune méthode suivant le niveau d'instruction de leur conjoint. Les conjoints des premières sont le plus souvent d'un niveau d'instruction supérieur au secondaire 1 alors que les conjoints des secondes sont en grande majorité illettrés ou de niveau primaire tout au plus. Ce résultat étaye un tant soit peu l'hypothèse selon laquelle l'ouverture d'esprit du mari favorise significativement l'adhésion de la femme à la pratique contraceptive.

La profession du conjoint

Le lien entre la pratique contraceptive de la femme et la profession de son conjoint est globalement significatif comme l'atteste la valeur du khi-deux (256,5). Elle révèle également de fortes associations entre les modalités. Ainsi, les femmes dont les conjoints sont employés dans l'agriculture sont fortement réfractaires à l'utilisation de la contraception (moderne et/ou naturelle). À l'opposé, le fait que le conjoint exerce une activité dans le secteur moderne favorise le recours à la contraception d'espace et à la contraception d'arrêt.

Discussion au sein du couple

La discussion au sein du couple crée une atmosphère de confiance et de complicité entre les conjoints qui favorise une fécondité responsable. Ainsi, les femmes qui discutent souvent avec leurs conjoints recourent davantage à la contraception moderne (+11,6), que les femmes qui ne discutent pas avec leurs conjoints (-14,6). Ces dernières sont davantage attirées une vie sexuelle sans contraception (+20,5). Entre ces deux extrêmes, les femmes qui discutent rarement (une ou deux fois) avec leurs conjoints ont plus souvent recours à la contraception d'arrêt (+3,3).

Attitude du conjoint face à la planification familiale

Les femmes dont les conjoints sont favorables à la planification familiale sont-elles celles là qui font davantage recours à la contraception ? D'après le tableau A5, en annexe 1, l'association entre la pratique contraceptive de la femme et l'attitude du conjoint est globalement significative avec des associations locales très fortes. Ainsi, les femmes dont les conjoints sont favorables à la planification familiale sont fortement attirées par la contraception moderne (+9,4). À l'opposé, les femmes dont les conjoints ne sont pas favorables à la planification n'ont ni recours à la contraception moderne (-4,9) ni à la contraception naturelle (-5,7).

2.3. Vue d'ensemble du réseau d'influences de ces facteurs

L'analyse de contingence nous a permis de tester l'association de la plupart des variables explicatives avec la pratique contraceptive de la femme. Cependant, elle ne permet de prendre que deux variables à la fois, ce qui rend difficile une vision synoptique et morphologique de l'ensemble des liens. De ce point de vue, elle est donc insuffisante. L'analyse factorielle des correspondances multiples (AFCM) comble cette lacune en permettant de mieux comprendre, synthétiser et interpréter les données pour définir des profils types des femmes en âge de procréer par rapport à l'utilisation de la contraception selon les trois groupes de facteurs.

Dans le cadre de l'utilisation de cette méthode seule la variable à expliquer : « méthode contraceptive utilisée » subira une transformation. La modalité stérilisation sera regroupée avec les méthodes modernes. Aucune variable ne sera exclue de l'analyse. La variable à expliquer sera mise en élément supplémentaire et les autres variables seront actives. Nous ferons une description de l'ensemble des caractéristiques des femmes interrogées et nous expliquerons l'utilisation d'une méthode contraceptive par l'ensemble des variables explicatives.

Lorsque l'on observe la représentation des valeurs propres, on constate que ces dernières décroissent progressivement. Le critère du coude nous permet de choisir les trois premiers axes factoriels qui représentent 24,24 % de l'inertie totale. Le cosinus carré des variables nous permet de discerner les variables les mieux représentées sur un axe et ce sont celles-là que nous interprétons. Son utilisation nous permet d'éviter les apparences illusoires. Une modalité ayant un cosinus carré supérieur ou égal à 0,15 sera considérée comme étant bien représentée sur l'axe.

Le premier axe factoriel représente 13,41 % de l'inertie totale. Il met en exergue les femmes de moins de vingt-cinq ans, sans travail, n'ayant pas de conjoint, vivant dans la capitale ou une grande ville et ayant le niveau du secondaire. À l'opposé nous avons les femmes mariées, sexuellement inactives et vivant dans un village. Elles ont au moins cinq enfants de sexes différents à leur charge, pratiquent l'agriculture au même titre que leur conjoint qui n'ont en plus aucune instruction. Cet axe met en opposition les jeunes générations citadines désireuses de contrôler leur vie procréatrice, symbole de la vie moderne, et les femmes vivant dans les villages encore soumises à l'influence pro nataliste de la société traditionnelle.

Le deuxième axe nous fournit moins de la moitié de l'information contenue dans le premier axe. Il renferme 6,45 % de l'inertie totale. Ici, on note encore une opposition entre les femmes vivant dans la capitale ou dans une grande ville et celles vivant en milieu rural. Celles qui résident en milieu urbain habitent généralement dans un logement décent, sont instruites et vivent avec un conjoint lui-même instruit et exerçant une activité dans le secteur moderne. Par ailleurs, l'exercice d'une activité économique rémunératrice vient conforter leur aisance matérielle. Elles sont opposées aux femmes qui vivent en milieu rural, souvent sans instruction. Les premières sont utilisatrices de la contraception alors que les secondes y sont réfractaires.

Le premier plan factoriel (voir la figure A1 et le tableau A6) est celui de l'allongement maximal du nuage ; il nous permet d'avoir un maximum de détails par rapport aux autres plans. Ce plan factoriel met en lumière un certain profil des femmes utilisant des méthodes de contraception et des non-utilisatrices. Les citadines vivant dans un logement de bon standing, ayant un certain niveau d'instruction, au début de leur vie sexuelle et non mariée sont les plus intéressées par la contraception bien qu'elles demeurent encore un peu plus portées vers les méthodes naturelles. Les femmes ayant été socialisées dans un milieu rural et y vivant sont les moins intéressées en général. Elles vivent de l'agriculture avec leur conjoint qui exerce dans le même secteur d'activité. Le couple a de nombreux enfants et aucun niveau d'instruction. On constate donc que c'est dans la couche sociale la plus défavorisée que les femmes sont le moins intéressées par la pratique contraceptive alors que ce sont elles qui semblent en avoir le plus besoin.

Le troisième axe fournit des informations sur les caractéristiques des femmes résidant dans une ville moyenne. En effet, le standing de l'habitat et le niveau d'instruction s'étalent le long de cet axe. On progresse ainsi des habitats les moins lotis vers les mieux lotis. Le niveau d'instruction des femmes s'améliore au fur et à mesure que l'on progresse dans le sens positif le long de l'axe et évolue parallèlement à la qualité de l'habitat. Elles ont grandi, pour la plupart, dans une ville moyenne et finissent par vivre dans la capitale ou une grande ville. Elles pratiquent en général la religion catholique. L'axe trois nous fournit 4,38 % d'information.

Il ressort globalement de l'analyse descriptive (analyse de contingence et analyse factorielle des correspondances multiples) que les femmes qui utilisent une méthode de contraception se retrouvent majoritairement dans les villes. Elles sont en général instruites et vivent dans des logements de bon standing. On peut regrouper ces femmes en deux catégories. Les plus jeunes, généralement non mariées, sont encore au début de leur vie féconde et expriment le désir de la contrôler. Ce sont des femmes qui désirent avoir au plus quatre enfants et qui la réalisent par l'utilisation d'une méthode contraceptive. Les autres, plus âgées, sont à la fin de leur vie féconde et ne désirent plus avoir d'autres enfants. À l'opposé, les femmes non-utilisatrices de contraception, sont souvent non instruites, socialisées dans un village et y vivent dans des conditions de vie pas très favorables, subsistant de l'agriculture, avec un conjoint vivant également de l'agriculture.

3. Les déterminants de la pratique contraceptive

La deuxième partie de l'analyse nous a permis d'explorer de façon visuelle et globale les principales variables ayant une influence statistique sur la pratique contraceptive. Mais cette étape ne nous a pas permis de mesurer les effets bruts et nets de ces variables explicatives sur l'utilisation d'une méthode de contraception moderne. C'est l'objet que vise cette dernière partie grâce à la réalisation d'une régression logistique.

Les variables utilisées dans cette partie sont les mêmes que celles utilisées dans l'analyse factorielle des correspondances multiples. Cependant, elles ont été regroupées en trois grands groupes :

- les caractéristiques socio-démographiques de la femme (religion, âge, état matrimonial, niveau d'instruction, au moins une fille et un garçon en vie, nombre total d'enfants en vie, nombre total d'enfants nés vivants, nombre total d'enfants décédés, désir d'autres enfants, nombre total d'enfants souhaités, profession principale, revenu en argent) ;
- les paramètres de l'offre (lieu de résidence, standing de l'habitat, connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptif, source d'approvisionnement et accessibilité de la source) que nous pouvons considérer globalement comme reflétant l'état de l'offre ;
- les caractéristiques relevant du rapport homme/femme notamment les variables relevant de l'opinion du conjoint face à la planification familiale pour les femmes ayant un conjoint.

Ces trois groupes de variables ont été introduits tour à tour dans le modèle. Cette démarche a pour but principal de cerner l'influence de chaque groupe de variables sur l'utilisation des méthodes contraceptives. Signalons en passant que la variable à expliquer : « méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête » a été recodée en fonction du modèle. Ainsi, pour avoir les déterminants de la contraception moderne, le recodage a été fait de la façon suivante : 1- « méthode moderne » et 2- « autres ». Les variables de référence seront constituées par des variables supposées représenter des femmes ayant une pratique contraceptive faible. Elles sont mises en gras et en italique dans les différents modèles.

Considérons maintenant les résultats. Le tableau A7 présente les paris issus des modèles de régression logistique qui prédisent les chances que les femmes utilisent une méthode contraceptive moderne.

Les caractéristiques de la femme qui influencent significativement l'utilisation d'une méthode de contraception moderne sont l'état matrimonial, le niveau d'instruction, le nombre d'enfants nés vivants, le nombre d'enfants souhaités, le désir d'avoir d'autres enfants et la présence d'enfants de sexes différents. Cette dernière variable prise individuellement n'avait pas une grande importance ; mais la présence des autres lui donne plus de poids. Le modèle ainsi retenu est globalement significatif et a un pouvoir explicatif de 91 % (tableau A7, modèle 1). On constate que les femmes en union libre sont les plus enclines à l'utilisation de la contraception moderne. Elles ont 1,5 fois plus de chance de la pratiquer que les femmes célibataires. Il n'y a pas de différence notoire entre ces dernières et les femmes mariées. Par ailleurs, le niveau d'instruction a une influence très significative sur l'utilisation des contraceptifs modernes. On note une différence entre les femmes non instruites et les femmes du primaire, ces dernières ayant deux fois plus de chance d'adhérer à la pratique contraceptive moderne que leurs consœurs du groupe de référence. Il y a une démarcation nette lorsque la femme atteint au moins le secondaire. Celles qui ont atteint ce niveau ont en effet trois fois plus de chance que les femmes non instruites d'utiliser un contraceptif moderne.

En ce qui concerne la vie génésique de la femme, on note l'importance de l'impact de la mortalité infantile sur le recours à la contraception. En effet, le fait de n'avoir eu aucun enfant décédé augmente de 30 % les chances d'une femme d'utiliser la contraception moderne. De même, les femmes désireuses d'arrêter leur descendance sont 41 % plus susceptibles d'employer une méthode moderne de contraception que celles qui désirent encore un enfant. Par ailleurs, les femmes n'ayant pas encore d'enfants des deux sexes sont 36 % moins susceptibles d'utiliser un contraceptif moderne que celles qui en ont déjà.

Les résultats obtenus font également état d'une influence de la situation matrimoniale couplée à l'activité sexuelle. Les célibataires sexuellement actives ont trois fois plus de chance d'utiliser un contraceptif moderne que les femmes mariées sexuellement actives. Le passage du statut de mariée sexuellement active à celui de mariée non sexuellement active réduit de 75 % la probabilité pour une femme mariée d'utiliser les méthodes modernes de contraception.

Lorsque l'on combine aux caractéristiques de la femme les variables relatives à son milieu de vie et à l'accessibilité à l'information (tableau A7, modèle 2), les choses changent. Le nombre d'enfants décédés et la présence d'une progéniture mixte perdent leur significativité. Les effets de l'état matrimonial et du niveau d'instruction sont réduits. Cependant, les femmes instruites et les femmes en union libre sont toujours les plus susceptibles d'utiliser une méthode de contraception moderne. Le lieu de résidence et la connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptif se révèlent significatifs. Il n'y a pas de différences significatives entre les femmes de la capitale et des autres villes. Le fait de vivre en milieu urbain augmente de 34 % les chances d'utilisation d'un contraceptif moderne par une femme. Le modèle obtenu est globalement significatif et a un pouvoir prédictif de 91,2 %.

Les résultats du troisième modèle (modèle complet) apparaissent au tableau A7, modèle 3. Ce modèle prend en compte toutes les catégories de variables dont celles relatives au conjoint de la femme en plus des deux autres catégories utilisées

précédemment. L'approbation du conjoint et les discussions relatives à la planification familiale dans les foyers se révèlent être les caractéristiques les plus influentes chez le conjoint de la femme. Ainsi, lorsque le conjoint est favorable à l'utilisation de la planification familiale, cela augmente de 73 % les chances de la femme d'utiliser un contraceptif moderne. Le fait pour la femme de discuter de la planification familiale avec son conjoint augmente jusqu'à 91 % ses chances d'utilisation d'une méthode moderne de contraception. Plus les conjoints discutent entre eux sur la planification familiale, plus les femmes font recours à la contraception. Les femmes qui en parlent le plus souvent avec leur conjoint sont trois fois plus susceptibles d'utiliser un contraceptif moderne que celles qui n'en parlent jamais. Ce modèle a un pouvoir explicatif de 91,2 %.

En résumé, nous pouvons dire que l'amélioration de la prévalence contraceptive moderne passe par la scolarisation de la jeune fille, le changement des comportements procréatifs et la vulgarisation des campagnes de sensibilisation à l'utilisation des contraceptifs modernes.

Conclusion

De 1988 à 1998, l'ISF est passé de 6,6 à 5,4 enfants par femme au Togo avec une baisse plus forte (réduction de 35 %) en milieu urbain où il est passé de 4,5 à 2,9 enfants par femme. Cette amorce de transition de la fécondité s'opère cependant dans un contexte de faible utilisation des méthodes contraceptives alors que la demande contraceptive potentielle se révèle forte. Notre objectif dans cette recherche est donc de déterminer d'une part, les facteurs qui influencent la pratique contraceptive des femmes et d'autre part, de chercher les facteurs de différenciation entre les utilisatrices et les non-utilisatrices de la contraception. Une telle recherche se fonde sur un paradoxe frappant : une aspiration de plus en plus manifeste des femmes à avoir une descendance réduite dans un environnement d'offre en croissante augmentation et une demande contraceptive qui demeure timide.

Afin de traduire une telle recherche dans les faits, les données de l'enquête démographique et de santé de 1998 ont été utilisées. Cette enquête a concerné 8 569 femmes, âgées de 15-49 ans, sur toute l'étendue du territoire national dont près du quart n'utilisait aucun moyen de protection au moment de l'enquête et seulement 8 % une méthode moderne. Une analyse de contingence couplée à une analyse factorielle des correspondances multiples a été utilisée afin d'étudier les ressemblances et les dissemblances des femmes quant à l'utilisation de la contraception. Cette analyse descriptive a montré que la pratique contraceptive est presque exclusivement le fait des femmes du milieu urbain, instruites, non encore mariées et sexuellement actives pour la plupart. Les femmes résidant en milieu rural, lesquelles sont pour la grande majorité non instruites, semblent être en marge de l'utilisation de la contraception.

Pour conforter les résultats de l'analyse descriptive, une analyse explicative a été produite pour cerner les déterminants de la contraception. Cette analyse, basée sur la régression logistique, a montré que les caractéristiques de la femme qui influencent principalement l'utilisation de la contraception sont : le niveau d'instruction de la femme et son lieu de résidence. Les femmes qui ne sont pas en union ont plus de chance d'utiliser une méthode de contraception que les autres. D'autre part, les femmes qui ont accès à un médium écrit ont plus de chance de recourir à la contraception que les autres. Avoir des conditions de vie décente influe aussi positivement sur l'utilisation de la contraception. Il faut dire que ces deux facteurs sont fortement liés à la vie en milieu urbain, vecteur de modernité et de changement de comportement. Enfin, l'utilisation de la contraception est fortement tributaire de l'attitude du conjoint vis-à-vis de la planification familiale, de son ouverture et surtout de son statut dans l'activité. Ainsi, les femmes dont le conjoint travaille dans le secteur moderne ont six fois plus de chance de recourir à la contraception que celles dont le conjoint exerce

dans l'agriculture. L'ensemble de ces résultats confirme globalement les postulats de départ. Une analyse des déterminants de la pratique contraceptive générale (moderne et naturelle) donne globalement les mêmes résultats qui sont présentés dans le tableau A8.

Cependant, s'il est vrai que la recherche des déterminants de la demande de contraception permet de diriger et d'orienter convenablement les politiques contraceptives, il n'en demeure pas moins vrai que les recherches doivent également se tourner davantage vers les facteurs de l'offre. Comment diriger les politiques de sensibilisations ? Comment toucher les femmes dans leur diversité ? Des questions auxquelles les données de l'enquête démographique et de santé ne permettent pas de répondre et pour lesquelles il faut à la fois des études qualitatives et quantitatives spécifiques sur l'offre de contraception.

Références bibliographiques

- Adongo P.B., Phillips J.F. and Binka F.N., 1998 - The influence of traditional religion on fertility regulation among the Kassena-Nankana of Northern Ghana. *Studies in Family Planning*, 29 (1) : 23-40.
- Andro A., 2000 - *Pratique contraceptive cachée : mesure du phénomène et analyse de ses déterminants en Afrique de l'Ouest*. La chronique du CEPED, n° 18, Paris.
- Anipah K., Mboup G., Ouro-Gnao A.M. *et al.*, 1999 - Enquête Démographique et de Santé au Togo 1998. Direction de la Statistique, Macro International Inc., Calverton Maryland, USA, 287 p.
- Caldwell J., Orubuloye I. et Caldwell P., 1992 - Fertility Decline in Africa : a new type of Transition ? *Population and Development Review*, 18, 2 : 211-242.
- Coale A.J., 1973 - The demographic transition. in *International Population Conference, Liège*. Liège, UIESP, vol. 1 : 53-93.
- Cochrane S., 1979 - *Education and Fertility : What do we really know ?* Johns Hopkins University Press, Baltimore.
- Fall S. et N'Gom P., 2001 - *Baisse de la fécondité en Afrique francophone : tendances récentes et futures*. New York : Population division Departement of Economic and Social Affairs United Nation Secretariat, 17 p.
- Gage A., 1995 - Women's Socioeconomic Position and Contraceptive Behavior in Togo. *Studies in Family Planning*, 26, 5 : 264-277.
- Komba A. et Aboud S., 1994 - Fertility Levels, Trends and Socioeconomic Differentials : Findings from the Tanzanian Demographic and Health Survey. in *Fertility Trends and Determinants in six African Countries*, DHS, Calverton : 42-87.
- Kotokou K. 1999 - *Identification des facteurs qui influencent l'acceptation des méthodes contraceptives à Lomé*. Document de travail n° 7, Lomé, URD, 22 p.
- Kouwonou K., 1994 - Pour une évaluation du programme de planification familiale au Togo. in Gendreau F., Nzita Kikhela D. et Guérin V. (éds), *L'évaluation des politiques et programmes de population*. Universités francophones, Actualité scientifique, Paris, John Libbey Eurotest : 261-271.
- Kouwonou K. et Messan A., 1999 - *Fécondité et planification familiale au Sud-est Togo par une approche qualitative*. Etudes Togolaises de Population n° 16, Lomé, URD, 45 p.
- Kritz M. et Makinwa-Adebusoye P., 1994 - *Ethnic Differences in Demand for Khildren in Nigeria : The Role of women s control*. PAA meeting, Miami, may.
- Locoh T., 1991 - Familles dans la crise et politiques de population en Afrique subsaharienne. in *Famille dans la crise*, Paris, CEPED-INED : 78- 90.

- Locoh T. et Makdessi Y., 1996 - *Politique de Population et baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne*. Paris, Les Dossiers du CEPED, n° 44, 47 p.
- Nations unies, 1992 - *Conditions de la femme et population : le cas de l'Afrique francophone*. Paris, Nations unies-CEPED-FNUAP-URD, 116 p.
- Page H., 1988 - La fécondité et la planification familiale en Afrique. in *L'état de la démographie africaine*. UIESP, Liège : 29-44.
- Pullum T.W., 1991 - *The relationship of service availability to contraceptive use in rural Guatemala*. DHS, IRD/Macro International, Inc. (Columbia, Md.), vol. 2, 60 p.
- Rutenberg N., Ayad M., Ocho L. et Wilkinson M., 1991 - Knowledge and Use of Contraception. *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, n° 6, Institute of Resource Development.
- Shapiro D. et Tambashe O., 1994 - The Impact of Women's Employment and Education on Contraceptive Use and Abortion in Kinshasa. *Studies in Family Planning*, 25, 2 : 96-110.
- Vimard P., 1996 - Evolution de la fécondité et crises africaines. in Coussy J. et Vallin J. (éds), *Crise et Population en Afrique*. Paris, Les Etudes du CEPED, n° 13 : 293-319.

ANNEXES

Annexe 1

Tableau A1 – Les variables de l'analyse

VARIABLES
La variable à expliquer
Méthode contraceptive utilisée par la femme au moment de l'enquête
Les variables explicatives
1. Caractéristiques de la femme Âge État matrimonial Niveau d'instruction Religion – Vie professionnelle A actuellement un travail ? Type de travail Jouit d'un revenu monétaire ? – Vie génésique Nombre d'enfants nés vivants Nombre d'enfants en vie Nombre d'enfants décédés Nombre d'enfants souhaités Désir d'avoir d'autres enfants
2. Caractéristiques de l'offre – Approvisionnement en contraceptifs A accès à une source d'approvisionnement ? Type de source Difficultés d'accès à la source Lieu de résidence habituel – Exposition aux médias d'information Média audio Média visuel
3. Rapports homme/femme au sein du couple Niveau d'instruction Profession Discussion Attitude face à la planification

Tableau A2 – Répartition des femmes enquêtées selon la méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête

Modalités	Effectifs	Limite inférieure	Fréquence	Limite supérieure	Es	Hm
Stérilisation	23	0,3	0,3	0,3	0,0	0,010
Méthodes modernes	652	7,6	7,6	7,6	0,0	0,122
Méthodes naturelles	1544	18,0	18,0	18,0	0,0	0,192
Méthodes traditionnelles	22	0,3	0,3	0,3	0,0	0,010
Aucune méthode	6328	73,8	73,8	73,8	0,0	0,139
Total	8569		100,0			
Coefficient de Répartition						0,472

Notes : Méthodes modernes : pilule, DIU, injection, condom ; Méthodes naturelles : retrait, OGINO ; Méthodes traditionnelles : gris-gris, infusion, bagues ; Es : Erreur standard ; Hm : Coefficient d'entropie.

Tableau A3 – Associations globales et locales entre les variables relevant les variables caractéristiques de la femme et la variable « Utilisation d'une méthode contraceptive »

Variables	Méthode contraceptive utilisée					Total	Statistiques
	Ster.	Mod.	Nat.	Pop.	Auc.		
Âge							
15-24 ans	-3,7	+2,5	+0,7	-0,1	-1,6	8,7	Khi-deux : 54,4*** Degré de liberté : 12 Cn de Pearson : 0,092
25-34 ans	-1,2	-0,3	+1,8	-1,1	-1,1	5,5	
35-44 ans	+3,3	-1,4	-0,2	+0,9	+0,4	6,1	
45 ans et +	+2,6	-1,9	-4,2	-0,1	+4,4	13,2	
Total	10,8	6,1	6,8	2,3	7,5	33,5	
État matrimonial							
Célibataire	-2,7	+5,9	+3,1	-0,1	-5,9	17,6	Khi-deux : 57,0*** Degré de liberté : 8 Cn de Pears. : 0,100
Divorcée/Séparée	+0,7	-0,1	-0,9	-0,7	+0,8	3,3	
Mariée	+1,8	-5,4	-2,3	+0,3	+5,0	14,8	
Total	5,2	11,4	6,7	1,1	11,7	46,4	
Instruction							
Sans instruction	+0,9	-12,7	-3,9	-0,2	+11,0	28,6	Chi-deux : 413,9*** Degré de liberté : 16 Cn de Pears. : 0,240
Primaire	-1,1	+ 2,3	-2,3	-0,5	+ 0,9	7,1	
Secondaire	-0,3	+11,1	+6,1	+0,9	-12,2	30,7	
Lycée 2	+0,1	+ 9,6	+5,0	-1,0	-10,2	25,8	
Supérieur	-0,8	+ 2,2	+3,6	-0,8	- 4,6	12,0	
Total	3,2	37,9	20,9	3,4	38,8	104,1	
Religion							
Catholique	+1,2	+7,7	+2,8	+1,9	-7,5	21,1	Khi-deux : 162,8*** degré de liberté : 20 Cn de Pears. : 0,153
Protestante	-0,1	+4,0	+1,6	-0,8	-3,8	10,3	
Musulmane	-1,2	+0,8	-0,3	-1,1	-0,0	3,4	
Animiste	-0,8	-7,8	+0,7	-0,6	+4,2	14,2	
Chrétienne+	-0,7	-1,1	-2,1	-0,6	+2,6	7,0	
Sans religion	+0,3	-3,2	-4,4	-0,3	+5,7	13,8	
Total	4,2	24,6	11,8	5,3	23,8	69,8	
Occupation							
Oui	+2,1	-1,1	+0,1	+1,0	+0,2	4,6	Khi-deux : 6,9 Degré de liberté : 4 Cn de Pears. : 0,040
Non	-2,1	+1,1	-0,1	-1,2	-0,2	4,8	
Total	4,2	2,3	0,2	2,2	0,4	9,3	
Revenu							
Oui	+1,9	+2,1	+2,3	-1,2	-3,4	10,8	Khi-deux : 16,0* Degré de liberté : 4 Cn de Pears. : 0,068
Non	-2,0	-2,1	-2,3	+0,9	+3,4	10,6	
Total	3,9	4,1	4,6	2,0	6,7	21,4	
Intervalle							
Moins 2 ans		-0,6	+8,2	+0,1	-6,9	15,8	Khi-deux : 75,8*** Degré de liberté : 6 Cn de Pears. : 0,149
2 à 3 ans		+0,5	-7,9	-0,1	+6,7	15,2	
4 ans +		+0,1	-1,1	-0,8	+0,9	2,9	
Total		1,3	17,2	0,9	14,5	33,8	
Nombre d'enfants désirés							
0 à 3	-1,6	+8,7	+3,9	+1,5	-8,8	24,5	Khi-deux : 170,2*** Degré de liberté : 12 Cn de Pears. : 0,161
4 à 6	+2,1	-0,4	-0,6	-0,6	+0,6	4,3	
7 et plus	-0,2	-4,9	+0,2	-0,7	+2,9	8,9	
Selon Dieu	-1,8	-5,7	-4,6	-1,1	+7,7	20,9	
Total	5,7	19,8	9,3	3,9	19,9	58,6	

Notes : Chrétienne+ = autres religions chrétiennes ; *** : significatif au niveau de confiance 99 % ($p < 0.01$).

Tableau A4 – Associations locales et globales entre les variables « Utilisation d'une méthode contraceptive » et les caractéristiques de l'offre :
« Accès à une source d'approvisionnement en contraceptifs »,
« Accès aux media audio et visuel » et « Lieu de résidence »

Caractéristiques de l'offre	Méthode contraceptive utilisée					Total
	Ster.	Moder.	Natur.	Popul.	Aucune	
Accès à une source d'approvisionnement						
Oui	+1,9	+2,1	+2,3	-1,2	-3,4	10,8
Non	-2,0	-2,1	-2,3	+0,9	+3,4	10,6
Total	3,9	4,1	4,6	2,0	6,7	21,4
Khi-deux : 16,0*** Degré de liberté : 4 Cn de Pearson : 0,068						
Médium audio						
Oui	+1,9	+8,1	+1,6	-2,0	-6,3	-19,9
Non	-2,2	-8,1	-1,6	+1,8	+6,3	+20,1
Total	4,1	16,2	3,2	3,8	12,6	40,0
Khi-deux : 80,6*** Degré de liberté : 4 Cn de Pearson : 0,137						
Médium visuel						
Oui	+0,1	+9,5	+2,8	-1,1	-8,1	+21,6
Non	-0,5	-9,5	-2,8	+0,9	+8,1	-21,8
Total	0,6	19,0	5,6	2,0	16,2	43,4
Khi-deux : 108,4*** Degré de liberté : 4 Cn de Pearson : 0,158						
Lieu de résidence						
Lomé	-0,6	+6,1	+0,3	+0,0	-3,9	10,8
Autres villes	-0,4	+6,2	+0,4	+0,1	-4,9	13,0
Village	+0,1	-7,2	+0,1	-0,3	+4,2	12,7
Étranger	-1,3	-2,5	-2,0	-0,7	+3,4	9,9
Total	3,3	21,9	3,7	1,1	16,4	46,4
Khi-deux : 241,9*** Degré de liberté : 8 Cn de Pearson : 0,177						

*** : significatif au niveau de confiance 95 % ($p \leq 0,05$).

Tableau A5 – Associations globales et locales entre les variables « Utilisation d'une méthode contraceptive » et le profil du conjoint : « Niveau d'instruction du conjoint », « Profession du conjoint », « discussion en matière de planification familiale » et « Attitude envers la planification familiale »

Rapport homme/femme	Méthode contraceptive utilisée					Total
	Ster.	Moder.	Natur.	Popul.	Aucune	
Niveau d'instruction						
Sans instruction	-0,7	-7,5	-0,0	-1,1	+4,6	14,0
Primaire	+0,3	-2,0	-2,7	+0,5	+3,4	8,8
Second. 1	-0,3	+5,5	+1,2	+0,6	-4,4	11,9
Second. 2	+1,0	+5,8	+3,0	-1,3	-6,1	17,2
Supérieur	-1,1	+5,4	+0,1	-0,0	-3,2	9,8
Total	3,4	26,2	7,0	3,6	21,6	61,7
Khi-deux : 148,2*** Degré de liberté : 16 Cn de Pearson : 0,171						
Profession						
Sans emploi						
Agriculture	-0,1	-0,3	-0,3	-0,1	+13,6	14,4
Artisanat	-0,1	-8,2	-10,6	+0,0	+0,4	20,3
Commerce ou service	-1,6	+2,7	+4,4	+0,7	-4,9	10,8
Secteur moderne	-1,3	+3,1	+2,9	-0,4	-4,0	11,7
Secteur moderne	+3,6	+6,7	+8,3	-0,7	-11,3	32,0
Autre	-0,1	-0,3	-0,3	-0,1	+0,4	1,2
Total	6,8	21,3	20,8	2,0	40,0	90,4
Khi-deux : 256,5*** Degré de liberté : 20 Cn de Pearson : 0,213						
Discussion						
Jamais	-0,8	-14,2	-13,1	-1,7	+20,5	50,3
1 ou 2 fois	+3,3	+2,8	-1,4	0,0	-1,4	9,0
Plus souvent	+1,0	+11,6	+5,6	+3,3	-13,1	34,6
Pas de conjoint	-2,6	+3,7	+10,5	-0,6	-10,2	27,6
ND	-0,1	+2,1	-0,5	-0,1	-1,1	3,9
Total	7,8	34,4	31,1	5,7	46,3	125,3
Khi-deux : 556,4*** Degré de liberté : 16 Cn de Pearson : 0,264						
Attitude du conjoint						
Favorable	+3,9	+9,4	+0,5	+1,4	-7,9	23,1
Non favorable	-0,5	-4,9	-5,7	-0,7	+8,0	19,8
SO	-2,6	+3,8	+10,5	-0,6	-10,2	27,7
ND	-1,1	-11,0	-7,8	-0,3	+14,0	34,2
Total	8,1	29,1	24,5	3,0	40,1	104,8
Khi-deux : 385,1*** Degré de liberté : 12 Cn de Pearson : 0,222						

Note : ** *: significatif au niveau de confiance 99 % ($p < 0.01$).

Figure A1 – Représentation du premier plan factoriel

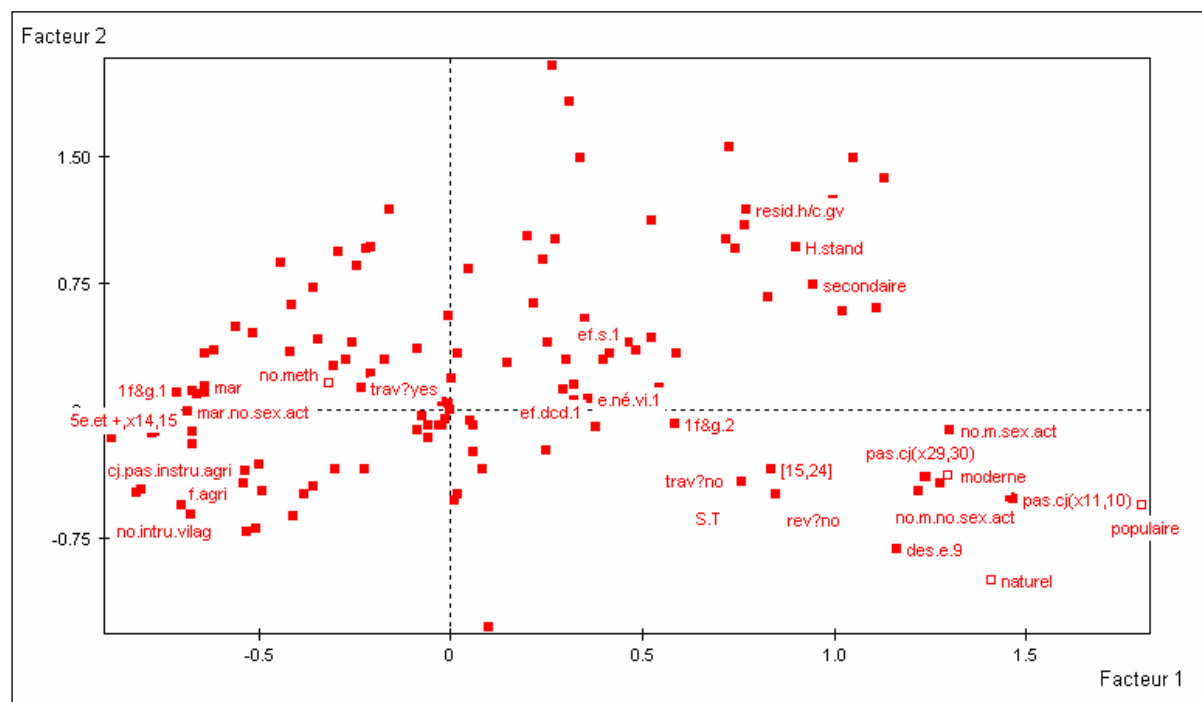


Tableau A6 – Correspondances des abréviations de l'AFCM

Variables	Signification
1Fet G	A au moins 1 fille et 1 garçon en vie
Mar	Mariée
Trav?yes	Travaille actuellement ? Oui
Cj pas instru agriculteur	Conjoint pas instruit agriculteur
f.agriculteur	Profession principale de la femme agriculteur
No.instru.village	Femme pas instruite vivant dans un village
Ef.s.1	Nombre d'enfants souhaités : 4 enfants et moins
e.né.vie.1	Nombre d'enfants nés vivants : 4 enfants et moins
Ef.dcd.1	Nombre d'enfants décédés : 4 enfants et moins
[15, 24]	Femmes de 15 à 24 ans
S.T	Femme sans travail
Rev?no	Femme sans revenu monétaire
No.mar.se.act	Non mariée sexuellement active
No.mar.no.sex.act	Non mariée non sexuellement active
Pas c j(x29, x30)	pas de conjoint (avis du conjoint sur la planification familiale et discussion de la planification familiale avec celui-ci)
Résidh.c.gv	Résidence habituelle : capitale ou grandes villes
H.st	Haut standing
Secondaire	Femme ayant le niveau du secondaire

Tableau A7 – Analyse de régression logistique sur les probabilités d'utiliser une méthode contraceptive moderne

Variable dépendante : la pratique contraceptive moderne (1 si la femme utilise une méthode contraceptive moderne, 0 dans le cas contraire)			
Variables explicatives (modalités de références)	Rapport de côte/Significativité		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
1. CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME			
Niveau d'instruction (<i>Sans instruction</i>)			
Primaire	1,824***	1,349***	1,246*
Secondaire (collège ou lycée)	3,445***	1,596***	1,425**
Supérieur	3,146**	1,034	0,853*
Vie génésique			
- Au moins une fille et un garçon en vie (<i>Oui</i>)			
Non	0,643***	0,811	0,841
- Nombre d'enfants nés vivants (<i>plus de quatre enfants</i>)			
4 enfants et moins	0,650**	0,662**	0,694**
- Nombre d'enfants décédés (<i>au moins un enfant décédé</i>)			
Pas d'enfant décédé	1,301**	1,270	1,159
- Désire autres enfants (<i>Oui</i>)			
Non	1,413**	1,344**	1,262*
- Nombre total d'enfants souhaité (<i>5 enfants et plus</i>)			
4 enfants et moins	1,312**	1,242*	1,158
ND	0,557**	0,74	0,840
Situation matrimoniale et Activité sexuelle (<i>Mariée sexuellement active</i>)			
Mariée non sexuellement active	0,253***	0,249***	0,268***
Non mariée sexuellement active	3,025***	3,412***	3,39***
État matrimonial (<i>Célibataire</i>)			
Divorcée/Veuve/Séparée	0,542**	0,408***	0,401***
Union libre	1,551**	1,343**	0
Mariée	1,411**	1,046	0
2. OFFRE DE CONTRACEPTION			
Lieu de résidence habituel (<i>Villages</i>)			
Capitale et grandes villes		1,340**	1,360**
Autres villes		1,339**	1,353**
Connaissance source (<i>Ne connaît pas</i>)			
Connaît		12428,212**	10684,959***
3. RAPPORT HOMME/FEMME			
Attitude face à la planification familiale (<i>Non favorable</i>)			
Favorable			1,725***
Discussion (<i>Jamais</i>)			
Une ou deux fois			1,910***
Plus souvent			2,585***
Constant	0,05***	0,006***	0,217
-2 Log de vraisemblance	3787,582	2990,276	2884,220
Khi deux	657,410***	1454,716***	1560,772***

*** Significative à 1 % ; ** significative à 5 % ; * significative à 10 % ; ° variables dichotomiques.

Tableau A8 – Analyse de régression logistique sur les probabilités d'utiliser une méthode contraceptive générale (moderne et/ou naturelle)

Variable dépendante : la pratique contraceptive moderne et/ou naturelle (1 si la femme utilise une méthode contraceptive, 0 dans le cas contraire)			
Variables explicatives (<i>modalités de références</i>)	Rapport de côte/Significativité		
	Modèle 1	Modèle 2	Modèle 3
1. Caractéristiques de la femme			
Niveau d'instruction (<i>Sans instruction</i>)			
Primaire	1,842***	1,480***	1,242**
Secondaire (collège ou lycée)	3,574***	2,442***	1,931***
Supérieur	3,358**	1,880*	1,293
vie génésique			
- Au moins une fille et un garçon en vie (<i>Oui</i>)			
Non	0,708**	1,002	0,876
- Nombre d'enfants nés vivants (<i>plus de quatre enfants</i>)			
4 enfants et moins	0,636**	0,894	0,970
- Nombre d'enfants décédés (<i>au moins un enfant décédé</i>)			
Pas d'enfant décédé	1,357**	1,512***	1,223*
- Désire autres enfants (<i>Oui</i>)			
Non	1,353**	1,515***	1,599***
- Nombre total d'enfants souhaité (<i>5 enfants et plus</i>)			
4 enfants et moins	1,323**	1,413***	1,271**
ND	0,564**	0,707**	0,742*
Situation matrimoniale et Activité sexuelle (<i>Mariée sexuellement active</i>)			
Mariée non sexuellement active	0,257***	0,239***	0,239***
Non mariée sexuellement active	1,799***	3,053***	29,469
Non mariée non sexuellement active	0,553***	0,747**	29,469
2. Offre de contraception			
Lieu de résidence habituel (<i>Villages</i>)			
Capitale et grandes villes			
Autres villes			
standing de l'habitat (<i>Bas</i>)			
Haut			
Moyen			
Connaissance source (<i>Ne connaît pas</i>)			
Connaît			
Médium écrit (<i>Non</i>)			
Oui			

Tableau A8 – suite

3. Rapport homme/femme			
Travail actuel du conjoint (<i>Agriculture</i>)			
Sans travail			1,207
Artisanat			1,434**
Commerce ou service			1,644***
Secteur moderne			5,571***
Attitude face à la planification familiale (<i>Non favorable</i>)			
Favorable			1,753***
Discussion (<i>Jamais</i>)			
Une ou deux fois			2,195***
Plus souvent			3,130***
Constant	0,055***	0,159***	0,642
-2 Log de vraisemblance	3797,296	5166,818	4893,911
Khi deux	647,696***	1909,076***	2181,983***

*** Significative à 1 % ; ** significative à 5 % ; * significative à 10 %.

Annexe 2

Tableau A9 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'âge

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
âge	[15,24]		9.4	13.6	.3	76.7	100.0	2920
	[25,34]	.2	8.6	7.9	.2	83.1	100.0	2524
	[35,44]	.6	7.9	6.7	.4	84.3	100.0	1562
	45 et plus	.9	8.0	4.3	.5	86.3	100.0	437
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A10 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le niveau d'instruction

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
niveau d'instruction	non instruite	.3	4.8	4.7	.3	89.9	100.0	3703
	primaire	.2	9.6	10.6	.2	79.4	100.0	2487
	secondaire	.3	18.5	22.4	.4	58.4	100.0	1213
	supérieur		20.0	30.0		50.0	100.0	40
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A11 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la religion

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
religion	Catholique	.2	9.1	8.1	.2	82.4	100.0	1225
	Protestant	.3	5.0	4.6	.3	89.8	100.0	2698
	Musulman	.4	12.8	14.4	.2	72.3	100.0	571
	Animiste	.2	12.5	15.6	.5	71.1	100.0	2117
	Aut religion	.2	7.6	10.3	.2	81.6	100.0	828
	ND		25.0			75.0	100.0	4
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A12 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'état matrimonial

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
état matrimonial	célibataire		10.8	16.9	.3	72.0	100.0	1982
	divorcée, veuve, séparée	.2	8.9	6.2	.2	84.4	100.0	481
	en union libre	.2	9.9	8.0	.2	81.6	100.0	473
	mariée	.4	7.7	7.1	.3	84.6	100.0	4507
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A13 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le lieu de résidence habituel

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
lieu de résidence habituel	capitale et grandes villes	.1	12.8	15.4	.3	71.4	100.0	1297
	autres villes	.3	12.6	14.2	.3	72.6	100.0	1466
	villages	.3	6.4	6.7	.3	86.3	100.0	4680
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A14 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'accès à un médium audio

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
accès hebdomadaire à un médium audio	Oui	.5	13.9	14.1	.1	71.5	100.0	1523
	Non	.2	7.4	8.5	.4	83.5	100.0	5906
	ND		14.3	21.4		64.3	100.0	14
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A15 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'accès à un médium visuel

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
accès hebdomadaire à un médium visuel	Oui	.4	17.0	17.3	.1	65.3	100.0	800
	Non	.2	7.7	8.7	.3	83.0	100.0	6624
	ND		5.3	21.1		73.7	100.0	19
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A16 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'accès à un médium écrit

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
accès hebdomadaire	Oui	.3	14.3	17.4	.5	67.6	100.0	1071
à un médium écrit	Non	.3	7.8	8.3	.3	83.4	100.0	6332
	ND		10.0	22.5		67.5	100.0	40
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A17 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée, l'exercice d'une activité économique par la femme

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
femme travaille	Oui	.3	8.6	9.1	.3	81.6	100.0	5699
actuellement	Non	.1	9.2	11.6	.2	79.0	100.0	1737
	SO		14.3			85.7	100.0	7
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A18 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la profession principale de la femme

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
profession	STravail	.1	9.1	12.1	.2	78.5	100.0	1483
principale	Trav. lie agri.	.3	4.8	4.3	.3	90.3	100.0	1840
femme	Tr. lie artis.	.4	10.6	11.8	.3	77.0	100.0	1702
	Trav. lie com	.2	9.7	9.8	.4	79.8	100.0	2238
	sect moderne	1.5	19.1	23.7		55.7	100.0	131
	ND		6.1	20.4		73.5	100.0	49
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A19 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'obtention d'un revenu monétaire

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisée	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
revenu	Oui	.4	9.1	9.3	.3	81.0	100.0	4711
en argent	Non	.1	7.1	8.1	.5	84.3	100.0	1247
	ND	.1	9.1	12.2	.2	78.5	100.0	1485
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A20 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le désir d'avoir d'autres enfants

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
désire avoir	Oui		9.6	11.4	.2	78.8	100.0	4964
d'autres enfants	Non	1.2	10.8	9.6	.6	77.8	100.0	1540
	SO		.7	1.0	.1	98.2	100.0	935
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7439

Tableau A21 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le niveau d'instruction du conjoint

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
niveau		.7	7.0	5.7		86.6	100.0	299
d'instruction	non instruite	.3	4.9	2.7	.2	91.9	100.0	2173
du conjoint	primaire	.3	6.9	6.5	.4	85.9	100.0	1368
	secondaire	.5	12.6	13.4	.3	73.2	100.0	1437
	supérieur		18.3	17.1	.6	64.0	100.0	175
	so, nsp		10.8	16.8	.3	72.1	100.0	1991
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A22 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la profession du conjoint

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
travail			9.5	7.1		83.3	100.0	42
actuel	sans travail					100.0	100.0	1
du	travail lié à l'agriculture	.3	5.1	3.6	.3	90.6	100.0	2888
conjoint	travail lié à l'artisanat	.1	9.6	9.6	.4	80.4	100.0	1476
	travail lié au commerce		11.6	10.3	.2	77.8	100.0	465
	secteur moderne ou p	1.2	15.0	15.3	.2	68.4	100.0	588
	pas de conjoint		10.8	16.9	.3	72.0	100.0	1982
	NSP					100.0	100.0	1
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A23 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'avis du conjoint sur la planification familiale

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
conjoint favorable à la PF	Oui	.6	13.2	9.9	.4	75.8	100.0	2383
	Non	.2	4.8	4.8	.2	90.0	100.0	1052
	SO	.0	10.5	14.8	.2	74.4	100.0	2469
	NP	.1	1.7	4.4	.3	93.5	100.0	1539
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A24 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la discussion de la planification familiale au sein du couple

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
discussion de la PF avec le conjoint	Jamais	.2	2.5	3.6	.2	93.5	100.0	2649
	1 ou 2 fois	.7	10.7	8.7	.3	79.7	100.0	1358
	Plus souvent	.4	18.5	14.6	.8	65.6	100.0	971
	Pas de conj	.0	10.5	14.8	.2	74.4	100.0	2463
	ND		50.0			50.0	100.0	2
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A25 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la source d'approvisionnement en contraceptif

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
source d'approvisionnement en contraceptif	S Med pu	4.3	95.7				100.0	347
	S Med. pr	3.5	96.5				100.0	86
	Aut S. pr	.4	99.6				100.0	229
	SO		.1	10.6	.3	88.9	100.0	6781
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A26 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptif

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptif	Connait une source	.5	17.6	11.4	.4	70.1	100.0	3656
	N'en connais pas			8.1	.1	91.8	100.0	3763
	ND		29.2	4.2	8.3	58.3	100.0	24
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A27 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'avis du conjoint sur la planification familiale

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
conjoint favorable à la PF	Oui	.6	13.2	9.9	.4	75.8	100.0	2383
	Non	.2	4.8	4.8	.2	90.0	100.0	1052
	SO	.0	10.5	14.8	.2	74.4	100.0	2469
	NP	.1	1.7	4.4	.3	93.5	100.0	1539
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Tableau A28 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la difficulté d'accès à la source d'approvisionnement en contraceptif

		méthode contraceptive utilisée					Total	
		sterilisee	moderne	naturelle	populaire	aucune	%	Effectif
difficulté d'accès à la source d'approvisionnement	Oui	2.8	97.2				100.0	177
	Non	3.1	96.9				100.0	454
	SO		.6	10.6	.3	88.5	100.0	6812
Total		.3	8.7	9.7	.3	81.0	100.0	7443

Liste des tableaux et figure

Tableau A1 – Les variables de l'analyse.....	35
Tableau A2 – Répartition des femmes enquêtées selon la méthode contraceptive utilisée au moment de l'enquête	36
Tableau A3 – Associations globales et locales entre les variables relevant les variables caractéristiques de la femme et la variable « Utilisation d'une méthode contraceptive »	37
Tableau A4 – Associations locales et globales entre les variables « Utilisation d'une méthode contraceptive » et les caractéristiques de l'offre : « Accès à une source d'approvisionnement en contraceptifs », « Accès aux media audio et visuel » et « Lieu de résidence ».....	38
Tableau A5 – Associations globales et locales entre les variables « Utilisation d'une méthode contraceptive » et le profil du conjoint : « Niveau d'instruction du conjoint », « Profession du conjoint », « discussion en matière de planification familiale » et « Attitude envers la planification familiale ».....	39
Tableau A6 – Correspondances des abréviations de l'AFCM.....	40
Tableau A7 – Analyse de régression logistique sur les probabilités d'utiliser une méthode contraceptive moderne	41
Tableau A8 – Analyse de régression logistique sur les probabilités d'utiliser une méthode contraceptive générale (moderne et/ou naturelle)	42
Tableau A9 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'âge	44
Tableau A10 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le niveau d'instruction	44
Tableau A11 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la religion	44
Tableau A12 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'état matrimonial.....	45
Tableau A13 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le lieu de résidence habituel	45
Tableau A14 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'accès à un médium audio.....	45
Tableau A15 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'accès à un médium visuel.....	45

Tableau A16 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'accès à un médium écrit	46
Tableau A17 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée, l'exercice d'une activité économique par la femme.....	46
Tableau A18 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la profession principale de la femme	46
Tableau A19 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'obtention d'un revenu monétaire	46
Tableau A20 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le désir d'avoir d'autres enfants	47
Tableau A21 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et le niveau d'instruction du conjoint	47
Tableau A22 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la profession du conjoint	47
Tableau A23 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'avis du conjoint sur la planification familiale	48
Tableau A24 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la discussion de la planification familiale au sein du couple	48
Tableau A25 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la source d'approvisionnement en contraceptif	48
Tableau A26 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la connaissance d'une source d'approvisionnement en contraceptif.....	48
Tableau A27 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et l'avis du conjoint sur la planification familiale	49
Tableau A28 – Répartition des femmes potentiellement fécondes selon la méthode contraceptive utilisée et la difficulté d'accès à la source d'approvisionnement en contraceptif.....	49
 Figure A1 – Représentation du premier plan factoriel	 40

Liste des sigles utilisés

AFCM	Analyse factorielle des correspondances multiples
CEPED	Centre population et développement
DHS	Demographic and Health Survey
DIU	Dispositif intra utérin
EDST	Enquête démographique et de santé Togo
GRIPPS	Groupe international de partenaires population-santé
IRD	Institut de recherche pour le développement
ISF	Indice synthétique de fécondité
MST	Maladie sexuellement transmissible
ND	Non déterminé
SIDA	Syndrome de l'immuno-déficience acquise
SO	Sans objet
URD	Unité de recherche démographique

Table des matières

INTRODUCTION	5
1. LE CONTEXTE ANALYTIQUE DE L'ÉTUDE	9
1.1. Les objectifs de l'étude	11
1.2. Les hypothèses de recherche.....	11
1.2.1. Les caractéristiques de la femme	11
1.2.2. Les paramètres relevant de l'offre	12
1.2.3. Les rapports homme/femme au sein du couple.....	12
1.3. Les données et l'approche méthodologique.....	13
1.3.1. L'enquête EDST-2	13
1.3.2. Les variables retenues pour l'analyse	13
1.3.3. L'approche d'analyse	14
2. ANALYSE DE L'ASSOCIATION ENTRE LES VARIABLES EXPLICATIVES ET LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE.....	17
2.1. Examen de la distribution de fréquences de la variable « Pratique contraceptive ».....	17
2.2. Liens statistiques entre la variable « pratique contraceptive » et les variables explicatives	18
2.2.1. Caractéristiques de la femme	18
2.2.2. L'influence des paramètres de l'offre	21
2.2.3. Les rapports homme/femme	22
2.3. Vue d'ensemble du réseau d'influences de ces facteurs	23
3. LES DÉTERMINANTS DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE.....	25
CONCLUSION	29
Références bibliographiques	31
Annexes	33
Annexe 1– Tableaux A1 à A8.....	35
Annexe 2 – Tableaux A9 à A28.....	44
Liste des tableaux et figure.....	51
Liste des sigles utilisés	53

Légende de la photo de couverture

© – Stéphane Brabant
Femme Seerer migrant de son village de Niakhar vers Dakar pour y travailler

Imprimé en France
Par PRÉSENCE GRAPHIQUE
2, rue de la Pinsonnière – 37260 MONTS
N° d'imprimeur :

Dépôt légal 3^e trimestre 2007

Le présent ouvrage, consacré au Togo, a été rédigé dans le cadre d'un programme de recherche sur les facteurs de la contraception en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale. Ce programme a été mené par le Groupe international de partenaires population-santé (Gripps), qui est un réseau d'équipes menant des recherches relatives à la santé de la reproduction et à la transition de la fécondité dans le but de documenter les processus de changements démographiques en Afrique.

C'est dans cette perspective que le Gripps a entrepris un programme d'analyses comparatives consacré à la planification familiale en Afrique. Ce programme a eu pour fondements théoriques et méthodologiques un protocole d'analyse et des programmes informatiques élaborés spécifiquement pour permettre de rendre comparables les résultats des différentes analyses produites. Il a eu également pour soubassement empirique les données des enquêtes démographiques et de santé (EDS). Le programme a consisté en plusieurs analyses approfondies de la pratique contraceptive et de ses facteurs dans six pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Sénégal et Togo. L'ensemble des documents de ce programme a été publié par le CEPED sous forme d'un CD-ROM et les études par pays ainsi que la synthèse sont également publiées sous forme d'ouvrages.

La première partie de cet ouvrage est consacrée à l'approche méthodologique suivie lors de l'analyse des données de l'enquête démographique et de santé réalisée au Togo en 1998. Dans les parties suivantes de l'ouvrage, dédiées aux déterminants de la contraception, l'auteur analyse les liens entre la contraception et les principaux facteurs de son utilisation et nous présente un modèle des déterminants de la pratique contraceptive. Les résultats statistiques sont présentés dans l'annexe du document.

Kokou VIGNIKIN, titulaire d'un Ph. D. de l'Université de Montréal, est économiste-démographe et actuellement Directeur de l'Unité de recherche démographique (URD) à l'Université de Lomé (Togo). Son principal champ d'intérêt scientifique est l'étude de la famille africaine et plusieurs de ses publications portent sur les thématiques suivantes : la taille et la structure des ménages, les transformations familiales en milieu agricole, les relations de genre et les relations intergénérationnelles à l'intérieur des familles, l'évolution du système traditionnel de socialisation des enfants. La prégnance du VIH/Sida en Afrique l'a conduit à orienter ses préoccupations actuelles vers l'impact de cette pandémie sur l'état et le fonctionnement des familles. Il est le point focal au Togo du Groupe international de partenaires population-santé (Gripps).

Prix : 15 €
ISSN : 1776-6184
ISBN : : 978-2-87762-172-4

<http://ceped.cirad.fr>



Regards sur