

**LA SEPTIEME CONFERENCE AFRICAINE SUR LA POPULATION**

**Johannesburg, Afrique du Sud**

*30 novembre – 4 décembre 2015*

**LE DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE EN  
AFRIQUE :  
*PERSPECTIVES, OPPORTUNITES ET DEFIS***

**DISCUSSION ENTRE CONJOINTS SUR  
L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION ET  
MODIFICATION DES COMPORTEMENTS DE  
FECONDITE AU TOGO**

TCHITOU Ibitola  
Unité de Recherche Démographique-Lomé  
et  
VIGNIKIN Kokou  
Unité de Recherche Démographique-Lomé

Novembre 2015

## INTRODUCTION

Grâce aux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), on sait aujourd'hui que le déclin de la fécondité est bien amorcé dans l'ensemble des pays d'Afrique subsaharienne quoique les niveaux du phénomène restent les plus élevés de toutes les grandes régions du monde. De 6,7 enfants par femme où ils se situaient dans les années 1950-1955, les indices synthétiques de fécondité sont globalement passés à 5,8 enfants par femme au cours de la période 1995-2005, enregistrant ainsi une baisse de 13,4% sur la période. Cette baisse de la fécondité qui se poursuit à des rythmes très variables selon les pays, est surtout remarquable en milieu urbain et s'observe plus particulièrement dans les catégories jeunes et instruites de la population (Tabutin et Schoumaker, 2004).

D'après la théorie de la transition démographique, le passage des niveaux de fécondité élevés dans les sociétés agricoles aux niveaux de fécondité plus faibles dans les sociétés urbaines industrialisées est associé à l'émergence d'un idéal de taille réduite de la famille. Cette hypothèse couramment admise pour expliquer le recul de la fécondité dans les sociétés européennes d'antan, s'accorde mal avec les contextes actuels de baisse de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara. En effet, selon Patrice Vimard et Raïmi Fassassi (2005), la baisse de la fécondité dans cette partie de l'Afrique résulterait principalement de l'articulation de différentes pratiques, notamment la contraception moderne, les pratiques anciennes d'espacement des naissances (abstinence post-partum, allongement de l'allaitement, etc.), le recul de l'âge au premier mariage et/ou à la première naissance et les avortements provoqués. Dans la plupart des pays africains, la baisse de la fécondité a été précédée d'une mise en œuvre intensive de programmes de planification familiale dont la portée a été probablement accentuée par les effets de la crise économique des années 1980 (Vignikin, 2007).

Ce contexte étant, aucun des facteurs habituellement associés au déclin de la fécondité, qu'il s'agisse du développement économique, de la baisse de la mortalité infantile, de l'augmentation du coût de l'enfant, de la montée de l'éducation et de l'activité féminines, de la diffusion des connaissances en matière de contraception, etc. ne permet à lui seul de comprendre suffisamment la transition de la fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne. Mais en appariant le déclin rapide de la fécondité qu'ont connu des pays comme l'Afrique du Sud, le Zimbabwe, le Malawi ou la Zambie et le niveau relativement élevé de prévalence contraceptive dans ces pays, on en vient naturellement à déduire que l'utilisation de la contraception moderne explique probablement une part importante de la baisse rapide de la fécondité dans ces quatre pays.

Les données disponibles les plus récentes indiquent que la prévalence contraceptive dans les pays d'Afrique subsaharienne varie globalement entre 2 et 50% (Vimard et Fassassi, 2007). Or, pour maîtriser la fécondité en une cinquantaine d'années comme l'ont fait certains pays d'Amérique Latine ou d'Asie, il faudrait que la pratique contraceptive progresse d'environ 1,5 point de pourcentage chaque année jusqu'à concerner environ 70% des femmes en union (Vimard et Fassassi, 2005). En Afrique au Sud du Sahara, seuls le Zimbabwe, le Swaziland, la Zambie et le Malawi rempliraient cette condition. Du fait de la faible utilisation de la contraception dans les autres pays et de la progression lente de la prévalence contraceptive, on est donc loin de la révolution contraceptive qui permettrait de maîtriser la fécondité dans ces pays. Deux questions méritent dès lors d'être posées : Sur quels leviers agir pour affaiblir les

idéaux de forte fécondité qui prévalent encore dans les pays africains ? Comment faire décoller la pratique contraceptive dans ces pays ?

Les efforts récents des chercheurs en sciences sociales pour mieux connaître les obstacles au recours à la contraception moderne ont montré que, même si les femmes demeurent les principales bénéficiaires des services de santé reproductive, les décisions à l'issue desquelles elles utilisent ces services sont généralement prises à l'intérieur des couples (Becker, 1996). Aussi, pour peu qu'une divergence survienne entre l'homme et la femme au sujet du projet familial<sup>1</sup>, le recours aux services de planification familiale fait l'objet d'une négociation dont l'issue reflète le plus souvent le pouvoir relatif des partenaires dans la prise de décision. Si l'on admet que les questions de reproduction reposent essentiellement sur les préférences de l'homme et de la femme<sup>2</sup>, la prise en compte de l'hétérogénéité de ces préférences dans les études devrait naturellement conduire à mettre l'accent sur le couple et à examiner sa décision à travers un cadre conceptuel qui rende compte à la fois des dimensions sociale, culturelle et économique de la distribution du pouvoir à l'intérieur des couples et permettre ainsi de mieux comprendre leurs comportements reproductifs, notamment leur choix de recourir aux services de santé reproductive y compris à l'utilisation de la contraception moderne.

De nombreuses études ont montré que le dialogue à l'intérieur du couple s'instaure plus aisément quand l'homme et la femme sont jeunes, jouissent d'une bonne éducation et bénéficient chacun d'une activité économique qui leur confère une certaine autonomie financière (Becker, 1996 ; Kouwonou, 2003 ; Vignikin, 2007). Dans le contexte africain plus spécifiquement où les normes et valeurs culturelles qui prévalent ne favorisent pas les discussions sur les questions de reproduction, ce dialogue s'instaure d'autant plus facilement que l'écart d'âges entre les deux conjoints est faible (Vignikin, 2007). Non seulement la discussion entre conjoints favorise les reports de naissances ou l'arrêt de la fécondité lorsque les circonstances l'imposent, mais elle a une influence positive sur l'accès à l'utilisation de la contraception, lequel permet de réaliser ces reports. En d'autres termes, pour mieux comprendre les ressorts profonds de la baisse de la fécondité en Afrique au Sud du Sahara, il convient non seulement d'identifier avec précision les franges de la population dans lesquelles elle s'opère, mais aussi de repérer les facteurs distinctifs qui en constituent les éléments catalyseurs. Pour traduire une telle préoccupation dans les faits, nous avons choisi de l'illustrer par le cas du Togo où d'un côté, la fécondité a significativement baissé au cours des dix dernières années et de l'autre, la prévalence contraceptive nationale est restée timide.

Les résultats de la seconde enquête démographique et de santé réalisée au Togo 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, attestant ainsi d'une baisse de 18,2% sur la période décennale (Anipah et *al.*, 1999). Cette baisse de la fécondité a été particulièrement remarquable en milieu urbain, notamment à Lomé 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. Si cette baisse de la fécondité au Togo s'inscrit bien dans le schéma des transitions africaines de la fécondité décrit plus haut, elle n'en révèle pas moins un paradoxe. En effet, comment une baisse aussi rapide pouvait-elle se produire alors que le niveau des déterminants proches de la fécondité n'a pas radicalement changé, que la mortalité infantile n'a pas significativement baissé, qu'on relève une stabilité relative des âges au premier mariage et à la première naissance et que la prévalence contraceptive moderne à l'échelle du

<sup>1</sup> Référence au nombre d'enfants à avoir et à leur espacement.

<sup>2</sup> De façon générale, ces préférences sont de ressorts idéologique (idéaux de fécondité), culturel (modernisation, transformation culturelle, transition de la mortalité, etc.) et/ou économique (perception du coût de l'enfant, évaluation des coûts/bénéfices de l'enfant, etc.)

territoire ne dépasse guère les 8%? Ce niveau relativement faible de la prévalence contraceptive nationale ne cacherait-il pas une forte disparité entre le milieu urbain et le milieu rural, entre les classes sociales ou entre les statuts matrimoniaux?

Ces interrogations se justifient d'autant plus qu'au Togo, un des facteurs non négligeables du recours à la pratique contraceptive est l'approbation du conjoint. En général, les femmes ne sont pas toujours contre ce recours mais la peur d'aller à l'encontre du désir de leurs conjoints est plus forte. Elles ont peur des conséquences de leurs actes si cela venait à se savoir. Si socialement, 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 impardonnable par certains maris. Les représailles peuvent aller quelques fois jusqu'au divorce. Toutes ces conditions font que les femmes évitent parfois les centres de planification familiale de peur d'être vues. L'amélioration de la prévalence contraceptive moderne passe donc nécessairement par un meilleur dialogue entre les conjoints. Deux questions se posent dès lors : i) Quelles est le profil des couples qui discutent plus naturellement de leur vie reproductive? ii) Quels liens existe-t-il entre la discussion entre conjoints et le recours à la contraception moderne ?

La présente communication a l'ambition de réhabiliter les explications d'ordre socioculturel de la baisse de la fécondité au Togo et de déplacer l'analyse du niveau de l'individu à celui du couple. Elle a pour objet d'examiner les facteurs qui favorisent *la discussion entre conjoints* et de quelle manière cette discussion influence le recours à la contraception moderne. Son développement est structuré en deux parties. La première partie traite du contexte analytique et de la méthodologie. La seconde partie livre les principaux résultats obtenus notamment, ceux qui portent sur le profil-type des couples qui discutent, le profil-type des couples qui recourent à la contraception et sur le lien existant entre la discussion entre conjoints et l'utilisation de la contraception.

## I. Le contexte analytique et la démarche méthodologique

### Le contexte analytique

#### *Les objectifs*

Dans cette communication, nous cherchons essentiellement à analyser l'influence de la discussion au sein du couple sur le recours à la contraception moderne. Notre réflexion conduira plus spécifiquement à:

- Dégager le profil-type des couples qui discutent ;
- Dégager le profil-type des couples qui recourent à la contraception moderne;
- Analyser le lien entre la discussion entre conjoints et l'utilisation de la contraception.

#### *Les hypothèses*

Depuis plusieurs années déjà, les chercheurs en sciences sociales ont porté leur intérêt sur la façon dont le dialogue à l'intérieur des couples affecte les comportements relatifs à la fécondité (Mason, 1984). L'importance de la perspective genre pour mieux expliquer les décisions en matière de reproduction, domaine par excellence dans lequel les relations entre hommes et femmes sont essentielles, a été largement documentée par Kathleen Beegle *et al.* (2001). Des études plus récentes orientées spécifiquement sur les réalités africaines ont également mis en évidence l'influence d'un manque de communication entre partenaires sur l'accès aux services de planification familiale (Ezeh, 1993; Wolff *et al.*, 2000).

Il se déduit de ces travaux que :

- Les couples jeunes, instruits, vivant en milieu urbain, ayant un écart d'âges réduit et une activité génératrice de revenus sont ceux qui discutent le plus de leur vie reproductive ;
- Les couples au sein desquels les conjoints discutent de leur vie reproductive, utilisent plus largement les méthodes contraceptives que les autres.

## La démarche méthodologique

### *La population d'étude*

Dans cette communication, nous nous intéressons essentiellement aux couples togolais dont l'homme et la femme sont unis par un lien formel de mariage<sup>3</sup>. Nous cherchons à savoir si ces conjoints discutent entre eux sur les questions ayant trait à leur vie reproductive notamment, au sujet du projet familial et de l'utilisation de la contraception moderne.

### *Les données*

Les données exploitées proviennent essentiellement de l'Enquête Famille, Migration au Togo (EFAMTO), une étude commanditée par le Gouvernement togolais, financée par la Banque Africaine de Développement (BAD) et réalisée en 2000<sup>4</sup> par l'Unité de Recherche Démographique (URD) en collaboration avec la Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN). D'envergure nationale, cette enquête a pris en compte les questions relatives à la prise de décision sur la régulation des naissances au sein du couple. Elle a comporté deux volets : un volet quantitatif et un volet qualitatif.

- *Le volet quantitatif*

Le volet quantitatif a consisté, en une enquête nationale par sondage réalisée sur un échantillon aléatoire représentatif de 2773 ménages. Outre le questionnaire ménage, quatre types de questionnaires spécifiques ont été administrés au cours de l'enquête : le questionnaire homme, le questionnaire femme, le questionnaire enfant et le questionnaire autre membre. Il faut rappeler que dans le cadre de cette communication, nous nous sommes uniquement intéressés aux questionnaires hommes et femmes.

Au total, 2276 hommes et 2759 femmes de 15 ans et plus ont été interviewés avec des outils de collecte spécifiques.

Le questionnaire homme a été administré aux hommes chefs de ménages âgés de 25 ans ou plus. En dehors des variables d'identification, ce questionnaire a comporté les dix sections suivantes : caractéristiques socio-démographiques ; activités économiques et formations professionnelles ; histoire migratoire ; histoire matrimoniale ; régulation des naissances ; prise en charge du ménage ou du noyau familial ; soins aux enfants ; solidarité familiale ; épargne et endettement ; vie socioculturelle.

Le questionnaire Femme a été administré aux épouses des chefs de ménages âgées de 18 ans et plus. En plus des dix sections que comporte le questionnaire chef de ménages, trois autres sections spécifiquement conçues pour les femmes ont été abordées dans ce questionnaire. Il s'agit des sections sur : l'avortement, l'éducation des enfants et les violences faites aux femmes.

---

<sup>3</sup> Mariage civil, mariage traditionnel, mariage religieux ou une combinaison quelconque de ces types de mariages.

<sup>4</sup> La collecte des données s'est déroulée d'octobre à novembre 2000.

## *Les variables d'analyse*

- *Les variables à expliquer*

### - La discussion entre conjoints

La communication entre conjoints a été saisie à partir des questions suivantes :

- (1) Y a-t-il jamais eu discussion avec votre conjoint au sujet du projet familial ?
- (2) Y a-t-il eu discussion avec votre conjoint sur les méthodes contraceptives que vous utilisez actuellement ?
- (3) Y a-t-il eu discussion avec votre conjoint au sujet de l'intention d'utiliser plus tard une méthode contraceptive ?

Les réponses individuelles à ces trois questions ont permis de construire la variable « discussion entre conjoints » dont deux modalités ont été distinguées : la modalité « Oui » traduit une affirmation à l'une quelconque des trois questions et la modalité « Non » correspond à une réponse négative aux trois questions.

Les réponses de couples résultent d'une concordance entre les réponses individuelles de l'homme et celles de la femme.

### - L'utilisation de la contraception

Cette variable mesure le recours ou non à la contraception moderne<sup>5</sup> par les couples en vue de contrôler leur fécondité.

- *Les variables explicatives*

Les cinq variables explicatives utilisées sont : le niveau d'instruction du couple, le milieu de résidence, la génération du couple, l'autonomie financière du couple et l'écart d'âges entre conjoints.

### - Le niveau d'instruction du couple

La combinaison du niveau d'instruction de l'homme et de celui de la femme a permis de dégager quatre modalités pour la variable « niveau d'instruction du couple » :

1. Couple non instruit : les deux conjoints sont illettrés;
2. Couple faiblement instruit : seul l'homme est instruit mais n'a pas dépassé le niveau du CM2;
3. Couple moyennement instruit : il s'agit de femmes ayant le niveau primaire qui sont en union avec des hommes ayant au moins le même niveau ;
4. Couple bien instruit : c'est la catégorie de conjoints ayant dépassé ensemble la classe du CM2.

---

<sup>5</sup> L'analyse a porté essentiellement sur les méthodes contraceptives modernes étant donné la faible efficacité révélée des méthodes contraceptives traditionnelles.

- Le milieu de résidence

L'étude a distingué le milieu rural et le milieu urbain.

- La génération du couple

Quatre catégories de générations de couples ont été définies :

1. Les couples jeunes dans lesquels la femme a moins de 30 ans et l'homme moins de 35 ans ;
2. Les couples adultes dans lesquels l'âge de la femme est compris entre 30 et 39 ans et celui de l'homme entre 35 et 44 ans ;
3. Les couples d'âges mûr au sein desquels la femme a au moins 40 ans et l'homme au moins 45 ans ;
4. Les autres couples regroupant tous ceux qui n'ont pu être classés dans les groupes précédents.

- Ecart d'âges entre conjoints

En milieu africain, l'homme est généralement plus âgé que la femme au sein du couple. L'écart d'âge entre conjoints traduit la différence entre l'âge de l'homme et celui de la femme. Quatre catégories d'écart d'âge ont été ici distinguées :

1. 0-4 ans ;
2. 5-9 ans ;
3. 10- 14 ans ;
4. 15 ans et plus.

- L'autonomie financière des conjoints

Cette variable traduit l'exercice ou non d'une activité économique par chacun des conjoints. Deux catégories de couples ont été ainsi distinguées :

1. Les couples au sein desquels les deux conjoints ont une activité économique ;
2. Les couples au sein desquels seule la femme exerce une activité économique.

- *Le volet qualitatif*

Le volet qualitatif a également été d'envergure nationale et s'est déroulé dans les mêmes localités que l'enquête quantitative. La technique de collecte utilisée a été celle du focus group. Au total, quarante groupes de discussion ont été constitués et une distinction a été faite entre le milieu urbain et le milieu rural. Le nombre de participants par groupe a varié entre 7 et 12 individus. Le profil des groupes a tenu compte des variables âge, sexe, niveau d'instruction et milieu de résidence.

Pour ce qui concerne l'âge, trois tranches ont été prises en considération : les moins de 30 ans (groupe des jeunes), les 30 - 45 ans (groupe des personnes adultes) et les 55 ans et plus (groupe de personnes âgées). Par rapport au niveau d'instruction, ont été considérés comme non instruits, les participants n'ayant jamais été à l'école ou qui ont atteint tout au plus le



niveau CM2<sup>6</sup>. Les instruits sont ceux qui ont un niveau d'instruction supérieur au CM2. Les dix types de groupes ainsi constitués sont :

- G1 : Femmes non instruites 18-25 ans ;
- G2 : Femmes instruites 18-25 ans ;
- G3 : Hommes non instruits 25-29 ans ;
- G4 : Hommes instruits 25-29 ans ;
- G5 : Femmes non instruites 30-45 ans ;
- G6 : Femmes instruites 30-45 ans ;
- G7 : Hommes non instruits 30-45 ans ;
- G8 : Hommes instruits 30-45 ans ;
- G9 : Hommes et femmes non instruits 55 ans et plus ;
- G10 : Hommes et femmes instruits 55 ans et plus.

### *Les types d'analyses*

Une démarche mixte d'analyse des données a été retenue. Elle articule une approche statistique et une approche qualitative.

- L'analyse statistique des données a comporté dans un premier temps, des analyses univariées et bivariées. L'analyse univariée a permis de décrire les caractéristiques des couples, d'identifier la pertinence de certaines variables, bref de dresser le profil des couples par rapport à la discussion. Les analyses bivariées, ont essentiellement permis de dégager quelques relations entre certaines variables relatives aux couples. Cette démarche a permis de décrire les liens entre les variables à expliquer et les variables explicatives à partir des statistiques de Chi-Deux et du V de Cramer. Dans un deuxième temps, des analyses de régression logistique ont été réalisées pour faire ressortir les effets nets de certaines variables sur la discussion au sein des couples et la pratique contraceptive. Deux variables dépendantes dichotomiques ont été définies à cet effet (la discussion ou non au sein du couple sur les questions relatives à la vie reproductive et l'utilisation ou non d'une méthode moderne de contraception). L'idée consiste à identifier les effets des différents facteurs (facteurs relevant des caractéristiques individuelles des couples et de leur contexte socioculturel) sur la chance que les couples ont à expérimenter ces événements. Les variables explicatives de la modélisation sont : la génération du couple, le niveau d'instruction du couple, le milieu de résidence, le statut de discussion des conjoints et l'autonomie financière du couple.
- L'analyse qualitative, a permis d'illustrer et de comprendre les résultats statistiques obtenus. Elle a consisté en une analyse de contenu du corpus des données transcrites provenant des groupes de discussion.

---

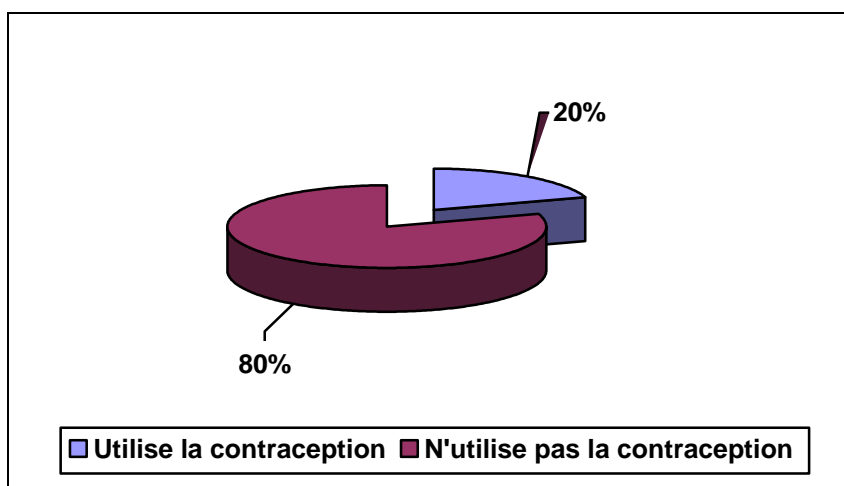
<sup>6</sup> Cours moyen deuxième année.

## II- Résultats

- *L'utilisation de la contraception moderne concerne un couple sur cinq. Les couples instruits et vivant en ville en sont les plus grands adeptes.*

Comme le montre bien le graphique 1, une proportion de 20%<sup>7</sup> des couples togolais recourent à la contraception moderne.

**Graphique 1**  
Répartition des couples selon l'utilisation ou non de la contraception



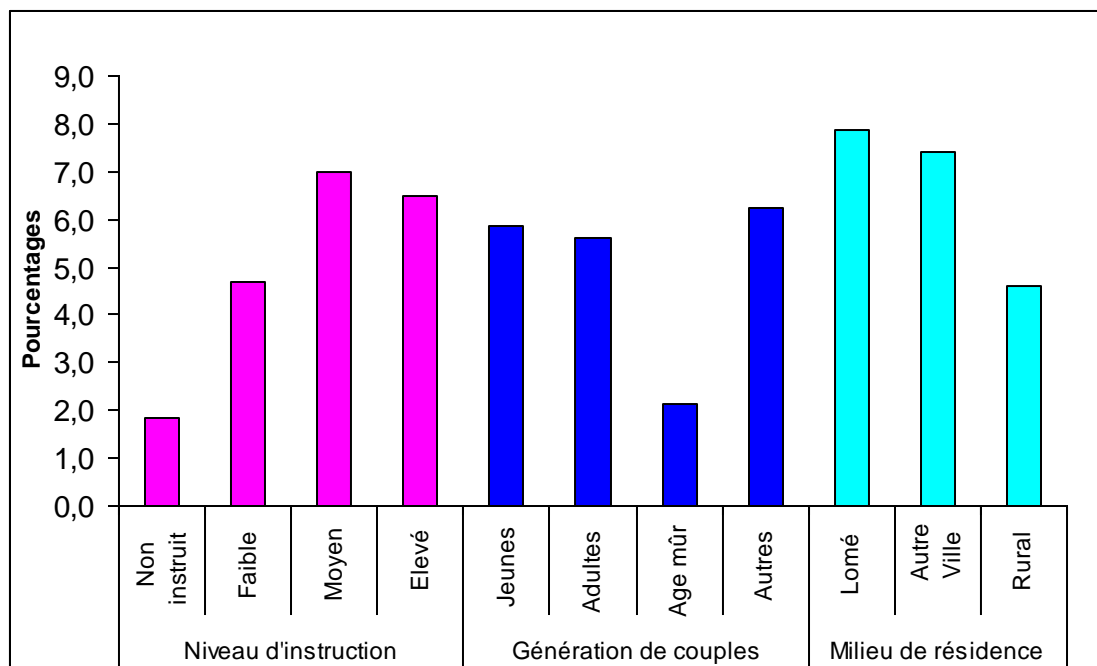
Source : Enquête EFAMTO-URD, 2000.

Du graphique 2, on relève que le couple-type qui contrôle sa fécondité par l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne, est celui dont :

- Le niveau d'instruction est élevé ;
- Le plus âgé des deux conjoints a moins de 35 ans ;
- Le milieu de résidence est la ville.

<sup>7</sup> La présente étude a calculé cet indicateur sur les femmes en union (l'unité d'analyse étant le couple). En 1998, il a été calculé sur les femmes en âge de procréer.

**Graphique 2**  
**Répartition des couples qui utilisent la contraception selon certaines caractéristiques socio-démographiques**



Source : Enquête EFAMTO-URD, 2000.

Les résultats du premier modèle du tableau 1 corroborent ce constat puisque le niveau d'instruction, le milieu de résidence et la génération du couple influence significativement l'utilisation de la contraception. Ainsi, les couples jeunes par exemple sont six fois plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive moderne que ceux d'âge mûr. Certains résultats des groupes de discussions attestent ce constat : « *Aujourd'hui, avec la cherté de la vie, la maîtrise de la fécondité s'impose et elle passe par l'utilisation de la contraception moderne...* » (G6 : femmes instruites de 18 à 25 ans de Lomé). La cherté de la vie n'est pas le seul argument évoqué pour justifier l'utilisation de la contraception par les jeunes couples en milieu urbain. L'aspiration à avoir une descendance de qualité intervient également dans ce choix comme en témoignent les propos suivants : « *De nos jours, ce qui est important c'est d'avoir peu d'enfants qui aient bien réussi plutôt que d'en avoir beaucoup dont peu réussissent. On ne peut pas atteindre cet objectif sans recourir à la planification familiale* » (G4 : hommes instruits de 25 à 29 ans de Lomé).

**Tableau 1**  
**Rapports de chance des conjoints à utiliser la contraception moderne**

<b>Variables explicatives</b>	<b>Modèle1</b>	<b>Modèle 2</b>
<b>Génération du couple</b>		
<i>Couples d'âge mûr</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
Couples adultes	3,22***	3,17***
Couples jeunes	<b>5,82***</b>	<b>4,79**</b>
Autres couples	<b>2,12*</b>	<b>2,82*</b>
<b>Ecart d'âge des conjoints</b>		
<i>0-4 ans</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
<i>5-9 ans</i>	0,75	0,62
10-14 ans	<b>0,80</b>	<b>0,85</b>
15 ans & +	<b>0,66*</b>	<b>0,72*</b>
<b>Niveau d'instruction du couple</b>		
<i>Non instruits</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
Niveau faible	1,13	1,08
Niveau moyen	<b>1,72***</b>	<b>1,84***</b>
Niveau élevé	<b>1,46**</b>	<b>1,53**</b>
<b>Milieu de résidence</b>		
<i>Rural</i>	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
Lomé	1,48*	1,51*
Autre ville	<b>0,97</b>	<b>0,88</b>
<b>Autonomie financière du couple</b>		
Les deux travaillent	<i>1,00</i>	<i>1,00</i>
Femme seule travaille	<b>1,29*</b>	<b>1,42*</b>
Autre	<b>0,86</b>	<b>0,71</b>
<b>Discussion</b>		
Ne discute pas		<i>1,00</i>
Discute		2,17**
<b>N</b>	<b>1778</b>	
<b>Khi-Carré</b>	<i>148,97***</i>	<i>155,27***</i>
<b>-2Log likelihood</b>	<i>764,99</i>	<i>761,85</i>

*Source : Enquête EFAMTO-URD, 2000.*

Légende : \* : association significative à 10 pour cent ;

\*\* : association significative à 1 pour cent ;

\*\*\* : association significative à 1 pour mille.

Les modalités de référence sont en gras italique.

Ce profil d'utilisateurs étant, on peut chercher à identifier les facteurs d'entrave de la pratique contraceptive moderne au Togo. De notre corpus de données qualitatives, deux types de facteurs se dégagent nettement : les facteurs institutionnels et les facteurs socio-culturels.

En ce qui concerne les facteurs institutionnels, il faut signaler les mesures restrictives liées au départ à l'exigence du consentement de l'époux, la faible disponibilité en services et en produits contraceptifs, les barrières économiques et l'insuffisance d'informations qui engendre des fausses rumeurs sur l'utilisation de la contraception. Les propos recueillis au sein du groupe des femmes non instruites de 30-45 ans du milieu rural (G5) témoignent de cette réalité : « On ne sait pas très bien de quoi il s'agit. Au dispensaire, on ne nous explique pas les choses dans les détails et quand à notre manière nous l'expliquons à nos maris, ils ne s'y intéressent pas... » ; « Pour aller au dispensaire, tout est question d'argent ; même quand on est malades, c'est difficile, à plus forte raison la contraception » ; « Il y en a qui se plaignent de maladies au niveau du sexe lorsqu'elles utilisent la contraception ...et ça décourage » ; « ...il semblerait que les femmes qui utilisent la contraception grossissent subitement... ». Si les femmes du milieu rural pensent que les moyens économiques et le

manque d'informations ne leur permet pas d'accéder à la contraception, les hommes quand à eux estiment que le fonctionnement des structures de planification familiale n'est pas suffisamment adapté aux réalités socioculturelles de leurs milieux. C'est ce qui ressort des propos suivants : « *Des fois, ce sont les hommes qui s'occupent de recevoir nos femmes et de leur parler de notre vie sexuelle...ce n'est pas normal...* » (G7 : hommes non instruits de 30 à 45 ans du milieu rural).

Outre ces obstacles institutionnels, les normes et valeurs socioculturelles de valorisation de la fécondité constituent une entrave importante au recours des couples à la contraception moderne. Les propos suivants illustrent cette prégnance des idéaux de forte fécondité : « *Un enfant est un don de Dieu ; il faut en faire pour montrer son degré de fertilité et renforcer les liens du mariage. Dieu qui donne s'en charge lui-même.* » ; « *Les questions de procréation ne dépendent ni de l'homme ni de la femme mais du créateur lui-même* » (G9 : hommes et femmes non instruits de 55 et plus du milieu rural); « *Une bonne femme doit faire autant d'enfants que Dieu lui a donné. Utiliser les médicaments pour empêcher la volonté de Dieu est un péché* » (G5 femmes non instruites de 30 à 45 ans du milieu rural). Par ailleurs, la dimension religieuse se révèle être un autre obstacle de taille à l'utilisation de la contraception moderne comme en témoignent les propos suivants : « *La plupart des religions, qu'elles soient animistes, chrétiennes ou musulmanes, s'opposent à l'utilisation des médicaments pour empêcher d'avoir des enfants ...* » (G7 : hommes non instruits de 30 à 45 ans en milieu rural).

A ces obstacles d'ordre socioculturels, s'ajoutent les difficultés de communication au sein des couples, notamment en ce qui concerne la vie sexuelle et reproductive. C'est du moins ce qu'expriment certains groupes de discussion dans les localités rurales à travers les propos tels que : « *Si la femme utilise la contraception et qu'à un certain moment, le mari demande d'arrêter pour faire des enfants, c'est des problèmes...elles ne veulent plus.* » ; « *On s'est marié pour avoir des enfants ; il y a pas de discussion à faire à ce sujet* » (G7 : hommes non instruits de 30 à 45 ans du milieu rural) ;

\*  
\*   \*   \*

En somme, le niveau d'instruction, la souscription aux valeurs urbaines et l'ouverture d'esprit de la jeunesse constituent les principaux facteurs qui remettent en cause les réticences à recourir à la contraception moderne. Ces facteurs en portant en eux le changement social, conduisent à l'adoption de nouveaux modes de vie qui rompent avec les logiques qui sous-tendent la forte fécondité.

- *Au Togo, un couple sur deux discute des questions relatives à sa vie reproductive ; mais ce sont les couples jeunes et les couples instruits qui dialoguent le plus.*

Environ 53% des couples discutent au sujet de leur vie reproductive contre 47% qui ne le font pas.

**Tableau 2**  
**Répartition des couples selon le statut de discussion et certaines caractéristiques**

Caractéristiques socio-démographiques	Ne discutent pas	Discutent	Total	Tests statistiques	
	%	%		Chi-Deux	V de cramer
<b>Génération du couple</b>				<b>263,6***</b>	<b>0,385</b>
Couples jeunes	31,1	68,9	440		
Couples adultes	30,7	69,3	438		
Couples d'âge mûr	77,5	22,5	455		
Autres couples	46,3	53,7	445		
<b>Niveau d'instruction du couple</b>				<b>167,4***</b>	<b>0,307</b>
Non instruit	71,3	28,7	455		
Faiblement instruit	46,3	53,7	445		
Niveau moyen	31,8	68,2	438		
Niveau élevé	36,4	63,6	440		
<b>Milieu de résidence</b>				<b>24,4***</b>	<b>0,117</b>
Lomé	40,3	59,7	588		
Autre Ville	45,4	54,6	590		
Rural	54,2	45,8	600		
<b>Ecart d'âge</b>				<b>36,8***</b>	<b>0,144</b>
0-4 ans	37,5	62,5	448		
5-9 ans	43,5	56,5	446		
10-14 ans	48,8	51,2	444		
15 ans & +	57,1	42,9	440		
<b>Occupation des conjoints</b>				<b>87,5***</b>	<b>0,222</b>
Les 2 conjoints travaillent	37,4	62,6	610		
Un seul conjoint travaille	62,8	37,2	563		
Autre	41,0	59,0	605		
<b>Ensemble</b>	<b>47,0</b>	<b>53,0</b>	<b>1778</b>		

Source : Enquête EFAMTO-URD, 2000.

Comme le montre le tableau 2, les couples qui discutent le plus, sont ceux dont :

- le conjoint le plus âgé a moins de 44 ans ;
- le niveau d'instruction est élevé ;
- les deux conjoints ont une activité économique ;

- l'écart d'âge est inférieur à 5 ans ;
- le milieu de résidence est la ville.

Tableau 3  
Rapports de chance des conjoints à discuter au sujet de leur vie reproductive

Variables explicatives	Modèle
<b>Génération du couple</b>	
<i>Couples jeunes</i>	<b>1,00</b>
Couples adultes	1,15
Couples d'âge mûr	0,19***
Autres couples	0,64*
<b>Ecart d'âge des conjoints</b>	
<i>0-4 ans</i>	<b>1,00</b>
5-9 ans	1,01
10-14 ans	0,85
15 ans & +	1,23
<b>Niveau d'instruction du couple</b>	
<i>Non instruits</i>	<b>1,00</b>
Niveau faible	1,64**
Niveau moyen	2,18***
Niveau élevé	2,22***
<b>Milieu de résidence</b>	
Lomé	1,21
Autre ville	1,22
<i>Rural</i>	<b>1,00</b>
<b>Autonomie financière du couple</b>	
<i>Les deux travaillent</i>	<b>1,00</b>
Femme seule travaille	0,46**
Autre	0,81
<b>N</b>	<b>1778</b>
<b>Khi-Carré</b>	<b>278,63***</b>
<b>-2Log likelihood</b>	<b>1019,60</b>

*Source : Enquête EFAMTO-URD, 2000.*

Légende : \* : association significative à 10 pour cent ;

\*\* : association significative à 1 pour cent ;

\*\*\* : association significative à 1 pour mille

Les modalités de référence sont en gras italique

Ce profil-type des couples togolais qui discutent cadre bien avec celui dégagé lors des travaux empiriques réalisés ailleurs en Afrique (Ezeh, 1993; Wolff *et al.*, 2000). Qu'est-ce qui empêche dès lors une proportion si importante de couples à ne pas discuter sur les questions de procréation ? Cela se comprend d'autant mieux que trois éléments, qui constituent un enchevêtrement complexe de facteurs socioculturels et économiques militent contre la discussion au sein des couples en Afrique. Ce sont : les pesanteurs des normes et valeurs culturelles, le statut inférieur de la femme et le grand écart d'âges entre les conjoints<sup>8</sup>.

Certaines de ces normes et valeurs culturelles sont liées au prestige social dont jouissent les hommes et qui ne favorise pas leurs épouses à s'entretenir librement avec eux au risque de les contredire. Beaucoup de femmes se voient ainsi contraintes de subir les décisions de leurs

<sup>8</sup> Au niveau bivarié, l'effet de l'écart d'âge sur la discussion entre conjoints apparaît clairement. Au niveau multivarié par contre, cet effet serait médiatisé par le niveau d'instruction et l'exposition à la culture urbaine.

maris. Pour un grand nombre d'entre elles, les places qui leur sont socialement assignées signifient qu'elles n'ont guère de voix lorsqu'il s'agit des questions concernant la sexualité et ne disposent pas de pouvoir nécessaire pour influencer le point de vue de leurs maris. Même lorsque les hommes et les femmes discutent des questions liées à la santé reproductive, ce n'est généralement pas sur un pied d'égalité. La domination traditionnelle de l'époux et le statut inférieur de la femme restent des obstacles de taille à la communication sur la planification familiale au sein des couples. Des discussions réalisées en milieu rural, on relève en effet les propos suivants : « *Discuter avec son mari, c'est bien, mais pour nous autres, c'est un comportement encore loin à acquérir, parce que nous avons été éduquées comme ça...* » ; « *Très souvent, nous cherchons à parler de fécondité avec nos maris, mais si tu oses, cela risque d'être interprété de façon négative...* » ; « *Il faut que les hommes comprennent eux-mêmes la nécessité de discuter avec leurs femmes et qu'ils nous demandent notre point de vue* ». (G5 : femmes non instruites de 30-45 ans en milieu rural). Ces rapports de genre inégalitaires se révèlent également dans les propos ressortis lors des discussions avec les hommes : « *...La femme, faut pas trop l'écouter ; si tu lui donnes trop de latitude, elle va vouloir te dominer...* » ; « *Une femme bien éduquée s'abstient d'aborder de tels sujets avec son mari* » (G7 : hommes non instruits de 30-45 ans en milieu rural).

Par ailleurs, même mariées, la sexualité demeure un sujet tabou pour certaines femmes qui craignent d'être mal comprises par leurs conjoints lorsqu'elles bordent les questions relatives à la fécondité. La crainte qu'une discussion sur la planification familiale puisse faire soupçonner une infidélité ou inciter l'homme à procréer hors du mariage constitue un autre obstacle à la communication au sein des couples. Les propos suivants relevés dans certains groupes de discussion illustrent si bien cette réalité : « *Parler de ce genre de sujet avec son mari est difficile, voire impossible parce qu'en le faisant, tu es mal vue...* » ; « *Si tu dis à ton mari que tu veux avoir peu d'enfants pour mieux t'en occuper, celui-ci pourra être tenté d'en faire ailleurs...* » ; « *Si vous discutez de planification familiale avec certains hommes, ils se lèveront pour vous battre...* » (G5 : femmes non instruites de 30-45 ans en milieu rural) ; « *...Des fois, certaines femmes se cachent derrière ces arguments pour commettre l'infidélité...elles n'en parlent même pas avec leur mari et c'est intolérable* » (G7 : hommes non instruits de 30-45 ans en milieu rural).

Par contre, la modernité opère un changement notable dans les rapports entre hommes et femmes. Pour les femmes du milieu urbain, les discussions au sein du couple sur quelque sujet que ce soit surtout, lorsqu'il s'agit des questions liées à la vie reproductive, ne rencontrent pas souvent d'obstacles. C'est ce qui ressort des propos recueillis au cours de certains groupes de discussion en milieu urbain.

« *Quant il s'agit d'utiliser la contraception, nous n'hésitons pas d'en parler avec nos maris, ni eux avec nous ! cela est tout simple ! Ce sont des questions qui nous concernent et concerne également le bien-être de nos enfants !* » ; « *Le fait de parler sur ces sujets ne dérange pas. Au contraire... !* » (G6 : femmes instruites de 30-45 ans en milieu urbain).

\*

\* \*

En résumé, l'amélioration de l'instruction, l'influence grandissante de la culture urbaine, laquelle ne tient pas compte des valeurs traditionnelles avec la même soumission, les modifications des rapports de pouvoir à l'intérieur des générations, constituent autant de facteurs qui affaiblissent les préjugés culturels défavorables, refaçonnent en profondeur le dialogue à l'intérieur du couple au sujet de la vie reproductive et contraignent à l'adaptation voir à l'innovation.



- *Les couples qui discutent, recourent nettement plus à la contraception moderne que ceux qui ne discutent pas.*

Une meilleure communication a un impact sur l'utilisation des contraceptifs. D'après le tableau 4, près d'un couple sur trois qui discute (32,5%), ont recours à la contraception moderne contre 7,1% des couples qui ne discutent pas.

**Tableau 4**  
**Répartition des couples qui discutent ou non sur l'utilisation de la contraception selon qu'ils l'utilisent ou non**

Statut de discussion	Utilisation de la contraception		Effectif
	Utilise la contraception	N'utilise pas la contraception	
Ne discute pas	%	%	880
	7,1	92,9	
Discute	32,5	67,5	898
<b>Ensemble</b>	<b>19,9</b>	<b>80,1</b>	<b>1778</b>
<i>Chi-Deux : 180,8      V de Cramer : 0,319</i>			

*Source : Enquête EFAMTO-URD, 2000.*

Ce résultat paraît d'autant plus plausible que, comme nous l'avions indiqué plus haut, les couples qui utilisent la contraception et ceux qui discutent le plus sont les plus jeunes, les plus instruits et les plus exposés aux valeurs urbaines. Ce sont donc des couples qui sont plus ouverts à la modernité, qui aspirent à une faible descendance, qui perçoivent mieux la nécessité d'assurer une descendance de qualité (enfants en bonne santé et bien instruits) et qui ont une plus grande conscience du coût de l'enfant. C'est ce qui ressort en substance de quelques discussions de groupes réalisées en milieu urbain : « *Compte tenu de la cherté de l'éducation des enfants et de leur santé, mon mari et moi avons décidé de prendre conseil dans les centres de planification familiale pour ne pas avoir beaucoup d'enfants* » (G5 : femmes non instruites de 30-45 ans en milieu urbain) ; « *Pour des raisons d'incertitude dans l'emploi et d'aspiration à avoir des enfants qui soient bien instruits, beaucoup de jeunes femmes espacent leurs naissances ; dans mon cas personnel par exemple, mon conjoint et moi avons décidé d'avoir seulement deux enfants et d'observer un espacement de trois ans en recourant à la contraception moderne* ». (G2 : femmes instruites de 15-25 ans en milieu urbain).

Par ailleurs, les discussions relatives à la planification familiale au sein du couple se révèlent être un élément catalyseur pour l'utilisation de la contraception moderne (Cf. tableau 1). Le fait pour un couple de s'entretenir au sujet de sa vie reproductive, augmente ses chances d'utiliser une méthode moderne de contraception.

\*  
\*    \*

En définitive, la discussion sur la vie reproductive voit les inégalités de statut entre conjoints se réduire et favorise ainsi l'accès des couples aux services de planification familiale. Non seulement, ces discussions ouvrent aux femmes de réelles perspectives d'autonomie de décision en matière d'utilisation de la contraception, mais elles contribuent aussi à améliorer leur statut social au sein du couple.

## CONCLUSION

En dix ans, le niveau de la fécondité au Togo a baissé de 1,2 enfants. Elle est passée de 6,6 enfants par femme en 1988 à 5,4 en 1998. Mis à part le recul de l'âge à la première union et l'infécondabilité post-partum, l'utilisation de la contraception moderne est considérée comme l'un des principaux facteurs de cette baisse. En effet, de 3% en 1988, la prévalence contraceptive est passée à 8% en 1998 chez les femmes en âge de procréer. Chez les femmes en union par contre, l'étude EFAMTO réalisée en 2000 a montré que 20% d'entre elles recouraient à la contraception moderne. Parmi les déterminants de la pratique contraceptive, la discussion entre conjoints s'est révélée être un facteur important.

Quel est alors le profil des couples qui discutent ? Il ressort de nos analyses que ces couples sont ceux dont le conjoint le plus âgé a moins de 44 ans, dont le niveau d'instruction est élevé, dont les deux conjoints ont une activité économique, dont l'écart d'âge entre conjoints est réduit et dont le milieu de résidence est la ville. Dans un environnement de vie marqué par une grande précarité économique et une affirmation du modernisme, ces caractéristiques favorisent en effet une meilleure ouverture d'esprit et traduisent un affaiblissement de la souscription aux valeurs et normes traditionnelles. Naturellement, cette rupture avec les obligations et croyances traditionnelles, a une incidence favorable sur les projets familiaux à travers une plus grande valorisation de la qualité de la descendance et une prise de conscience plus grande du coût de l'enfant. On comprend dès lors pourquoi les couples qui utilisent le plus la contraception soient ceux dont les conjoints sont jeunes, qui ont un niveau d'instruction élevé et qui résident en milieu urbain. Il existerait donc un lien étroit entre le recours à la contraception moderne et la discussion entre conjoints. Ainsi, 32,5% des couples qui discutent, ont recours à la contraception moderne contre 7,1% des couples qui ne discutent pas. De plus, les couples qui discutent, ont deux fois plus de chance d'utiliser la contraception que ceux qui ne discutent pas.

Ces résultats confirment, à bien des égards, nos hypothèses de recherche.

En résumé, la baisse de la fécondité observée au Togo entre 1988 et 1998 a été portée par les couples jeunes, instruits et vivant en milieu urbain. Ces couples sont ceux au sein desquels s'instaure le dialogue et qui recourent le plus à la contraception moderne.

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIE

Anipah K., Mboup G., Ouro-Gnao A., 1999 – *Enquête Démographique et de Santé au Togo 1998*. Direction de la Statistique, Macro International Inc., Calverton Maryland, USA, 287p.

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.

Becker S., 1996 – “Couples and reproductive health: A review of couple studies”, *Studies in Family planning* 27 (6), p. 291-306.

Beegle K., Frankenberg E., Thomas D. 2001 – “Bargaining Power Within Couples and Use of Prenatal and Delivery Care in Indonesia”, *Studies in Family planning* 32 (2), p. 130-146.

Ezeh A., 1993 - “The influence of spouses over each other’s contraceptive attitudes in Ghana”, *Studies in Family planning* 24 (3), p. 163-174.

Kouwonou K., 2003 – *Famille et relation entre conjoints au Togo*. Les dossiers de l’URD n°6, Lomé, URD, 49p.

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.

Kotokou K. 1999 – *Identification des facteurs qui influencent l’acceptation des méthodes contraceptives à Lomé*. Document de travail n°7, Lomé, URD, 22p.

Mason K. 1984 – *The status of Women: A Review of its Relationships to Fertility and Mortality*, The Rockefeller Foundation, New York.

Tabutin D. et Schoumaker B., 2004 « La démographie de l’Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000 », *Population* vol. 59, N° 3-4, p. 521-622.

URD, 2001 – *Analyse approfondie des données de la seconde Enquête Démographique et de Santé*. Les dossiers de l’URD n°5, Lomé, URD, 193p.

URD, 2002 – Famille, *Migrations et Urbanisation au Togo*. Lomé, Fascicule 1, URD-DGSCN, p.

URD, 2002 – Famille, *Migrations et Urbanisation au Togo*. Lomé, Fascicule 2, URD-DGSCN, p.

Vignikin K., 2007 – *Les facteurs de la contraception au Togo au tournant du siècle*. Document d’analyse n°3, Paris, Les collections du CEPED, 55 p.

Vimard P. et Fassassi R., 2007 « La demande d’enfants en Afrique subsaharienne » in : Ferry B. (ed), 2007 - *L’Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, AFB-CEPED-Karthala, Paris, p. 197-251.

Vimard P. et Fassassi R., 2005 – *L'évolution de la contraception en Afrique*, Communication à la conférence virtuelle du GRIPPS « La régulation de la fécondité en Afrique : Transformations et différenciations au tournant du XXIème siècle », 12 au 15 octobre.

Wolff B., Blanc A., Ssekamate-Ssebuliba J., 2000 - "The role of couple negotiation in unmet need for contraception and the decision to stop childbearing in Uganda", *Studies in Family planning* 31 (2), p. 124-137.

## ANNEXE

**Tableau**  
**Pourcentages des couples qui utilisent la contraception ou non selon certaines caractéristiques socio - démographiques**

Caractéristiques socio-démographiques		% Couple qui utilise*
<b>Niveau d'instruction</b>	Non instruit	1,9
	Faible	4,7
	Moyen	7,0
	Elevé	6,5
<b>Génération du couple</b>	Couples jeunes	5,8
	Couples adultes	5,6
	Couple d'âge mûr	2,1
	Autres	6,2
<b>Milieu de résidence</b>	Lomé	7,9
	Autre	
	Ville	7,4
	Rural	4,6
<b>Ensemble</b>		<b>19,9%</b>
<b>Total</b>		<b>1778</b>

Source : Enquête EFAMTO-URD, 2000.

\* Les pourcentages apparaissant dans la colonne « % de couples qui utilisent » ont été obtenus en rapportant les effectifs de chaque modalité au total.