

Planification familiale et besoins non satisfaits en Afrique Subsaharienne : influences relatives des politiques et des changements démographiques

TAMO MBOUYOU Eric Stève
FOPA DIESSE Théophile Armand

Résumé

Avec une moyenne de 5,1 enfants par femme, l'Afrique subsaharienne présente l'un des taux de fécondité les plus élevés et la croissance de la population la plus rapide au monde. La transition de la fécondité amorcée depuis trois ou quatre décennies dans le monde en développement et presque terminée dans certaines parties, tarde à décoller sur le continent. Malgré la mise en place des politiques et des programmes de vulgarisation des méthodes de planification familiale, la prévalence contraceptive reste faible dans de nombreux pays. L'organisation des Nations Unies (2012) estime en effet à 25% la proportion des femmes en âge de procréer vivant en union et désirant espacer ou limiter leurs naissances n'utilisant aucune méthode contraceptive moderne. Vu l'importance de la contraception dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile à travers notamment la prévention des grossesses non désirées ou trop rapprochées, la compréhension des fondements à l'origine des disparités observées ainsi que leur évolution constituent dès lors une question préoccupante.

Cette étude a pour objectif d'identifier la principale source du changement des besoins en planification familiale non satisfaits en Afrique subsaharienne. Il s'agit, en d'autres termes, de déterminer si les transformations qui ont cours sur le continent résultent d'une simple recomposition sociale, ou alors d'un changement de comportement indépendamment du statut social. Pour ce faire, les données d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) sont utilisées et la méthode de décomposition est recourue en vue d'estimer et d'identifier les sources du changement.

L'analyse de décomposition montre que les transformations observées sont pour l'essentielles intrinsèques aux individus et la recomposition sociale n'y contribue que dans une moindre mesure. Par ailleurs, ce sont les femmes issues des couches sociales défavorisées, en l'occurrence sans instruction, qui contribuent le plus aux changements. Quel que soit le type de pays (avancé ou non), les politiques de planification familiale jouent un rôle majeur dans les changements de comportements observés, aussi bien en ce qui concerne la régulation que pour ce qui est de la limitation des naissances. Cependant, on note que, dans les pays moins avancés, la persistance de pesanteurs socioculturelles annihile les efforts déployés jusqu'ici. Il paraît donc nécessaire, pour une meilleure efficacité des politiques de PF dont les répercussions sur la transition de la fécondité seraient indéniables, de mieux prendre en compte l'environnement social dans lequel ces politiques interviennent.

Introduction

L'amorce d'une transition de la fécondité est plus qu'une certitude aujourd'hui en Afrique subsaharienne (Vimard et al, 2002). Toutefois, comparée à d'autres régions comme l'Asie de l'Est et du Sud-est, l'Afrique subsaharienne reste à l'échelle du monde celle ayant une fécondité des plus élevées avec une moyenne de plus de cinq enfants par femme (PRB, 2008). De fait, la transition de la fécondité, présentée comme le passage d'une fécondité « naturelle » à une fécondité « contrôlée ou dirigée », tarde ici à véritablement s'accélérer. Cette crise de la transition démographique trouve son origine, entre autres, dans le fonctionnement même des institutions qui composent les sociétés africaines. Malgré les évolutions, la famille dont le rôle demeure prégnant assure aujourd'hui encore la diffusion de certaines valeurs parmi lesquelles « une descendance nombreuse », pour le prestige social qu'elles procurent (Luneau, 2010 ; Wakam, 2004 ; Ela, 1995), mais aussi les fonctions de production et reproduction qu'elles permettent d'accomplir (Vignikin, 2000 ; Locoh, 2003). D'autre part, les carences voire l'absence de politiques publiques devant guider les comportements reproductifs des familles y participent aussi. En l'état actuel, un tel contexte caractérisé par une croissance démographique forte doublé d'une faible croissance économique rend tout « dividende démographique » quasi impossible.

Par ailleurs, il n'en demeure pas moins qu'une fécondité élevée n'est pas sans risque sur la santé des mères, mais aussi celle des enfants. Sur la quasi-totalité des décès maternels survenus dans le monde, 99% se sont produits dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne. En outre, cette dernière détient, avec 500 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, le ratio de mortalité maternelle le plus élevé (ONU, 2012). Plusieurs facteurs dont des besoins non satisfaits (BNS) en matière de planification familiale (PF) l'expliquent. Aujourd'hui, seules 21% des femmes africaines en union ont recours à une contraception. Pourtant, 29% des femmes ont une grossesse non planifiée, tandis que 24% d'entre elles ont un besoin non satisfait en matière de planification familiale (PRB, 2008).

Cependant, le niveau et moins encore l'évolution de ces besoins sont loin d'être homogènes à l'échelle du continent : alors qu'ils sont en baisse dans certains pays, le constat chez d'autres est celui d'une stagnation voire augmentation en revanche. Ces trajectoires disparates sont la conséquence d'un changement de comportement et d'une recomposition sociale tous aussi différents. En effet, les politiques qui ont cours sur le continent ont permis une scolarisation croissante de la population et de la frange féminine en particulier, ce qui a eu pour résultat une reconfiguration du paysage socioéconomique. *Une mobilité sociale plus grande est-elle synonyme d'un changement de comportement ou de mentalité ?*

Au vu de la diversité des trajectoires, une exposition sans cesse croissante aux systèmes scolaire et sanitaire semble ne pas nécessairement déterminer le comportement des individus, et ce malgré les pratiques modernes qu'ils véhiculent. La faute peut-être aux politiques menées jusqu'ici, ou alors à la persistance de certaines pesanteurs socioculturelles. Alors que la plupart des études consacrées à la PF s'attèlent à la recherche de ses déterminants, cette étude a pour objectif d'identifier la principale source du changement des besoins en PF non satisfaits en Afrique subsaharienne. Il s'agit, en d'autres termes, de déterminer si ces transformations résultent d'une simple recomposition sociale, ou alors d'un changement de comportement indépendamment du statut social. L'influence relative des politiques mais aussi des changements démographiques est ainsi mise en exergue.

Pour ce faire, l'étude présente tour à tour les fondements théoriques sur l'évolution des besoins non satisfaits en matière de PF (1), les aspects méthodologiques (2) et les principaux résultats (3).

1. Fondements théoriques sur l'évolution des BNS en matière de PF

L'accès à la santé pour les femmes et le type de soins qui leurs sont prodigués sont largement tributaires de la qualification du personnel de santé mais aussi des conditions d'accès aux soins. D'un accueil approximatif à un déficit de communication, en passant par un manque de ressources, il faut y ajouter une autorisation maritale au préalable pour qu'une femme puisse bénéficier des services d'un centre de PF. Pour obtenir une contraception, l'accord du mari est souvent exigé aux patientes par le personnel médical (Adjamagbo et Guillaume, 2001). Une présentation des approches institutionnelle, culturaliste et socioéconomique s'avère donc utile pour une bonne compréhension de l'évolution des besoins en PF non satisfaits.

1.1. Approche institutionnelle : le système sanitaire

La persistance des BNS en matière de PF dans le temps s'explique par un déficit d'offre, aussi bien quantitativement que qualitativement, des services sanitaires y relatifs. Au plan quantitatif, la répartition spatiale inégale des formations sanitaires, l'éloignement des populations par rapport à ces dernières, le déficit de personnel médical et le manque d'équipements appropriés sont autant de facteurs explicatifs du non recours aux services de santé (Nwakeze et Kandala, 2011 ; Rwenge, 2007 ; Lule et al, 2005). Par contre, la qualité de l'accueil et la prestation des soins proprement dite constituent, au plan qualitatif, ces principaux facteurs (Rwenge, 2007 ; Jaffre et Sardan, 2003). Rendues dans un centre de PF, les patientes doivent s'accoutumer à la « violence » qu'exercent en général les sages-femmes à leur rencontre : de longs moments d'attente le plus souvent injustifiée ; le non respect des règles de bienséance et une IEC loin d'être personnalisée. « *Il s'agit d'une violence "privée", généralement sous-estimée, donc banalisée, acceptée et même légitimée* » (Moussa, 2003 : 2).

Par ailleurs, la familiarité du personnel médical par rapport aux différentes méthodes de contraception détermine très souvent le choix même des patientes qui n'est plus libre (Kotokou, 1994). L'information dispensée dans les centres de PF ne couvre pas l'ensemble des avantages et inconvénients liés à chacune des méthodes (risques éventuels et les effets secondaires, la nécessité d'un suivi médical, voire leur caractère irréversible de certaines d'entre elles), sous prétexte que les patientes ne seraient pas en mesure de les comprendre (Bonnet et Guillaumet, 2004).

1.2. Approche culturaliste

Dans les sociétés traditionnelles où toutes les valeurs sont centrées sur la famille et les enfants, la fécondité obéit à « *la logique de l'honneur* ». Et pour cause, « *la force d'une famille se trouve dans le nombre de ses membres* » (Ela, 1995). Cette thèse rompt avec la théorie du « flux des richesses » développée par Caldwell (1976) dans un essai d'explication socio-économique fondée sur la valeur des enfants dans les formes d'organisation sociale où l'on pense que les adultes ont un intérêt à avoir de nombreux enfants pour répondre aux exigences de la production agricole.

Par ailleurs, cette approche marque le passage d'une conception structuro-fonctionnaliste de la transition démographique, qui met l'accent sur l'urbanisation et l'industrialisation (ainsi que les changements macroscopiques des structures économiques et sociales qui les accompagnent) comme facteurs essentiels des changements microsociaux de nature démographique, à une conception culturaliste où les mentalités et les attitudes relatives à la reproduction démographique peuvent évoluer en l'absence de transformations des structures socioéconomiques. Ainsi, selon cette approche, les doctrines socioculturelles définissent le comportement des femmes, ce qui affecte leur utilisation des services de PF.

1.3. Approche socioéconomique

L'éducation constitue pour plusieurs le moyen le plus sûr de conduire au recul des besoins en PF non satisfaits (Sanni, 2011 ; De Carvalh, 2001). « *C'est en remplaçant les rapports de parenté comme principale voie d'accès aux ressources économiques que l'éducation influencerait [à la hausse de la contraception et partant,] à la baisse de la fécondité* » (Piché, 1995 : 132). En plus de véhiculer plusieurs valeurs occidentales, dont une descendance moins nombreuse, l'instruction accroît les chances pour une femme d'occuper un emploi dans le secteur moderne, faisant naître en elle des ambitions sociales qui s'opposent à une maternité nombreuse. Elle conditionne « *un meilleur accès aux services de santé, de contraception, de plus fortes aspirations à l'éducation des enfants, une plus grande proximité des sources d'informations et en ce qui concerne les rapports de couples, une plus grande marge de négociation des femmes pour adopter des comportements nouveaux* » (Locoh, 2003 : 8). Cependant, la montée des facteurs socioéconomiques dans l'explication des changements observés varie suivant le groupe socioculturel, à cause notamment de la résistance des valeurs et croyances traditionnelles propres à chacun. Les mutations sociales qui ont cours ne s'y font pas de la même manière (Locoh et Sow, 2005 ; Rwenge, 1998).

Cette pluralité d'approches illustre le débat et les controverses entre les chercheurs quant aux causes réelles et au fondement de l'évolution des BNS en PF. Toutefois, cette hétérogénéité n'exclut pas l'existence d'une base théorique commune reliant ainsi toutes ces approches. C'est dans cette dernière perspective que s'inscrit l'approche méthodologique utilisée dans le cadre cette étude.

2. Aspects méthodologiques

2.1. Source de données

L'étude utilise les données d'Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS), car celles-ci permettent des comparaisons aussi bien spatiales que temporelles. Les données recueillies au cours de ces enquêtes sur la contraception et le désir des femmes d'espacer ou limiter les naissances permettent une mesure du niveau des besoins non satisfaits en matière de planification familiale ainsi que leur évolution dans le temps, précisément entre deux enquêtes.

Afin d'identifier la source du changement du niveau de ces besoins, deux enquêtes par pays sont nécessaires à cet effet. Pour ce faire, les données utilisées sont celles issues des enquêtes réalisées entre 1990 et 2013 : l'une étant la toute première de la sous-période 1990-1999, tandis que l'autre la dernière de la sous-période 2000-2013. Au total, 21 pays soit 42 enquêtes sont utilisées.

Tableau 1 : Source de données utilisées

Pays	EDS	Pays	EDS
Bénin	1996, 2006	Namibie	1992, 2006-07
Burkina Faso	1993, 2010	Niger	1992, 2006
Cameroun	1991, 2010-11	Nigéria	1990, 2008
Côte d'Ivoire	1994, 1998*	Rwanda	1992, 2010
Ghana	1993, 2008	Sénégal	1992, 2010-11
Guinée	1999, 2005	Tanzanie	1991-92, 2010
Kenya	1993, 2008-09	Tchad	1996-97, 2004

Pays	EDS	Pays	EDS
Madagascar	1992, 2008-09	Uganda	1995, 2011
Malawi	1992, 2010	Zambie	1992, 2007
Mali	1995-96, 2006	Zimbabwe	1994, 2010-11
Mozambique	1997, 2003	-	-

*Les deux enquêtes utilisées appartiennent à la même sous-période

2.2. Population cible

Les femmes de 15-49 ans en union constituent la population cible de cette étude. Seront considérées comme ayant des BNS en matière d'espaceur (respectivement limitation), celles n'utilisant pas la contraception, mais qui déclarent au moment de l'enquête vouloir espacer (respectivement limiter) leur naissance.

✓ Femmes ayant des BNS en matière d'espaceur

Sont considérées comme telles, celles qui n'utilisent pas une méthode contraceptive, et : (i) sont fertiles et disent qu'elles veulent attendre deux ans ou plus pour leur prochaine naissance, ou (ii) sont fertiles et ne savent pas si elles veulent d'un autre enfant, ou (iii) sont fertiles et déclarent vouloir un autre enfant, mais ne savent à quel moment, ou (iv) sont enceintes, pas du fait d'un échec de la contraception, et déclarent que la grossesse était inopportune (aurait voulu attendre), ou (v) sont en aménorrhée post-partum dans les six mois suivant la naissance et déclarent que la naissance a été mal planifiée (aurait voulu attendre).

✓ Femmes ayant de BNS en matière de limitation

Il s'agit de femmes qui n'utilisent pas une méthode contraceptive, et (i) sont fertile et déclarent qu'elles ne veulent pas d'un autre enfant, ou (ii) sont enceintes, pas du fait d'un échec de la contraception, et déclarent qu'elles ne voulaient pas, ou (iii) sont en aménorrhée post-partum dans les six mois suivant la naissance et disent qu'elles ne veulent pas d'une autre naissance.

2.3. Méthode d'analyse

Afin d'identifier la source du changement du niveau des BNS en matière de PF, l'étude utilise les méthodes de décompositions simple et avancée (Eloundou et Giroux, 2010). L'analyse de décomposition est une méthode qui permet de déterminer la source du changement et de montrer comment le changement est survenu en identifiant les groupes sociaux ayant impulsé ce changement.

La formule de la décomposition de base s'obtient en exprimant la performance nationale comme une moyenne pondérée des performances des différents groupes sociaux.

$$Y_t = \sum w_{jt} * y_{jt}$$

Où :

Y= Moyenne nationale des besoins non satisfaits (BNS) en matière de PF ;

y_{jt} = BNS pour le groupe j en année t (j= Sans instruction, Primaire, Secondaire/Supérieur) ;

w_{jt} = Proportion des femmes appartenant au groupe j au moment t.

Partant de cette formule, le changement total se décompose comme suit :

$$\Delta Y = \sum \bar{y}_j * \Delta w_j + \sum w_j * \Delta y_j$$

Avec $\bar{y}_j = (y_{jt_1} + y_{jt_2}) / 2$ et $\Delta w_j = (w_{jt_2} - w_{jt_1})$ et inversement.

Changement total (CT) = effet de composition (A) + effet de comportement (B)

A : Effet de composition : Il symbolise un changement attribuable à une recomposition sociale, c'est-à-dire une redistribution statistique des différentes couches sociales au sein d'une population. A titre illustratif, les BNS en matière de PF au niveau national reculeraient en raison d'une extension du groupe social ayant les besoins les plus faibles, en l'occurrence les femmes de niveau d'instruction secondaire ou plus par exemple.

B : Effet de comportement ou de performance : Il indique un changement intrinsèque aux individus, indépendamment du statut social.

Une décomposition « avancée » de l'effet de performance permet l'obtention de trois autres sous-composantes : un effet de base, un effet de différenciation et un effet résiduel.

Le changement total peut donc de nouveau s'écrire :

$$\Delta Y = [\Sigma \bar{y}_j * \Delta w_j] + [\Sigma \bar{w}_j * \Delta \alpha] + [\Sigma w_j * x \Delta \beta] + [\Sigma w_j * \Delta \mu_j]$$

$$\Delta Y = \underline{\mathbf{A}} + \underline{\mathbf{B1}} + \underline{\mathbf{B2}} + \underline{\mathbf{B3}}$$

Où :

B1 : Performance de base : Changement commun à toutes les femmes quel que soit leur rang social. Il est tributaire de la politique d'offre des services de planification familiale.

B2 : Effet de différenciation : Changement lié au rang social d'appartenance.

B3 : Effet résiduel : Changement attribuable aux facteurs non pris en compte par l'étude.

3. Principaux résultats

3.1. Changement des besoins en PF non satisfaits

Avant de procéder aux analyses de décomposition proprement dites, une cartographie illustrant l'évolution des BNS en matière de PF est faite au préalable, afin d'avoir un panorama des changements qui ont cours en Afrique subsaharienne.

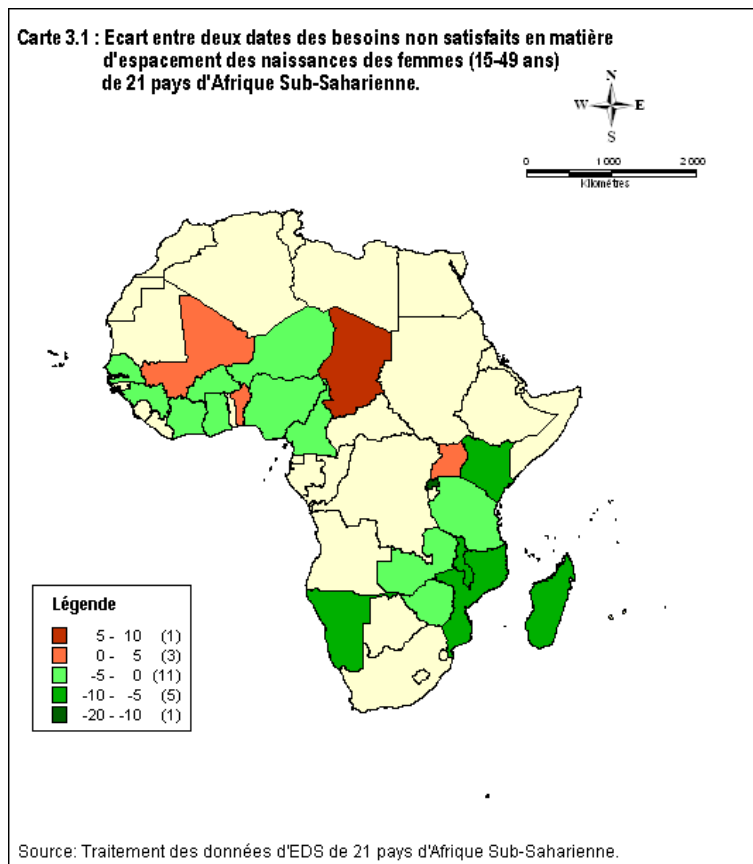
✓ Espacement

A l'exception des pays tels que le Tchad, le Mali, le Bénin et l'Ouganda ayant enregistré une augmentation des BNS en matière d'espacement des naissances, il émerge une tendance générale à la baisse des BNS parmi les femmes en union (carte 3.1). Ces résultats traduiraient une utilisation accrue de la contraception par ces femmes qui souhaitent réguler la venue de leur prochaine naissance. Cependant, le recul des BNS en la matière n'est pas homogène à l'échelle de la région subsaharienne et la situation initiale n'est guère identique d'un pays à un autre.

En dehors du Rwanda où ils ont diminué de 11 points, en passant de 20,8% à 9,7% entre 1992 et 2010, trois catégories de pays se distinguent :

- La première se compose de pays où la baisse des besoins est comprise entre 5 et 10 points. C'est le cas de la Namibie, du Mozambique, du Malawi, du Kenya et de Madagascar ;
- La deuxième est celle des pays où le recul est le moins important, c'est-à-dire inférieur à 5 points. On y retrouve le Sénégal, la Guinée, la Côte d'Ivoire, le Burkina Faso, le Ghana, le Niger, le Nigéria, le Cameroun, la Zambie, le Zimbabwe et la Tanzanie.

- La troisième et dernière représente les pays où ces besoins ont augmenté dans le temps. Il s'agit notamment du Mali, du Bénin, du Tchad et de l'Ouganda.

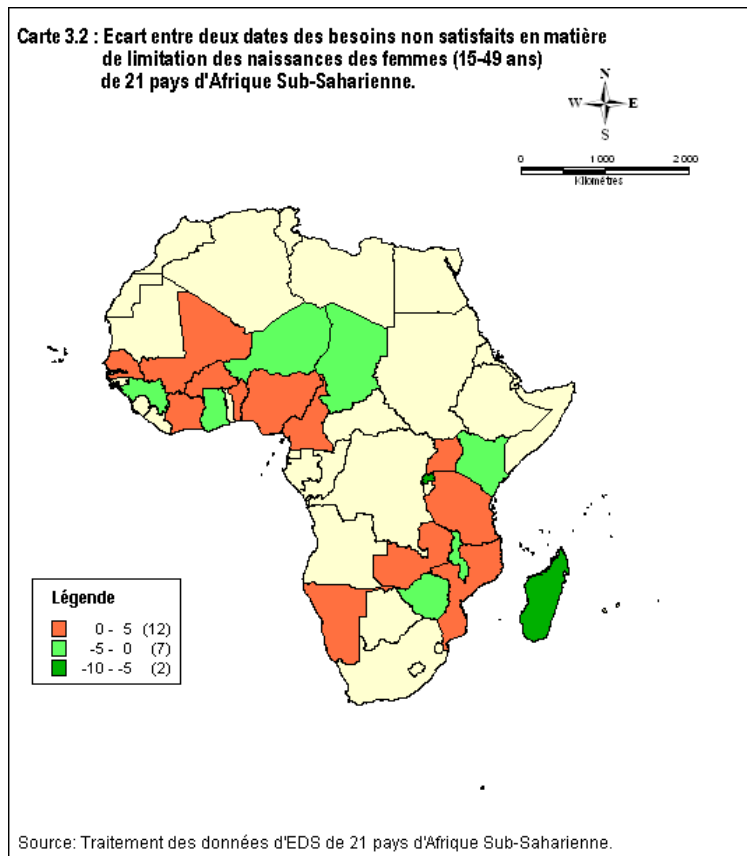


✓ Limitation

Contrairement aux BNS en matière de régulation, ceux liés à la limitation des naissances augmentent plutôt chez les femmes en union dans la plupart des pays étudiés (carte 3.2). Les femmes n'utilisant pas la contraception mais qui veulent limiter leurs naissances seraient de plus en plus nombreuses. Ce résultat ne traduirait-il pas le rejet, certes déguisé, de l'idée d'une limitation des naissances par les femmes et/ou ces sociétés africaines ? Bref, la persistance de tels besoins sur le continent constitue un obstacle au processus de transition démographique qui, pourtant amorcé depuis plusieurs décennies déjà, tarde à véritablement s'accélérer.

Comme précédemment, l'évolution de ces besoins est loin d'être homogène à l'échelle du continent. Le Rwanda, une fois de plus, et Madagascar se distinguent des autres pays avec une baisse comprise entre 5 et 10 points. Au Rwanda, ceux-ci sont passés de 18,0% à 9,2% entre 1992 et 2010 tandis qu'à Madagascar, le passage est de 16,1% à 8,6% entre 1992 et 2008. Excepté ces deux pays, les 19 autres se répartissent en deux principaux groupes.

- Le premier comprend les pays où les besoins non satisfaits en matière de limitation ont bel et bien diminué, mais cette diminution demeure inférieure à 5 points. Ces pays sont la Guinée, le Ghana, le Niger, le Tchad, le Kenya, le Malawi et le Zimbabwe.
- Le deuxième, le plus important de par sa taille, est celui des pays où les besoins ont augmenté. Avec ses 6 pays (Sénégal, Mali, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Bénin, Nigéria) parmi les 12 qui composent ce groupe, la sous-région Ouest africaine est fortement concernée par cette augmentation. Les 6 autres pays sont le Cameroun, la Namibie, le Mozambique, la Tanzanie, l'Ouganda et la Zambie.



✓ Planification familiale

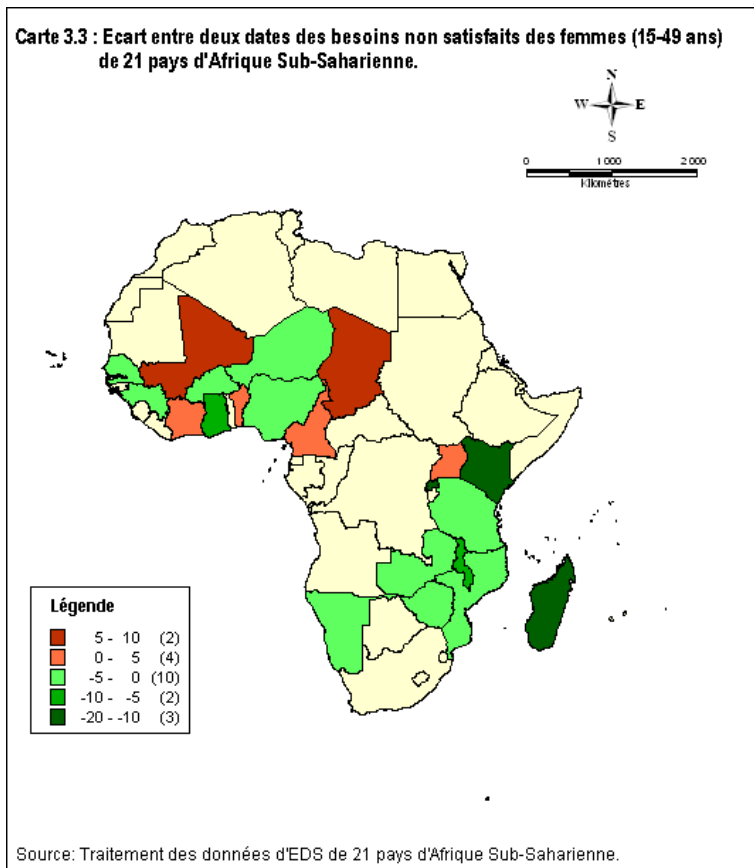
Une juxtaposition des besoins d'espace et de limitation des naissances laisse apparaître un recul quasi généralisé des besoins en planification familiale non satisfaits parmi les femmes en union, et ce dans la majorité des pays (carte 3.3). Certes, les progrès réalisés sont variables et la situation initiale différente d'un pays à un autre.

Sur les 21 pays étudiés, le Rwanda, Madagascar et le Kenya ont véritablement pris le pas sur les autres. On peut le voir à travers un recul, au-delà de 10 points, de l'ensemble de leurs besoins respectifs. Ces derniers sont passés de 38,7% à 18,9%, 32,6% à 18,9% et 35,5% à 25,5% sur les périodes 1992-2010, 1992-2008 et 1993-2008 respectivement.

A la suite de ces trois pays viennent tour à tour deux groupes de pays caractérisés également par un recul des BNS. Avec une baisse comprise entre 5 et 10 points, le premier se compose du Malawi et du Ghana, tandis que le second, qui abrite les pays où la baisse est inférieure à 5 points, comprend le Sénégal, la Guinée, le Burkina Faso, le Niger, le Nigéria, la Namibie, la Mozambique, la Tanzanie, la Zambie et le Zimbabwe.

A contrario, les pays qui présentent plutôt une hausse des besoins non satisfaits en matière de planification sont : pour les plus avancés, le Bénin, le Cameroun, la Côte d'ivoire, et l'Ouganda ; et s'agissant des moins avancés, le Mali et le Tchad.

Ces résultats mettent en exergue les écarts de prévalences entre les pays anglophones (plus avancés) et les pays francophones (moins avancés). L'introduction des programmes ou politiques en matière de santé de la reproduction a été plus tardive dans les pays francophones d'Afrique au sud du Sahara que dans ceux d'expression anglaise (Uwayezu, 2009). Il en a résulté une pratique contraceptive relativement plus satisfaisante parmi ces derniers que chez les premiers.



3.2. Source du changement

✓ Espacement

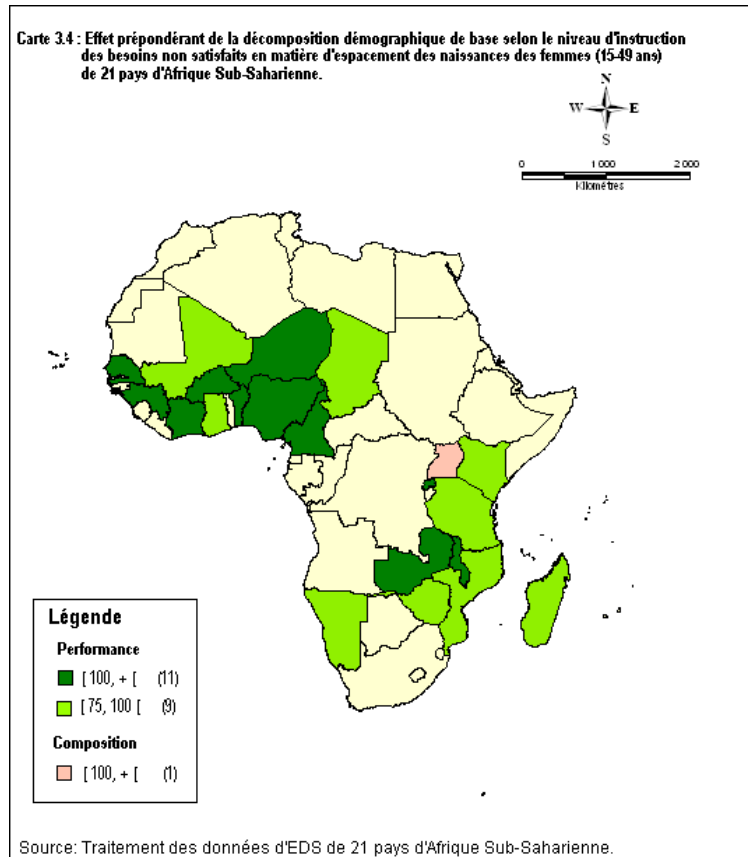
Dans l'ensemble des pays étudiés à l'exception de l'Ouganda, l'effet prépondérant dans le changement observé (qu'il s'agisse d'une baisse ou d'une augmentation des besoins non satisfaits) est un effet de performance (ou effet de comportement) (carte 3.4). En d'autres termes, les transformations observées sont pour l'essentielles intrinsèques aux individus quel que soit le rang social d'appartenance et la recomposition sociale n'y contribue que dans une moindre mesure.

Le recul des BNS en matière d'espacement des naissances résulte davantage d'un recours voulu et accru à une contraception par ces femmes en union qui veulent réguler leurs naissances. Ce changement de comportement touche tous les groupes sociaux et peut, selon le pays, fortement varier d'un groupe à un autre.

En outre, la hausse de ces mêmes besoins, tel qu'observée aux Mali, Bénin, et Tchad, trouve son origine principalement dans la baisse de l'usage d'une contraception chez des femmes en union (indépendamment du rang social) qui pourtant veulent réguler leurs naissances. Cette situation pourrait s'expliquer par une carence du dispositif d'offre (en quantité et/ou en qualité) de services de planification familiale, et/ou une minimisation voire méconnaissance par les femmes des risques pour la santé de grossesses trop rapprochées ; encore qu'elles pourraient bien en avoir conscience, mais feraient face à certaines pesanteurs socioculturelles.

En plus d'une hausse des BNS en matière d'espacement des naissances, le cas de l'Ouganda est très singulier. Premièrement, parce qu'il est le seul pays où l'effet de composition constitue la source prépondérante du changement et, deuxièmement, parce que ces BNS augmentent au lieu de diminuer avec l'instruction, comme c'est le cas dans la plupart des autres pays (cf. annexe 1). La hausse des BNS au niveau national est due à une extension du groupe sociale ayant les

besoins les plus élevés, en l'occurrence les femmes les plus instruites, qu'à un changement de comportement. En effet, en dépit du fait que le pays ait connu un recul du poids démographique des femmes sans instruction parmi celles en union, le comportement des femmes, en général, n'a pratiquement pas évolué, particulièrement celui des femmes instruites dont le niveau de besoins reste supérieur à celui des femmes sans instruction ?

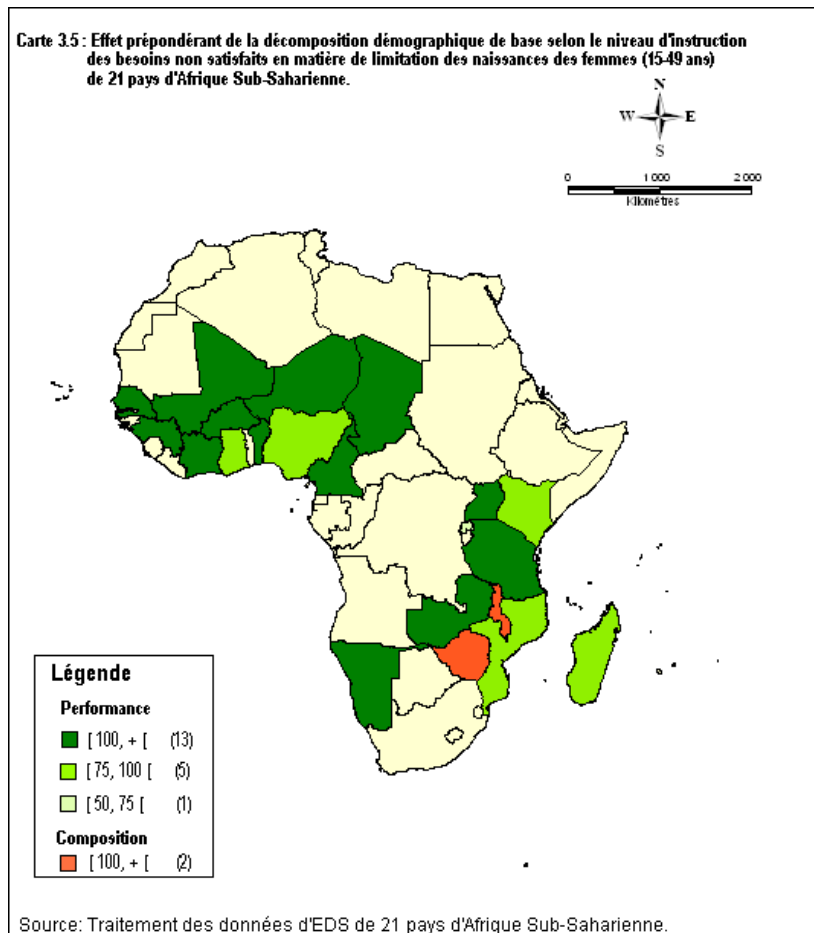


✓ Limitation

Ici également, l'effet de performance prévaut dans le changement observé dans l'ensemble des pays, à l'exception du Malawi et Zimbabwe (carte 3.5). La baisse ou hausse des BNS en matière de limitation des naissances est due majoritairement au changement de comportement ; la recomposition sociale n'ayant qu'un effet moindre voire contraire.

La recrudescence de ces besoins, tel qu'observée dans la plupart des pays (carte 3.2), est due à un usage à la baisse des méthodes de contraception par des femmes en union (quel que soit le rang social), malgré le vœu de limitation des naissances qui les anime. Ceci peut s'expliquer par les carences du dispositif d'offre de services de PF, et/ou une minimisation voire méconnaissance par les femmes des conséquences de grossesses trop nombreuses sur la santé mais aussi les conditions d'existence. Toujours est-il aussi qu'elles pourraient bien avoir conscience du danger, sans toutefois se comporter en conséquence.

Le Malawi et le Zimbabwe sont deux cas atypiques, car il s'agit des seuls pays où la modification de la structure sociale constitue la source prépondérante du changement observé : le comportement en lui-même des femmes n'ayant pratiquement pas évolué au fil du temps. Dans ces deux pays, le recul des BNS est dû pour l'essentiel à l'augmentation du poids démographique des femmes instruites (de niveau primaire au moins), qui d'ailleurs se caractérisent par des besoins les plus faibles parmi les femmes en union.



3.3. Source du changement selon le niveau de progression

Afin de quantifier la contribution relative des politiques de planification familiale aux changements observés, il importe de procéder au préalable à une typologie de pays sur la base du parcours accompli. A l'examen des cartes 3.1 et 3.2, il se dégage grosso modo quatre types de pays : très avancés, avancés, intermédiaires et moins avancés.

Les pays très avancés comprennent ceux ayant connu un recul des BNS des plus importants, tant en matière d'espacement que des limitations des naissances. On peut retenir le Rwanda comme unique exemple.

Les pays avancés abritent ceux ayant certes connu une baisse des BNS, aussi bien en matière d'espacement que de limitation des naissances, mais dont l'ampleur du changement reste modéré : c'est le cas du Niger.

Les pays intermédiaires sont ceux qui montrent un changement en demi-teinte. Il s'agit de pays où le recul des BNS ne concerne qu'un seul des deux types de besoins (espacement / limitation). A titre illustratif, le Tchad a connu sur une période de 9 ans (1996-2004) une augmentation des BNS en matière d'espacement (de 9,4 points) couplée d'une légère baisse de ceux liés à la limitation des naissances (de 0,8 point).

Les pays moins avancés représentent ceux où les BNS en matière d'espacement et de limitation des naissances ont tous deux augmenté dans le temps. On peut citer l'exemple du Mali.

Une fois cette typologie faite, on se rend compte, au vu du tableau 3.1, que l'effet de performance prédomine dans le changement observé (hausse ou baisse des BNS), quel que soit

le type de pays. La recomposition sociale n'ayant qu'un effet moindre voire nul selon le type de BNS et de pays.

Tableau 3.1 : Source du changement selon le type de pays et de BNS

Pays	Type	Besoins non satisfaits	Changement total	Effet performance (%)	Effet composition (%)
Rwanda	++	Espacement	-11,1	102,7	-2,7
		Limitation	-8,7	74,6	25,4
Niger	+	Espacement	-2,3	112,2	-12,2
		Limitation	-0,5	102,5	-2,5
Tchad	+/-	Espacement	9,4	98,4	1,6
		Limitation	-0,8	100,4	-0,4
Mali	-	Espacement	1,5	95,5	4,5
		Limitation	4,1	101,3	-1,3

Source : Traitement des données d'EDS.

3.3.1. Groupes sociaux ayant impulsé le changement global de comportement

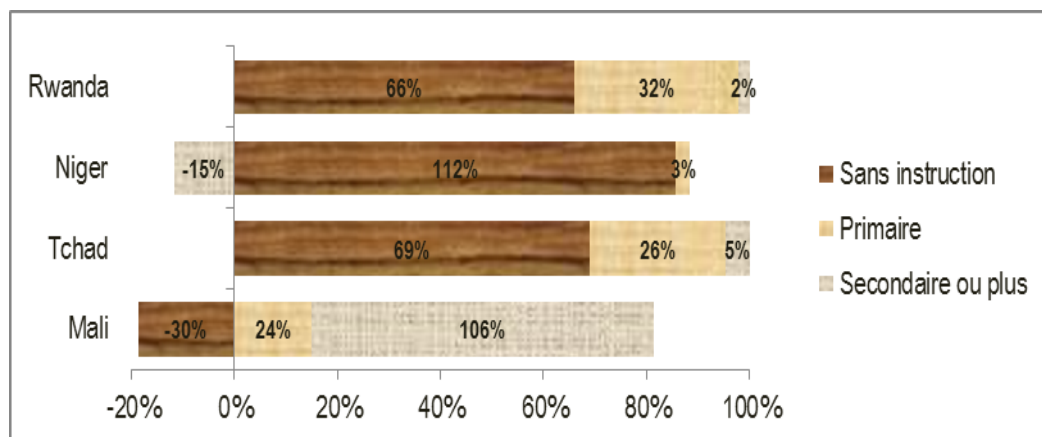
Les femmes sans instruction suivies de celles de niveau primaire constituent les groupes qui contribuent le plus aux changements, aussi bien en ce qui concerne la régulation que pour ce qui est de la limitation des naissances ; exception faite du Mali dans le cas de la régulation (graphiques 3.1a et 3.1b).

En matière de régulation, les femmes sans instruction contribuent au changement global à hauteur de 66%, 112% et 69% au Rwanda, Niger et Mali respectivement. Dans les pays avancés, notamment au Rwanda et au Niger, le comportement de ces dernières a évolué au fil du temps. Elles recourent de plus en plus à une contraception pour l'espacement des naissances, ce qui montre qu'une mobilité sociale n'est pas une condition suffisante pour un changement de comportement. Au Tchad en revanche, on observe plutôt une utilisation en baisse de la contraception, ce qui justifie ici la hausse des besoins non satisfaits.

Au Mali (pays moins avancé), la mobilité sociale est sans conséquence sur le comportement des femmes. En effet, ce sont les femmes instruites (de niveau primaire au moins) qui contribuent le plus (à 106%) à la hausse des BNS dans le pays, ce qui est assez paradoxal. Ces femmes, malgré un niveau d'étude élevé, sont moins enclines à espacer leurs naissances contrairement aux femmes sans instruction. Cela veut dire que, après avoir consacré de longues années aux études, ces femmes essaient de rattraper leur retard en termes de fécondité par rapport aux femmes sans instruction. Elles recourent par conséquent moins à une contraception pour éviter un espacement des naissances¹. Dans de telles conditions, on pourrait s'interroger sur la prise en compte, dans la politique de PF que mène ce pays, d'une telle donne.

¹ D'ailleurs, à ce propos, Ouadah-Bedidi (2012) montre que, dans le cas de l'Algérie par exemple, la fécondité dans le mariage est systématiquement plus élevée chez les femmes mariées tardivement que chez les femmes mariées plus jeunes. D'après l'auteur, cela veut dire que « *les femmes qui se marient tard [du fait de longues années d'études par exemple] souhaitent avoir presque autant d'enfants que celles qui se marient tôt et pratiquent donc moins la contraception une fois mariées pour rattraper une partie de leur retard* » (Ouadah-Bedidi, 2012 : 22).

Graphique 3.1a : Contribution des différents groupes sociaux au changement des BNS en matière d'espacement des naissances par pays

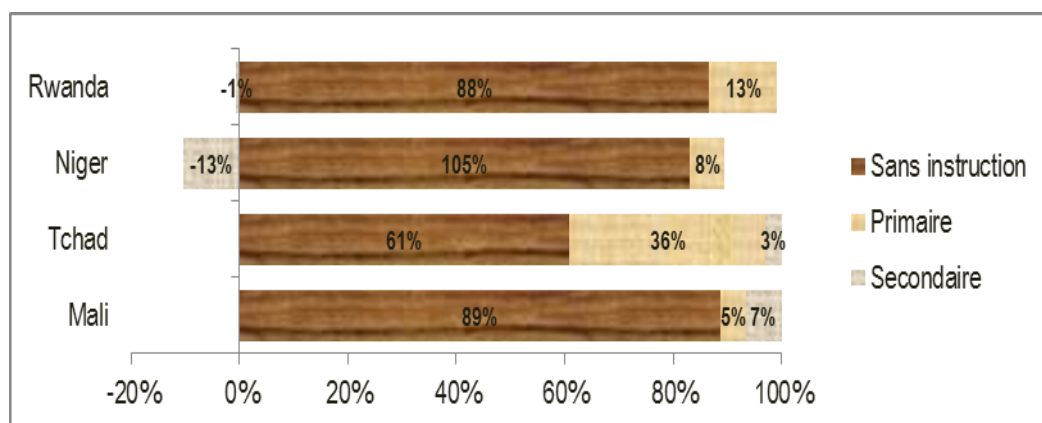


Source : Traitement des données d'EDS.

Concernant la limitation, les femmes sans instruction participent au changement global à hauteur de 88%, 105%, 61% et 89% aux Rwanda, Niger, Tchad et Mali respectivement. Dans les pays avancés (Rwanda et Niger), l'usage d'une contraception est de plus en plus répandu chez les femmes en union qui veulent limiter leurs naissances et plus encore chez les femmes sans instruction. Il en est de même du Tchad (pays intermédiaire) où les femmes de niveau primaire (36%), en plus des femmes sans instruction (62%), contribuent le plus au changement.

Dans les pays moins avancés, à l'instar du Mali, caractérisés par une hausse des BNS en matière de limitation des naissances, les femmes sans instruction contribuent le plus (à 89%) à l'augmentation de ces besoins. Ces dernières recourent à une contraception davantage pour un espacement qu'une limitation des naissances. Dans une société où, d'une part, les femmes instruites n'espacent pas leurs naissances et, d'autre part, les femmes sans instruction sont loin de vouloir limiter les leurs, on peut dire avec Luneau (2010) que, tout comme la polygamie, une descendance nombreuse est un signe tangible d'un certain nombre de valeurs qui n'ont rien perdu de leur importance dans la société malienne d'aujourd'hui : « *le souci d'une descendance nombreuse qui perpétuera la gloire du nom, l'honorabilité, le prestige social s'attachant à celui dont les épouses, les enfants, attestent la fortune et peut-être une certaine idée de la "femme" vécue plus ou moins consciemment, source et lieu de la vie et en qui elle se laisse "thésauriser"* » (Luneau, 2010 : 101-102).

Graphique 3.1b : Contribution des différents groupes sociaux au changement des BNS en matière de limitation des naissances par pays



Source : Traitement des données d'EDS.

3.3.2. Influence des politiques de Planification Familiale

Les politiques de planification familiale dans les pays (avancés ou non) ont un rôle important dans les changements observés. Qu'il s'agisse de l'espacement ou de la limitation des naissances, celles-ci contribuent pour l'essentiel au changement de comportement (tableau 3.2). La contribution des femmes sans instruction au changement étant importante, il va sans dire que les politiques menées jusqu'ici y ont contribué énormément.

✓ Rwanda

Malgré un passé tragique, le pays se relève et est en passe de devenir l'un des rares pays qui atteindront les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dans leur quasi-totalité² (ONU, 2012). D'énormes progrès ont été réalisés par le Rwanda dans le domaine de la santé maternelle et l'usage d'une contraception pour une planification volontaire des naissances de plus en plus répandu chez les femmes. Les politiques de PF ont contribué, ici, à hauteur de 98,1% et 124,3% au recul des BNS en matière d'espacement et de limitation des naissances respectivement. Bon nombre d'éléments ont aidé en cela. On peut citer, entre autres : la politique de renforcement des prestations de services de santé par le secteur public qui dessert actuellement près de 90% de toutes les personnes qui utilisent la planification familiale³ ; le financement basé sur la performance ; les Fonds d'Incitation des Districts ; les contrats de performance et les Partenariats d'Amélioration de la Qualité (entre la communauté et les prestataires) (Solo, 2008). Le Gouvernement rwandais a aussi pris des mesures pour encourager les partenariats public-privé à l'appui de la sécurité des moyens contraceptifs. Son groupe pharmaceutique spécial, qui est chargé de surveiller l'efficacité et la qualité des produits pharmaceutiques, distribue également des contraceptifs gratuits par l'intermédiaire des pharmacies et d'autres commerces où sont vendus des médicaments. Aussi est-il important de préciser que ces changements notoires sont également le résultat d'efforts menés par les autorités rwandaises dans plusieurs autres secteurs, en plus de celui de la santé (éducation, lutte contre la pauvreté, etc.)⁴.

✓ Niger

Des efforts ont été faits en matière d'offre de services de PF, au vu des progrès accomplis. L'amélioration de ces services a contribué à hauteur de 172,1% et 178,1% à la baisse des BNS en PF à dessein d'espacement et de limitation des naissances respectivement. Ces résultats sont à mettre, pour l'essentiel, à l'actif du Programme National de Planification Familiale (1984-1994) qui a permis d'amorcer une amélioration des indicateurs de la PF⁵. Cependant, beaucoup reste à faire, étant donné les obstacles majeurs que rencontrent les programmes de PF dans leur diffusion⁶. Ces efforts supplémentaires concernent, entre autres, la durée d'attente, la qualité de l'accueil et le Counseling (Moussa, 2003).

² Notons également que la réduction de la fécondité a été inscrite au nombre des objectifs de santé maternelle, aux côtés des OMD, par le Gouvernement. Il en résulte qu'aujourd'hui 36,4% des femmes au Rwanda utilisent des contraceptifs, et que le taux total de fécondité y est tombé de 6,1 à 5,5 entre 2005 et 2007 (DSNU, 2011).

³ Union Africaine (2013), « La planification familiale et le dividende démographique en Afrique », Projet de note d'orientation pour la Conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique.

⁴ Entre 2006 et 2011, la croissance économique au Rwanda s'est traduite par une réduction de la pauvreté à l'échelle du pays en raison de ce que la croissance y a été inclusive et s'est accompagnée d'une réduction des inégalités (ONU, 2012).

⁵ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies (2005), Programme National de Santé de la Reproduction 2005-2009, 93p.

⁶ Parmi les femmes ayant un BNS en PF à dessein d'espacement, 36% citent des soucis liés à la fécondité, surtout le désir d'avoir plus d'enfants. Ceci suggère qu'une large proportion de femmes se soucie du fait que l'usage de

Tableau 3.2 : Source du changement de comportement selon le type de pays et de BNS

Pays	Type	Besoins non satisfaits	Changement total	Effet de performance	Effet de base	Effet de différentiation	Effet résiduel
Rwanda	++	Espacement	-11,1	102,7	98,1	0,0	1,9
		Limitation	-8,7	74,6	124,3	-23,0	-1,3
Niger	+	Espacement	-2,3	112,2	172,1	-3,3	-68,8
		Limitation	-0,5	102,5	178,1	-8,7	-69,4
Tchad	+/-	Espacement	9,4	98,4	120,0	-4,8	-15,2
		Limitation	-0,8	100,4	91,1	15,3	-6,4
Mali	-	Espacement	1,5	95,5	-100,7	120,7	80,0
		Limitation	4,1	101,3	98,7	-7,4	8,7

Source : Traitement des données d'EDS.

✓ Tchad

La politique menée par ce pays en matière de PF a davantage été profitable à une limitation qu'un espacement des naissances, et ce avec une contribution au changement des BNS de l'ordre de 91,1% et 120,0% respectivement. La société tchadienne est fortement pro-nataliste et les questions liées à la PF ont, de ce fait, été considérées pendant longtemps comme tabous et la planification des naissances était synonyme de dépravation des mœurs. On peut interpréter ces changements qui ont cours comme une approbation progressive de l'idée d'une planification des naissances, particulièrement en ce qui concerne leur limitation. Il convient, en effet, de rappeler que l'introduction des méthodes modernes de contraception est un phénomène récent au Tchad, car elle fait suite à l'abrogation en avril 1993 de la Loi française de 1920 qui interdisait l'importation, la vente des contraceptifs et la propagande anticonceptionnelle, ce qui explique, d'ailleurs, les niveaux faibles de connaissance (42,8%) et d'utilisation (1,2%) de méthodes modernes de contraception parmi les femmes en union (EDST, 2004).

✓ Mali

Jusqu'ici, les efforts réalisés par le pays en matière de PF n'ont quasiment eu aucun effet⁷. La faute à cette politique de PF elle-même mais également à certaines pesanteurs socioculturelles. En effet, malgré la mise en place d'un Programme National de Planification Familiale (PNPF) en 1994, les initiatives du gouvernement et les efforts consentis par les partenaires au développement contribue à 98% à la hausse des BNS en matière de limitation des naissances, traduisant ainsi son échec. S'agissant de l'espacement des naissances, cette politique pourrait

la contraception interférera avec les futures grossesses. En outre, 21% ne connaissent pas de méthode ou de source de PF. Environ 19% indiquent une opposition religieuse, culturelle, familiale ou personnelle tandis que 15% indiquent des problèmes de santé potentiels ou des effets secondaires comme raison principale pour laquelle elles n'ont pas l'intention d'utiliser la PF à l'avenir. Par ailleurs, parmi les femmes qui aimeraient limiter les naissances mais qui n'ont pas l'intention d'utiliser la PF à l'avenir, presque 29% indiquent qu'elles se soucient de problèmes de santé potentiels et d'effets secondaires ; 21% citent des raisons liées à la fécondité, principalement la rareté des rapports sexuels tandis que 18% indiquent une opposition religieuse, culturelle, familiale ou personnelle (POLICY, 2005).

⁷ D'après les résultats d'EDSM (2006), seules 8% des femmes utilisent une méthode contraceptive au moment de l'enquête : 6 % d'entre elles ont recours à une méthode moderne et 1 % utilise une méthode traditionnelle. Par ailleurs, parmi celles qui n'utilisent pas la contraception, plus de la moitié (55%) ont déclaré ne pas avoir l'intention d'en utiliser une dans le futur. 32 % de ces dernières ont cité des raisons relatives à la fécondité, essentiellement le désir d'avoir autant d'enfants que possible (18 %). L'opposition à la pratique contraceptive a été mentionnée dans 36 % des cas, et il s'agit de l'opposition de l'enquêtée elle-même dans 22 % des cas, de l'opposition du partenaire dans 9 % et des interdits religieux dans 5 %. En outre, les raisons liées aux méthodes ont été globalement citées par 14 % des femmes : parmi elles, 6 % ont cité les problèmes de santé et 4 % la peur des effets secondaires.

être efficace si elle ne se heurtait pas au comportement même des femmes, notamment instruites qui semblent ne pas assimiler la pratique d'une contraception aux fins de régulation des naissances. En effet, les femmes de niveau secondaire au moins ont un risque d'avoir un BNS en matière d'espacement des naissances supérieur à celui des femmes sans instruction (Mariko et al, 2009), du fait vraisemblablement de pesanteurs socioculturelles (le prestige social d'une descendance nombreuse). La contribution politique au changement étant négative (-100,7%), cela signifie que les services offerts œuvrent bel et bien pour un espacement des naissances. Cependant, cette contribution reste inférieure à celle de l'effet de différenciation (120,7%), ce qui, dans l'ensemble, montre l'importance du statut social d'appartenance dans le changement de comportement.

Conclusion

L'Afrique subsaharienne a mal à sa transition démographique et à celle de la fécondité en particulier. Il faut croire que les nombreux discours militant en faveur d'une parenté responsable semblent difficilement trouver un écho favorable au sein de sociétés qui oscillent entre tradition et modernité. On peut le voir à travers des besoins en planification familiale non satisfaits dont le niveau et l'évolution au fil du temps décrivent une pluralité de trajectoires. La diversité des changements qui ont cours en zone subsaharienne trouve principalement son origine dans les politiques de PF menées jusqu'ici. Dans la grande majorité des périodes-pays étudiés, on note une prépondérance de l'effet de comportement et plus précisément l'effet de base dans ces changements. Pour des pays avancés, à l'instar du Rwanda, les politiques menées ont permis un changement de comportement et un recul, notamment au niveau des groupes socioéconomique défavorisés (femmes sans instruction), des besoins non satisfaits aussi bien en ce qui concerne l'espacement que la limitation des naissances : ce qui veut dire qu'*une mobilité sociale n'est pas une condition suffisante pour un changement de comportement*. A l'opposé, des pays moins avancés tel le Mali éprouvent pas mal de difficultés. Avec une politique qui tarde à produire des effets, le Mali doit en plus faire face à des pesanteurs socioculturelles qui semblent annihiler les efforts déployés jusqu'ici. Il paraît donc nécessaire, pour une meilleure efficacité des politiques de PF dont les répercussions sur la transition de la fécondité seraient indéniables, de mieux prendre en compte l'environnement social dans lequel ces politiques interviennent.

Bibliographie

- ADJAMAGBO A. et GUILLAUME A. (2001), « Relation de genre et santé de la reproduction en milieu rural ivoirien », *Autrepart*, n°19, pp.11-27.
- BONNET D. et GUILLAUME A. (2004), « La santé de la reproduction : une émergence des droits individuels », in GUILLAUME A. et KHLAT M. (eds), *Santé de la reproduction au temps du Sida en Afrique*, CEPED, Paris, pp.11-32.
- DE CARVALH E. (2001), « La demande insatisfaite de contraception au Nordeste du Brésil », in GENDREAU F. (eds), *Transitions démographiques des pays du Sud*, ESTEM, Paris, pp.327-341.
- ELA J.M (1995), « Fécondité, structures sociales et fonctions dynamique de l’imaginaire en Afrique noir », in GERARD H. et PICHE V. (eds), *La sociologie des populations*, PUM/AUPELF-UREF, Montréal, pp. 189-215.
- ELOUNDOU P. et SARAH G. (2010), *Comprendre le changement social*, UIESP, 74p.
- JAFFRE Y. et DE SARDAN J.P. O. (2003), « Une médecine inhospitalière : Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d’Afrique de l’Ouest », Karthala, Paris, 462p.
- KOTOKOU K. (1994), « Les facteurs d’utilisation des méthodes contraceptives à Lomé », in KOFFI N. et al. (eds). *Maitrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Colloques et séminaires, ORSTOM, Paris, pp.251-266.
- LOCOH T. (2003) « Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique sub-saharienne », INED, 25p.
- LOCOH T. et MOUVAGHA-SOW M. (2005), Vers de nouveaux modèles familiaux en Afrique de l’ouest ? Communication présentée au XXVe Congrès général de la population « Populations en transition », Tours, 18-23 juillet 2005, pp.13-42.
- LULE et al. (2005), “Achieving the Millennium Development Goal of Improving Maternal Health: Determinants, Interventions, Challenges”, HNP discussion paper, 90p.
- LUNEAU R. (2010), « Chants de femmes au Mali », Karthala, Paris, 156p.
- MARIKO S., MOHAMED A., RATHAVUTH H., OUMOU K. et MAMADOU D. (2009), « Pratique contraceptive et importance des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Mali, de 1995 à 2006 », Rapports d’analyses approfondies des EDS n°69, CPS/DNSI et ICF Macro, Calverton, 31p.
- MOUSSA H. (2003), « Devoir de soigner et droit d’exercer la violence : ethnographie des consultations de planification familiale à Niamey/Niger », Bulletin de l’APAD, p14.
- NATIONS UNIES (2012), Objectifs du millénaire pour le développement, Rapport de 2012.
- NWAKEZE N. et KANDALA N.B. (2011), « The spatial distribution of health establishments in Nigeria », *Etude de la population africaine*, vol 25, n°2 : Edition Commémorative de la 25^{ème} année, pp.680-696.
- OUADAH-BEDIDI Z. (1992), « Fécondité et nuptialité différentielles en Algérie : l’apport du recensement de 1998 », Document de travail n° 185, INED, Paris, 51p.
- PICHE V. (1995), « Les approches institutionnelles de la fécondité », in GERARD H. et PICHE V. (eds), *La sociologie des populations*, PUM/AUPELF-UREF, Montréal, pp. 117-137.

- POLYCY (2005), « Perspectives sur le Besoin non satisfait en planification familiale en Afrique de l'Ouest : le Niger », Document d'Information du Projet, 8p.
- Population Reference Bureau et African Population and Health Research Center (2008), "2008 Africa Population Data Sheet", p10.
- RWENGE M. (1998) « Identité culturelle, facteurs socio-économiques et fécondité au Cameroun », in *Régimes démographiques et territoires : les frontières en question*. Colloque International de la Rochelle, AIDELF, pp.421-431.
- RWENGE M. (2007), « La qualité des soins obstétricaux au Cameroun », *Les Cahiers de l'IFORD*, n°29, IFORD, Yaoundé, 206p.
- SANNI M. (2011), « Niveaux et tendances des besoins non satisfaits de planification familial au Bénin : Facteurs explicatifs et changements dans le temps », *Etude de la population africaine*, vol 25, n°2 : Edition Commémorative de la 25^{ème} année, pp.381-401.
- SOLO J. (2008), « Planification familiale au Rwanda : comment un sujet tabou est devenu la priorité numéro un », Intra Health International, 37p.
- UWAYEZU B. (2009), « Facteurs explicatifs de la non utilisation de la contraception moderne par les femmes en union au Rwanda », Mémoire de fin d'étude, Master professionnel en démographique, IFORD, Yaoundé (Cameroun), 133p.
- VIGNIKIN K. (2000), « Déséquilibre agricole et comportements démographiques des ménages : Le cas du Sud-Est Togo », in PILON M. et GUILLAUME A. (eds), *Maîtrise de la fécondité et planification familiale au Sud*, Colloque et séminaires, IRD, Paris, pp.111-126.
- VIMARD P., FASSASSI R. et TALNAN E.(2002), « Le début de la transition de la fécondité en Afrique subsaharienne », Documents de recherche n° 2, IRD, Marseille, 30 p.
- WAKAM J. (1994), « De la pertinence des théories économistes de fécondité en Afrique », *Thèse de science humaine*, UCL, n°14, p527.

Annexe 1: Evolution des BNS et de la structure socioéconomique entre deux dates par pays

PAYS	BNSE	BNSL	BNS	%	BNSE	BNSL	BNS	%
BENIN	1996				2006			
Sans instruction	16,60	8,76	25,36	77,87	17,22	12,93	30,16	73,74
Primaire	21,97	7,21	29,17	15,83	19,76	11,65	31,41	17,69
Secondaire ou +	11,62	9,22	20,84	6,29	15,10	9,22	24,32	8,57
Ensemble	17,13	8,54	25,68	100,00	17,49	12,39	29,88	100,00
BURKINA FASO	1993				2010			
Sans instruction	17,71	6,30	24,01	87,11	17,42	7,02	24,44	82,12
Primaire	21,65	8,41	30,06	8,54	19,64	4,90	24,54	11,05
Secondaire ou +	19,40	4,28	23,68	4,34	11,05	3,76	14,81	6,83
Ensemble	18,12	6,39	24,51	100,00	17,22	6,56	23,78	100,00
CAMEROUN	1991				2011			
Sans instruction	14,17	4,50	18,67	49,77	15,05	8,22	23,27	27,82
Primaire	20,29	6,58	26,87	32,74	16,64	9,71	26,35	37,41
Secondaire ou +	16,45	4,04	20,48	17,49	14,83	6,44	21,27	34,76
Ensemble	16,57	5,10	21,67	100,00	15,57	8,16	23,73	100,00
COTE D'IVOIRE	1994				1998			
Sans instruction	18,87	7,27	26,14	70,98	20,54	7,88	28,42	66,32
Primaire	24,73	7,28	32,01	20,15	20,00	6,82	26,83	24,94
Secondaire ou +	18,32	5,26	23,59	8,87	13,81	7,16	20,96	8,74
Ensemble	20,00	7,09	27,10	100,00	19,82	7,55	27,37	100,00
GHANA	1993				2008			
Sans instruction	24,79	11,87	36,67	42,54	20,54	7,88	28,42	66,32
Primaire	26,59	12,72	39,31	50,10	20,00	6,82	26,83	24,94
Secondaire ou +	11,26	6,93	18,18	7,37	13,81	7,16	20,96	8,74
Ensemble	24,70	11,94	36,63	100,00	19,82	7,55	27,37	100,00
GUINEE	1999				2005			
Sans instruction	15,56	8,18	23,73	86,26	12,09	8,10	20,19	85,32
Primaire	19,53	8,07	27,60	7,16	15,08	10,43	25,51	8,07
Secondaire ou +	16,02	8,92	24,94	6,58	22,51	6,85	29,37	6,61
Ensemble	15,87	8,22	24,09	100,00	13,02	8,21	21,23	100,00
KENYA	1993				2008			
Sans instruction	16,94	18,15	35,08	23,10	16,97	8,91	25,87	11,50
Primaire	24,82	14,25	39,07	55,85	14,53	15,36	29,89	58,33
Secondaire ou +	17,33	9,42	26,75	21,05	8,18	8,77	16,95	30,17
Ensemble	21,42	14,13	35,56	100,00	12,89	12,63	25,53	100,00
MADAGASCAR	1992				2008			
Sans instruction	12,00	15,10	27,10	21,93	11,95	7,85	19,81	20,69
Primaire	19,11	19,35	38,47	54,67	10,63	9,39	20,02	51,09
Secondaire ou +	14,25	9,65	23,90	23,39	8,45	7,57	16,02	28,22
Ensemble	16,41	16,15	32,56	100,00	10,29	8,56	18,85	100,00
MALAWI	1992				2010			
Sans instruction	22,56	12,41	34,97	52,59	10,94	16,57	27,51	18,34
Primaire	25,75	11,58	37,32	44,47	15,16	11,77	26,93	65,89
Secondaire ou +	14,19	11,82	26,01	2,94	13,55	7,05	20,60	15,77
Ensemble	23,73	12,02	35,75	100,00	14,13	11,90	26,04	100,00
MALI	1995				2006			
Sans instruction	19,97	5,72	25,69	85,27	20,14	10,34	30,48	82,39
Primaire	20,99	6,10	27,09	10,22	24,20	7,92	32,12	10,30
Secondaire ou +	14,54	5,31	19,85	4,50	30,06	6,98	37,04	7,31
Ensemble	19,83	5,74	25,58	100,00	21,29	9,84	31,13	100,00

E= Espacement, L= Limitation

PAYS	BNSE	BNSL	BNS	%	BNSE	BNSL	BNS	%
MOZAMBIQUE	1997				2003			
Sans instruction	14,07	6,45	20,52	47,19	9,60	7,88	17,48	48,29
Primaire	19,85	4,79	24,64	50,12	12,12	7,55	19,67	47,47
Secondaire ou +	13,24	9,96	23,21	2,69	10,04	4,86	14,90	4,24
Ensemble	16,95	5,71	22,66	100,00	10,82	7,59	18,41	100,00
NAMIBIE	1992				2006			
Sans instruction	14,45	8,03	22,47	22,57	13,90	16,14	30,04	11,67
Primaire	15,35	8,02	23,37	44,95	11,20	15,35	26,55	30,39
Secondaire ou +	13,85	4,34	18,18	32,49	7,06	8,58	15,65	57,95
Ensemble	14,66	6,82	21,48	100,00	9,12	11,53	20,65	100,00
NIGER	1992				2006			
Sans instruction	14,96	3,02	17,98	92,49	12,80	2,52	15,33	87,76
Primaire	24,54	3,64	28,19	6,11	15,89	2,00	17,88	8,93
Secondaire ou +	19,80	3,26	23,06	1,40	19,00	3,56	22,57	3,31
Ensemble	15,61	3,06	18,67	100,00	13,28	2,51	15,79	100,00
NIGERIA	1990				2008			
Sans instruction	14,30	4,60	18,90	67,46	15,39	3,88	19,27	47,41
Primaire	19,06	6,77	25,83	21,85	14,96	7,70	22,66	21,76
Secondaire ou +	17,06	3,43	20,49	10,69	14,40	5,55	19,96	30,83
Ensemble	15,63	4,95	20,58	100,00	14,99	5,23	20,22	100,00
RWANDA	1992				2010			
Sans instruction	19,68	22,98	42,66	46,13	8,84	14,78	23,62	19,67
Primaire	22,18	14,13	36,31	48,63	10,37	8,24	18,61	69,85
Secondaire ou +	17,18	9,77	26,95	5,25	6,37	5,56	11,93	10,49
Ensemble	20,76	17,98	38,75	100,00	9,65	9,25	18,90	100,00
SENEGAL	1992				2010			
Sans instruction	21,70	7,01	28,71	83,80	20,82	8,06	28,89	70,94
Primaire	27,08	6,67	33,75	11,27	25,34	5,84	31,18	19,71
Secondaire ou +	21,90	10,00	31,90	4,93	20,35	7,48	27,83	9,35
Ensemble	22,32	7,12	29,43	100,00	21,67	7,57	29,24	100,00
TANZANIE	1991				2010			
Sans instruction	15,87	10,74	26,60	41,92	18,49	11,56	30,05	23,92
Primaire	20,62	8,38	29,00	55,73	15,10	9,43	24,53	68,53
Secondaire ou +	14,41	4,11	18,53	2,35	11,26	4,80	16,06	7,55
Ensemble	18,48	9,27	27,75	100,00	15,62	9,59	25,21	100,00
TCHAD	1996				2004			
Sans instruction	6,15	2,97	9,11	80,62	14,50	2,44	16,94	78,84
Primaire	9,24	5,01	14,25	16,80	23,66	3,30	26,97	17,09
Secondaire ou +	16,86	3,53	20,39	2,58	21,40	1,70	23,10	4,07
Ensemble	6,91	3,31	10,22	100,00	16,34	2,56	18,90	100,00
UGANDA	1995				2011			
Sans instruction	13,94	11,64	25,58	35,29	13,32	19,75	33,07	16,30
Primaire	20,19	10,06	30,25	54,70	22,80	13,36	36,16	61,21
Secondaire ou +	19,69	10,24	29,94	10,01	17,21	5,78	23,00	22,49
Ensemble	17,93	10,64	28,57	100,00	20,00	12,70	32,70	100,00
ZAMBIE	1992				2007			
Sans instruction	17,26	11,65	28,91	19,89	15,82	11,49	27,31	13,25
Primaire	23,13	9,37	32,50	61,67	18,15	9,84	27,99	60,85
Secondaire ou +	20,85	5,87	26,72	18,44	13,96	7,32	21,28	25,90
Ensemble	21,54	9,18	30,72	100,00	16,76	9,41	26,16	100,00
ZIMBABWE	1994				2010			
Sans instruction	9,87	9,64	19,51	14,85	4,10	9,27	13,38	2,78
Primaire	9,49	6,55	16,04	52,53	8,26	6,92	15,18	32,30
Secondaire ou +	7,50	2,41	9,91	32,63	6,84	4,59	11,43	64,92
Ensemble	8,89	5,66	14,55	100,00	7,22	5,48	12,70	100,00