

COMMENT BÉNÉFICIER DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE ?

La démographie au centre des trajectoires
de développement dans les pays de l'UEMOA
ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie
et au Nigeria

SYNTHÈSE **REGIONALE**



Etude coordonnée
par Initiatives Conseil
International, Burkina Faso

Auteur :
Jean-Pierre Guengant,
Directeur de recherche émérite IRD,
coordinateur scientifique

Avertissement

Ce document constitue une synthèse des douze analyses-pays produites dans le cadre du projet « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigéria ». Le contexte démographique régional, les enjeux qui lui sont associés, ainsi que la méthodologie utilisée pour la réalisation des analyses pays sont précisés ci-dessous.

L'objet de cette synthèse était de mettre en perspectives les principaux résultats trouvés et les enjeux identifiés dans les 12 analyses pays en se limitant à l'horizon 2030. L'accent a été mis à la fois sur les similitudes et les divergences entre pays concernant leurs situations initiales et leurs évolutions futures éventuelles. Si les données et documents utilisés sont bien ceux qui ont servi à l'élaboration des 12 analyses-pays, cette synthèse ne constitue pas autant un résumé des analyses-pays. Les lecteurs plus particulièrement intéressés par un ou plusieurs pays, ou par un thème donné, devront se rapporter aux analyses spécifiques faites pour ces pays.

Cette synthèse régionale est publiée par l'Agence Française de Développement dans un premier temps en **version non définitive** à l'occasion de la conférence « population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » (Ouagadougou, 8-11 février 2011).

Une publication reliée à paraître en 2011 compilera l'ensemble des analyses pays définitives développées à cette occasion.

Cette publication préliminaire a été réalisée avec le soutien de Vincent Joguet, Division de la communication, AFD.

Pour de plus amples informations, contacter Sarah Lahmani, Division animation et prospective, Direction de la stratégie, AFD, lahmanis@afd.fr

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou des institutions partenaires.

Contexte et méthodologie de cette analyse

Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon la révision 2008 des projections de population de la Division de la Population des Nations unies (publiée en mars 2009), la population de l'Afrique subsaharienne, estimée en 2010 à 860 millions d'habitants, pourrait se situer en 2050 entre 1,5 milliard et 2 milliards d'habitants selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants par femme en 2010, à 2 ou 3 enfants par femme en moyenne en 2050. Ces hypothèses supposent cependant implicitement une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception de 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne au cours des 20 dernières années a été de 0,3 point par an en Afrique de l'Ouest et de 0,2 point en Afrique centrale.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques que l'on peut imaginer en analysant correctement les données disponibles sont énormes. Il s'agit de la capacité des pays à satisfaire les besoins essentiels de leurs populations en santé et en éducation. Il s'agit aussi de la possibilité ou non pour les systèmes agraires africains de réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle qui touche de nombreux pays, en milieu urbain comme en milieu rural. Il s'agit également de la capacité des Etats et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces en vue d'un développement durable (préserver l'environnement, prévenir les conflits, assurer la sécurité des biens et des personnes, équiper et gérer un nombre croissant d'agglomérations et accompagner l'émergence d'économies urbaines dynamiques...).

De façon à éclairer précisément la situation dans chacun des pays de l'UEMOA, une série d'analyses pays a été réalisée dans le contexte de la préparation de la **conférence "Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir" (Ouagadougou, 8-11 février 2011)** organisée conjointement par le Ministère des affaires étrangères et européennes, l'USAID, l'AFD, la Fondation Gates et la Fondation Hewlett, avec l'appui d'Equilibres et Populations. Ces analyses doivent être considérées comme des contributions aux réflexions en cours dans chaque pays sur la formulation d'un diagnostic et l'élaboration des politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté. Ces contributions à l'analyse de la situation dans divers pays seront complétées par une synthèse régionale et les divers documents produits seront accessibles depuis le site internet de l'AFD.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de ces contributions. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif était de retracer à l'aide de divers indicateurs les évolutions démographiques économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance de la plupart des pays de la sous-région. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés dans chaque pays, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais ces contributions permettent aussi de mieux appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir. Par ailleurs, des projections de populations avec diverses hypothèses couvrant la période 2010-2050 ont été réalisées. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 40 ans d'échéance, c'est-à-dire "après-demain" et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2020 et 2030, c'est-à-dire "demain", mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire plus ou moins bien les besoins des populations, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. L'analyse de diverses politiques et de plusieurs programmes (publics et privés) passés ou en cours complète ce tableau avec le souci d'améliorer leurs impacts.

Les données utilisées pour réaliser ces contributions sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, notamment par les Instituts de Statistiques ou leurs équivalents et les données disponibles dans les bases de données internationales. Mais chaque fois que possible, les données nationales, en particulier celles accessibles sur les sites web des Instituts de Statistiques, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans chaque contribution ; les plus utilisées ayant été celles de la Division de la Population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS* (pour les Enquêtes Démographiques et de Santé). Pour ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction, ou de la réduction de la pauvreté et autres politiques sectorielles (éducation, sécurité alimentaire, approvisionnement en eau potable, accès à des systèmes d'assainissement, aménagement du territoire), les documents utilisés sont les documents originaux émanant des Ministères ou autres services officiels nationaux. En fonction de leur accessibilité, ces documents ont été collectés par les consultants nationaux directement auprès de ces services ou *via* leurs sites internet. De même, les documents utilisés concernant les partenaires internationaux et privés ayant des activités en matière de population et en santé de la reproduction sont ceux fournis par les consultants nationaux ou bien ont été collectés *via* leurs sites internet lorsque disponibles. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées.

Afin de pas trop alourdir ces contributions, on a essayé de se limiter aux documents les plus récents, mais tous les documents récents disponibles sur la population, la santé, la santé de la reproduction etc. n'ont pas nécessairement été cités. Par ailleurs, certains domaines qui pourtant ont un rapport avec la population, tels que l'environnement, n'ont pas été traités. Nous regrettons ces limitations, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi complexe que celui des relations entre croissance démographique et développement. Enfin, dans la plupart des cas, les données et documents utilisés sont ceux qui étaient disponibles au 3^{ème} trimestre 2010. Dans certains pays et dans quelques-uns des domaines couverts, la publication de données nouvelles et/ou l'adoption de stratégies, politiques, plans, programmes après la finalisation de la contribution sont évidemment susceptibles de d'affecter les analyses, commentaires et interprétations de certaines parties rédigées, à partir de données et documents, qui fin 2010, n'étaient pas les plus récents. Le lecteur nous en excusera également, mais il s'agit là d'une contrainte habituelle de ce type de travail.

Sommaire

1	INTRODUCTION	4
2	Le défi de la croissance économique dans les pays d'Afrique de l'Ouest et de l'UEMOA	5
2.1	De la croissance faible à la croissance retrouvée	5
2.2	Des croissances économiques cependant variables	6
2.3	Taux de croissance économique et démographique : quelles relations ?	8
2.4	Transition démographique, structure par âge et dividende démographique	9
3	Quels sont les avantages associés à la transition démographique?	10
3.1	Des transitions de la mortalité et de la fécondité lentes et décalées par rapport aux pays émergents	10
3.2	Quels scénarios pour le futur?	11
3.3	Des populations qui vont continuer d'augmenter rapidement et des populations urbaines qui vont doubler voire tripler d'ici 2030	13
3.4	Des évolutions contrastées des nombres de naissances, des taux d'accroissement de la population et des taux de dépendance	15
3.5	Les trois avantages majeurs de l'accélération de la baisse de fécondité	17
4	Les politiques publiques et les problèmes de population	20
4.1	Les politiques de population	20
4.2	Les politiques, plans, programme en santé, santé de la reproduction et sécurisation des produits et leur cohérence	21
4.3	La population dans les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté	22
4.4	La place de la variable population dans les politiques sectorielles	23
5	Quelle est la faisabilité de progressions rapides de l'utilisation de la contraception et d'accélération des baisses de la fécondité ?	24
5.1	Quel rôle pour les partenaires en population et santé de la reproduction ?	24
5.2	Des progressions rapides de l'utilisation de la contraception sont-elles possibles ?	26
5.3	Quels seraient les coûts associés à une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne ?	29
6	CONCLUSION	32

1 INTRODUCTION

La croissance économique est de retour en Afrique. Plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et de l'UEMOA ont enregistré des taux de croissance économique appréciables depuis le milieu des années 1990. Ceci leur a permis de renouer avec une augmentation de leurs PIB par tête après plusieurs décennies de stagnation voire de déclin. Cette bonne nouvelle a conduit plusieurs gouvernements des 12 pays analysés dans le cadre de l'étude « Comment bénéficier du dividende démographique? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, en Guinée, en Mauritanie, au Ghana et Nigeria »¹ à afficher leur ambition de devenir des pays émergents. Cette ambition légitime devrait leur permettre d'accélérer la réduction de la pauvreté qui frappe toujours entre 30% et 50% de leurs populations. Elle devrait également les aider à résoudre certains des défis auxquels ils sont confrontés, y compris le défi de croissances démographiques rapides soutenues par des niveaux de fécondité qui sont parmi les plus élevés au monde.

Cet enjeu nous conduit à poser un certain nombre de questions pour la sous-région. Le développement économique et la croissance retrouvée de ces pays entraineront-ils automatiquement une baisse de la fécondité et par là même un desserrement de la contrainte démographique? Ce pari d'une forte croissance économique continue est-il réaliste ?

Jusqu'à récemment, les travaux économétriques réalisés sur les liens entre croissance économique et croissance démographique concluaient que ces relations étaient peu robustes. C'est sans compter qu'ils ont ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge. Ainsi, d'autres analyses ont récemment démontré l'impact des changements de structure par âge sur l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. L'augmentation majeure des investissements productifs, moteur d'une croissance forte et durable, a été possible dans ces pays grâce à une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif. Cette réduction des "taux de dépendance" a été rendue possible par la baisse rapide de leur fécondité. C'est donc l'accélération de la transition démographique (baisse de la mortalité combinée à une baisse de la fécondité) qui a permis aux pays émergents d'entrer dans « la fenêtre d'opportunité démographique » puis de bénéficier d'un « dividende démographique ».

Ce concept de « dividende démographique » est-il pertinent pour les pays de la sous-région ouest-africaine? Peuvent-ils espérer conforter et accélérer leur croissance économique grâce à une structure par âge plus favorable au développement? Est-il possible de diminuer rapidement leurs niveaux de mortalité et de fécondité afin d'accéder à « la fenêtre d'opportunité » qui accompagnerait leur transition démographique et leur permettrait de bénéficier du « dividende démographique », au même titre que les pays émergents.

La présente analyse régionale ambitionne de répondre à ces questions en examinant les relations entre développement et population, le rôle des politiques mises en œuvre, et la faisabilité d'une accélération de la transition démographique dans les 12 pays étudiés. Nous traiterons ainsi :

- du défi de la croissance économique ;
- des avantages associés à des transitions démographiques rapides ;
- de la place qui a été accordée aux problèmes de population dans les politiques de développement et dans les politiques sectorielles des pays ;
- et enfin de la faisabilité de l'accélération de la baisse de fécondité, condition d'une entrée rapide dans la fenêtre d'opportunité démographique.

Cette synthèse se terminera par des remarques concernant les obstacles qui jusqu'ici n'ont pas permis aux politiques de population d'atteindre leurs objectifs, les enjeux associés à une transition démographique plus rapide et sur quelques recommandations.

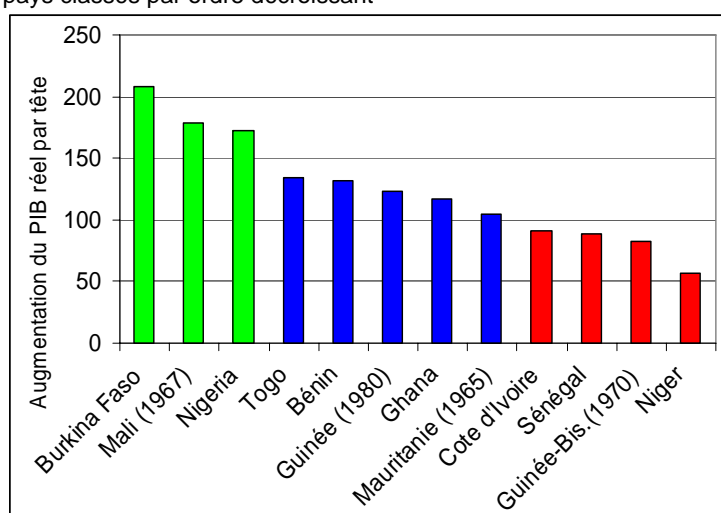
¹ Les huit pays de l'UEMOA : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali, Niger, Sénégal, et Togo, ainsi que la Guinée, la Mauritanie, le Ghana et le Nigeria.

2 Le défi de la croissance économique dans les pays d'Afrique de l'Ouest et de l'UEMOA

2.1 De la croissance faible à la croissance retrouvée

Au cours des 50 dernières années, les pays d'Afrique de l'Ouest ont connu des croissances économiques modestes et en tous cas insuffisantes pour permettre des augmentations substantielles des niveaux de revenus par habitant. Plusieurs pays de la zone ont même connu des niveaux insuffisants de croissance économique pour compenser le poids de l'accroissement démographique, entraînant des détériorations du niveau de vie des populations². Divers facteurs viennent expliquer ces performances insuffisantes : l'adoption de politiques économiques inadaptées, les conséquences des programmes d'ajustement structurel, les cours erratiques et défavorables des produits exportés sur les marchés internationaux ou encore les conséquences de turbulences politiques. Dans ce contexte, la meilleure performance enregistrée parmi les 12 pays étudiés est celle du Burkina Faso dont le PIB réel a été multiplié par 7 sur la période 1960- 2008 et dont le PIB réel par tête a été multiplié par deux (figure 1).

Figure 1 : Evolution par du PIB par tête réel (USD\$ 2000 constant), de 1960 (ou après) à 2008, base 100=1960 (ou date indiquée en abscisses), pays classés par ordre décroissant



Source : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>, World Bank

Sur la même période, les pays émergents³ ont vu leurs PIB en termes réels multipliés au moins par 10 (Indonésie, Egypte, Tunisie, Inde, Turquie). Plusieurs pays asiatiques (Thaïlande, Malaisie, Corée du Sud, Singapour, et Chine) ont même vu leurs PIB en termes réels multipliés entre 20 et 40 fois⁴.

En comparaison, l'évolution des PIB par tête des pays de la sous-région ouest-africaine restent modestes. Exprimés en parité pouvoir d'achat (PPA) ou « dollars internationaux », ils se situaient en 2008 entre 2100 dollars en PPA pour le Nigeria, 700 dollars PPA pour le Niger et 540 dollars PPA pour la Guinée Bissau (figure 2). Le PIB par tête en PPA du Nigeria, le plus élevé de la sous-région, ne représentait pourtant que 15 à 20% des PIB par tête en PPA estimés de Maurice, de l'Afrique du Sud, de la Malaisie ou du Brésil. Au sein de l'UEMOA en 2008, les PIB par tête exprimés en Francs CFA les plus élevés étaient ceux de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, le plus faible celui de la Guinée-Bissau (tableau1).

² Les données utilisées proviennent de la base de données de la Banque mondiale « Indicateurs du développement dans le monde » qui reprend les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale, et celles provenant d'autres bases de données (UNESCO, UNICEF, OMS, FAO, OCDE, etc.). Voir <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>.

³ On peut définir les pays émergents comme des pays autrefois considérés « en développement » voire « sous-développés », dont le PIB par habitant reste inférieur à celui des pays développés, mais qui connaissent une croissance économique rapide et dont le niveau de vie et les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud, en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie la Turquie..., et en Amérique latine : le Brésil, le Mexique. La liste des pays dits émergents varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents mais comme des pays développés.

⁴ Ces taux de croissance remarquables, couplés à une division par deux des niveaux de croissance démographique, ont débouché pour la même période 1960-2008 sur une multiplication entre 4 et 14 fois des PIB par tête de ces pays (20 fois en Chine) et une forte réduction des niveaux de pauvreté.

Figure 2 : PIB par tête PPA (Parité pouvoir d'achat en dollars internationaux) en 2008, pays classés par ordre décroissant

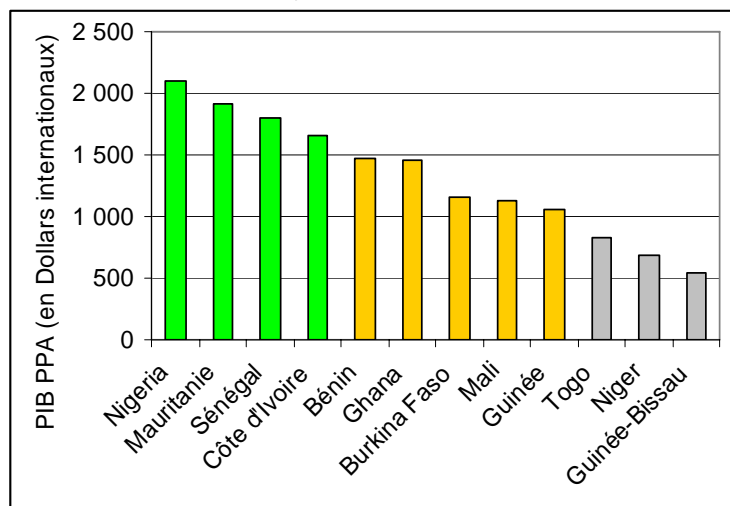


Tableau 1 : PIB par tête, en Francs CFA en 2008 (pays de l'UEMOA)⁵

Pays	(chiffres arrondis)
Côte d'Ivoire :	510 000
Sénégal :	490 000
Benin :	345 000
Mali :	310 000
Burkina Faso :	235 000
Togo :	200 000
Niger :	165 000
Guinée-Bissau :	130 000

Source : <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>, World Bank

La reprise et l'accélération de la croissance économique dans les années 1990 ont été attribuées à plusieurs facteurs, parmi lesquels il faut citer : l'assainissement du cadre macro économique et budgétaire dans la plupart des pays, conséquence positive « décalée » des plans d'ajustements structurels, l'augmentation des prix des produits exportés par les pays : matières premières (pétrole, uranium, or, minerai de fer, phosphates, bauxite...) et produits agricoles (cacao, café...), la fin de la crise de la dette, et le retour dans certains pays à la stabilité et à la normalité politique⁶.

2.2 Des croissances économiques cependant variables

Les taux moyens annuels de croissance économique pour l'ensemble de la période 1995-2009 ont été cependant très variables. Ils ont varié par ordre décroissant :

- de 5 à 6% pour le Burkina Faso (5,8%), le Mali (5,4%), le Ghana (5%) ;
- de 4 à 5% pour le Nigeria (4,8%), le Bénin (4,5%), le Sénégal et la Mauritanie (4%) ;
- de 3% à 4% pour le Niger (3,7%), le Togo (3,5%), la Guinée (3,4%) ;
- de moins de 3% pour la Côte d'Ivoire (2,1%) et la Guinée-Bissau (1,0%).

Cependant, la forte croissance démographique dans la zone (située entre 2 et 3,5% par an), a freiné l'augmentation des PIB par tête sur l'ensemble de la période. Dans quatre pays : le Mali, le Burkina Faso, le Ghana et le Nigeria, l'augmentation moyenne des PIB par tête s'est située entre 2% et 3% par an. Dans les autres pays, elle a été réduite à 1% et moins de 1% par an⁷.

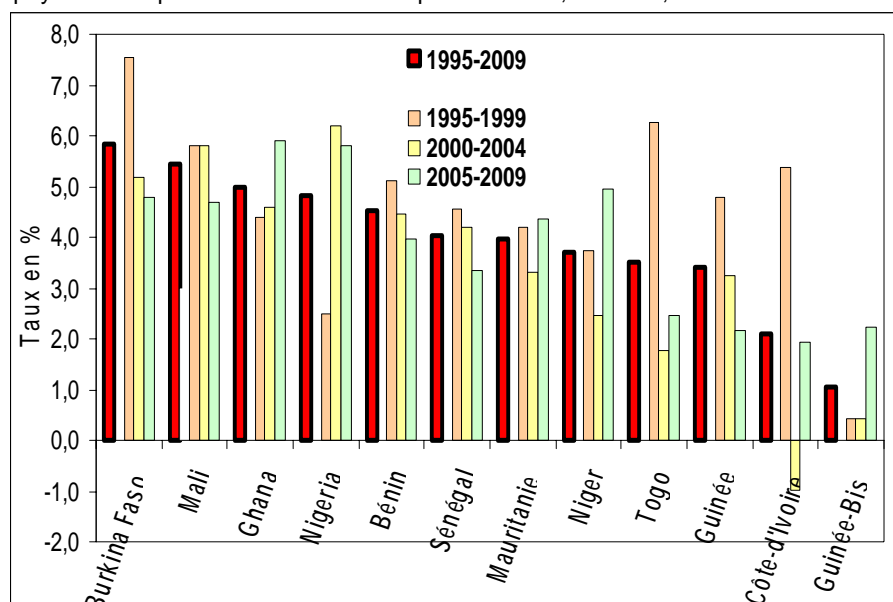
Par ailleurs, les taux quinquennaux moyens de croissance économique pour les trois périodes 1995-1999, 2000-2004 et 2005-2009, indiquent que la croissance retrouvée depuis le milieu des années 1990 n'est pas encore une croissance régulière (figure 3). Parmi les 7 pays qui ont enregistré une croissance moyenne supérieure à 4% par an entre 1995 et 2009, seul le Ghana enregistre des augmentations d'une période à l'autre. Mais, le Burkina Faso, le Mali, le Bénin et le Sénégal ont eux connu des diminutions de leurs taux de croissance entre 1995-1999 et 2005-2009.

⁵ Soit en Euros : Côte d'Ivoire 776 €, Sénégal 741 €, Bénin 526 €, Mali 469 €, Burkina Faso 356 €, Togo 306 €, Niger 248 €, Guinée Bissau 199€.

⁶ Voir entre autres « Le Temps de l'Afrique » par J-M Severino et O. Ray, Editions Odile Jacob, mars 2010, Paris.

⁷ 1% par an environ dans quatre pays : Sénégal, Mauritanie, Bénin et Guinée ; 0,6% par an au Togo, et proche de zéro au Niger, et négative en Côte d'Ivoire et en Guinée-Bissau.

Figure 3 : Taux annuels moyens de croissance économique 1995-2009, pays classés par ordre décroissant et pour 1995-99, 2000-04, 2005-09



Sources : Global Economic Prospects, Summer 2010, World Bank ainsi que <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>

On a imputé le ralentissement de la croissance économique dans plusieurs pays à la fin des années 2000 à l'impact de la crise économique mondiale sur leurs économies. Ce facteur a certainement joué mais il convient de l'associer aux crises et transitions difficiles de nature politique dans la zone.

Néanmoins, à ce jour, il existe de bonnes raisons de penser que les taux de croissance économique appréciables de 4% à 6% par an observés ces dernières années dans la majorité des pays étudiés vont se poursuivre et s'amplifier, notamment grâce à l'évolution à la hausse des prix des matières premières et des produits agricoles. D'autres facteurs pourraient jouer en faveur de cette croissance économique : des investissements et des gains de productivité, l'amélioration des cadres macro-économiques et budgétaires ; des institutions renforcées à la gouvernance améliorée ; un climat économique plus favorable à la confiance des investisseurs ; l'urbanisation et la densification de l'espace rural ; l'arrivée massive de jeunes mieux formés sur les marchés du travail.

En parallèle, plusieurs phénomènes représenteront des freins certains à l'accélération des taux de croissance économique. Les économies des pays de la sous-région restent vulnérables aux chocs intérieurs et extérieurs. Leur croissance irrégulière dépend de quelques produits, des variations de leurs cours mondiaux et des conditions climatiques. Elle dépend également depuis quelques années des recettes issues des industries extractives (pétrole, or, uranium...) peu créatrices d'emploi et ne répondant pas aux enjeux sociaux liés à l'accès à l'emploi de l'importante cohorte des jeunes⁸. Ainsi, l'incapacité du secteur moderne à créer un nombre suffisant d'emplois au cours des 30 dernières années, a conduit à une forte informalisation, déstabilisation sociale et fragilisation des économies des pays de la sous-région. La contribution du secteur informel aux PIB de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest francophone atteint des pourcentages importants (en 1999/2000, 70% pour le Bénin, le Togo et le Niger ; 60% pour le Mali ; 50% pour le Sénégal et le Burkina Faso ; 44% pour la Côte d'Ivoire⁹). En parallèle, l'agriculture occupe en moyenne toujours plus de la moitié de la population active d'Afrique de l'Ouest. Le rapport de l'OCDE 2007-2008 sur l'Afrique de l'Ouest considère que le secteur informel est ainsi devenu depuis 1980 « le principal pourvoyeur d'emploi urbain et il devrait le rester à l'avenir, même si les entreprises modernes assurent en gros 80 % de la valeur ajoutée non-agricole ». Ce point est important, car la plupart des pays devraient avoir dans les 20 ans qui viennent une majorité de leur population vivant en zone urbaine.

Dans ce contexte il convient de se demander si les fortes croissances économiques espérées dans les années à venir vont effectivement permettre des augmentations rapides des PIB par tête des pays de la sous-région ?

⁸ Entre 2010-2030, croissance de plus de 50 % des arrivées sur le marché du travail, passant de 17 millions en 2010 à 27 millions en 2030 en Afrique sub-saharienne. Voir Beaujeu, R.; Kolie, M.; Sempéré J-F.; Uher C., *Transition démographique et Développement économique en Afrique subsaharienne. Remettre l'emploi au cœur des politiques de développement*. IRAM, janvier 2010.

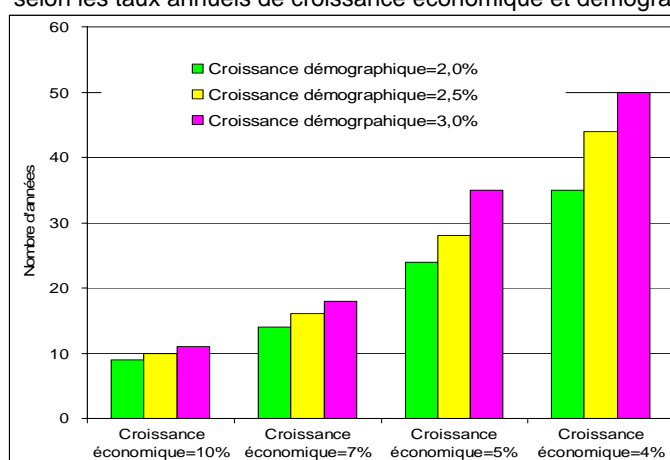
⁹ OCDE Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008, décembre 2008, 2.3.2. : Économie Informelle - Source : Charms J. (2000), <http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/42358563.pdf>

2.3 Taux de croissance économique et démographique : quelles relations ?

Il est difficile de savoir quels seront les taux de croissance des diverses économies de la sous région dans les 10, 20 ou 30 ans à venir. Pour permettre une réduction de la pauvreté, on considère généralement qu'une croissance économique d'au moins 7% par an est nécessaire, taux, qui comme nous venons de le voir n'ont pas été atteints dans la zone au cours des 15 dernières années. Néanmoins, les facteurs positifs à l'encontre des perspectives économiques décrites ci-dessus ont conduit la plupart des pays à retenir ce taux de croissance économique de 7% par an dans leurs Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté (ou CSLP) les plus récents. La Mauritanie¹⁰ et le Burkina Faso¹¹ ont même retenu des objectifs de 10% de croissance.

De tels objectifs sont-ils en mesure d'accélérer l'augmentation des revenus par habitant et la réduction de la pauvreté dans la sous-région si les fortes croissances démographiques observées actuellement se maintiennent? Nous avons essayé de répondre à cette question en combinant plusieurs hypothèses de taux constants de croissance du PIB (10%, 7%, 5% et 4%), et de croissance démographique (3%, 2,5% et 2%). Les résultats obtenus nous donnent une estimation grossière de l'effet mécanique de l'interaction entre ces taux, en termes de nombre d'années requises pour doubler le PIB par tête selon les diverses combinaisons d'hypothèses retenues (figure 4).

Figure 4 : Nombre d'années requises pour doubler le PIB par tête selon les taux annuels de croissance économique et démographique



Source : calculs de l'auteur

Une croissance économique continue et très forte de 10% par an, permet un doublement rapide des PIB par tête en une dizaine d'années.

Si cette croissance économique tombe à 5% (ce qui constitue une bonne performance), il faudrait 24 ans pour doubler le PIB par tête avec une croissance démographique continue de 2% par an ; mais 35 ans avec une croissance démographique continue de 3% par an.

Avec une croissance économique de 4%, ce qui reste appréciable, il faudrait respectivement 35 ans ou 50 ans pour doubler le PIB par tête selon que la croissance démographique est « moyenne » de 2% par an, ou forte de 3% par an.

Une croissance démographique plus faible permettrait donc de réduire la durée nécessaire pour doubler les PIB par tête, ce d'autant plus que les taux de croissance économiques sont faibles. L'approche utilisée ici reste schématique. Elle pourrait être qualifiée de néo-malthusienne car ne tenant pas compte des effets positifs éventuels que pourrait avoir la croissance démographique sur la demande économique et donc la croissance. On notera à ce sujet, qu'en Afrique subsaharienne, le point de vue dominant des décideurs politiques reste encore largement de considérer la croissance rapide de la population et sa taille comme des facteurs de prospérité, car contribuant à l'expansion des marchés et à la puissance des pays. De fait, jusqu'à la fin des années 1990, la plupart des travaux économétriques sur les relations entre croissance démographique et croissance économique étaient peu conclusives. Cependant, ces travaux ont généralement ignoré les effets d'une variable démographique fondamentale : la structure par âge¹².

¹⁰ En Mauritanie le CSLP 2006-2010 vise une croissance économique de 10,7%, en s'appuyant sur l'hypothèse d'une très forte croissance du secteur pétrolier.

¹¹ Au Burkina Faso, la nouvelle stratégie dénommée « Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable » (SCADD) couvrant la période 2010-2015, a pour objectif de réaliser un taux de croissance moyen du PIB réel égal à 10% par an.

¹² BIRSDSALL N., KELLEY C., SINDINGS S.W., 2000 : "Population Matters". OXFORD University Press.

2.4 Transition démographique, structure par âge et dividende démographique

De nombreux travaux récents montrent effectivement l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays, conclut ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques : maintien de taux de dépendance¹³ élevés en Afrique du fait d'une forte fécondité alors qu'ils ont diminué rapidement ailleurs du fait de baisses rapides de la fécondité et d'espérances de vie à la naissance toujours faibles et progressant plus lentement en Afrique qu'ailleurs.¹⁴

Ces nouvelles approches qui intègrent la dimension « structure par âge » se basent sur la reconnaissance de la solidarité intergénérationnelle qui existe dans toute société, et sur la prise en compte des changements de structure par âge qui accompagnent la transition démographique. Dans un premier temps, la baisse de la mortalité (surtout celle des enfants) conduit à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît, mais, la population d'âge actif (15-64 ans) continue d'augmenter. Les taux de dépendance diminuent. Les Gouvernements et les actifs, plus nombreux, sont alors en mesure de réduire leurs dépenses en faveur des enfants et de consacrer une part plus importante de leurs revenus à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant, ils contribuent à stimuler la croissance économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance ouvre une première fenêtre d'opportunité qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Vers la fin de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux, ouvre ce que certains auteurs ont appelé la période du « second dividende démographique »¹⁵. Selon ces auteurs, ces nouvelles « personnes âgées » susceptibles de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incitées à épargner, à accumuler des biens et des avoirs. Si les produits de ces biens ou ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national

Entre 1970 et 2000, la plupart des régions en développement, où les transitions démographiques ont été rapides, ont bénéficié du dividende démographique, hormis l'Afrique subsaharienne justement parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. L'expérience des pays d'Asie de l'Est¹⁶ souligne par ailleurs l'importance de trois facteurs pour bénéficier du dividende démographique : 1) la qualité du capital humain (éducation et santé), 2) la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail, et par là, les salaires, et 3) le rôle de l'épargne et des investissements.

¹³ Conventionnellement rapport entre le nombre de dépendants de moins de 15 ans et de 65 ans et plus, et le nombre d'actifs potentiels âgés de 15 à 64 ans.

¹⁴ NDULU Benno J. & al., 2007 : « *Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions* » – World Bank, Washington D.C (voir pages 79 à 97, 86 et 90 pour les données sur le Burkina Faso, et 106 à 116).

¹⁵ Booms, Replis et Échos. *David E. Bloom et David Canning*. Finances & Développement Septembre 2006 9
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>, pages 8 à 13.

¹⁶ Capitalizing On The Demographic Dividend. *Andrew Mason*. In *Poverty. Achieving Equity*. PDS Series, *Nber 8, 2003*, UNFPA, p.39-48.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf.

3 Quels sont les avantages associés à la transition démographique?

Les pays de la sous-région ouest-africaine pourront-ils un jour bénéficier du dividende démographique ? Pour répondre à cette question il convient d'examiner à quel stade de leur transition démographique ils se trouvent aujourd'hui, puis de formuler quelques hypothèses pour le futur.

3.1 Des transitions de la mortalité et de la fécondité lentes et décalées par rapport aux pays émergents

Les pays d'Afrique de l'Ouest ont aujourd'hui des espérances de vie à la naissance se situant pour l'essentiel entre 50 ans et 60 ans (contre 35 ans à 40 ans dans les années 1960) et des niveaux de fécondité se situant par femme entre 4 et plus de 6 enfants. On peut donc dire que la première phase de la transition démographique (baisse de la mortalité) est bien avancée même si d'importants progrès restent à réaliser. Par contre, la seconde phase de la transition caractérisée par la baisse de la fécondité, n'en est globalement qu'à ses débuts et demeure très lente.

Les niveaux actuels et futurs de mortalité et de fécondité des pays de la sous-région dépendent de deux types de variables :

- les variables socio-économiques, culturelles, institutionnelles et politiques,
- et les variables, dites intermédiaires (ou déterminants proches), agissant directement sur les phénomènes.

Les contextes nationaux sont donc plus ou moins favorables et dépendent des politiques et programmes mis en œuvre qui favorisent, ou au contraire ralentissent, les changements culturels et socio-économiques favorisant les baisses de la mortalité et de la fécondité.

Pour ce que concerne la mortalité, les travaux récents se sont focalisés sur ces deux types de variables affectant la forte mortalité des enfants¹⁷ qui conditionnent largement l'espérance de vie à la naissance. Sur cette base deux types d'interventions visant une baisse de la mortalité des enfants ont été proposées :

1. les programmes dirigés vers les variables intermédiaires (exposition au risque, résistance, thérapie) et destinés à modifier rapidement les niveaux de morbidité ou de mortalité ;
2. les stratégies à plus long terme permettant à la santé d'être efficacement améliorée par la mise en œuvre d'interventions sur les structures sociales, économiques et politiques¹⁸.

Dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest les espérances de vie à la naissance devraient continuer à progresser dans les années à venir pour atteindre en moyenne entre 65 ans et 70 ans vers 2050 grâce au succès des programmes de réduction de la mortalité infantile et des adultes, grâce également au succès des programmes visant à contenir l'épidémie du VIH/Sida¹⁹.

Pour ce qui est de la fécondité, ses déterminants proches sont également définis comme les variables au travers desquelles s'opère directement la maîtrise de la fécondité dans des contextes où les politiques et programmes mis en œuvre favorisent, ou au contraire, ralentissent les changements culturels et socio-économiques et les changements d'attitude et de comportements vis-à-vis de la reproduction (statut de la femme, nombre idéal d'enfants...). Cinq principaux déterminants proches de la fécondité ont ainsi été retenus par Bongaarts qui a formalisé la relation entre le niveau de fécondité et les valeurs de ces déterminants qui sont²⁰ :

- le mariage ou fait d'être en union,
- l'insusceptibilité post-partum,
- l'avortement,
- l'utilisation de la contraception,
- la stérilité.

Le modèle de Bongaarts permet ainsi de projeter l'évolution de la fécondité à partir des valeurs des déterminants proches. L'évolution de ces valeurs (par exemple, la diminution du pourcentage de femmes en union et de la durée de l'allaitement ou l'augmentation de l'utilisation de la contraception) est liée aux

¹⁷ Les décès des enfants de moins de 5 ans, représentent généralement toujours aujourd'hui, la moitié du total des décès dans chaque pays.

¹⁸ Voir Mosley W.H., Chen L.C., 1984 : « An analytical framework for the study of child survival in developing countries ». Population and Development Review, a supplement to Volume 10, 25-49 et Barbieri M., 1991 : « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde », Les dossiers du CEPED, n°18, Paris, 1991, 43 pages www.memoireonline.com/.../m_determinants-mortalite-infanto-juvenile-tchad35.html

¹⁹ voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm/> et aussi UNAIDS Report on The Global Aids Epidemic, 2010. Concernant le VIH/Sida, contrairement à ce qui s'est produit dans les pays d'Afrique australe où des diminutions importantes des espérances de vie à la naissance ont eu lieu, en Afrique de l'Ouest le VIH/Sida n'a pas eu d'impact majeur sur l'évolution de la mortalité du fait des niveaux plus faibles de l'infection et du succès des programmes de prévention. La progression de l'espérance de vie à la naissance a été stoppée dans les années 1980-1990 dans deux pays seulement : la Côte d'Ivoire et le Nigeria, où la prévalence de la maladie dans la population de 15 à 49 ans dépasse les 3%. Les espérances de vie à la naissance auraient récemment repris leurs progressions dans ces deux pays http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf

²⁰ Bongaarts J., (1978), A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, Population and Development Review 4, 1: 105-132.

changements socio-économiques, culturels, institutionnels et politiques que connaissent les pays durant leurs transitions démographiques – tels que la progression de la scolarisation aux niveaux primaire et secondaire des filles, l'urbanisation et l'amélioration du statut de la femme dans la société. Mais ces changements ne sont pas explicitement intégrés dans le modèle de Bongaarts. Les évolutions dans ces domaines relèvent d'ailleurs comme pour la mortalité de stratégies de long terme.

Avec quelques 5 enfants et plus par femme, la plupart des pays de la sous-région font partie de la vingtaine de pays qui ont les niveaux de fécondité les plus élevés du monde. Seuls la Mauritanie, le Ghana et le Togo ont aujourd'hui des niveaux de fécondité « intermédiaires » de l'ordre de 4 enfants par femme. Ces hauts niveaux de fécondité au niveau régional s'expliquent largement par **des faibles niveaux d'utilisation de la contraception de l'ordre de 10% à 20% des femmes en union.** Ce faible taux est le résultat d'une très lente progression de la prévalence de la contraception, de l'ordre de 0,5 point de pourcentage par an au cours des 20 dernières années. Pourtant, il existe une **demande exprimée en planification familiale non satisfaite importante qui concerne de 20% à 30% des femmes selon les pays.**

L'addition de la demande satisfaite (les 10% à 20% d'utilisatrices de contraception) et de la demande exprimée non satisfaite donne toutefois une **demande totale en planification familiale se situant entre 30% et 50% des femmes en union.** Cette demande relativement faible est à rapprocher des nombres moyens idéals d'enfants toujours élevés de 4 à 6 enfants par femme révélés par les enquêtes, y compris chez les jeunes femmes, et chez les femmes éduquées.

En comparaison, les niveaux de fécondité dans les pays émergents se situent aujourd'hui entre 2 et 3 enfants par femme et l'utilisation de la contraception concerne aujourd'hui entre 60% et 85% des femmes en union²¹. Dans les années 1960, les niveaux de fécondité dans ces pays étaient de l'ordre de 6 enfants et plus par femme et seulement 10% à 20% des femmes en union utilisaient une méthode de contraception. Les pays émergents ont ainsi réalisé leur transition démographique (le passage de niveaux élevés de mortalité et de fécondité à des niveaux maîtrisés) et leur révolution contraceptive (l'accès à la contraception de toutes les femmes qui le souhaitent) en une quarantaine d'années. Cela signifie que le nombre moyen d'enfants par femme a diminué en gros d'un enfant par décennie, diminution qui a été associée à des augmentations moyennes de l'utilisation de la contraception (ou prévalence contraceptive) d'environ 1,5 point de pourcentage par an²². On notera aussi que dans les pays émergents, les femmes les plus éduquées donnent aujourd'hui des nombres idéals moyens d'enfants compris entre moins de 2 enfants (Turquie, Inde, Viet Nam, Brésil, mais aussi Bangladesh) et 2,5 à 3 enfants (Egypte, Maroc, Tunisie, Indonésie, Philippines, mais aussi Haïti).

La rapidité des baisses de la mortalité et de la fécondité dans les pays émergents n'est pas le fruit du hasard. Elle est le résultat de politiques ou programmes menés simultanément et visant à diversifier leurs économies, à augmenter les niveaux d'éducation et de santé de leurs populations et à maîtriser leur croissance démographique. Les politiques de population ont cherché en particulier à légitimer la planification familiale dans des contextes qui n'y étaient pas a priori favorables, au travers de campagnes d'information, d'éducation et de communication, appelant les populations à changer leurs comportements reproductifs. Ces politiques ont également contribué à la mise en place de services en santé de la reproduction en quantité suffisante, accessible et de qualité. La transformation de ces pays en développement en pays émergents doit donc autant aux politiques économiques et sociales (en éducation et en santé) qu'aux politiques de population. De même la rapidité des transitions démographiques qui y ont été observées doit autant, sinon plus, aux politiques de population menées qu'aux progrès économiques et sociaux qui s'y sont produits.

3.2 Quels scénarios pour le futur ?

Compte tenu de ces éléments quels scénarios d'évolution future de la population peut-on imaginer pour les pays de la sous-région ?

Dans les pays à fécondité élevée ou à fécondité intermédiaire, comme c'est le cas dans la sous région, l'évolution de la population et de ses diverses caractéristiques, dépend principalement de l'évolution de la fécondité. L'impact de l'évolution des autres variables, même s'il n'est pas négligeable est beaucoup moins important. Les projections de population sont donc généralement basées sur plusieurs hypothèses d'évolution de la fécondité et une seule hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance et des migrations internationales.

Pour notre part, nous avons construit des projections pour la période 2010-2050 pour chacun des 12 pays étudiés à l'aide du modèle SPECTRUM²³. Nous avons pris comme population de départ une population estimée en 2010, une hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance, une hypothèse de

²¹ <http://www.un.org/esa/population/> : 2010 Update for the MDG database [Contraceptive Prevalence Unmet Need for Family Planning](#)

²² L'augmentation de la prévalence d'environ 60 points (de 10%-20% à 70%-80%) en 40 ans, correspond à une augmentation moyenne de 1,5 point de pourcentage par an. Voir GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. : « [The Cairo Approach Embracing too much ?](#) », UIESP, Tours, 13-18 juillet 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

²³ voir <http://www.futuresgroup.com/resources/software/>. SPECTRUM version 3.46

migrations internationales, une hypothèse d'évolution de l'urbanisation et trois hypothèses concernant la fécondité²⁴ en estimant celle-ci à partir de ses déterminants proches comme le permet le modèle de Bongaarts intégré dans SPECTRUM.

Compte tenu des données nationales et régionales disponibles, nous avons retenu pour chaque pays:

- une hypothèse de légère diminution du pourcentage de femmes en union,
- une hypothèse de légère réduction de la durée de l'insusceptibilité post-partum,
- un taux d'avortement négligeable et un taux de stérilité définitive constant,
- **trois hypothèses d'évolution de l'utilisation de la contraception** (toutes méthodes confondues) à partir du niveau estimé en 2010. Nous avons ainsi retenu :

1. une **hypothèse dite "haute ou tendancielle" : +0,5 point de pourcentage d'augmentation par an**, qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les plus élevés en effectifs de population et qu'elle correspond aux faibles augmentations de l'utilisation de la contraception observées dans les pays étudiés au cours des 10-20 dernières années ;

2. une **hypothèse "intermédiaire" : +1 point de pourcentage d'augmentation par an**, et

3. une **hypothèse dite "basse ou volontariste" : +1,5 point de pourcentage d'augmentation par an**, qualifiée ainsi car donnant les résultats les moins élevés en effectifs de population et correspondant à des progressions de l'utilisation de la contraception fortes, comme celles observées dans les pays émergents, qui supposent des moyens beaucoup plus importants que ceux mis en œuvre ces dernières années.

Pour ces trois hypothèses ou scénarios et tel que suggéré par les données, nous avons supposé une diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles (moins efficaces) au profit des méthodes modernes. Nous avons supposé que le niveau 2010 d'utilisation des méthodes traditionnelles (qui varie en gros de 15% à 60% selon les pays) passerait à 10% en 2030. En fait, ces augmentations lente, moyenne ou rapide de la prévalence contraceptive de 0,5 ; 1 et 1,5 point de pourcentage par an correspondent à l'éventail des évolutions observées dans les pays en développement sur la période 1970-2000 sur des périodes longues d'au moins 10 ans²⁵. Elles sont donc réalistes.

Par ailleurs, lorsque que les besoins non satisfaits en planification familiale sont de l'ordre d'au moins 30% comme cela est le cas dans 7 pays²⁶, l'augmentation de 1,5 point de pourcentage par an correspond à une satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale en 20 ans (2030). Pour les cinq pays où les besoins non satisfaits sont plus faibles (de 15 à 25%)²⁷, l'augmentation de 1,5 point de pourcentage par an correspond à une satisfaction des besoins non satisfaits en 10 à 16 ans (2020-2026). Ces données illustrent l'impossibilité pour les pays d'atteindre en 2015 l'accès universel à la sante procréative tel que retenu dans la cible 5b des OMD.

Ces projections n'ont pas pour objet de se substituer aux projections nationales, ni de présenter les résultats d'une hypothèse moyenne, supposément probable. Elles se veulent des outils d'aide à la décision. La comparaison des données issues des hypothèses haute et tendancielle ou basse et volontariste permet d'éclairer les choix politiques. Les résultats de ces deux projections à l'horizon 2030 apparaissent finalement assez contrastés selon les variables considérées (Figure 5). Tout d'abord la diminution des niveaux de fécondité varie non seulement selon les hypothèses mais aussi selon les pays, du fait des différences entre les niveaux initiaux (niveaux de fécondité et de prévalence contraceptive) et de l'importance du passage des méthodes traditionnelles à des méthodes modernes²⁸.

Sous l'hypothèse « haute, tendancielle » (+0,5 point de pourcentage d'augmentation de la prévalence contraceptive par an), l'indice synthétique de fécondité (ISF) diminue en moyenne de -0,4 enfant par décennie et de -0,8 enfant entre 2010 et 2030 dans 5 des pays qui ont en 2010 des ISF élevés (de 5 enfants et plus par femme) : Mali, Niger, Burkina Faso, Bénin, Nigéria, mais aussi au Ghana. Dans les 6 autres pays, la diminution entre 2010 et 2030 est plus modeste : en moyenne entre -0,2 et 0,3 enfant par décennie. Ces résultats correspondent effectivement à la poursuite de baisses lentes de la fécondité dans les pays étudiés.

²⁴ Chaque fois que possible nous sommes partis (ou avons ajusté pour 2010) des dernières estimations nationales disponibles concernant la population totale (et par sexe et par âge), l'espérance de vie à la naissance et l'indice synthétique de fécondité. A défaut d'estimations nationales, nous avons repris les estimations de la Division de la Population des Nations unies en 2010 pays (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>). Pour 2010-2050 nous avons suivis les modèles de progressions de l'espérance de vie à la naissance utilisées par la Division de la Population des Nations unies, et repris leurs estimations annuelles de migrants internationaux. Concernant l'évolution de l'urbanisation on a repris les estimations en 2010 des pourcentages de la population urbaine et rurale de la Division de la Population des Nation unies et leurs projections pour le futur (voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm> *World Urbanization Prospects: The 2009 Revision*)

²⁵ Guengant J.-P. et Rafalimanana H. : « *The Cairo Approach Embracing too much ?* », UIESSP, Tours, 13-18 July, 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

²⁶ Il s'agit du Bénin 30%, du Burkina Faso 31%, de la Côte d'Ivoire 29%; du Ghana 35%, du Mali 31%, du Togo 41%, et du Sénégal : 32%.

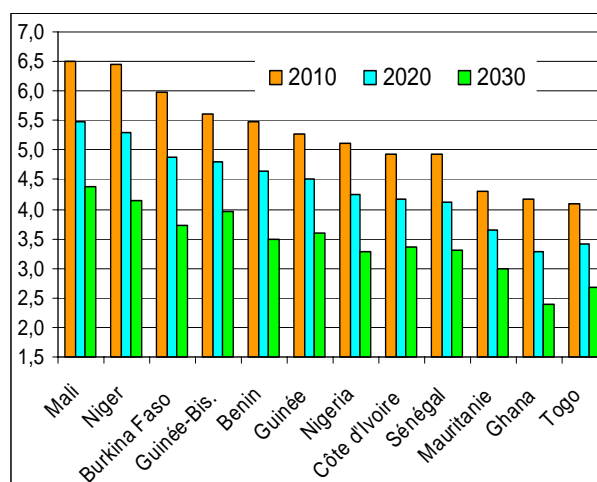
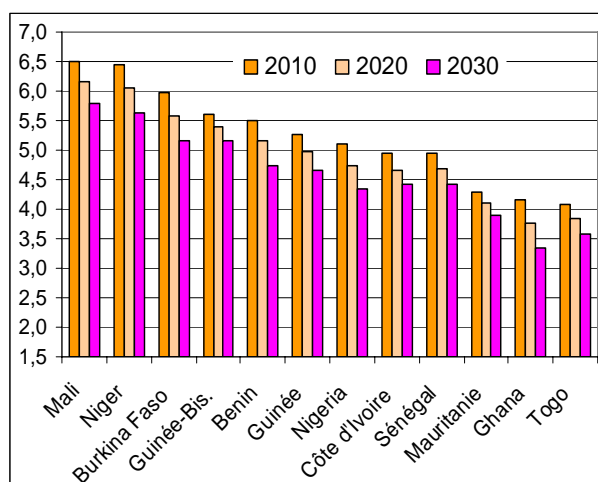
²⁷ Il s'agit de la Guinée 21%, de la Guinée-Bissau 25%, de la Mauritanie 25%, du Niger 16%, et du Nigeria 20%.

²⁸ Plus le pourcentage de méthodes traditionnelles utilisées en 2010 est important, plus le passage rapide à des méthodes modernes plus efficaces en 2030 accélère la baisse de la fécondité.

Figure 5 : Indice synthétique de fécondité (ISF), 2010, 2020, 2030, pays classés par ordre décroissant de leur ISF en 2010

hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point par an)

hypothèse basse, volontariste (+1,5 point par an)



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude*

Sous l'hypothèse « basse, volontariste » (+1,5 point de pourcentage d'augmentation de la prévalence par an), les diminutions de l'indice synthétique de fécondité (ISF) sont environ trois fois plus importantes. Pour les trois pays qui ont en 2010 les ISF les plus élevés, Mali, Niger, Burkina Faso, ainsi que pour le Bénin, les ISF diminuent d'environ un enfant par décennie et de deux enfants entre 2010 et 2030. Mais en 2030, le Mali et le Niger auraient toujours des ISF supérieurs à 4 enfants par femme (niveaux actuels de la Mauritanie, du Ghana et du Togo). Pour les autres pays (hors Mauritanie et Togo), la diminution se situe entre 0,8 et 0,9 enfant par décennie et entre -1,6 et -1,8 enfant pour la période 2010-2030. La Mauritanie et le Togo qui ont les ISF les plus bas en 2010, enregistrent des diminutions de 1,3 et 1,4 enfant entre 2010 et 2030.

L'ensemble de ces résultats, correspond à ce qui a été observé dans les pays émergents entre le début des années 1960 et le début des années 2000. Par rapport aux tendances récentes, il s'agit bien d'un scénario d'accélération des baisses de fécondité déjà plus ou moins engagées dans les 12 pays étudiés. Il faut souligner que si ce scénario se réalisait, les nombres moyens d'enfants par femme resteraient en 2030 encore relativement élevés dans la plupart de ces pays qui garderaient alors des potentiels importants de croissance de leur population totale après 2030. En effet, sous cette hypothèse « basse, volontariste » les nombres moyens d'enfants par femme resteraient d'au moins 3 enfants par femme dans tous les pays hormis au Togo et au Ghana où ils se situeraient respectivement à 2,7 et 2,4 enfants par femme.

3.3 Des populations qui vont continuer d'augmenter rapidement et des populations urbaines qui vont doubler voire tripler d'ici 2030

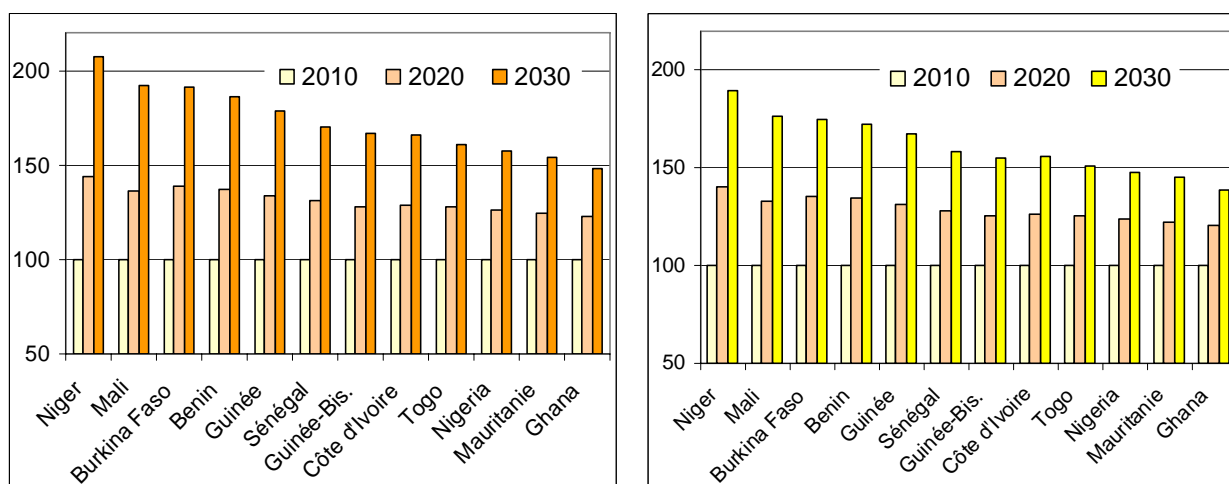
Quels seront les impacts sur l'évolution de la population totale de ces deux scénarios de baisse de la fécondité combinée pour chaque pays avec une hypothèse d'augmentation de l'espérance de vie à la naissance ? Quels seront les impacts sur les évolutions des populations urbaine et rurale compte tenu des hypothèses de progression de l'urbanisation retenues ?

De manière a priori paradoxale, les baisses projetées de fécondité, même sous l'hypothèse « basse, volontariste », n'empêchent pas les populations totales des pays de la sous-région d'augmenter fortement (de 50% à 100%) dans les 20 années qui viennent (figure 6). En fait, ce paradoxe n'est qu'apparent et son explication est simple. Du fait de leur forte croissance démographique passée, la moitié de la population des pays étudiés a moins de 20 ans, et dépendant du caractère plus ou moins récent des baisses de leur fécondité, le nombre de femmes en âge de procréer va être multiplié par deux ou augmenter d'au moins 50% dans les 20 ans à venir. Les baisses de fécondité projetées, même si celles-ci sont rapides, ne peuvent pas compenser les fortes augmentations attendues des nombres de femmes en âge de procréer, augmentations inéluctables puisque ces femmes sont déjà nées. En conséquence, **pour les pays ayant toujours des niveaux de fécondité élevés en 2010 on doit s'attendre à un quasi doublement de leurs populations totales d'ici à 2030**, avec des différences finalement peu importantes entre hypothèses. Pour les pays ayant des niveaux intermédiaires de fécondité, des augmentations de population totale de l'ordre de 50% sont attendues.

Figure 6 : Augmentation de la population totale 2010, 2020, 2030, base 100=2010, pays classés par ordre décroissant d'augmentation

Hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point par an)

hypothèse basse, volontariste (+1,5 point par an)



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Compte tenu de la progression attendue des niveaux d'urbanisation, une proportion importante de la croissance démographique globale projetée concernera les villes. La définition de l'urbain et l'estimation de l'évolution future de l'urbanisation, du nombre et de la taille des agglomérations par pays est délicate²⁹. Nous nous sommes appuyés ici sur les projections des pourcentages d'urbanisation de la Division de la Population des Nations unies³⁰. On trouve ainsi que les pays où la fécondité est toujours élevée et les taux d'urbanisation relativement faibles (de 20% à 40%) pourraient voir leurs populations urbaines multipliées entre 2,5 et 3 fois dans les 20 ans à venir. Dans les autres pays, la progression devrait être moins vive, mais on doit quand même s'attendre en gros à un doublement de leurs populations urbaines d'ici 2030. Trois de ces pays, seront des pays très majoritairement urbains en 2030 : la Côte d'Ivoire, le Ghana et le Nigeria qui devraient alors avoir les deux tiers de leur population vivant en milieu urbain. Dans les autres pays, à deux ou trois exceptions près, la moitié de leur population devrait vivre en milieu urbain en 2030

La progression des populations rurales dépendra de l'importance de leur accroissement naturel et de l'importance de l'exode rural-urbain. Le modèle de projection utilisé ici n'est pas parfait, mais il permet de mettre en évidence que les pays à forte fécondité, sont aussi ceux qui devraient voir leurs populations rurales continuer à augmenter assez fortement : de l'ordre de 50% d'ici 2030 (et doubler dans le cas du Niger). Dans les autres pays, l'augmentation sera plus modérée et dans les pays à fécondité intermédiaire ou ayant déjà de forts taux d'urbanisation, on peut s'attendre à une quasi stabilisation de leurs populations rurales sous l'hypothèse « basse, volontariste » (figure 8).

Les enjeux associés à ces évolutions sont considérables. La forte progression attendue des populations urbaines signifie que la majorité des nouveaux emplois qui devront être créés pour les jeunes devra l'être en ville. Or, comme on l'a vu, depuis les années 1980 le principal pourvoyeur d'emploi urbain en Afrique de l'Ouest est le secteur informel. Ce secteur sera-t-il capable de créer et d'absorber 2,5 à 3 fois plus de nouveaux arrivants que ce n'est le cas actuellement ? Une partie des activités de ce secteur pourra-t-elle se transformer en activités modernes et contribuer significativement à l'essor économique du pays et aux recettes fiscales de l'Etat ? Autant de questions auxquelles il est difficile de répondre aujourd'hui. Par ailleurs la croissance des besoins alimentaires des urbains de plus en plus nombreux et le ralentissement de la croissance de la population rurale, voire sa stagnation, va poser dans plusieurs pays le problème de la transformation rapide de leur agriculture de subsistance à faible productivité en une agriculture « moderne » tournée vers le marché intérieur et l'exportation.

²⁹ Voir à ce sujet: AFRICAPOLIS : Dynamiques de l'urbanisation ouest-africaine 1950-2020, <http://www.afd.fr/jahia/Jahia/Africapolis>

³⁰ voir <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm> World Urbanization Prospects: The 2009 Revision

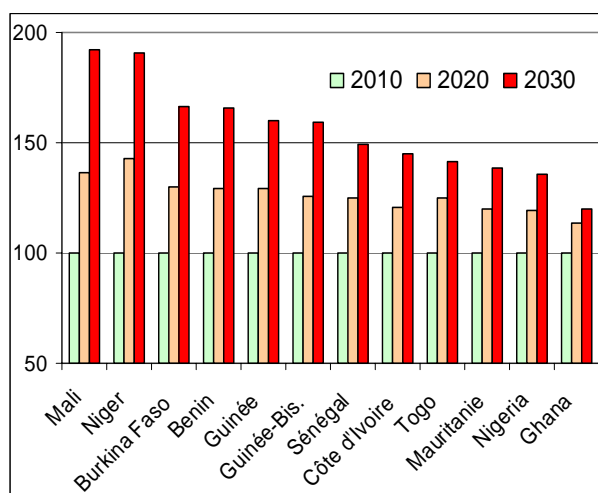
3.4 Des évolutions contrastées des nombres de naissances, des taux d'accroissement de la population et des taux de dépendance

A 20 ans d'échéance, l'impact finalement peu important sur l'évolution de la population totale des diverses hypothèses que l'on peut faire sur la fécondité, est généralement imputé à ce qu'on appelle l'inertie des phénomènes démographiques. On oublie en fait, que la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, l'impact de ces hypothèses se fait sentir d'abord et de manière assez rapide sur l'évolution du nombre de naissances, donc sur le taux d'accroissement de la population et sur les taux de dépendance.

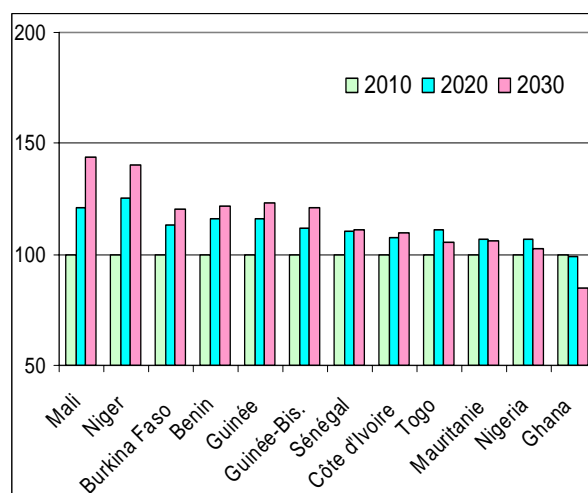
La première conséquence des évolutions contrastées de la fécondité décrites précédemment (tendancielle/lente et volontariste/rapide) concerne l'évolution des nombres de naissances. C'est ainsi que sous l'hypothèse « haute, tendancielle » l'augmentation modeste de l'utilisation de la contraception et la faible diminution de la fécondité qui l'accompagne ne compense pas l'augmentation importante attendue des effectifs de femmes en âge de procréer. En conséquence, les nombres annuels de naissances continuent de progresser assez vivement. Ils devraient être quasiment multipliés par deux entre 2010 et 2030 au Mali et du Niger. Ils augmenteraient en gros de 50% à 66% dans la moitié des 12 pays étudiés et ils augmenteraient de 20% à 40% dans les quatre pays restant (figure 7). Par contraste, sous l'hypothèse « basse, volontariste » la baisse plus rapide de la fécondité limite l'accroissement du nombre de naissances en 2030 à 40% environ de leurs niveaux de 2010 au Mali et au Niger et pour les 10 autres pays on peut parler de quasi stabilisation des nombres annuels de naissances, puisque ceux-ci augmentent d'ici 2030 au maximum de 20%. Au Ghana, le nombre de naissances en 2030 pourrait être de 15% inférieur à son niveau de 2010.

Figure 7 : Nombre annuel de naissances, 2010, 2020, 2030, base 100=2010
pays classés par ordre décroissant

hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point par an)



Hypothèse basse, volontariste (+1,5 point par an)



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

La deuxième conséquence des évolutions contrastées de la fécondité, et donc des évolutions des nombres de naissances, concerne les **taux d'accroissement annuels de la population**.

Sous l'hypothèse « haute, tendancielle » ces taux restent supérieurs à 2,5% en 2030 dans 8 pays et diminuent lentement dans les autres pays en restant supérieur à 2% par an sauf au Ghana (figure 8).

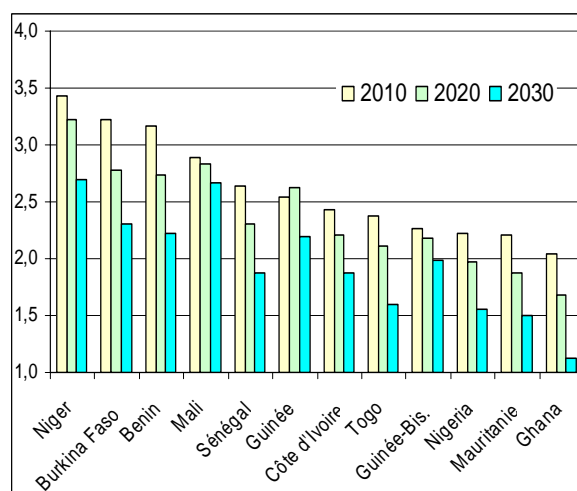
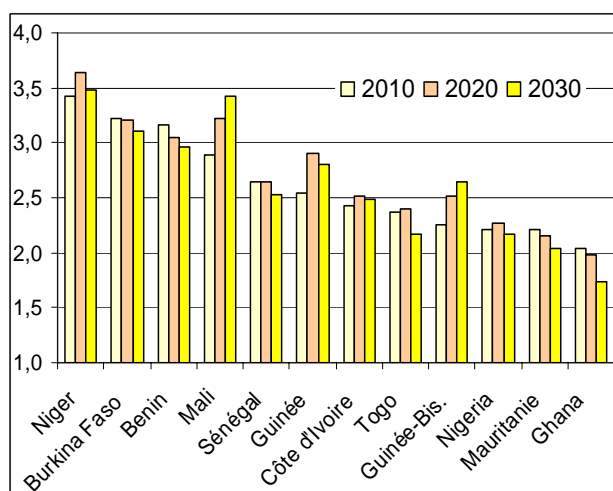
A l'inverse, sous l'hypothèse « basse, volontariste », seuls deux pays, le Niger et le Mali, ont des taux d'accroissement supérieurs à 2,5% en 2030. Six autres pays ont des taux de l'ordre de 2% (entre 1,9% et 2,3%) ; trois pays des taux de l'ordre de 1,5% et le Ghana un taux d'accroissement de 1,1%.

Ainsi sous l'hypothèse « haute, tendancielle », les taux d'accroissement de la population en 2030 sont dans plusieurs cas supérieurs à ceux de 2010 et ils ne sont que légèrement inférieurs dans les autres cas. Sous l'hypothèse « basse, volontariste » par contre les taux d'accroissement de la population sont inférieurs d'environ un point à ce qu'ils étaient en 2010 pour 3 pays (Burkina Faso, Bénin, Ghana) ; inférieurs de 0,5 à 0,8 point dans 6 pays et inférieurs de 0,2/0,3 point dans les trois pays restant.

Figure 8 : Taux annuels moyens de croissance démographique, 2010, 2020, 2030, pays classés par ordre décroissant

hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point par an)

Hypothèse basse, volontariste (+1,5 point par an)



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

La troisième conséquence des évolutions contrastées de la fécondité et des nombres de naissances concerne **l'évolution des taux de dépendance** et de leur inverse, le nombre d'actifs par inactif. La quasi stabilisation des nombres annuels de naissances obtenue sous l'hypothèse « basse, volontariste », s'inscrit progressivement avec le temps dans le bas des pyramides des âges, ce qui entraîne une diminution plus rapide, comparativement à ce que l'on observe avec l'hypothèse « haute, tendancielle », du pourcentage des moins de 15 ans dans la population totale des pays étudiés. Ce changement conduit à des évolutions différenciées des taux de dépendance et des nombres d'actifs par inactif selon l'hypothèse considérée. Les taux de dépendance³¹ étaient en 2010 relativement élevés dans les pays étudiés : c'est à dire supérieurs à 0,8 dans la plupart des pays ce qui correspond à un peu plus d'un actif potentiel (15-64 ans) par inactif (-15 ans et + 65 ans) (figures 9-10).

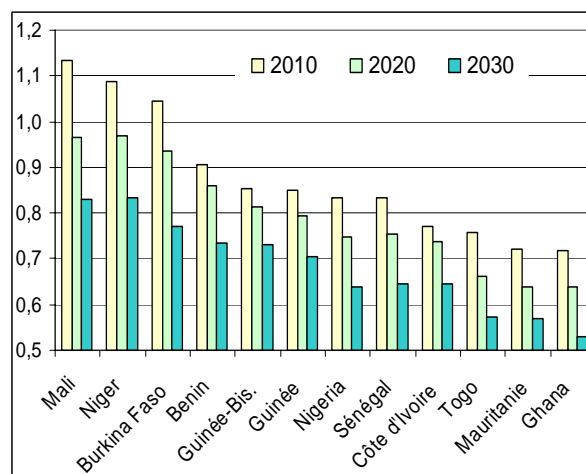
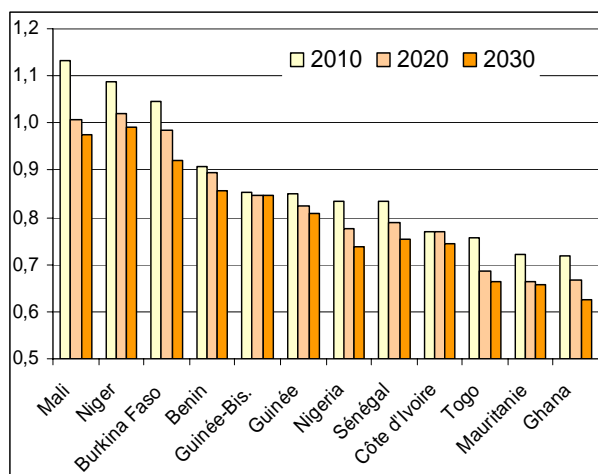
Sous l'hypothèse « haute, tendancielle », la diminution modeste du pourcentage des moins de 15 ans associée à des baisses lentes de la fécondité, conduit en 2030 dans la plupart des pays à des nombres d'actifs par inactif de l'ordre de 1,3 actifs par inactif, à peine mieux qu'en 2010.

Par contre, avec l'hypothèse « basse, volontariste », du fait de la quasi stabilisation des nombres des naissances, on arrive en 2030 à des nombres d'actifs par inactif se situant dans la moitié des pays entre 1,6 et 1,9, c'est-à-dire à des niveaux proches de ceux qu'on observe aujourd'hui dans les pays émergents.

Figure 9 : Taux de dépendance (-15et65+/15à64 ans), 2010, 2020, 2030, pays classés par ordre décroissant

hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point par an)

Hypothèse basse, volontariste (+1,5 point par an)

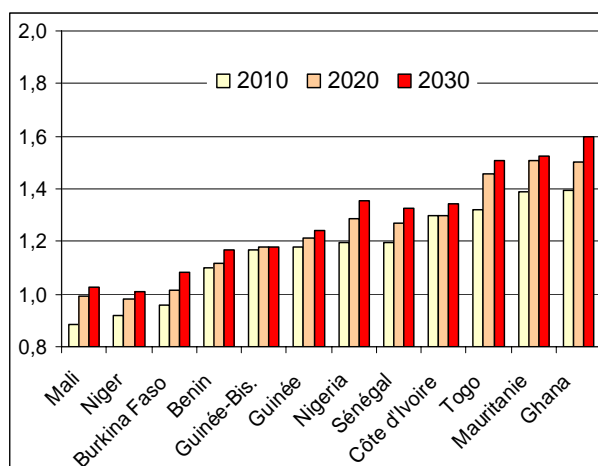


Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

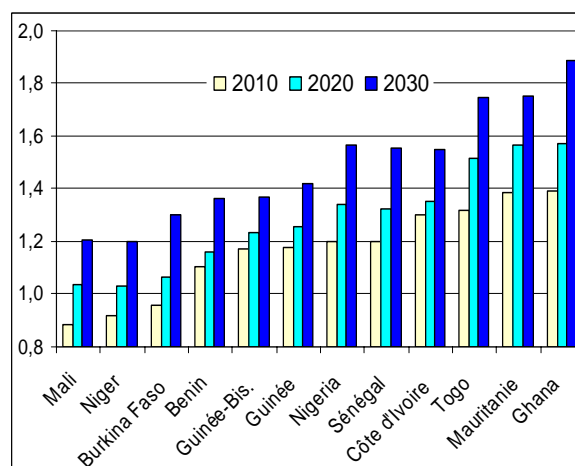
³¹ Conventionnellement rapport entre le nombre de dépendants de moins de 15 ans et de 65 ans et plus, et le nombre d'actifs potentiels âgés de 15 à 64 ans.

Figure 10 : Nombre d'actifs par inactif (15 à 64ans / -15 et 65+), 2010, 2020, 2030, pays classés par ordre décroissant

hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point par an)



hypothèse basse, volontariste (+1,5 point par an)



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

3.5 Les trois avantages majeurs de l'accélération de la baisse de fécondité

Les évolutions contrastées des taux d'accroissement de la population, des nombres de naissances et des taux de dépendance selon les hypothèses considérées (tendancielle-lente et volontariste-rapide) sont susceptibles d'avoir des conséquences particulièrement importantes sur le développement économique et social des pays étudiés.

Tout d'abord, comme on l'a déjà souligné, la décélération de la croissance démographique devrait permettre de réduire la durée nécessaire pour doubler les **PIB per capita**, toujours faibles dans les pays étudiés. Cette réduction est moins importante lorsque les taux de croissance économique sont très élevés. Elle reste néanmoins d'environ 25 ans avec des croissances économiques de 5% par an ce qui correspond aux meilleurs taux observés ces dernières années dans la sous-région.

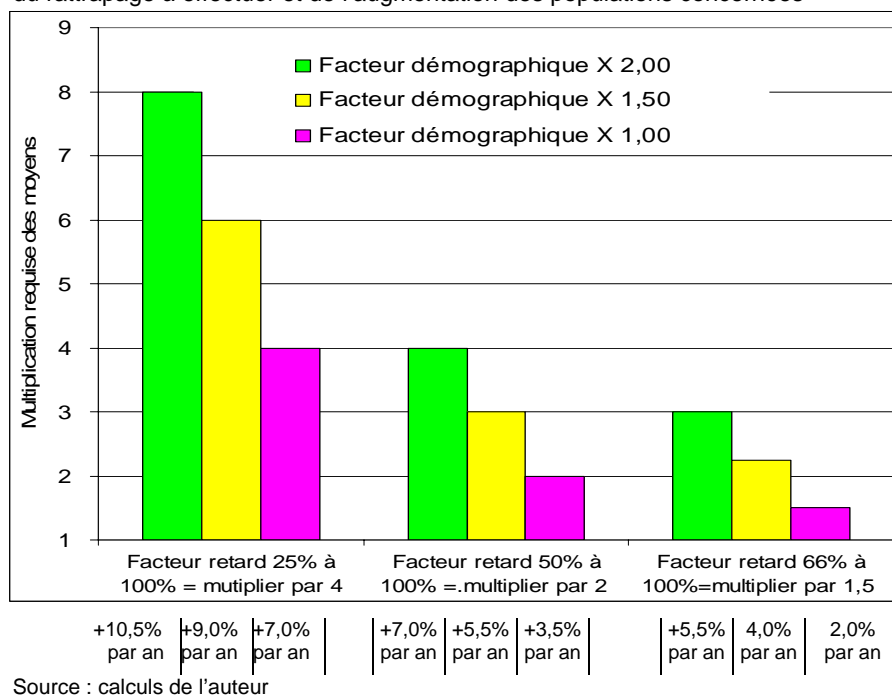
Par ailleurs, la quasi-stabilisation du nombre des naissances, obtenue grâce à l'accélération de la baisse de la fécondité (sous l'hypothèse basse, volontariste) est susceptible de bénéficier à tous les pays et ce, quelle que soit l'importance de la croissance économique. En effet, dans les 20 ans à venir, les pays étudiés auront à faire face dans les domaines de l'éducation et de la santé (facteurs essentiels de la qualité du capital humain), à trois défis: 1) le rattrapage des taux de couverture insuffisants, 2) la poursuite de la croissance démographique et 3) l'amélioration de la qualité des services et des soins rendus à la population.

Pour ce qui concerne la **santé**, prenons l'exemple d'un pays où un quart des femmes enceintes bénéficie des quatre visites prénatales recommandées et où seulement la moitié d'entre elles reçoit l'assistance d'un personnel qualifié au moment de son accouchement. Si l'on se fixe comme objectif que d'ici 2030 toutes les femmes enceintes reçoivent quatre visites prénatales et l'assistance d'un personnel qualifié au moment de leur accouchement, cela implique de multiplier par 4 le taux de couverture pour les visites prénatales et par 2 le taux d'assistance à l'accouchement. Pour ce qui concerne l'**éducation**, un taux net de scolarisation de 66% implique de multiplier par 1,5 le taux net de scolarisation pour atteindre la scolarisation universelle.

Ces retards doivent être combinés avec le facteur démographique et en particulier avec les augmentations possibles des nombres de naissances³². Ils impliquent des besoins financiers et en personnel (sans tenir compte du facteur « amélioration de la qualité ») qui varient de 1,5 à 8 fois selon l'importance du retard à combler et de la croissance des populations concernées (figure 11). Une multiplication par 8 des visites prénatales en 20 ans par exemple correspond à une croissance annuelle continue de moyens de 10,5% par an. Une multiplication par 4 des besoins d'assistance à l'accouchement correspond à une croissance annuelle continue de moyens de 7% par an. Une multiplication par 2 correspond à une croissance annuelle continue de moyens de 3,5% par an.

³² D'ici 2030, celles-ci sont susceptibles d'être multipliés par près de 2 au Mali et au Niger et d'augmenter en moyenne de 50% dans la majorité des autres pays.

Figure 11 : Multiplication requise des moyens en 20 ans, en fonction de l'importance du rattrapage à effectuer et de l'augmentation des populations concernées



L'absence de quasi-stabilisation (ou de forte réduction) des nombres de naissances et de jeunes enfants, implique davantage de temps et de moyens pour rattraper les retards de couverture. De même, une part importante des bénéfices de la croissance économique devra continuer à être investie pour faire face à l'augmentation des effectifs de femmes enceintes et de jeunes enfants par exemple, ceci au détriment de l'amélioration de la qualité des services et des soins rendus et d'autres affectations.

A l'inverse, en cas de quasi-stabilisation (ou de forte réduction) des nombres de naissances, une part importante des bénéfices de la croissance économique pourra être affectée non seulement aux investissements productifs, mais également à l'amélioration de la qualité du capital humain (augmentation des taux de scolarisation dans le secondaire, dans l'enseignement professionnel et dans le supérieur par exemple). De même, ils pourront servir à l'amélioration des services et des soins rendus à la population (diminution des ratios maîtres-élèves, augmentation du nombre de médecins et d'infirmières, etc...).

Ceci nous amène au troisième bénéfice majeur susceptible d'être engrangé grâce à une accélération des baisses de la fécondité : la possibilité de **bénéficier du dividende démographique**. Compte tenu de l'amorce récente des baisses de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, des auteurs ont posé la question de savoir si ces pays étaient en mesure de « bénéficier du dividende démographique »³³. Leur travail qui porte sur 32 pays d'Afrique subsaharienne, dont 10 des 12 pays d'Afrique de l'Ouest étudiés ici³⁴ répond positivement à cette question. Après examen de la croissance projetée des effectifs des 15 à 64 ans ; de l'évolution des taux de dépendance selon les projections d'alors de la Division de la Population des Nations unies, et d'indicateurs concernant l'environnement institutionnel, les auteurs ont conclu en 2007 que parmi les 32 pays retenus dans le cadre de leur travail, cinq étaient en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique (Ghana, Côte d'Ivoire, Malawi, Mozambique et Namibie). Quatre autres pays (Sénégal, Togo, Cameroun, Tanzanie) pourraient bénéficier d'une croissance de leur main-d'œuvre et des niveaux d'éducation de celle-ci, mais ils devaient améliorer significativement leurs environnements institutionnels pour pouvoir bénéficier pleinement du dividende démographique. On pourrait ajouter à ces pays la Mauritanie dont les rapports de dépendance devraient s'améliorer significativement dans les 20 prochaines années. La persistance de taux de dépendance élevés et un environnement institutionnel toujours déficient semblaient exclure selon les auteurs les autres pays étudiés dans un proche futur.

La possibilité de bénéficier du premier dividende démographique et de créer les conditions d'une croissance plus forte et durable dépend d'abord comme on l'a vu en partie 2.4 de la rapidité de la transition démographique et de la diminution des taux de dépendance qui l'accompagne. Elle est également fonction d'autres facteurs tels que : la qualité du capital humain (éducation et santé), la création d'un nombre suffisant

³³ Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different? D.E. Bloom & al. Harvard University, May 2007. http://www.aercafrica.org/documents/reproductive_health_working_papers/Bloom_Canning_et_al_Demographic_Dividend_in_Africa.pdf

³⁴ Il s'agit du Burkina Faso, de la Côte d'Ivoire, du Ghana, de la Guinée-Bissau, de la Guinée, du Mali, du Niger, du Nigeria, du Sénégal et du Togo. Les deux pays non étudiés sont le Bénin et la Mauritanie.

d'emplois rémunérateurs, une épargne et des investissements importants et un environnement politique et institutionnel adéquat. Les quelques pays de la sous-région dont la transition démographique est relativement bien engagée sont bien placés pour bénéficier assez rapidement du dividende démographique si leur environnement politico-institutionnel est satisfaisant, leur capital humain d'assez bonne qualité et si leurs baisses de fécondité continuent. Les autres pays, moins avancés dans leur transition démographique et qui de fait ont plus de difficultés pour améliorer leur capital humain, doivent créer les conditions de baisses plus rapides de leur fécondité et satisfaire aux autres conditions requises pour envisager de pouvoir bénéficier du dividende démographique.

Examinons maintenant les efforts entrepris ces dernières années par les divers pays de la sous-région pour maîtriser leurs fortes croissances démographiques.

4 Les politiques publiques et les problèmes de population

Jusque dans les années 1980 la plupart des Gouvernements des pays de la sous-région ont considéré l'évolution de leur population et les niveaux de leur fécondité comme satisfaisants et ne nécessitant pas d'intervention particulière³⁵. En marge de cette tendance régionale, le Ghana a adopté en 1969 une Déclaration de politique de population³⁶. Et dès les années 1970, le Sénégal considérant l'accroissement de sa population comme trop rapide, est devenu en 1988 le premier pays francophone de la sous-région à adopter une politique de population.

4.1 Les politiques de population

Dans les années 1990, les 12 pays étudiés avaient adopté des politiques de population. Ces premières politiques affichaient leur volonté de contribuer aux efforts des gouvernements pour le développement. Les politiques développées privilégiaient une approche très générale des problématiques de population en se fixant comme principaux objectifs : l'intégration et la prise en compte de la variable démographique dans les plans de développement, la maîtrise de la croissance démographique et l'augmentation de la prévalence de la contraception.

Avec l'adoption, lors de la Conférence internationale du Caire en 1994, d'une approche centrée sur les droits reproductifs, ces pays ont mis en place parallèlement des politiques, plans et programmes en matière de santé, de santé de la reproduction et de sécurisation des produits de santé de la reproduction. L'adoption en 2000 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) les a poussés à élaborer des Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP), ce qui a conduit à des révisions de leurs premières politiques de population.

De par leur approche « développementaliste », les premières politiques de population couvraient de nombreux domaines. L'ordre dans lequel ces domaines et les objectifs correspondants étaient cités varie d'un pays à l'autre, mais on y retrouve le plus souvent : la santé (réduction de la morbidité et de la mortalité), l'éducation (accès à l'éducation, promotion des ressources humaines), la maîtrise de la croissance démographique, la redistribution spatiale de la population, les migrations internationales, l'intégration des femmes, l'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables (enfants, jeunes, femmes, ruraux, handicapés), la couverture des besoins alimentaires, la préservation des ressources naturelles et l'amélioration des connaissances sociodémographiques. Les objectifs généraux retenus y sont généralement déclinés en objectifs spécifiques et en stratégies globales ou spécifiques sans pour autant que des objectifs quantitatifs ne soient retenus.

La mise en œuvre de ces premières politiques, dont certaines ont fait l'objet d'évaluations, s'est heurtée à plusieurs difficultés. La première a été le manque de moyens financiers et de personnel. En fait, ces politiques devaient être mises en œuvre au travers de plans d'action et d'investissements prioritaires en matière de population (PAIP). Ceux-ci n'ont pas toujours pu être finalisés ou ont été insuffisamment financés (les financements étant surtout attendus des bailleurs internationaux). Autre difficulté identifiée, le **manque d'engagement et de soutien des gouvernements et de la société civile** en faveur des politiques/programmes de population et de leurs objectifs. **Cette faiblesse d'engagement a débouché sur une faiblesse des ressources nationales affectées à ces programmes ainsi qu'à la réticence des bailleurs à les appuyer.** Par ailleurs, les turbulences politiques et coups d'état ayant affecté plusieurs pays de la sous-région ont entraîné l'arrêt pour des périodes plus ou moins longues de toute aide extérieure. Les évaluations des politiques de population faites notamment au Mali et au Burkina Faso soulignent d'autres difficultés. L'évaluation effectuée au Mali³⁷ souligne la délimitation trop large du domaine "population" (ce qui revenait à lui faire prendre en charge l'ensemble des problèmes essentiels de développement), la « non-quantification » de certains objectifs, la « non-intégration » de la politique de population aux politiques et stratégies de développement et le désintérêt des partenaires. L'évaluation faite au Burkina Faso³⁸ révèle que l'adoption du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), comme cadre unique d'orientation de la politique de développement du pays, a contribué à disqualifier les activités prévues et les financements attendus dans le domaine de la population. Ces remarques sont applicables aux autres pays.

³⁵ <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>, voir *World Population Policies 2009 Data Online*

³⁶ *Population Planning for National Progress* (1969), voir à ce sujet *Family Planning in Ghana* by John C. Caldwell and Fred T. Sai in *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs* - Warren C. Robinson, John A. Ross Eds - The World Bank, accessible via <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/GlobalFamilyPlanningRevolution.pdf>

³⁷ Ministère de la Santé (2002) : *Evaluation de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Population 1991-2001*, Bamako

³⁸ BADJECK Alain (2009) : *Evaluation de la prise en compte des questions de population dans le CSLP du Burkina Faso*, UNFPA, Document de travail

Les politiques de population révisées, ou les nouvelles politiques adoptées dans les années 2000, se sont efforcées d'intégrer de ces difficultés. Elles ont également tenté de prendre en compte simultanément l'approche « droits reproductifs » adoptée au Caire en 1994, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) adoptés en 2000 et les Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté des pays. Davantage de données (résultats de recensement et d'enquêtes) étant disponibles, ces nouvelles politiques affichent un certain nombre d'objectifs quantitatifs. Elles continuent cependant de couvrir un grand nombre de domaines.

La « Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population » (DGPP) adoptée au Niger en 2007³⁹ constitue à ce titre une exception. Certes, elle entend « contribuer à la réduction de la pauvreté » mais ce « grâce à l'acquisition d'une mentalité et de comportements reproductifs aptes à induire au sein des populations une augmentation significative de l'utilisation de la contraception et une réduction des mariages précoces ». Les objectifs retenus se limitent donc à l'augmentation du taux de prévalence contraceptive moderne, la diminution de la proportion de mariages précoces, l'allaitement maternel, le niveau de fécondité et le taux de croissance de la population. Ces objectifs ont été fixés à partir des résultats des projections nationales de population de type « aide à la décision » publiées en 2005⁴⁰. La politique de population du Niger de 2007 se concentre donc exclusivement sur les questions liées aux comportements reproductifs, contrairement aux politiques des autres pays de la sous-région dont les approches restent «développementalistes».

4.2 Les politiques, plans, programme en santé, santé de la reproduction et sécurisation des produits et leur cohérence

Tous les pays ont par ailleurs adopté dans les années 2000 des plans et programmes en santé, en santé de la reproduction et en sécurisation des produits. Ces plans ou programmes de développement sanitaire couvrent le plus souvent des périodes de 5 à 10 ans. Leur dénomination varie selon les pays. Il s'agit par exemple au Burkina Faso du *Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010* (PNDS), au Mali du *Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social* (PDDSS), 1998-2007, au Niger du *Plan de Développement Sanitaire* (PDS) 2005-2009. Ces plans ou programmes sont importants, car c'est dans leur cadre que doivent s'inscrire toutes les activités et actions relevant du secteur de la santé et en particulier celles concernant la santé de la reproduction.

En matière de santé de la reproduction, tous les pays ont également des plans ou plans stratégiques. Selon les pays on dispose, comme par exemple au Mali d'un *Plan Stratégique en Santé de la Reproduction* (PSSR) complété par un *Plan d'Action pour assurer la Contraception Sécurisée*. Aujourd'hui cependant, la tendance est à l'adoption de Plans Stratégiques de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction (PSSPSR) ne se limitant pas aux seuls produits contraceptifs.

En référence aux OMD des années 2000, les pays ont adopté en parallèle une « Feuille de route » visant à accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. Dans certains cas, l'augmentation de la prévalence contraceptive s'ajoute à ces objectifs

Enfin, il faut noter que fin 2010, 8 des pays étudiés (Bénin, Burkina Faso, Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal et Togo) avaient adopté une loi sur la santé de la reproduction. Ces lois reconnaissent le droit des individus et/ou des couples de décider librement, avec discernement, du nombre d'enfants souhaité et de l'espacement des naissances. Elles reconnaissent également le droit des couples de disposer des informations nécessaires pour ce faire. Des différences existent cependant d'un pays à l'autre. Ainsi, la loi adoptée au Niger précise que « les couples légalement mariés peuvent décider librement et avec discernement de l'espacement des naissances (...) ». Elle semble donc ne prendre en considération que les couples mariés et l'espacement des naissances.

Malgré la diversité des situations suivant les pays, un certain nombre de remarques générales peuvent être faites sur le **contenu et la cohérence entre ces politiques**, plans, programmes ou stratégies.

Tout d'abord **la politique de population et ses objectifs ne sont pas toujours mentionnés dans ces divers documents**, alors que les politiques en matière de santé et de santé de la reproduction s'intéressent comme les politiques de population à l'évolution de la mortalité, de la fécondité et de leurs déterminants.

Ensuite, il n'est pas toujours facile de savoir **comment les objectifs retenus ont été fixés**, sauf lorsque les OMD sont repris. Dans ce cas, les objectifs concernant la réduction de la mortalité néonatale (et infantile) et la réduction de la mortalité maternelle ne sont pas très différents d'un document à l'autre dans le même pays. Il n'en va pas du tout de même pour les objectifs fixés en matière de prévalence contraceptive qui peuvent varier dans le même pays du simple au double pour des périodes similaires ou voisines suivant les plans et stratégies analysées. Ces divergences dans les objectifs à atteindre et les efforts à consentir ne facilitent

³⁹ Ministère de la Population et de l'Action Sociale, 2007 : *Déclaration du Gouvernement en matière de Politique de Population*, Niamey

⁴⁰ Projections de la population du Niger de 2005 à 2050 : Un appel à l'action. Ministère de l'Economie et des Finances, Secrétariat Général, Bureau Central du Recensement, République du Niger, Travaux démographiques, Vol 1-n°1, Niamey, avril 2005.

évidemment pas la mobilisation sur les questions de population et sur la satisfaction des besoins en planification familiale. Par ailleurs, les **Plans Stratégiques de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction** (PSSPSR) adoptés récemment mettent à juste titre l'accent sur la pérennisation du financement des produits. Ils apparaissent cependant souvent davantage comme des plans destinés à organiser la sécurisation des produits, le plaidoyer, la participation du secteur privé ou le Système d'Information et de Gestion Logistique que comme des plans visant (aussi) à financer l'achat des produits en santé de la reproduction. De fait, les éléments contenus dans ces plans (axes stratégiques, objectifs, budget prévisionnel) ne permettent que rarement de savoir à quelle augmentation de la prévalence contraceptive et à combien d'utilisatrices correspondent les budgets demandés. Aussi, la part la plus importante des budgets va clairement à la prise en charge des accouchements et en particulier aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). C'est ainsi que le Programme National 2005-2009 de Santé de la Reproduction (PNSR) du Niger⁴¹ estimait à 72% la part du budget à consacrer à la maternité sans risque et à seulement 19% la part à consacrer à la planification familiale, alors qu'une utilisation plus importante de la contraception pourrait réduire la forte proportion actuelle des grossesses à risque.

4.3 La population dans les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté

L'intégration de la variable population dans les plans de développement des pays de la sous-région a été réaffirmée dans quasiment tous les plans et programmes-pays mis en œuvre par, et avec, le soutien de l'UNFPA au cours des 30 dernières années. Pourtant les OMD ne mentionnent pas les problèmes démographiques et la fécondité. Conformément à l'approche dominante « santé de la reproduction », les OMD ne se sont intéressés à l'origine qu'à la réduction de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile. Il a fallu attendre 2005 pour que l'accès universel à la santé procréative devienne un objectif (cible 5b des OMD). Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les premiers DSRP (Documents de Stratégie de Réduction de la Pauvreté) n'aient guère pris en considération les problématiques démographiques.

Les nouveaux DSRP (de 2^{ème} ou 3^{ème} génération en fonction des pays) adoptés ces dernières années présentent cependant quasiment tous la croissance démographique comme une contrainte à l'origine d'une forte demande sociale et entravant les efforts de développement du pays. Ils ne vont malgré tout guère au-delà de cette reconnaissance. Ces documents sont en fait devenus quasiment tous des documents de stratégies d'accélération de la croissance et de réduction de la pauvreté et tablent sur de fortes croissances économiques capables de transformer leur pays en pays émergent ce qui, selon leur hypothèse, le conduira « automatiquement » au ralentissement de la croissance démographique (cf. partie 2.3).

A titre d'exemple, la *Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté 2007-2009* (SCRP) adoptée au Bénin⁴² mentionne que la prise en compte de la considérable demande sociale qui s'exprimera en matière de nutrition, de santé et de scolarisation (conséquence de la forte croissance démographique du pays) implique des actions tant dans les secteurs économiques que sociaux qui aideront à long terme à atteindre l'objectif du ralentissement de la croissance démographique visé par la SCR.

La *Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2010-2015* (SCADD) du Burkina Faso⁴³ fait aussi clairement référence aux problèmes de population dans deux de ses quatre axes stratégiques. Elle précise que « la question de la population sera abordée en termes de maîtrise de la croissance démographique (et) de renforcement des capacités des acteurs pour la prise en compte de la donnée démographique dans les politiques, plans et programmes de développement (...) ». Cependant, l'approche adoptée reste très large, le document actuel précisant que « les grandes thématiques qui s'inscrivent dans la logique de la population et développement sont : migration-urbanisation, éducation et formation, environnement, eau potable, emploi, santé, genre, SIDA et d'autres thématiques faisant l'objet d'engagements internationaux ».

Au Niger par contre, la seconde « *Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté* » 2008-2012 (SDRP)⁴⁴, exprime clairement la volonté politique de maîtriser la forte croissance démographique du pays en s'appuyant sur les projections démographiques nationales de 2005 et en reprenant à son compte la Déclaration de 2007, claire et volontariste, du Gouvernement en matière de Politique de Population.

Au total donc, les questions de population sont aujourd'hui généralement bien mentionnées dans les DSRP. Mais elles ne figurent pas, sauf exception, dans les actions prioritaires à mener. Dans le meilleur des cas, le DSRP se contente de renvoyer les lecteurs à la dernière politique de population, ou au processus en cours d'élaboration d'une nouvelle politique de population.

⁴¹ Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre les Endémies, 2005 : *Programme National de Santé de la Reproduction 2005-2009*, Niamey (version du 15 juin 2005 : Budget prévisionnel par composantes et activités pages 43 à 61).

⁴² République du Bénin (2007) : *Stratégie de Croissance pour la Réduction de la Pauvreté*, Cotonou

⁴³ *Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2011-2015*, version provisoire, 08 décembre 2010, Ouagadougou

⁴⁴ République du Niger, 2007 : *Stratégie de Développement accéléré et de Réduction de la Pauvreté 2008-2012*, Niamey, (sur le Programme spécial du président, voir page 21)

4.4 La place de la variable population dans les politiques sectorielles

La prise en compte de la variable population dans les autres politiques sectorielles (santé, éducation, sécurité alimentaire, aménagement du territoire...) est encore très variable selon les pays. Mais là aussi, quelques tendances générales peuvent être dégagées.

Tout d'abord, la dernière politique de population est rarement mentionnée dans les politiques, plans, programmes et stratégies sectoriels adoptés.

Ensuite, ces politiques, plans et programmes fixent souvent leurs objectifs en termes de pourcentage, ou de taux de couverture, sans tenir compte de l'augmentation des effectifs concernés. Ceci est particulièrement regrettable pour les plans à 10-15 ans d'échéance. En effet, si l'on prend en compte une population donnée (à vacciner, d'âge scolaire, entrant sur le marché du travail) qui s'accroît de 3% par an, cette population est supérieure de 35% à son niveau initial à 10 ans d'échéance, et de 55% supérieure à 15 ans d'échéance. Avec un taux d'accroissement de 3,5% par an, cette population est supérieure de 41% à son niveau initial à 10 ans d'échéance et de 68% supérieure à 15 ans d'échéance.

Lorsque la variable démographique est prise en compte dans ces plans, c'est le plus souvent en utilisant le taux d'accroissement annuel moyen de la population totale trouvé pour la dernière période intercensitaire. Or cette méthode manque de précisions, car la croissance réelle de la population varie dans le temps, et par ailleurs les populations concernées ont également des évolutions et des taux d'accroissement qui sont différents du taux d'accroissement de la population totale. En fait, les projections de population par sexe et par âge (les projections nationales et celles des Nations unies) ont été peu ou pas été utilisées dans le passé, ce qui a conduit les différents Ministères au mieux à procéder à leurs propres estimations ou projections, au pire à ignorer la variable démographique.

Les projections de population constituent pourtant un outil privilégié de mesure des taux de couverture, d'estimation des besoins et de fixation des objectifs à atteindre. Le Niger, on l'a dit, a réalisé des projections de ce type en 2005, de même que le Burkina Faso en 2009⁴⁵. Au Niger, les résultats de ces projections ont été repris dans la politique de population de 2007 et ils ont servi à fixer ses objectifs. Les résultats de ces projections ont aussi permis aux auteurs de la SDRP 2008-2012 de se livrer à une analyse des « effets potentiels de la croissance démographique » sur divers secteurs (agriculture et sécurité alimentaire, éducation, santé). Au Burkina Faso, les résultats des projections démographiques nationales ont été repris dans le projet de nouvelle politique de population de 2007 et ils ont servi à fixer ses objectifs. Entre temps, ces projections n'ont pas été intégrées dans la version de décembre 2010 de la *Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2010–2015* en cours de finalisation.

L'élaboration et l'utilisation de projections nationales de population de type « aide à la décision » (voir parties 3.2, 3.3 et 3.4) **constituent la première étape incontournable de prise en compte réelle de la variable population dans les politiques sectorielles.** C'est pourquoi tous les pays devraient disposer de telles projections. Ces projections nationales qui doivent être largement diffusées, puis acceptées, reconnues et utilisées par tous les acteurs et tous les secteurs, ont en effet vocation à constituer une base unique de référence pour les estimations, projections et pour la fixation des objectifs de l'ensemble des secteurs, y compris les objectifs identifiés dans les stratégies d'accélération de la croissance et de lutte contre la pauvreté, dont plusieurs doivent être révisées prochainement

⁴⁵ Institut National de la Statistique et de la Démographie, *Recensement général de la population et de l'habitation 2006 : Projections démographiques*, <http://www.insd.bf/>

5 Quelle est la faisabilité de progressions rapides de l'utilisation de la contraception et d'accélération des baisses de la fécondité ?

Dans les contextes économiques, démographiques et politiques des pays examinés ci-dessus, est-il possible d'envisager une progression rapide de l'utilisation de la contraception, progression qui permettrait aux pays d'envisager une accélération des baisses de leur fécondité et leur entrée prochaine dans la fenêtre d'opportunité démographique? Quels pourrait être le rôle des partenaires techniques et financiers pour atteindre cet objectif ? Quels sont les obstacles à surmonter ? Quels seraient les coûts correspondants ?

5.1 Quel rôle pour les partenaires en population et santé de la reproduction ?

Les politiques, plans, programmes, et stratégies des pays en matière de population, de santé et de santé de la reproduction bénéficient dans tous les pays de l'appui de nombreux partenaires techniques et financiers (entre 10 et 15 par pays). Il faut distinguer parmi ceux-ci :

- les partenaires relevant du système des Nations unies (UNFPA, UNICEF, OMS, UNAIDS, PAM, PNUD, Banque mondiale) ;
- la Commission Européenne et les partenaires bilatéraux (en particulier, l'USAID pour les Etats Unis, la KfW pour la coopération allemande, l'AFD pour la coopération française) ;
- les partenaires privés (relevant le plus souvent d'ONG internationales comme l'IPPF - *International Planned Parenthood Federation*, et PSI - *Population Services International*...).

Les **modes opératoires** de ces partenaires sont divers. Les agences du système des Nations unies, la coopération multilatérale et bilatérale apportent essentiellement un appui financier aux structures nationales (appui financier à des projets et/ou appui budgétaire). Les partenaires privés, qui reçoivent des fonds internationaux, d'origine bilatérale ou privée, sont plus souvent directement impliqués dans la fourniture de services et de prestations.

Les **champs d'interventions** de ces partenaires sont également variables. Toutefois, la majorité d'entre eux interviennent en priorité dans les domaines de la réduction de la mortalité maternelle, de l'amélioration de la survie des enfants, et de la prévention ou de la lutte contre le VIH/Sida. Viennent ensuite les partenaires (un tiers environ) pour lesquels l'appui à des programmes ou actions dans le domaine de la planification familiale constitue l'une des priorités. Enfin, quelques partenaires seulement participent à des programmes de lutte contre les violences faites aux femmes.

Les activités des trois partenaires les plus importants dans le domaine de la planification familiale, à savoir l'UNFPA, l'IPPF et PSI, ont tous adopté aujourd'hui une **approche « santé de la reproduction »**. **Leurs activités en planification familiale sont ainsi « diluées » dans l'ensemble de leurs activités.**

L'**UNFPA** agence spécialisée des Nations unies pour les questions de population a commencé à intervenir dans les 12 pays étudiés dans les années 1970, en apportant généralement son soutien à l'amélioration des connaissances démographiques⁴⁶. A partir des années 1980, ses interventions s'inscrivent dans le cadre de programmes de coopération de plus ou moins cinq ans, et à ce jour, quatre à cinq programmes ont déjà été exécutés dans les pays. Les programmes en cours s'inscrivent aujourd'hui dans chaque pays dans le cadre de l'**UNDAF** (*United Nations Development Assistance Framework*). Ils comprennent trois sous-programmes ou composantes : Santé de la Reproduction ; Population et Développement ; et Genre. La composante *Santé de la Reproduction* qui concerne la planification familiale vise à amélioration de l'offre et de l'utilisation des services en Santé de la Reproduction en général, et ce seulement dans quelques « régions prioritaires » de l'UNFPA. Mais cette composante apporte également son appui au niveau national à l'approvisionnement des pays en contraceptifs, et à la définition des politiques ou stratégies en santé de la reproduction. La composante *Population et Développement* appuie généralement la mise en œuvre des politiques de population, et la prise en compte des questions de population, genre et droits humains dans les politiques, plans et programmes, en particulier dans les DSRP. Enfin, la composante *Genre*, vise à améliorer les mécanismes institutionnels et les pratiques socioculturelles, afin de promouvoir la protection des droits des filles et des femmes et de contribuer ainsi à l'égalité et à l'équité entre genre.

L'**International Planned Parenthood Federation** (IPPF) qui était à l'origine une fédération d'associations nationales autonomes de Planning Familial, a maintenant pour objectif de promouvoir le droit à la santé reproductive et sexuelle, l'éducation sexuelle des jeunes, le renforcement du pouvoir des femmes, la lutte contre les MST et la maîtrise de la fécondité. Elle compte aujourd'hui quelques 180 associations dans le monde, dont les 12 associations des pays étudiés⁴⁷. L'association la plus ancienne est celle du Ghana créée en 1967, deux ans avant l'adoption de la déclaration de population du pays. Puis des associations ont été créées au Mali (1972), au Sénégal (1974) au Togo (1975) et en Côte d'Ivoire (1979). Les associations les plus

⁴⁶ Voir les sites internet de l'UNFPA propres à chaque pays, par exemple pour le Bénin <http://benin.unfpa.org/>, le Burkina Faso <http://burkinafaso.unfpa.org/>, le Nigeria <http://nigeria.unfpa.org/>, etc...

⁴⁷ <http://www.planning-familial.org/themes/theme15-solidariteInter/fiche03.php> et <http://www.ippf.org/en/Where/>

récentes ont été créées au Niger (1996), en Guinée-Bissau (1993) et en Mauritanie (1990). Les associations les plus anciennes ont été pendant longtemps les seules à faire la promotion et à offrir des services de planification familiale dans leurs pays. Mais, aujourd'hui, toutes les associations ayant une approche « santé reproductive et sexuelle », les prestations et services qu'elles offrent, en direction de groupes vulnérables, comprennent : des soins/consultations pré/postnatales et post-avortements, le conseil et le dépistage du VIH/Sida, le traitement de la stérilité, le conseil avant mariage... Les données disponibles concernent l'ensemble de ces prestations (ex. 400 000 clients au Togo et près 100 000 au Sénégal en 2006), sauf dans deux cas où l'on dispose de données sur les prestations en planification familiale. L'association ghanéenne indique ainsi avoir fourni en 2006 près de 90 000 couples-protection-année, ce qui représenterait environ 15% des utilisateurs de méthodes modernes dans le pays. L'association du Nigeria indique de son côté qu'elle a fourni une méthode de contraception à 10% des utilisateurs de méthodes modernes du pays. Mais pour les autres associations, il est difficile de savoir qu'elle est aujourd'hui l'importance de leurs activités dans le domaine de la planification familiale

PSI (Population services international) a commencé ses activités en Afrique de l'Ouest dans les années 1990 avec la promotion, via les techniques de marketing social, du condom afin de prévenir la transmission des IST et du VIH-Sida. Son objectif est aujourd'hui de « permettre aux femmes et aux couples d'avoir des vies plus saines en leur donnant accès à des produits et des services novateurs en matière de planification familiale et de santé maternelle »⁴⁸. PSI a des activités dans une trentaine de pays en Afrique subsaharienne (parmi lesquels 8 en Afrique de l'Ouest : Togo, Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, Mali et Nigeria). Aujourd'hui les antennes nationales de PSI, ainsi que certaines organisations nationales dont PSI a favorisé l'émergence (PROMACO au Burkina Faso et AIMAS en Côte d'Ivoire) ont étendu la gamme de leurs activités. Elles distribuent maintenant dans certains pays la pilule, mais leurs interventions concernent aussi la santé de la reproduction en général, et dans de nombreux pays la lutte contre le paludisme et les maladies transmises par l'eau. Il faut mentionner aussi l'existence de certaines organisations nationales, comme la Fondation Ghanéenne de Marketing social et Animas Sutura au Niger, qui utilisent le même type d'approche de marketing social, basée sur un équilibre communication-sensibilisation et commercialisation de produits de santé de base subventionnés à travers les structures commerciales traditionnelles. L'émergence d'entités locales, même si elles continuent de recevoir un appui financier et conseil technique, favorise la pérennisation des services par le marketing social dans les pays concernés, mais sans pour autant leur assurer pour le moment une indépendance financière.

D'une manière générale ; la diversité des statuts, des modes d'intervention et des champs couverts par les divers partenaires des pays en matière de population et de santé de la reproduction, complique l'analyse de l'ensemble des actions menées et l'évaluation de leurs impacts. **La diversité des domaines prioritaires découle des nombreuses composantes de la santé de la reproduction** : santé maternelle et infantile, maladies sexuellement transmissibles, SIDA, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction, planification familiale... Dans les pays où la fécondité et la mortalité restent élevées, une concurrence est ainsi apparue entre ces diverses composantes pour la définition de priorités. Finalement la priorité, implicite ou explicite, a été donnée aux besoins les plus pressants, à savoir la maternité protégée et les soins aux enfants. Mais, cela s'est fait le plus souvent aux dépens de la planification familiale comme l'indique l'évaluation faite par les Nations unies sur ce sujet en 2004⁴⁹. Cette évaluation rappelle que l'intégration des services de santé reproductive et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Mais, elle met aussi en évidence plusieurs obstacles à cette intégration : organisation structurelle verticale des soins, manque de moyens financiers et de ressources humaines. Il faut y ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes se présentant en consultation pré/post-natale, l'information la plus basique sur la planification familiale. C'est ce qu'indiquent en tous cas les résultats des enquêtes menées sur « *Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest* (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey)⁵⁰ ».

Faut-il envisager dès lors de privilégier une approche verticale en matière de planification familiale? Il n'est pas facile de répondre à cette question. Par exemple, il est vrai que la promotion de la planification familiale au Togo dans les années 1970 par la seule association membre de l'IPPF, semble être en partie à l'origine de la baisse plus rapide de la fécondité observée dans ce pays. Mais rien de tel ne s'est produit au Mali. Au Ghana, de manière surprenante, la combinaison de la promotion de la planification familiale en 1967 par l'association membre de l'IPPF, de l'adoption en 1969 d'une déclaration de politique de population et de la

⁴⁸ <http://www.psi.org/our-work/healthy-lives/reproductive-health> et <http://www.psi.org/togo>

⁴⁹ United Nations 2004. Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

⁵⁰ Jaffré, Yannick and Jean-Pierre Olivier de Sardan, eds. (2003). Une Médecine Inhospitalière. Les Difficiles Relations entre Soignants et Soignés Dans Cinq Capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala Edition.

mise sur pied en 1970 d'un programme national de planning familial, n'a pas produit de meilleurs résultats qu'au Togo voisin⁵¹.

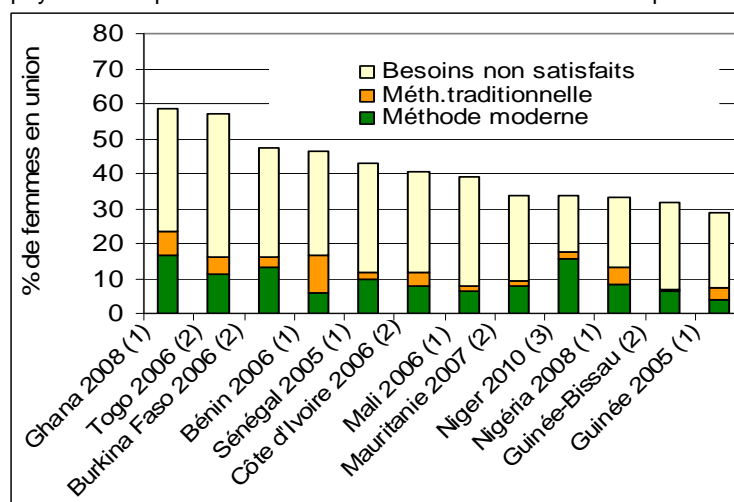
Ainsi, **les questions liées à l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publique, à l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités, et à la place à donner aux prestataires privés, ne sont pas simples.** D'après les résultats des dernières enquêtes DHS⁵² menées dans les pays étudiés, plus de la moitié des femmes obtenaient en général les méthodes de contraception modernes qu'elles utilisaient dans le secteur public. Cette proportion varie d'une méthode à l'autre, mais elle reste souvent très importante pour la pilule et quelquefois pour le préservatif. Dans ces conditions, l'extension du rôle du secteur privé pourrait permettre par exemple, en augmentant l'offre pour la pilule et le condom, de décongestionner les centres de santé publics qui répondent à la demande pour ces produits. On pourrait alors envisager que ces derniers augmentent leur offre en méthodes de plus long terme (telles que les DIU et les implants) qui requièrent l'intervention d'un personnel qualifié.

L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe donc par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), de la répartition des méthodes utilisées et des choix envisageables en matière d'évolution future de cette répartition. Des études du type de celle réalisée au Niger en 2008 «*Le marché du planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé*» sont susceptibles d'éclairer les choix à faire en la matière⁵³.

5.2 Des progressions rapides de l'utilisation de la contraception sont-elles possibles ?

Comme analysé précédemment (partie 3.1), les niveaux d'utilisation de la contraception dans les pays étudiés sont parmi les plus faibles du monde. Globalement, entre 5% et 20% des femmes en union de ces pays utilisaient à la fin des années 2000 une méthode quelconque de contraception (figure 12). Le chiffre le plus élevé était enregistré au Ghana (23% en 2008). Les pourcentages d'utilisation des méthodes traditionnelles, jugées moins efficaces⁵⁴, restent très variables mais très élevés dans plusieurs pays : 65% au Bénin, près de 50% en Guinée et plus de 40% au Nigeria. En revanche, il n'était que de 10% à 15% en Guinée-Bissau, au Niger, au Sénégal et en Mauritanie. **L'utilisation de méthodes modernes ne concernait ainsi en moyenne qu'entre 5% et 15% des femmes en union.**

Figure 12 : Pourcentage de femmes en union utilisant une méthode de contraception et ayant des besoins non satisfaits en planification familiale, pays classés par ordre décroissant de la demande totale en planification familiale



Sources : (1) enquêtes DHS <http://www.measuredhs.com/countries/>
 (2) enquêtes MICS http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2413.html
 (3) enquête sur la prévalence contraceptive. République du Niger, Ministère de la Santé Publique/IDEACONSULT International. Tunis, Tunisie 20 août 2010

⁵¹ Les raisons de la performance modeste du Ghana en la matière, malgré des conditions à priori très favorables sont détaillées dans *Family Planning in Ghana* by John C. Caldwell and Fred T.Sai in *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs* - Warren C. Robinson, John A. Ross Eds – The World Bank, accessible à <http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/GlobalFamilyPlanningRevolution.pdf>

⁵² DHS : Demographic and Health Surveys, voir <http://www.measuredhs.com/countries/> pour chaque pays étudié.

⁵³ Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé, par J-P Guengant et N.de Metz, KfW, UNFPA, Ministère de la Santé Publique, avril 2008, Niamey.

⁵⁴ L'efficacité de méthodes traditionnelles est moindre que celle des méthodes modernes et de ce fait elles sont à l'origine de nombreux échecs (c'est-à-dire de grossesses non-désirées) : voir l'efficacité des diverses méthodes de [contraception](http://www.futuresgroup.com/resources/software/) <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> voir sous Spectrum, le module FamPlan

Malgré ces taux très faibles, les enquêtes révèlent **l'importance des besoins non satisfaits** se traduisant par une forte proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception alors qu'elles souhaitent espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants. Ces besoins non satisfaits concernaient en moyenne 30% des femmes en union, mais avec des variations importantes selon les pays (de 16% au Niger à 40% au Togo). **Ces besoins non satisfaits étaient en général deux à trois fois plus importants que les besoins satisfaits**, c'est-à-dire que les pourcentages de femmes utilisant une méthode de contraception. Il n'en reste pas moins, assez paradoxalement, que la demande totale en planification familiale (addition des besoins satisfaits et des besoins non satisfait) restait faible dans la plupart des pays. La demande totale en planification familiale était en effet partout, sauf au Ghana et au Togo, inférieure à 50% des femmes en union alors qu'elle était de 70% à 85% dans les pays émergents. Elle se situait entre 40% et moins de 50% dans quatre pays et était inférieure à 40% dans 6 pays (soit un niveau deux fois moindre que celui observé dans les pays émergents).

On attribue souvent les **bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne** à la faiblesse de l'offre de services de qualité en planification familiale facilement accessibles. Ce facteur joue certainement un rôle et peut expliquer l'importance des besoins non satisfaits par rapport aux besoins satisfaits. On explique aussi les bas niveaux d'utilisation de la contraception par la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté de la population. Les données disponibles à ce sujet dans les enquêtes DHS confirment en partie cette interprétation. Effectivement, les niveaux d'utilisation de la contraception chez les femmes les plus éduquées et chez les femmes les plus aisées sont généralement au moins 3 fois plus importants que chez les femmes non scolarisées et chez les femmes les pauvres. Mais l'utilisation de la contraception reste faible y compris chez les femmes les plus nanties. Pour nombre de femmes, il est certainement difficile d'accéder à des services en santé de la reproduction et en planification familiale sûrs, efficaces et abordables, d'où l'importance de besoins non satisfaits. Par ailleurs de nombreuses femmes n'ont certainement pas encore pleinement conscience de la possibilité qu'elles ont d'espacer ou de limiter leurs naissances, et de leur droit d'exprimer un avis sur ce sujet (avis qui peut être différent de celui du mari, de la famille ou de la belle famille). On a dans ce cas un déni d'expression ou de connaissance qui peut expliquer la faiblesse de la demande totale exprimée en planification familiale.

Toutefois, la faiblesse de la demande peut aussi s'expliquer par les normes sociales : tradition pro-nataliste, valorisation des maternités nombreuses et par ce que certains qualifient de « pesanteurs socio-culturelles ». Les résultats des enquêtes DHS sur ce sujet indiquent effectivement des **nombreux moyens idéaux d'enfants** élevés dans la plupart des pays étudiés, y compris chez les jeunes femmes (figure 13). Tout d'abord les nombres moyens idéaux d'enfants chez l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans restent supérieurs à 6 enfants dans 4 pays (il est de 9 au Niger). Ils se situent dans les autres pays entre 5 et moins de 6 enfants, sauf au Togo où il est de 4,5 ce qui reste élevé par rapport aux chiffres correspondants dans les pays émergents. Comme on pouvait s'y attendre ces nombres idéaux sont plus faibles chez les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) que chez les femmes les plus âgées (âgées de 40 à 49 ans) sans pour autant que les 25 ans qui séparent ces deux groupes d'âge n'ait entraîné une diminution vraiment importante (supérieure à 2 enfants) sauf en Côte d'Ivoire et en Mauritanie. Dans les autres pays, la diminution du nombre idéal d'enfant souhaité par femme est généralement de l'ordre de 1 à 1,5 enfant. Cela signifie que les nombres moyens idéaux d'enfants chez les jeunes femmes restent très élevés : proches de ou supérieurs à 5 enfants dans la moitié des pays (8 au Niger) et entre 4 et moins de 5 enfants dans les autres pays.

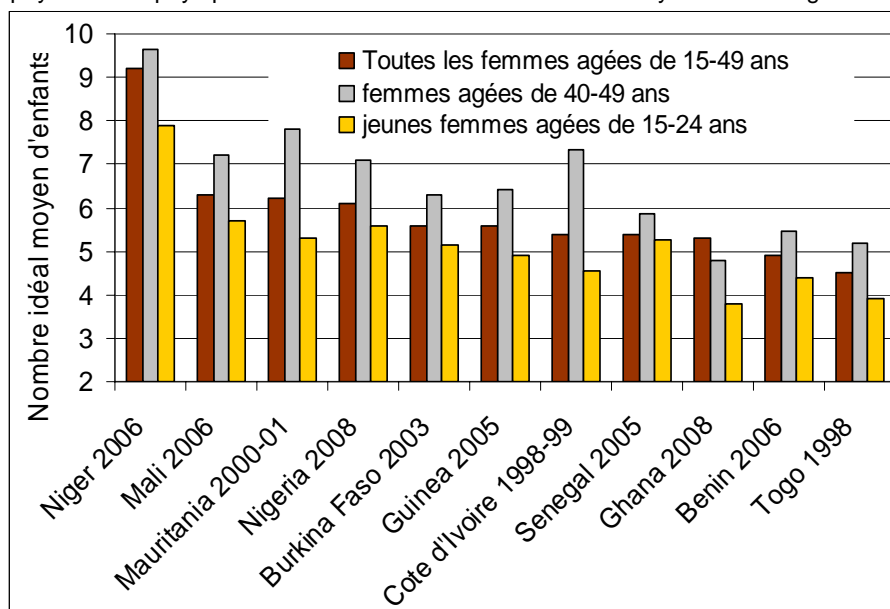
La progression des niveaux d'éducation, notamment chez les jeunes est-elle susceptible de conduire à terme à une réduction plus rapide de la fécondité grâce à l'adoption de nouvelles normes moins natalistes chez les jeunes femmes plus éduquées? Certainement. Mais pas autant que l'on pourrait s'y attendre. Il faut noter d'abord que les quelques 20% à 30% de jeunes filles actuellement scolarisées dans le secondaire dans la plupart des pays n'achèveront leur vie féconde que dans une trentaine d'années. Ensuite, les nombres moyens idéaux d'enfants chez les jeunes femmes ayant au moins un niveau d'éducation secondaire sont effectivement moindres que ceux donnés par les jeunes femmes non scolarisées (figure 14). Mais si la différence est d'environ 3 enfants dans deux pays : le Niger et le Nigeria (qui partent de niveaux élevés), elle est de 1,5 à 2 enfants pour les autres pays. Les nombres moyens idéaux d'enfants chez les jeunes femmes les plus éduquées restent ainsi supérieurs à 4 enfants dans la moitié des pays, et entre 3 et moins de 4 enfants dans les autres pays.

Ces résultats portent sur des nombres idéaux moyens d'enfants qui seront très probablement différents des nombres d'enfants qu'auront les jeunes femmes interrogées. Ils soulignent cependant que dans la plupart des pays les progrès de l'éducation et « l'effet jeunesse » seront insuffisants pour entraîner une accélération de la baisse de la fécondité. Il faut également prendre en compte que l'élévation des niveaux d'éducation de l'ensemble de la population est par nature un processus lent.

Pourtant une accélération de l'utilisation de la contraception qui conduirait à des baisses plus rapides de la fécondité peut être engagée dans la plupart des pays en s'appuyant sur l'ampleur des besoins non satisfaits. Elle ne se fera néanmoins pas « toute seule » et ne sera pas la simple conséquence mécanique du développement économique et social des pays.

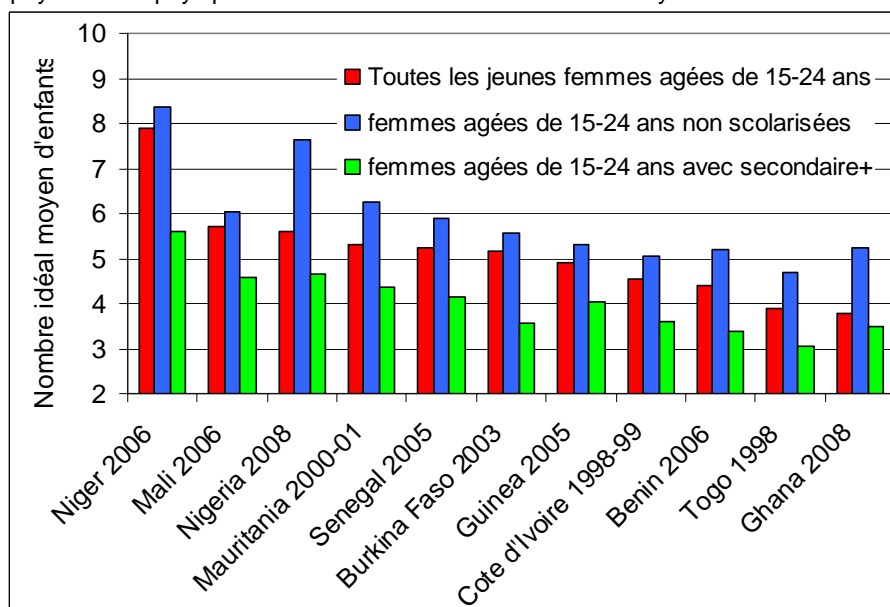
Si l'on retient les leçons des expériences des pays émergents, l'accélération de leur croissance économique s'est faite parallèlement à l'accélération de leur transition démographique provoquée par des politiques et programmes visant cet objectif. **Il apparaît ainsi nécessaire de convaincre le leadership des pays concernés que l'augmentation durable et l'accélération de leur croissance économique passe aussi par l'accélération de leur transition démographique, c'est-à-dire par la poursuite des efforts non seulement pour réduire leurs niveaux de mortalité mais aussi pour accélérer la baisse de leur fécondité.**

Figure 13 : Nombre idéal moyen d'enfants, global et par grands groupes d'âges, pays classés par ordre décroissant du nombre idéal moyen d'enfants global



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figure 14 : Nombre idéal moyen d'enfants chez les jeunes femmes, par niveaux d'instruction, pays classés par ordre décroissant du nombre idéal moyen d'enfants



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Les faibles niveaux d'utilisation de la contraception moderne, leur progression très lente et les nombres idéaux moyens d'enfants toujours élevés, y compris chez les jeunes femmes éduquées soulèvent plusieurs problèmes. Le premier concerne **l'accent quasi exclusif mis dans la plupart des pays sur l'espacement des naissances au détriment du libre choix en matière de procréation**. Le deuxième est l'acceptation sans débat du maintien de normes en matière de procréation correspondant aux sociétés massivement rurales, à forte mortalité et faibles niveaux d'éducation qui étaient celles des pays au moment de leur indépendance. Le troisième problème est celui de la satisfaction des besoins non satisfaits en planification

familiale, satisfaction qui permettrait par ailleurs de réduire le pourcentage des grossesses à risques et les taux toujours très élevés de mortalité maternelle et des jeunes enfants.

La promotion du libre choix et le changement des normes en matière de procréation, de même que la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale passe par un réexamen des politiques et programmes concernant la population, la santé, et la santé de la reproduction. Ce réexamen doit être l'occasion de donner à la planification familiale la place qui lui revient parmi les diverses composantes de la santé de la reproduction. Par ailleurs, il apparaît nécessaire de lancer de véritables campagnes de promotion de la planification familiale inscrites dans la durée. Enfin, il est toujours nécessaire de veiller au respect des droits des femmes, leurs droits économiques, leurs droits sociaux, mais aussi leurs droits reproductifs qui ne sont pas toujours respectés.

5.3 Quels seraient les coûts associés à une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne ?

L'estimation des **coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive** est difficile. Tout d'abord, les services de planification familiale dans le secteur public sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé. Il est compliqué d'en isoler le coût spécifique. Ensuite, les parts respectives du secteur public et du secteur privé et l'importance du marketing social varient d'un pays à l'autre. Enfin, le taux d'urbanisation et les salaires pratiqués dans chaque pays ont également un impact sur le coût des programmes.

Les coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive comprennent en premier lieu les **coûts d'achat des contraceptifs**. Mais ils comprennent aussi la **rémunération des personnels** (en fonction du temps qu'ils consacrent à la planification familiale si celle-ci est intégrée dans des services de santé), la **sensibilisation des personnels de santé** à l'importance de la planification familiale, leur **formation** (notamment pour la fourniture de méthodes de longue durée), le **recrutement de nouveaux personnels** en cas d'augmentation de l'utilisation de la contraception, et le **recrutement et la formation d'agents communautaires**. Ils incluent également des coûts liés aux infrastructures : entretien, électricité, réhabilitation, construction de nouveaux centres de santé, mise en place d'équipes mobiles, etc. L'augmentation de l'utilisation de la contraception nécessite aussi de stimuler la demande ce qui implique des budgets importants en matière de **communication** au travers de campagnes nationales annuelles de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Enfin, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un renforcement voire une **réorganisation de la chaîne logistique d'approvisionnement** en produits contraceptifs et autres produits en santé de la reproduction apparaît nécessaire et cela a aussi un coût.

Pour toutes ces raisons, trois approches, ou méthodes, sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achats des produits contraceptifs. La seconde approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres d'« année-couple-protection ». Cette approche inclue les coûts d'achats des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclue les coûts d'achats des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

Nous avons essayé de chiffrer les **coûts des produits contraceptifs pour les dix prochaines années** pour chacune des trois hypothèses d'augmentation de la prévalence présentées en partie 2.2:

- +0,5 point d'augmentation de pourcentage par an (hypothèse démographique haute, tendancielle)
- +1 point d'augmentation par an (hypothèse démographique intermédiaire)
- +1,5 point d'augmentation (hypothèse démographique basse, volontariste).

Les coûts d'achats des produits contraceptifs et leur évolution dépendent de **quatre facteurs** : 1) le coût de chaque méthode acceptée dans l'année et l'augmentation des prix au cours du temps ; 2) l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer (et en union) ; 3) les changements dans la répartition des méthodes utilisées (puisque les coûts varient d'une méthode à l'autre) ; et 4) les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues.

Concernant le coût des méthodes, nous avons estimé pour chaque méthode un prix de référence en Dollar américain (USD) pour l'année de base 2010 (prix arrivé dans la capitale ou la ville principale hors taxes et frais de douane), à partir des éléments contenus dans la base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*.⁵⁵ Les données pour les autres facteurs résultent des projections démographiques et des hypothèses qui ont été faites pour chaque pays dans le cadre de cette étude. On arrive ainsi à des estimations en 2010 de coût moyen par utilisatrice de 4 à 6 USD.

⁵⁵ Coûts estimés sur la base du coût moyen (2005-2010/11), <http://rhi.rhsupplies.org/>

Entre 2010 et 2020, le nombre de femmes en âge de procréer augmentera selon les pays de 30% à près 50% et le coût des produits de 35% (en supposant une augmentation annuelle des prix de 3% par an pour tous les contraceptifs). La combinaison de ces facteurs, avec les hypothèses d'augmentation de la prévalence totale, associées il faut le rappeler à une diminution du pourcentage de méthodes traditionnelles utilisées, conduit à des estimations du **coût d'achat des produits en 2020**, qui sont par rapport aux coûts d'achat estimés en 2010 :

- 2 à 3 fois plus élevées avec l'hypothèse tendancielle de +0,5 point par an,
- 2,5 à 4 fois plus élevée avec l'hypothèse de +1 point par an,
- et 3 à 5 fois plus élevée avec l'hypothèse volontariste de +1,5 point par an.

Dans les pays où le pourcentage de méthodes traditionnelles en 2010 était très élevé, l'hypothèse d'un passage rapide à l'utilisation de méthodes modernes de contraception a pour effet d'augmenter les besoins en méthodes modernes. Mais, l'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer et les augmentations projetées de la prévalence vont dans le même sens. Ainsi, **quelque soit l'hypothèse retenue, les besoins en financement de contraceptifs seront très importants dans les années qui viennent**. Pour les cinq prochaines années, l'augmentation annuelle moyenne est d'au moins 10% avec l'hypothèse d'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an et d'environ 15% avec l'hypothèse d'augmentation rapide de la prévalence de +1,5 point par an. Les résultats obtenus pour cette hypothèse « volontariste » sont présentés au tableau 2. Ils impliquent pour les huit pays de l'UEMOA que les coûts d'achats annuels des contraceptifs qui sont estimés à 8 millions d'USD en 2010 passent à 32 millions d'USD en 2020, soit 4 fois plus qu'aujourd'hui.

Tableau 2 : Evolution de 2010 à 2020 des effectifs de femmes de 15 à 49 ans, des utilisatrices de méthodes modernes (stérilisation exclue) et coûts des d'achats des contraceptifs avec l'hypothèse d'une progression de l'utilisation de la contraception de 1,5 point de pourcentage

Pays	2010	2015	2020
Femmes de 15 à 49 ans, en milliers			
Bénin	2 031	2 371	2 780
Burkina Faso	3 686	4 378	5 215
Côte d'Ivoire	5 197	5 932	6 753
Guinée-Bissau	380	434	501
Mali	3 177	3 818	4 575
Niger	3 279	3 973	4 796
Sénégal	3 027	3 509	4 003
Togo	1 689	1 954	2 230
UEMOA	22 466	26 367	30 853
Guinée	2 373	2 765	3 222
Mauritanie	838	944	1 053
Utilisatrices de méthodes modernes - sans stérilisation - en milliers			
Bénin	86	196	375
Burkina Faso	435	705	1 065
Côte d'Ivoire	245	478	789
Guinée-Bissau	16	36	60
Mali	202	433	752
Niger	245	478	789
Sénégal	225	400	613
Togo	120	214	337
UEMOA	1 574	2 941	4 781
Guinée	79	199	382
Mauritanie	41	80	128
Coûts d'achats des contraceptifs, en milliers d'USD			
Bénin	450	1 187	2 628
Burkina Faso	2 560	4 813	8 423
Côte d'Ivoire	1 222	2 768	5 299
Guinée-Bissau	51	130	255
Mali	848	2 115	4 255
Niger	1 222	2 768	5 299
Sénégal	982	2 019	3 589
Togo	545	1 124	2 053
UEMOA	7 881	16 924	31 801
Guinée	327	956	2 126
Mauritanie	245	560	1 035

Source : Projections et estimations faites dans le cadre de l'étude

Cependant, les coûts d'achats des produits contraceptifs ne représentent qu'une petite fraction du coût total des programmes de planification familiale dans chaque pays. L'étude sur la contribution de la planification familiale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement réalisée en 2006 qui utilise une l'approche « coûts par année-couple-protection » estime ainsi le **coût moyen par « année-couple-protection » à 11,20 USD pour l'Afrique subsaharienne**⁵⁶, soit 2 à 3 fois plus que le coût d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 4 à 6 USD trouvé plus haut. Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur » en soulignant que **ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception qui permet de réaliser des économies d'échelle**. L'estimation du coût moyen par utilisateur donnée pour l'Afrique subsaharienne est de 28 USD en 2005 et de 26,2 USD en 2010. Une étude plus récente donne pour 2010 un **coût moyen par utilisateur pour l'Afrique de 27,6 USD**⁵⁷, soit entre 5 et 7 fois plus que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice.

Mais l'intérêt principal de cette étude est l'estimation qu'elle donne des « **coûts-bénéfices** » qu'on peut attendre de la mise en place de programmes de planification familiale dans 16 pays d'Afrique subsaharienne, dont 7 des 12 pays étudiés ici⁵⁸. Elle estime d'abord pour chacun de ces pays pour la période 2005- 2015 les coûts associés à la satisfaction de leurs besoins non satisfaits en planification familiale d'ici 2020⁵⁹. Pour la plupart des pays, cette hypothèse correspond à une augmentation de la prévalence de la contraception de plus ou moins 1,5 point de pourcentage par an, soit une augmentation proche de celle que nous avons retenue pour notre hypothèse « volontariste » d'augmentation rapide de l'utilisation de la contraception. Cette hypothèse satisfaction des besoins non satisfaits est comparée ensuite pour chaque pays avec une hypothèse de non satisfaction de ces besoins (c'est-à-dire à leur maintien à leur niveau de départ), ce qui donne en 10 ans (entre 2005 et 2015) un certain nombre d'enfants en moins. Puis, l'étude estime pour chaque pays, d'une part, les coûts des programmes de planification familiale avec l'hypothèse satisfaction des besoins non satisfaits sur la base d'un coût moyen « année-couple protection » de 11,20 USD et d'autre part les « moins à dépenser » c'est-à-dire les économies réalisées du fait que les enfants de moins de 10 ans sont moins nombreux que sous hypothèse de non satisfaction des besoins. Ces « moins à dépenser » sont calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme. Ils apparaissent en 10 ans, 3 fois plus importants en moyenne que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. Plus des trois quarts de ces économies sont réalisées dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations.

Un investissement supplémentaire en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants tant à court terme qu'à long terme, et il facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants. En effet les économies réalisées peuvent être investies pour accélérer la couverture et améliorer la qualité des soins et services rendus dans les domaines de la santé et de l'éducation. **Au total une augmentation de la prévalence contraceptive de +1,5 point de pourcentage par an suppose une très forte progression des besoins en contraceptifs dans les 10 ans qui viennent.** Elle suppose aussi d'importants moyens supplémentaires, tant financiers qu'humains, susceptibles de représenter entre 5 et 7 fois le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice. Mais ces coûts doivent être appréciés en fonction des « moins à dépenser », c'est-à-dire des économies beaucoup plus importantes que les dépenses en planification familiale rendent possibles. Par ailleurs, au-delà de cet aspect « coût-bénéfice », les enjeux associés à l'augmentation de la prévalence contraceptive sont considérables (voir partie 3.4), en termes d'évolution des nombres de naissances, des taux d'accroissement de la population et des taux de dépendance.

⁵⁶ Moreland, S., and S. Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project. <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>

⁵⁷ Scott Moreland, Ellen Smith, Suneeta Sharma *World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning*. April 2010 (revised October 2010). Futures Group. <http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

⁵⁸ Il s'agit du Burkina Faso, du Ghana, de la Guinée, du Mali, du Niger, Nigeria et du Sénégal.

⁵⁹ Moreland, S., and S. Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project. <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>

6 CONCLUSION

Les transitions démographiques observées dans les 12 pays sur lesquels notre analyse s'est portée dans le cadre de l'étude «*Comment bénéficier du dividende démographique? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, en Guinée, en Mauritanie, au Ghana et Nigeria*»⁶⁰ sont lentes et récentes. Un certain nombre de facteurs expliquent ces tendances, notamment la reconnaissance tardive par les autorités, et par certains partenaires du développement, des problèmes connexes induits par l'accroissement démographique et les niveaux élevés de fécondité.

Les politiques, plans, programmes et stratégies définies et mis en œuvre au cours des 20 dernières années ne sont pas parvenus à déboucher sur une maîtrise de la forte croissance de la population des pays de la sous-région.

Les résultats mitigés obtenus s'expliquent tant par la faiblesse des moyens politiques, financiers et humains octroyés à ce domaine que par le manque de données, frein à la formulation de diagnostics objectifs. Ils s'expliquent également par les deux changements majeurs de paradigmes intervenus au niveau international qu'il s'agisse de l'adoption en 1994 au Caire d'une approche privilégiant les droits reproductifs et la santé de la reproduction ou en 2000 des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ceux-ci ont relégué au second plan la dimension démographique du développement en Afrique pour deux raisons principales : la rapidité des transitions démographiques observées ailleurs dans le monde et la peur de l'ampleur des conséquences meurtrières de l'épidémie du VIH/Sida. C'est dans ce contexte que les pays et leurs partenaires se sont attachés à répondre aux défis les plus immédiats pour la population. Ils ont privilégié la prise en charge des grossesses, des accouchements, des urgences obstétricales et néonatales, la prévention et les soins aux malades du VIH/Sida. Ces interventions prioritaires se sont faites au détriment d'une vision à long terme de la rapidité de la croissance de la population, au détriment de la prévention des grossesses à risques, des droits reproductifs et in fine au détriment de l'accès à des services de planification familiale et de la promotion de l'utilisation de la contraception.

Les analyses approfondies réalisées ont néanmoins permis de percevoir des signes de progrès : la contrainte que constitue une forte croissance démographique pour la satisfaction de la demande sociale et pour l'accélération de l'augmentation du PIB par tête d'habitant est à ce jour assez largement reconnue. La possibilité et la légitimité d'agir à court terme sur cette variable "population" n'est cependant pas encore admise par tous. Certes la nécessité de réduire les niveaux élevés de morbidité et de mortalité est reconnue. Par contre, tout ce qui touche au domaine de la fécondité est encore souvent l'objet de passions et de polémiques, celui-ci étant à la croisée entre traditions et enjeux de pouvoir, entre genre et générations.

Pourtant, parallèlement à la poursuite des efforts visant à réduire la mortalité, c'est bien les interventions sur la fécondité qui auront le plus d'impact sur la dynamique démographique et sur les changements de structure par âge permettant aux pays de dégager les moyens nécessaires à l'accélération de leur croissance économique et à l'amélioration de leur capital humain. Les transitions démographiques lentes et récentes des 12 pays étudiés ont des conséquences majeures.

L'extrême jeunesse de leurs populations est à l'origine d'une demande sociale particulièrement forte en éducation, en emplois, en santé ou en équipement des logements que peu de pays dans le monde seraient capables de satisfaire à de telles échelles de croissance. Des efforts considérables ont été consentis par les pays concernés dans tous ces domaines, avec l'appui de leurs partenaires au développement, dans un objectif d'atteinte des OMD d'ici à 2015. Et il faut espérer que ces efforts soient soutenus au même rythme dans les 20 ans qui viennent.

La crise financière qui touche de plein fouet les pays de l'OCDE ne garantit en rien cette donne à moyen terme dans un contexte de besoins accrus de certaines zones en développement. Ainsi, l'extrême jeunesse de la population - deux Ouest-Africains sur trois ont aujourd'hui moins de 25 ans - impliquera automatiquement d'ici à 2030 de fortes augmentations des populations. Pour la période 2010-2030, la population totale des huit pays de l'UEMOA devrait passer de près de 100 millions à 165-180 millions de personnes. Les arrivées annuelles sur les marchés du travail de ces huit pays vont augmenter à un rythme impressionnant, passant de 1,8 million de jeunes hommes et de jeunes femmes en 2010 à 3,4 millions en 2030.

C'est dans ce contexte contraint, et à moitié écrit les adultes de demain étant déjà nés, qu'une réflexion-action sur les demandes non-satisfaites en planification familiale (qui concernent environ 30% des femmes en union) doit se situer. L'accélération de l'utilisation de la contraception répond à des besoins exprimés et peut conduire à une diminution plus rapide de la fécondité et des taux de croissance démographique. Cette accélération constitue l'un des leviers majeurs pouvant permettre aux pays de relever les défis socio-économiques auxquels ils ont et auront à faire face.

⁶⁰ Les douze pays étudiés couvrent les huit pays de l'UEMOA (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée Bissau, Mali, Niger, Sénégal, Togo), ainsi que la Guinée, la Mauritanie le Ghana et le Nigeria.

La satisfaction de la demande non-satisfaite et l'accélération de l'utilisation de la contraception permettra en effet aux pays :

- **de réduire la durée nécessaire pour doubler leurs PIB par tête.**

Avec une croissance démographique réduite à 2% par an, il faut :

- 14 ans pour doubler le PIB par tête à 7% de croissance économique par an
- et 24 ans pour doubler le PIB par tête à 5% de croissance économique par an

Mais avec une croissance démographique se maintenant à 3% par an, il faut :

- 18 ans pour doubler le PIB par tête à 7% de croissance économique par an
- et 35 ans avec 5% de croissance économique par an

• d'arriver assez rapidement à une quasi-**stabilisation de leurs nombres de naissances annuelles**. Cela permettra aux pays d'investir différemment les sommes importantes consacrées à ce domaine d'intervention. En 2010, ce sont près de 4 millions de naissances qui se sont produites au sein des huit pays de l'UEMOA. Ce chiffre pourrait se stabiliser aux alentours de 5 millions de naissances en 2030 avec une accélération de l'utilisation de la contraception. Par contre, un maintien des tendances démographiques actuelles impliquerait près de 7 millions de naissances en 2030.

- de **modifier leurs structures par âges** plus rapidement et de bénéficier, sous conditions, du dividende démographique, résultant de la réduction du nombre d'inactifs à charge par actif.

Par contraste, la poursuite des tendances actuelles rendra plus difficile la réduction des pourcentages de grossesses à risques (entre 50 et 65%) ; la **réduction des pourcentages élevés d'enfants de petite taille** pour l'âge (entre 25 et 50%) ; la **scolarisation de tous les enfants** ; et l'atteinte de la **sécurité alimentaire** et nutritionnelle des populations tant urbaines que rurales.

Les travaux d'analyse et de prospectives menés dans le contexte de la présente étude ont permis de mettre en avant un scénario dit « volontariste » d'accélération de l'utilisation de la contraception pour la période 2010-2030. Les Projections réalisées sont réalistes et ne remettent en cause ni le dynamisme démographique des pays, ni leur jeunesse. **Ces évolutions liées à l'accélération de l'utilisation de la contraception n'impliqueraient pas de mesures coercitives, mais correspondent à la satisfaction des besoins actuels exprimés en planification familiale, qui ne sont pas satisfaits aujourd'hui.** Dans le contexte de ce scénario, tous les pays étudiés garderaient un taux de croissance démographique annuel d'au moins 1,5% (1,1% au Ghana). Les jeunes de moins de 15 ans représenteraient toujours en 2030 30% à 40% de la population totale des pays (contre 40% à 50% en 2010) et resteraient entre 6 et 10 fois plus nombreux que les 65 ans et plus (contre 15% en Europe de l'Ouest).

Pour que ce scénario « volontariste » favorable au développement se réalise, un engagement programmatique et financier des gouvernements, des sociétés civiles et des partenaires du développement est indispensable dans chaque pays. Celui-ci pourrait prendre la forme d'un **engagement de réduire de moitié d'ici à 2020, les besoins non satisfaits exprimés en planifications familiale**, ou ce qui revient plus ou moins au même d'augmenter de 1,5 point de pourcentage par an l'utilisation de la contraception. **La mise en œuvre de cet engagement nécessite d'évaluer les capacités de chaque acteur, de définir les rôles respectifs du secteur public et du secteur privé et l'appui financier à accorder à chacun.** Elle nécessite aussi de faire évoluer l'offre de méthodes et d'estimer les nombres d'utilisateurs à servir. Ceci nécessiterait, selon les pays une **multiplication par 3 à 5 fois des moyens actuels affectés à la planification familiale.** Et pour les huit pays de l'UEMOA les coûts d'achats annuels des contraceptifs qui sont estimés à 8 millions d'USD en 2010 devraient passer à 32 millions d'USD en 2020, soit 4 fois plus, les coûts d'achats pour les cinq prochaines années étant d'environ 60 millions d'USD, soit plus de 30 milliards de FCFA. Mais ces coûts doivent être appréciés en fonction « des moins à dépenser », c'est-à-dire des économies potentielles 3 fois plus importantes en moyenne que les dépenses en planification familiale rendront possibles.

Le développement ne se résume clairement pas à la maîtrise de la fécondité, mais ne pas tenir compte des évolutions démographiques ou se limiter à en faire le constat est une erreur. Les 12 pays étudiés peuvent bénéficier du dividende démographique comme l'ont fait avant eux d'autres pays en développement, qualifiés aujourd'hui d'émergents. Il est temps que les 12 pays étudiés bénéficient du retour des investissements considérables auxquels ils ont consentis pour améliorer leur capital humain. Il est temps aussi que ces pays puissent dégager les marges de manœuvre nécessaires pour leurs investissements économiques et accompagner leur capital humain aux niveaux actuels observés dans les pays émergents. Ceux-ci sont en effet devenus en une quarantaine d'années des pays émergents, en investissant massivement dans les secteurs productifs et sociaux, tout en réduisant parallèlement leurs niveaux de fécondité, leur croissance démographique et leurs taux de dépendance, facteurs souvent omis dans les analyses. Près de la moitié de la forte croissance économique observée en Asie de l'Est et du Sud-est entre 1970 et 2000 est imputable à ces changements démographiques.

Agence Française de Développement (AFD)
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12
Tél. : + 33 1 53 44 31 31

www.afd.fr