



**Série *Population-Santé***  
Documents de recherche n° 18

## **Changements démographiques et développement durable en Afrique**

Patrice VIMARD et Raimi FASSASSI

---

**Patrice Vimard**

Directeur de recherche à l'Institut de recherche pour le développement (IRD),  
Laboratoire Population-Environnement-Développement (UMR 151 IRD-Université de Provence),  
France.

[patrice.vimard@ird.fr](mailto:patrice.vimard@ird.fr)

**Raïmi Fassassi**

Enseignant-chercheur à l'École nationale supérieure de statistique et d'économie appliquée  
(ENSEA), Côte d'Ivoire.

[rfassassi@yahoo.fr](mailto:rfassassi@yahoo.fr)

---

© LPED-IRD, 2010.

Éléments de catalogage :

Changements démographiques et développement durable en Afrique / Vimard Patrice, Fassassi Raïmi – Série Population –Santé. Document de recherche n° 18. Laboratoire Population-Environnement-Développement, Marseille, 2010, 48 pages.

## Sommaire

<b>1.</b>	<b>Dynamique démographique, développement et politique de population</b>	<b>6</b>
1.1.	Les grandes lignes de la dynamique démographique actuelle	6
1.2.	La démographie comme contrainte au développement	9
1.3.	Les politiques internationales en matière de population : des priorités en débat	12
<b>2.</b>	<b>Population et développement aujourd'hui</b>	<b>14</b>
2.1.	Analyse exploratoire des relations population-développement sur le continent africain	14
2.2.	La spécificité du Maghreb en matière de relation population-développement	18
2.3.	Les espérances envers une croissance démographique maîtrisée et un bonus démographique	20
<b>3.</b>	<b>Changements démographiques et processus de développement</b>	<b>22</b>
3.1.	Les relations entre croissance économique, développement humain et baisse de la fécondité	22
3.2.	L'éducation et la santé au cœur des liens entre la transition démographique, la croissance économique et le développement durable	25
<b>4.</b>	<b>Les incertitudes</b>	<b>27</b>
4.1.	Les incertitudes relatives à la démographie	27
4.2.	Les incertitudes relatives aux politiques dans les autres secteurs clés : le post-consensus de Washington entre croissance et équité	29
4.3.	Les incertitudes relatives aux relations démo-économiques	31
<b>5.</b>	<b>Les trajectoires possibles en terme d'interrelations entre les changements démographiques et le développement</b>	<b>33</b>
5.1.	Le plein effet du bonus démographique sur le développement durable	33
5.2.	D'une croissance économique ouverte et maîtrisée aux transformations démographiques	34
5.3.	Le développement de trappes à pauvreté, à l'échelle nationale ou régionale	35
<b>6.</b>	<b>Conclusion générale : vers une spatialisation régionale du diptyque population-développement sur le continent africain ?</b>	<b>36</b>
	<b>Références bibliographiques</b>	<b>38</b>
	<b>Annexes</b>	<b>43</b>



Accélérer le développement socio-économique en préservant l'environnement pour garantir les besoins des générations futures, dans une perspective de développement durable, est la priorité des gouvernements des pays à revenus faible ou moyen et des institutions internationales et nationales de coopération. Cette priorité est particulièrement accusée pour le continent africain qui comprend les pays parmi les plus pauvres de la planète et où les populations bénéficient le moins des bienfaits des progrès techniques tout en ayant les niveaux d'éducation, de santé et d'accès aux services élémentaires les plus faibles au monde. Face à la lenteur des progrès en la matière, cette préoccupation se trouve réaffirmée par toutes les instances concernées par la question du développement international, qu'elles appartiennent au monde de la politique ou de la recherche, comme on peut le vérifier par exemple à travers la déclaration du sommet du G8 à Gleneagles en 2005, les rapports successifs de la Banque mondiale, des Nations unies et de sa division africaine la CEA, le programme d'action du NEPAD (Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique), les réunions d'experts du National Intelligence Council des USA, etc.

Pour répondre à cet impératif, assigné aux politiques de développement, il convient de circonscrire les contraintes qui se sont exercées sur le développement de l'Afrique jusqu'à ce jour et de définir les voies et moyens qui pourraient y concourir à l'avenir. À ce stade, il s'avère que la définition de politiques efficaces est souvent contrariée par le manque de connaissances fiables sur les déterminants de la croissance économique et du progrès social dans le contexte africain. Pourquoi l'Afrique n'a-t-elle pas véritablement décollé en terme de croissance économique ? Quelles ont été les entraves au développement jusqu'à ce jour ? Pourquoi certaines régions ou pays ont obtenu de meilleurs résultats en terme de croissance économique ou de développement humain ? Quels sont les facteurs qui pourraient favoriser et accélérer les progrès économiques et sociaux et réduire la pauvreté ? Voilà autant d'interrogations pour lesquels les scientifiques, les politiques et tous ceux qui sont concernés par l'avenir de l'Afrique manquent encore de réponses.

Pour répondre à celles-ci, la question démographique arrive au premier plan. En effet, la spécificité de l'Afrique, essentiellement de l'Afrique au sud du Sahara, dans le domaine de la démographie est forte, surtout si l'on considère son retard en matière de baisse de la mortalité et de la fécondité. Il convient donc, comme ce texte se propose de le faire, de s'interroger sur les relations entre les dynamiques démographiques, la croissance économique et le développement social sur le continent africain et, plus précisément, sur les liens qui pourraient exister entre le retard de la transition démographique et la faiblesse de ses progrès socio-économiques.

Dans le texte, nous situons tout d'abord les grandes lignes des dynamiques démographiques actuelles en Afrique, en montrant la spécificité du continent dans le panorama général des transitions démographiques à l'échelle mondiale et les principales différenciations internes au continent. Après avoir replacé les débats relatifs aux politiques de population et de développement dans le contexte africain, nous analysons les relations entre la croissance démographique et le développement en Afrique, en mettant en évidence la spécificité du Maghreb, d'une part, le rôle de l'amélioration du capital humain, par les progrès de l'éducation et de la santé notamment, dans les changements démographiques, d'autre part. Cette compréhension de l'état actuel du diptyque population-développement en Afrique nous permet de présenter les différents domaines d'incertitudes, qu'ils relèvent de la démographie, des autres secteurs clés ou des dynamiques démo-économiques régionales, et de dessiner les trajectoires possibles à moyen terme en termes d'interrelations entre changements démographiques et processus de développement. Enfin la conclusion replace la question des relations démo-économiques dans le cadre du développement territorial de l'Afrique<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Ce document a été produit dans le cadre d'un programme de recherche « Development Policy: Questions for the Future » financé par le Ministère fédéral allemand de la Coopération économique et du Développement (BMZ) et mis en œuvre par le Deutsches Institut für Entwicklungspolitik / German Development Institute (DIE). Une version anglaise de ce document sera publiée dans un ouvrage collectif (Africa toward 2030: Challenges for Development Policy) à paraître aux éditions Palgrave Macmillan. Nous remercions vivement le Dr Erik.Lundsgaarde (DIE) pour son soutien et ses conseils dans la réalisation de l'étude.

# 1. Dynamique démographique, développement et politique de population

## 1.1. Les grandes lignes de la dynamique démographique actuelle

L'Afrique subsaharienne est, prise dans sa globalité, la région la moins avancée au monde dans le mouvement de transition démographique<sup>2</sup>. La croissance annuelle de la population en Afrique a été de 2,6 % durant la période 1975-2009, plus rapide que dans les autres régions en développement (tableau 1). Cette forte croissance démographique résulte, d'une part, d'une natalité encore forte (38 naissances par an pour 1000 personnes), liée à une haute fécondité (4,6 enfants en moyenne par femme) et, d'autre part, d'une mortalité en baisse, même si elle demeure encore élevée (15 décès par an pour 1000 personnes). Pour tous les indicateurs démographiques, l'Afrique se démarque des autres régions en développement. On peut noter l'écart qui la distingue de la situation moyenne de l'ensemble des pays en développement. On peut également relever la distance qui la sépare de la région qui se situe, après elle, le plus en retard dans son mouvement de transition démographique (tableau 1). Le fossé en terme de dynamique démographique entre l'Afrique et les autres régions en développement est profond : la population africaine, très jeune, demeure encore marquée par des caractéristiques propres à une démographie pré-transitionnelle : forte natalité et mortalité élevée. Au contraire, toutes les autres régions en développement sont proches de la fin de leur transition démographique avec une fécondité proche du seuil de remplacement des générations (2,1 enfants par femme) et une espérance de vie approchant 70 ans.

La dynamique démographique de l'Afrique correspond à celle d'une population particulièrement jeune, avec un âge médian de 19 ans, où 40 % de la population a moins de 15 ans et 60 % moins de 25 ans. Dans la mesure où les groupes en âge reproductif continueront longtemps de représenter une part importante de la population et de par la relative inertie des phénomènes démographiques, notamment de la fécondité dont la baisse sera lente et ne fera sentir ses effets qu'à moyen et long termes, la croissance démographique restera élevée et la pyramide des âges demeurera jeune pendant une grande partie de ce siècle. Selon l'hypothèse moyenne des projections des Nations unies, d'ici 2050, les groupes d'âges 0-14 ans et 15-24 ans devraient croître respectivement de 0,7 % et de 2 % par an et ils représenteront à cette échéance encore 44 % de la population. Une population qui aura alors doublé et, s'élevant à 2 milliards d'habitants, représentera 22 % de la population mondiale contre 15 % actuellement (United Nations, 2009)<sup>3</sup>.

La forte croissance de la population associée à la faible croissance économique contribue fortement au déficit migratoire de l'Afrique. D'après les estimations des Nations unies (2009), le déficit migratoire annuel s'est accru de -137 000 migrants durant la décennie 1950 à -521 000 migrants pour la période 2000-2010. Ce déficit annuel devrait demeurer supérieur à -400 000 migrants jusqu'en 2050. Ce déficit est important en chiffre absolu mais il ne représente qu'une faible part du croît naturel de la population africaine. Ainsi pour la décennie actuelle, le déficit migratoire représente chaque

---

<sup>2</sup> La transition démographique constitue le passage d'un régime démographique à mortalité et fécondité élevées à un régime démographique où la mortalité et la fécondité sont faibles. Dans la mesure où la baisse de la mortalité précède celle de la fécondité, cette période de transition correspond à une phase de croissance démographique, plus ou moins forte et plus ou moins prolongée selon les rythmes respectifs de diminution de la mortalité et de la fécondité et selon le décalage dans le temps entre ces deux déclin.

<sup>3</sup> Les perspectives des Nations unies, utilisées dans ce texte, sont relativement fiables dans la mesure où elles s'appuient sur les résultats d'enquête les plus récents et se fondent sur des hypothèses d'évolution des comportements (en matière de fécondité tout particulièrement) les plus conformes aux tendances enregistrées jusqu'à ces dernières années. L'hypothèse moyenne de ces perspectives, sur laquelle nous nous appuyons essentiellement, est basée sur une baisse de la fécondité (de 2,73 à 2,05 enfants par femme dans les pays en développement, de 4,39 à 2,41 enfants par femme dans les pays les moins avancés) qui suppose une progression rapide de l'accès à la planification familiale, qui sera sans doute plus difficile à obtenir dans les pays les plus pauvres d'Afrique. Elle s'appuie également sur une estimation de l'impact de l'épidémie de VIH/Sida, basée notamment sur les proportions d'accès aux antirétroviraux, dans les pays les plus atteints, qui apparaît plausible au regard des dernières observations sur la prévalence de l'épidémie. À l'horizon d'une vingtaine d'années, on peut considérer ces perspectives comme une base globalement acceptable, compte tenue de la relative inertie des phénomènes démographiques, quelles que soient les critiques que l'on peut apporter concernant la situation de tel ou tel pays. Cependant, plus l'étendue dans le temps de ces perspectives est importante, plus elles doivent être considérées avec précaution car elles ne peuvent prendre en compte des phénomènes susceptibles d'influer sur la dynamique des populations qui ne sont pas encore connus (nouvelle pandémie, crise économique, etc.) : elles doivent être alors appréciées davantage comme des prévisions susceptibles de nourrir la réflexion.

année environ 2,5 % de la croissance naturelle qui s'élève en moyenne à 21 millions de personnes par an.

Tableau 1. Indicateurs de la croissance démographique en Afrique, dans l'ensemble des PED et dans la région la plus en retard dans sa transition démographique après l'Afrique

Indicateurs	Afrique	Ensemble PED	Région la plus en retard dans sa transition démographique après l'Afrique
Taux de croissance démographique (en %), 1975-2009	2,59	1,82	1,73 (Asie)
Taux de natalité (pour 1000), 2000-2005	38	24	22 (Amérique latine et Caraïbes)
Taux de mortalité (pour 1000), 2000-2005	15	9	8 (Asie)
Nombre moyen d'enfants par femme, 2005-2010	4,61	2,73	2,44 (Océanie)
Espérance de vie à la naissance (en années), 2005-2010	54,1	65,6	68,9 (Asie)
Âge médian (en années), 2009	19,1	25,7	26,4 (Amérique latine et Caraïbes)

Source : United Nations 2005a, 2009.

Ces flux d'émigration concourent à un stock de 6,9 millions de migrants africains résidants dans les pays de l'OCDE<sup>4</sup>. Ce chiffre sous-estime quelque peu le nombre d'émigrés en dehors du continent. D'une part, parce que certains courants migratoires en provenance de l'Afrique sont dirigés en dehors des pays de l'OCDE, il en est ainsi notamment de migrants d'Afrique du Nord vers les pays du Moyen-Orient. D'autre part, il existe des migrants clandestins qui ne sont pas enregistrés dans les statistiques des pays de résidence. À cette émigration internationale vers l'extérieur du continent, s'ajoutent des migrations internes au continent. Ces migrations inter-africaines concernaient en 2000, d'après les données des Nations unies<sup>5</sup>, 16,3 millions de migrants internationaux et 6 millions de réfugiés, représentant alors 2,8 % de la population résidente en Afrique.

La population africaine est en majorité encore rurale (61 % en 2007). Si la part de la population résidant en milieu rural décroît et continuera de décroître<sup>6</sup>, il faut noter que l'Afrique est le seul continent qui verra ses effectifs de population rurale progresser jusqu'en 2050 : de 592 millions en 2007 à 736 millions en 2025 et à 764 millions en 2050 (United Nations, 2008). De même, alors que l'Afrique compte aujourd'hui 18 % de la population rurale mondiale, elle concentrerait 27 % de cette population rurale en 2050. L'Afrique est par conséquent confrontée à l'expansion de sa population rurale, ce qui la distingue des autres régions en développement et n'est pas sans conséquence sur la nature et la complexité des relations entre population et développement sur le continent. Par ailleurs, on peut également estimer que le devenir du monde rural, de l'agriculture et de l'alimentation dans le monde se joue en partie en Afrique où résidera, au milieu du siècle, plus du quart de la population rurale mondiale<sup>7</sup>.

En corollaire avec la part majoritaire de la population rurale en Afrique, il faut noter que ce continent est le moins urbanisé au monde et qu'il le restera à l'avenir, même s'il rattrapera en partie son retard, notamment celui qu'il a sur le continent asiatique. En effet, la population urbaine s'accroît en Afrique depuis les années 1950 à un rythme rapide, le plus rapide de tous les continents, et elle

<sup>4</sup> Source : site de l'OCDE, <http://stats.oecd.org>, le 26 juin 2009.

<sup>5</sup> Sites de la Division du Développement économique et social et du HCR.

<sup>6</sup> Croissance annuelle estimée de 2,03 % en 1975-2007, 1,21 % en 2007-2025 et 0,15 % en 2025-2050 (United Nations 2008).

<sup>7</sup> Ceci demandera un immense effort d'investissement et d'adaptations techniques puisque l'on sait que seulement 7 % des terres arables sont irriguées en Afrique, contre près de 40 % en Asie, et que ce pourcentage n'est que de 1 % dans la Corne de l'Afrique (Érythrée, Éthiopie, Somalie, Kenya...) (FAO, 2009).

continuera à le faire à l'avenir<sup>8</sup>. Cette croissance s'effectue par croissance naturelle et solde migratoire, selon une part variable selon les pays. Représentant seulement 39 % de la population totale du continent en 2007, la population urbaine devrait ainsi représenter 47 % en 2025 et 62 % en 2050. En conséquence, les effectifs d'urbains qui ont déjà été multipliés par 11 de 1950 à 2007, devraient être multipliés par 1,8 d'ici 2025 et par plus de 3 d'ici 2050<sup>9</sup> (United Nations, 2008).

Compte tenu de la croissance démographique, la population active devrait doubler d'ici 2030 et exercer une forte pression sur les marchés de l'emploi, notamment en milieu urbain où le chômage augmente. Alors qu'actuellement la faible demande de main-d'œuvre ne permet pas d'intégrer les nouveaux actifs en quête d'emploi, les différents pays sont par conséquent confrontés à la difficulté d'accroître la demande de travail pour répondre à la croissance de l'offre, en milieu rural comme en zones urbaines (BIT, 2003).

Les grandes lignes de la dynamique démographique en Afrique, tracées ci-dessus dans leur globalité, cachent de profondes différences entre les principales régions. À partir d'une relative homogénéité au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, les différences se sont accusées depuis les années 1960, qui furent celles des indépendances de la plupart des pays du continent, et surtout depuis les années 1980 où les politiques sociales mises en œuvre dans les pays d'Afrique du Nord commencèrent à porter leurs effets dans le domaine de la population. La distinction majeure oppose l'Afrique du Nord et l'Afrique au sud du Sahara (tableau annexe 1). L'Afrique du Nord a entamé la dernière phase de sa transition démographique alors que l'Afrique subsaharienne est encore en milieu de transition<sup>10</sup>. Ceci recouvre une fécondité, une natalité et une mortalité plus faibles en Afrique du Nord, avec des écarts très sensibles. On note en effet une différence de 2 enfants par femme (3,2 contre 5,3 enfants), une espérance de vie supérieure de 20 ans (67 ans contre 46 ans) et une mortalité des enfants avant 5 ans près de trois fois plus faible (61 décès contre 172 décès pour 1000 naissances,) en Afrique du Nord qu'en Afrique subsaharienne. Inférieure depuis les années 1980, la croissance annuelle de la population est de 1,7 % au nord du Sahara et de 2,3 %, soit 35 % plus forte, au sud du Sahara, et cet écart devrait perdurer jusqu'au milieu du XXI<sup>e</sup> siècle (cf. figure annexe 1). En complément, on peut ajouter que la population est nettement plus jeune en Afrique subsaharienne (42 % de moins de 15 ans contre 33 %) et moins urbanisée (36 % contre 51 %) qu'en Afrique du Nord. Il faut également noter que les taux d'activité de la population y sont plus élevés, à cause essentiellement d'une plus forte proportion de femmes économiquement actives. Les taux d'activité féminins se situaient en 2000 entre 50 à 75 % dans les différentes régions d'Afrique subsaharienne contre seulement 37 % en Afrique du Nord (BIT, 2003).

L'Afrique subsaharienne n'est pas non plus une région homogène, même si les différenciations qui la caractérisent sont moins prononcées que la distinction qui l'oppose à l'Afrique du Nord. Au sud du Sahara, l'Afrique australe se distingue par une croissance démographique nettement moindre : 0,7 % par an contre 2,2 % à 2,6 % pour les autres sous-régions. Ceci s'explique par une fécondité relativement faible (2,9 enfants par femme, contre 5 à 6 enfants pour les autres régions) alors que la mortalité reste forte, aussi forte que dans les autres sous-régions (avec une espérance de vie proche de 46 ans). L'Afrique australe présente ainsi cette particularité, au plan démographique, d'avoir presque achevée sa transition de la fécondité<sup>11</sup> alors que la mortalité y est à nouveau élevée, de par la forte prévalence du VIH/Sida qui a annulé la plupart des bénéfices accumulés durant une période de baisse prononcée de la mortalité. L'Afrique australe se distingue également par une mortalité des enfants faible (79 décès avant 5 ans pour 1000 naissances), le VIH/Sida affectant surtout la mortalité des

<sup>8</sup> Croissance annuelle estimée de 3,9 % en 1975-2007, 3,15 % en 2007-2025 et 2,52 % en 2025-2050 (United Nations 2008).

<sup>9</sup> On mesure l'ampleur de cette explosion urbaine, qui multiplier la population des villes par près de 40 en un siècle, à travers la croissance des effectifs d'urbains estimés : 1950 : 33 millions ; 2007 : 373 millions ; 2025 : 658 millions ; 2050 : 1234 millions (United Nations, 2008).

<sup>10</sup> La dernière étape de la transition est celle où la mortalité et la fécondité sont basses, avec une espérance de vie qui dépasse 70 ans et une fécondité d'environ 2,1 enfants par femme, permettant le remplacement des générations. Les phases correspondant au milieu de la transition démographique sont celles où la mortalité et la fécondité diminuent successivement sans atteindre encore leur niveau le plus bas.

<sup>11</sup> La transition de la fécondité représente le passage d'une forte fécondité, dont le niveau varie selon les populations mais qui peut atteindre 6 à 7 enfants par femme, à une faible fécondité correspondant au seuil de remplacement des générations déjà évoqué (2,1 enfants par femme).



adultes, et une urbanisation prononcée (57,3 % de la population totale). Les autres sous-régions au sud du Sahara sont plus homogènes et l'on peut juste souligner que la fécondité et la mortalité sont un peu plus faibles en Afrique de l'Est que dans les autres sous-régions (Afrique centrale et Afrique de l'Ouest), expression d'une transition démographique plus avancée. Les distinctions sont différentes en matière de d'activité. C'est en Afrique de l'Est que le taux d'activité est le plus élevé et en Afrique australe qu'il est le plus bas. Là encore, ce sont les différences relatives à l'activité féminine qui sont déterminantes. Alors que les taux d'activité des hommes se situent dans la tranche 82-88 % dans les différentes sous-régions, ceux des femmes varient fortement, de 50 % en Afrique australe à 72 % en Afrique de l'Est (BIT, 2003).

## 1.2. La démographie comme contrainte au développement

Des travaux économétriques successifs ont montré qu'il n'existait pas de relation statistique solide entre la croissance démographique et la croissance économique (Easterlin, 1967 ; Kuznets, 1967 ; Blanchet, 1991). Une étude récente de Ndulu (2006) met cependant en évidence que l'écart entre le taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et celui des autres pays en développement entre 1960 et 2004, équivalent à 1,12 % de taux de croissance annuel du PIB par tête en moins, s'explique en partie par des facteurs démographiques, qui représentent une part égale à 0,86 % de taux de croissance annuel en moins, soit les  $\frac{3}{4}$  de l'écart global. Mais d'autres facteurs interviennent également, comme les différences entre les taux de scolarisation, le caractère plus ou moins inégalitaire de la distribution des revenus, ainsi que des facteurs liés aux institutions et à l'orientation de l'activité économique (priorité à la recherche de revenus rentiers, sous-régulation des marchés, etc.).

En Afrique subsaharienne, la croissance démographique a joué un rôle négatif sur l'économie, par l'augmentation des taux de dépendance<sup>12</sup>, des années 1960 jusqu'au début des années 1990 (de 85 à plus de 90 personnes à charge pour 100 personnes actives) et leur maintien à un niveau élevé ensuite, ce qui a conduit à une croissance plus faible du revenu par tête que du revenu par actif. Cette évolution du taux de dépendance est un lien majeur entre la croissance démographique et la croissance économique. Aussi, la baisse du taux de dépendance constitue l'effet principal, même s'il est indirect, par lequel le ralentissement de la croissance démographique intervient dans l'augmentation de la croissance économique. Ainsi, les autres régions en développement ont vu leur taux de dépendance baisser rapidement dès les années 1970 (de 90 à un peu plus de 60 personnes à charge pour 100 personnes actives), de par la baisse de la fécondité. Pour la période 1960-2000, cet effet a été estimé à 0,4 % de croissance annuelle par tête en moins en Afrique subsaharienne (Ndulu et O'Connell, 2006 : 32). Outre cet effet mécanique, on peut également penser que le maintien du taux de dépendance à des niveaux élevés tend à décourager les efforts des pays dans la formation de capital humain (Bloom et Sachs, 1998). Diverses synthèses d'investigations partielles et sectorielles ont également mis en évidence, à une échelle microéconomique, l'impact négatif, direct et indirect, de la croissance démographique sur le développement économique et social dans un certain nombre de domaines : bien-être des enfants et des ménages, santé, formation du capital humain, emploi et création d'opportunités économiques pour les femmes et les jeunes (United Nations, 1993 ; Cassen, 1994).

Au-delà de la croissance démographique *stricto sensu*, deux questions de population doivent être reliées au processus du développement de l'Afrique : la faible densité et la santé précaire. En 1900, au sortir de périodes de traites esclavagistes successives, l'Afrique subsaharienne, avec une population avoisinant les 100 millions, se caractérisait par une densité très faible, ayant peu évolué en quatre siècles (environ 2 personnes au kilomètre carré en 1500, un peu plus de 4 personnes au kilomètre carré en 1900) et très inégalement répartie. Les populations denses étaient l'apanage de quelques régions seulement, isolées en outre les unes des autres (plateaux éthiopiens, région des Grands Lacs, zone forestière ouest-africaine allant du sud du Ghana au Nigeria actuels, etc.). A partir des années 1920, la fin du commerce d'esclaves, le développement des administrations coloniales et des voies de communication, ainsi que l'introduction de la médecine occidentale permirent une croissance plus forte de la population (Herbst, 2000 ; Iliffe, 1995). Toutefois, la densité globale en 1950, peu avant les indépendances, était encore faible (un peu plus de 7 habitants au km<sup>2</sup>) et la population, estimée à 168

---

<sup>12</sup> Le taux de dépendance exprime le rapport entre le nombre de personnes qui n'exercent pas d'activité et le nombre de personnes actives.

millions, demeurait peu nombreuse ce qui n'était pas favorable au développement des activités humaines et à la mise en place d'États structurés et efficaces. Aujourd'hui, au terme d'une période de croissance démographique égale ou supérieure à 2,5 % par an depuis 1960 (United Nations, 2007), la population du sous-continent dépasse 700 millions et les densités de population, de 15 à 45 habitants au km<sup>2</sup> selon les régions, peuvent favoriser une meilleure diffusion des techniques, le développement de la production, du commerce et de l'administration des territoires. Cependant, s'il cesse d'être pertinent de parler de sous-peuplement général de l'Afrique subsaharienne (Guengant, 2007), celle-ci continue d'être moins densément peuplée que les autres continents.

À cet égard, la densification du peuplement de l'Afrique se révèle un phénomène complexe à apprécier. Tout d'abord, il faut souligner la diversité des situations nationales qui vont de densité de moins de 10 habitants au km<sup>2</sup> (Centrafrique, Gabon, Libye, Mauritanie, Sahara occidental, Tchad) à plus de 250 habitants au km<sup>2</sup> (Burundi, Comores, Rwanda). Ensuite, il faut remarquer que la forte croissance naturelle de la population en milieu rural a conduit à une sur-densification dans certaines régions. On peut trouver ainsi des zones côtières au Bénin et au Togo comme des collines au Burundi et au Rwanda avec des densités rurales de 300 habitants au km<sup>2</sup>. D'ailleurs, lorsque l'on calcule, pour l'Afrique subsaharienne, les densités de population non plus par rapport à la superficie totale des pays mais par rapport aux superficies des terres arables, comme l'ont fait Tabutin et Schoumaker (2004), on constate un certain surpeuplement vis-à-vis des terres réellement utilisables. En termes de densités ainsi corrigées, un seul pays a une densité de moins de 100 habitants au km<sup>2</sup> (le Botswana avec 46 habitants au km<sup>2</sup>), la plupart se situent au-dessus de 300 habitants au km<sup>2</sup> et une dizaine<sup>13</sup> ont une densité supérieure à 600 habitants au km<sup>2</sup>. Les faibles densités globales recouvrent par conséquent une sur-densification de certaines zones avec l'absence d'usage de beaucoup d'autres (déserts, régions arides ou montagneuses...).

En Afrique du Nord, la santé des populations s'est considérablement améliorée comme en atteste une espérance de vie approchant 70 ans aux échelles nationales, même s'il demeure encore des groupes de population qui sont en retard sur la plupart des avancées en la matière. Le recul de la mortalité a été permis par l'amélioration des conditions de vie et de l'alimentation et par la régression des maladies infectieuses, notamment celles qui touchent les enfants. Il a également été facilité durant les dernières années par le fait que la région n'a subi qu'une faible propagation de l'épidémie de VIH/Sida. À l'inverse, les pays subsahariens figurent parmi ceux qui ont la plus forte mortalité dans le monde. Ils restent encore à l'écart de la majorité des progrès sanitaires accomplis à l'échelle de la planète, en matière notamment de contrôle des maladies infectieuses et du paludisme, et sont les plus touchés par la pandémie du VIH/Sida (Mesle et Vallin, 1997 ; United Nations, 2006). Ainsi 60 % des personnes vivant avec le VIH/Sida dans le monde résident en Afrique subsaharienne. De même, 90 % des 250 millions de cas annuels estimés de paludisme dans le monde et des 880 000 décès, d'enfants essentiellement, consécutifs à des épisodes palustres y interviennent également<sup>14</sup>. Dans le même ordre d'idée, il faut remarquer que 19 des 20 pays ayant les taux de mortalité maternelle les plus élevés au monde se situent en Afrique subsaharienne, où on compte en moyenne 820 décès pour 100 000 naissances vivantes. L'Afrique subsaharienne possède également le triste privilège d'avoir le taux le plus élevé de mortalité néonatale. Si ces fléaux sont particulièrement préoccupants en terme de santé publique, il faut, à l'inverse, relever les succès récents des systèmes de santé en Afrique et de l'aide internationale au développement qui les a confortés. D'une part, l'onchocercose, le ver de guinée et la

<sup>13</sup> Il s'agit des pays suivants : Cap Vert, Congo, Érythrée, Éthiopie, Kenya, Rwanda, Sierra Léone, Somalie, Tanzanie.

<sup>14</sup> En effet, malgré l'amélioration des stratégies préventives et curatives à l'échelle mondiale sous l'égide de l'OMS, le paludisme est encore bien prégnant en Afrique subsaharienne où plus des 2/3 de la population sont exposés à cette maladie parasitaire, la plus meurtrière au monde. Faute de moyens, ces stratégies demeurent en effet encore trop peu développées au sud du Sahara. En 2006, seuls 39 % des Africains subsahariens bénéficient de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) et seuls 23 % des enfants et 27 % des femmes enceintes dormaient sous ces MII. De même, seuls 22 millions de personnes ont été protégées par des pulvérisations d'insecticides à l'intérieur des habitations (IRS). Et enfin, si 38 % des enfants africains de moins de 5 ans ont reçu un médicament antipaludique en cas d'accès palustre, seuls 3 % ont été traités par des associations médicamenteuses à base d'artémisinine (ACT), les plus efficaces. En conséquence, parmi les 41 pays africains dont les données sont disponibles, seuls 4 pays ou zone à l'intérieur des pays enregistrent une baisse d'au moins 50 % de la charge de paludisme (morbidité et mortalité) entre 2000 et 2006-2007 conformes aux cibles fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé de l'OMS : il s'agit de l'Érythrée, du Rwanda, de Sao Tomé-et-Principe et de Zanzibar (Tanzanie) (World Health Organization, 2008).

lèpre ont été quasiment éliminés ou sont proches de l'être. D'autre part, des progrès importants dans la lutte contre les maladies évitables de l'enfance ont été obtenus, dans beaucoup de pays africains, grâce à une politique intense de vaccination : ainsi la poliomyélite est proche de son éradication et les décès par rougeole ont diminué de plus de 50 % depuis 1999 (OMS, 2006).

Le VIH/Sida occupe un rôle central dans la crise sanitaire qui frappe certains pays d'Afrique au sud du Sahara, notamment ceux situés en Afrique australe. A l'échelle de la planète, l'Afrique subsaharienne paye un lourd tribut à la pandémie avec 40 pays parmi les 62 les plus touchés au monde. Le VIH/Sida joue un rôle dévastateur en termes de morbidité et de mortalité et les pays africains les plus touchés ont été gravement atteints en terme de baisse de l'espérance de vie à la naissance, l'épidémie annulant les gains obtenus depuis les années 1950 et 1960. Ainsi le Botswana, avec une prévalence du VIH/Sida de 24 % au sein de la population âgée de 15 à 49 ans, a vu son espérance de vie passer de 64 ans en 1985-1990 à 47 ans en 2000-2005. En Afrique du Sud également l'espérance de vie a diminué fortement de 61 ans (1990-1995) à 52 ans (2005-2010). Le VIH/Sida a également retardé, voire annulé, les progrès en matière de mortalité des enfants. Ainsi au Zimbabwe, pays pionnier pour la santé infantile, la mortalité durant la première année a augmenté de 53 à 69 pour mille en une décennie (de 1990-1995 à 2000-2005)<sup>15</sup>.

Au-delà du champ démographique, les effets de l'épidémie de VIH/sida, bien réels, sont difficiles à estimer précisément, en particulier en matière de déstructuration des familles, croissance des charges pour le système de santé et baisse de la demande de travail. Ainsi, la complexité des interactions entre les comportements démographiques et la formation des revenus a été démontrée par l'utilisation d'un modèle de micro-simulation démo-économique, estimant sur une période de quinze ans l'impact du SIDA sur les revenus des ménages et des individus en Côte d'Ivoire (Cogneau et Grimm, 2002). Les auteurs montrent cependant, qu'en l'absence des autres effets macro-économiques, l'épidémie du VIH/Sida entraînerait une réduction de la taille de l'économie de la Côte d'Ivoire de 6 % en 15 ans, tout en affectant peu le revenu moyen par tête, les inégalités de revenu et la pauvreté. À l'échelle micro-économique des individus et des ménages, la prise en compte des baisses d'activité et de productivité dues à la maladie conduirait à un diagnostic plus pessimiste en matière de pauvreté.

Bien entendu, d'autres phénomènes ont joué également leur rôle dans la crise sanitaire : maladies émergentes ou récurrentes (parmi lesquelles la tuberculose, liée en partie au VIH/Sida, le paludisme, qui résiste actuellement aux anciens traitements, et le choléra), crises économiques et alimentaires, croissance de la pauvreté et des inégalités, conflits civils ou guerres entre pays, désorganisation des Etats, augmentation des coûts de santé pour les ménages, faible efficacité des systèmes de santé. Tous ces facteurs interagissent selon des schémas de relations encore mal connus. Si la transition sanitaire a bien commencé à l'échelle du continent africain au cours du XX<sup>e</sup> siècle, le processus s'est interrompu des années 1980 au début des années 2000, période durant laquelle l'espérance de vie à la naissance a stagné autour de 50 ans. Cette transition sanitaire s'est même inversée plus ou moins durablement dans les pays les plus touchés par le VIH/Sida. Mais actuellement, alors que cette pandémie apparaît endiguée, grâce aux programmes de prévention et aux trithérapies, les progrès sanitaires ont repris leurs cours en Afrique subsaharienne. De manière plus ou moins affirmée selon les pays, l'espérance de vie à la naissance et la survie des enfants progressent à nouveau (United Nations, 2007).

Avec une population très jeune et en forte croissance, des taux de dépendance élevés et une situation sanitaire souvent défavorable, l'Afrique subsaharienne subit de fortes contraintes qui contrarient croissance économique et progrès sociaux. Ces contraintes s'exercent également sur les politiques publiques qui nécessitent de ce fait une intégration particulièrement efficiente des politiques démographiques à l'ensemble des politiques de développement. Plus avancée dans la transition démographique, les populations d'Afrique du Nord bénéficient de taux de dépendance plus faibles et d'une meilleure santé qui sont autant d'atouts pour la réussite des politiques économiques et de développement humain qui se doivent cependant d'être adaptées à ce contexte.

---

<sup>15</sup> Source : United Nations, *World Population Prospects. The 2008 Revision, Population Database*, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>.

### 1.3. Les politiques internationales en matière de population : des priorités en débat

Les positions relatives aux politiques de population se sont considérablement rapprochées depuis la conférence mondiale sur la population à Bucarest en 1974, où les débats furent vifs entre les pays du Nord, partisans de la planification familiale, et les pays membres de ce que l'on appelait encore le Tiers monde qui, sous la houlette de l'Algérie, leader du mouvement des « non-alignés » estimait que le développement était le meilleur contraceptif (Sala-Diakanda, 2000). L'évolution des gouvernements africains en la matière est révélatrice de cette tendance. La proportion des pays africains déclarant, lors des enquêtes successives des Nations unies, vouloir diminuer la fécondité de leur pays est ainsi passée de 26 % en 1976 à 75 % en 2005. Cette évolution se retrouve dans les politiques conduites : alors que 48 % des gouvernements apportaient un soutien direct aux activités de planification familiale en 1976, ils sont 86 % à le faire en 2005, 10 % des gouvernements apportant de plus à cette date un soutien indirect, même s'il existe un décalage entre les positions et les politiques proclamées et les mesures effectives (Anoh, 2010).

Jusqu'à la Conférence mondiale sur la population et le développement du Caire, en 1994, les programmes de planification familiale ont constitué l'essentiel des mesures participant des politiques démographiques. Ayant le plus souvent comme justification explicite de préserver la santé de la mère et de l'enfant, moins fréquemment de limiter la croissance de la population qui demeurerait souvent un objectif implicite, ces programmes ont été progressivement institués par les gouvernements africains parallèlement à leur adhésion au principe de baisse de la fécondité. Les pays d'Afrique du Nord (Tunisie, Maroc, Égypte) et quelques pays anglophones d'Afrique subsaharienne (Gambie, Ghana, Kenya, Nigeria, Zimbabwe) furent les premiers à s'engager, durant les années 1960, sur cette voie, avant d'être suivis par les autres pays durant les décennies suivantes.

Par rapport à cette évolution, la Conférence du Caire a marqué une inflexion forte en remplaçant le paradigme néo-malthusien, sur lequel étaient fondées les politiques démographiques jusque là, par le principe selon lequel : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ». Ce vieux principe du *bill of rights* anglais de 1869 a cependant été radicalement transformé par la reconnaissance que ces droits fondamentaux, présentés comme universels, ne s'appliquaient pas jusque là aux femmes et que, pour qu'elles puissent décider librement et sans risque de l'utilisation de leurs capacités procréatrices, il fallait renforcer leurs facultés d'action et de négociation et mettre en œuvre des politiques spécifiques pour qu'elles puissent accéder à une autonomie (*empowerment*). Les principes du programme d'action de la conférence du Caire, en faveur d'une « santé sexuelle et reproductive pour tous », ont été acceptés par la majorité des pays africains mais leur prise en compte opérationnelle a souvent été lente lorsqu'elle n'est pas restée au stade des déclarations. Plus de dix ans après la conférence, malgré quelques progrès, inégaux selon les pays, l'accès à la contraception et aux autres services de santé de la reproduction ainsi qu'à de véritables droits reproductifs est loin d'être acquis pour beaucoup de populations africaines (Gautier, 2006). Cela d'autant plus que la mise en place du programme d'action du Caire s'est heurtée à deux difficultés. D'une part, il a été difficile d'intégrer des services de santé de la reproduction dans des systèmes de soins soumis eux-mêmes à des lacunes graves en matière de financement et de fonctionnement. D'autre part, la multiplicité des composantes de la santé de la reproduction, une dizaine selon le programme d'action, a souvent dilué les priorités qui auraient dû être jugées comme principales, telles la planification familiale et la santé maternelle et infantile<sup>16</sup> (Guengant, 2007).

Les progrès futurs en la matière demeurent par conséquent incertains, d'autant plus que les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), formulés en 2000, constituent aujourd'hui le nouveau paradigme du développement et de l'aide au développement supplantant les programmes adoptés lors de la conférence du Caire et lors de la conférence de Beijing en 1995 consacrée aux femmes. Ainsi, depuis que la stratégie de réduction de la pauvreté est devenue la référence pour les partenaires du développement en 2000, beaucoup de gouvernements africains ont investi dans la mise en place de programmes pro pauvres, (dans les domaines de la santé, de l'éducation, du VIH/Sida, du

---

<sup>16</sup> Outre la planification familiale et la santé maternelle et infantile, les infections sexuellement transmissibles, le VIH/sida, la stérilité, les soins post-avortement, les cancers de l'appareil génital, la violence conjugale et les droits reproductifs et sexuels participent du programme d'action du Caire.

développement rural, de l'agriculture et de l'eau) pour, notamment, réduire les écarts entre milieux urbain et rural comme entre hommes et femmes (World Bank, 2006).

Il faut se féliciter que les Objectifs du Millénaire placent les individus pauvres au cœur des politiques de développement et de l'aide publique qui leur est consacrée par les pays du Nord et que trois des huit Objectifs du Millénaire, orientés sur la réduction de la pauvreté à l'horizon 2015, se réfèrent explicitement à l'amélioration de la santé des populations sur des thèmes qui concernent tout particulièrement l'Afrique. Il s'agit des objectifs 4 et 5, qui concernent la réduction de la mortalité infantile et l'amélioration de la santé maternelle, et de l'objectif 6, qui concerne la lutte contre le VIH/Sida, la tuberculose et d'autres maladies. Si l'on y ajoute les objectifs 1, 2 et 3, qui visent à réduire l'extrême pauvreté et la faim, à assurer l'éducation primaire pour tous et à promouvoir l'égalité et l'autonomisation des femmes, et l'objectif 7 qui vise à assurer un environnement durable, on arrive à un ensemble qui constitue une perspective d'amélioration significative des conditions d'existence des populations africaines<sup>17</sup>.

Cependant, on peut légitimement s'interroger, comme le font Guengant et Rafalimanana (2005), sur une contradiction concernant les pays les plus pauvres, ceux d'Afrique subsaharienne notamment. Alors que les Objectifs du Millénaire, tels qu'ils furent adoptés en 2000, ne font pas explicitement référence à la planification familiale, nombre d'entre eux (relatifs à l'éducation, aux capacités et au pouvoir des femmes, à la mortalité maternelle et infantile) seront et sont d'ores et déjà freinés dans leur réalisation par la forte croissance démographique et le nombre de grossesses non désirées. Les OMD pourront-ils être atteints ou même approchés en Afrique subsaharienne sans que soit réalisée une partie importante du Programme d'action du Caire en matière de maîtrise de la procréation et de baisse de la fécondité ? Inversement, comment le Programme d'action du Caire peut-il être exécuté en Afrique subsaharienne alors que la plus grande part des ressources de l'aide au développement est destinée en priorité à la réalisation des OMD ? À la suite de débat durant plusieurs années autour de ces questions, la communauté internationale compléta, en 2008, le cinquième objectif d'améliorer la santé maternelle par l'objectif 5b d'atteindre, d'ici à 2015, « l'accès universel à la santé procréative ».

Mais près d'une décennie fut perdue sur cette voie et, durant celle-ci, la plupart des gouvernements africains furent contraints à ne pas appliquer, faute de moyens, les politiques de population qu'ils avaient adoptées. En effet, le soutien international à la mise en œuvre des politiques de santé reproductive est faible et même en forte diminution depuis 1995. Ainsi le FNUAP estime qu'en 2007 l'assistance internationale aux activités de planification familiale et de santé de la reproduction ne représentait plus respectivement que 5 % et 17 % des financements consacrés aux programmes de population, contre 75 % pour la lutte contre le VIH/Sida (UNFPA, 2009). Il faut noter à ce sujet que le Groupe de pilotage pour la réalisation des OMD en Afrique de juin 2008 estimait les besoins de financement public, d'ici 2010, à 1 milliard de dollars par an pour l'accès à la planification familiale, contre 10 milliards par an pour la mise en place de systèmes de santé efficaces et 12 milliards par an pour la prévention et le traitement du VIH/Sida : soit des financements supérieurs pour le VIH/Sida que pour ceux dévolus à l'ensemble des systèmes de santé en y incluant les activités de planification familiale (MDG Africa Steering Group, 2008).

Pour beaucoup d'analystes, cette forte prédominance des programmes relatifs au VIH/Sida dans les financements et les programmes a été une erreur majeure. C'est notamment la thèse soutenue par Cleland et Sinding (2005) qui estiment que l'épidémie de VIH/Sida, si elle doit demeurer une priorité forte de santé publique, n'est pas la menace principale pour le développement et que la forte fécondité est un obstacle plus sérieux à la réduction de la pauvreté dans beaucoup de pays africains. Pour eux, la croissance démographique élevée menace la sécurité alimentaire, accroît la dépendance envers l'aide internationale et augmente les pressions pour les migrations internationales.

Or, comme le souligne ces auteurs, mettant en exergue la myopie internationale qui a prévalu en la matière, la menace que fait peser la croissance démographique rapide et le maintien d'une forte fécondité en Afrique subsaharienne sur pratiquement tous les Objectifs du Millénaire de réduction de

---

<sup>17</sup> Les questions de fécondité et de migrations internationales n'ont pas été incluses dans ce cadre des OMD car elles n'ont pas pu faire l'objet de consensus au sein de la communauté internationale.

la pauvreté n'a pas été reconnue par les institutions des Nations unies<sup>18</sup>. En effet, que ce soit dans le plan de l'ONU pour atteindre les buts de développement du Millénaire (United Nations, 2005b), dans les recommandations de la Commission pour l'Afrique (Commission for Africa 2005), ou dans celles du Groupe de pilotage pour la réalisation des OMD en Afrique (MDG African Steering Group, 2008), l'objectif de réduction de la croissance démographique n'est pas identifié, même si ces rapports mentionnent comme priorité un meilleur accès aux services de santé génésique, y compris la planification des naissances. Seule la Banque mondiale, et dans une moindre mesure le FNUAP, a su reconnaître que les conséquences d'une fécondité élevée sur le développement ont été négligées et que les bailleurs de fonds et les organismes d'aide au développement ont déplacé leurs priorités vers d'autres domaines en délaissant le financement de la planification familiale<sup>19</sup> (Banque mondiale, 2007) et leurs actions furent décisives dans l'attention nouvelle qui est donnée à l'accès universel à la santé reproductive et à la planification familiale dans les OMD, dont on peut espérer des résultats durant la décennie 2010.

Faire de la réduction du taux de natalité un objectif central de la lutte contre la pauvreté en Afrique, dans un contexte fortement marqué par les effets du VIH/Sida au plan sanitaire et les limites des financements disponibles, pose la question des politiques et des options de programme. Face à ce dilemme, Cleland et Sinding (2005) proposent une approche selon trois priorités, visant à rompre le lien entre les rapports sexuels et leurs conséquences négatives (grossesses non désirées et maladies fortuites) : le développement de l'information et des services de planification familiale, pour leur efficacité sur la réduction de la fécondité ; l'accroissement des efforts de communication pour légitimer les plus petites familles et l'utilisation contraceptive ; l'intégration des programmes pour la planification familiale et la prévention et le traitement du VIH/Sida, afin de les rendre chacun plus efficaces.

## **2. Population et développement aujourd'hui**

### **2.1. Analyse exploratoire des relations population-développement sur le continent africain**

L'orientation nouvelle des politiques internationales de développement vers la réduction de la pauvreté dans les pays africains, avec une priorité aux programmes consacrés au VIH/Sida, se développe alors même que les pays du continent connaissent des évolutions contrastées au plan démographique, comme nous l'avons signalé. Dans certains pays, la réduction de la fécondité accompagne la baisse de la mortalité, tandis que, dans d'autres, la diminution de la mortalité, quasi universelle dans le continent depuis les années 1950, n'est pas suivie d'une modération de la fécondité provoquant dans les pays concernés une évolution accélérée des effectifs de la population. De même, au plan économique et social, des turbulences, d'intensité variable selon les pays, se sont propagées. Elles font suite aux ondes de chocs de la situation économique mondiale qui s'est détériorée au cours des années 1970, avec le premier choc pétrolier, et au début des années 1980. Cette période constitue, pour nombre de pays d'Afrique parmi les plus vulnérables, le début de l'accélération de la crise économique et de la pauvreté généralisée. Par exemple, en Afrique subsaharienne, après la décennie 1960, celle des années post-indépendance, marquée par quelques progrès encourageants, le PNB par tête de beaucoup de pays a peu évolué. Ainsi, il y a une trentaine d'années, le revenu moyen par tête était en Afrique subsaharienne deux fois plus élevé qu'en Asie de l'Est, et il se trouve aujourd'hui bien en dessous de la moitié avec 2 180 \$ contre 4 937 \$ en parité de pouvoir d'achat (Banque mondiale, 2009).

Pour cette analyse exploratoire des relations entre population et développement, menée à l'échelle nationale sur l'ensemble du continent africain, la classification des pays africains sera basée sur leurs

---

<sup>18</sup> Cette négligence de la question démographique trouve son origine dans la réduction de la croissance de la population à l'échelle mondiale, essentiellement de par la forte baisse de la fécondité en Asie et en Amérique latine, qui a fait passer à un second plan les problèmes de population et la crainte d'une explosion démographique. L'acuité de l'épidémie de VIH/Sida en Afrique subsaharienne, avec ses effets sociaux et économiques, a également fortement contribué à cette nouvelle évaluation des priorités par les institutions internationales.

<sup>19</sup> Nous nous en tenons ici aux positions des institutions internationales, sans évoquer celles des agences de coopération nationale, où il faut noter le rôle très actif de l'USAID pour un repositionnement de la planification familiale.

principales caractéristiques en matière de population, de développement et d'environnement épidémiologique. Cette catégorisation devrait nous permettre de dessiner les grands contours du devenir économique et social des pays dans les prochaines décennies.

Selon les différentes approches théoriques des relations entre population et développement durable et conformément aux diverses sensibilités idéologiques des questions de population, plusieurs causalités tissent les relations entre variables économiques, positions sociales, contextes environnementaux et sanitaires et variables démographiques. La plupart des approches s'accordent sur l'étroitesse des relations entre ces différentes sphères, même si certaines divergences demeurent sur le sens des causalités entre l'économique, le socioculturel, l'environnemental et le démographique.

Des variables relatives à ces différentes dimensions ont été retenues afin de s'interroger sur les convergences et les divergences des dynamiques économiques et démographiques des pays africains en se reposant sur différentes dimensions qui caractérisent un pays sur le moyen terme. Les variables retenues sont donc pour la plupart structurelles et pèsent ainsi sur les tendances lourdes en matière de démographie. S'il est vrai que la démographie impulse une trajectoire à l'environnement et à l'économie, d'autres facteurs, plus difficilement mesurables, telles la gouvernance, l'efficacité de l'aide, etc., jouent également un rôle important.

Le découpage géographique de l'Afrique a souvent été la base d'un tel exercice de classification des pays africains. Ainsi, les différents rapports des Nations unies distinguent-ils les pays du continent selon un découpage spatial qui délimite plus ou moins bien des aires culturelles. Mais de tels découpages, qui gardent par ailleurs une certaine pertinence dans la mesure où l'effet de voisinage joue un rôle certain dans les différents domaines de notre analyse, ne permettent pas toujours de distinguer les apparentements entre États qui peuvent transcender les proximités géographiques. D'un autre côté, le regroupement des États africains selon leur niveau de revenu (pays à revenu faible ou pays à revenu intermédiaire), adopté par la Banque Mondiale, donne une typologie ne tenant que peu compte des aspects démographiques et socioculturels. En effet, les pays africains se caractérisent par des économies extraverties encore trop dépendantes des ressources brutes et de ce fait fragiles dans le contexte actuel de mondialisation. Ainsi, en l'espace de quelques années, un pays africain classé à revenu intermédiaire peut devenir un pays pauvre très endetté. De même, des découvertes importantes de ressources naturelles et leurs exploitations peuvent changer très rapidement le statut économique d'autres pays les faisant passer du statut de pays à faible revenu à celui de pays à revenu intermédiaire sans que les structures mêmes de l'économie et les bases démographiques ne les préparent à une telle évolution. Le cas de la Guinée équatoriale est patent en la matière ; de même, à l'inverse, que ceux de certains pays de l'Afrique de l'Ouest, comme la Côte d'Ivoire, passé en quelques années de pays à revenu intermédiaire à celui de pays pauvres très endettés.

La section ci-dessous présente les résultats d'une analyse en composante principale (ACP) menée par les auteurs pour classer les pays en fonction de leur situation démographique et économique. L'analyse mathématique mécanique nous a permis de classer les pays en fonction de leurs proximités au regard des variables retenues. L'ACP a été complétée par un examen des caractéristiques culturelles et géographiques des pays, dimensions importantes pour les choix démographiques.

Cent quatorze variables démographiques, socioéconomiques et sanitaires ont été retenues<sup>20</sup>. Elles recouvrent les principales composantes de la fécondité, de la mortalité, de la migration, de la scolarité, de la santé et de l'activité économique, ainsi que leur évolution dans le temps. Les niveaux d'inégalité entre hommes et femmes sont pris en compte à travers la désagrégation de certaines variables selon les deux sexes.

Les traits les plus marquants de la démographie africaine en rapport avec l'économie et le développement social se retrouvent dans le premier plan factoriel dans lequel se condense près de la moitié de l'information totale contenue dans les données<sup>21</sup> (cf. figure annexe 2). Trois catégories de

<sup>20</sup> Les données utilisées dans l'analyse proviennent du document de la Banque africaine de développement : Statistiques choisies sur les pays africains 2008, Vol XXVII (Banque africaine de développement, 2008).

<sup>21</sup> Le premier axe factoriel, l'axe principal expliquant la variabilité des données, explique 37,78 % de l'information contenue dans les données. Le deuxième axe factoriel explique quant à lui 9,70 % de cette information. Au total, ce sont 47,48 % de l'information qui sont expliqués par ce premier plan factoriel.

variables sont mises en exergue. Sur le premier axe de ce premier plan factoriel, les variables de développement économique et social s'opposent à celles qui marquent un certain retard des pays en matière de développement durable. Ainsi les pays africains ayant les meilleurs chiffres pour l'espérance de vie à la naissance, les réductions les plus importantes d'ISF entre les années 1990 et 2007, les meilleurs accès à l'eau potable comme aux sanitaires appropriés et qui ont le plus recours à la planification familiale (totale et moderne) se distinguent des pays ayant les plus faibles valeurs de ces indicateurs<sup>22</sup>. Ces derniers pays sont également ceux pour lesquelles la mortalité maternelle, l'analphabétisme, la croissance de la population et la fécondité sont les plus élevés. Une proportion importante de population rurale est aussi l'un des traits distinctifs de ces derniers pays<sup>23</sup>.

L'axe 2 de ce premier plan factoriel met en exergue l'importance de l'éducation, notamment de la scolarisation des femmes, dans la différenciation des pays<sup>24</sup> (cf. figure annexe 2). L'un des moteurs principaux de l'amélioration des conditions de vie des populations démunies est en effet l'éducation des femmes et l'amélioration de leur statut social et économique. En Afrique, il n'existe pas toutefois une conjonction parfaite de ces différents statuts. En Afrique du Nord par exemple, la conjugaison d'un niveau d'instruction relativement élevé des femmes côtoie un statut social et juridique de la femme qui gagnerait à être amélioré, même en milieu urbain où la scolarisation de la femme est la plus forte. Ailleurs, en Afrique de l'Ouest, notamment sahélienne, la forte analphabétisation de la femme s'allie à un statut social relativement dévalorisé.

Les pays ayant les plus fortes valeurs des différentes variables entrant dans notre ACP se positionnent dans le premier plan factoriel en se situant les uns par rapport aux autres de la même manière que les variables étudiées. Ainsi, en privilégiant l'axe 1, exprimant, de la droite vers la gauche, l'avancée vers le développement durable, comme critère de classification, quatre grandes catégories de pays se distinguent (figure 1).

a) Tout d'abord, les pays de l'Afrique du Nord (Tunisie, Algérie, Maroc, Libye, Égypte), auxquels il faut adjoindre Maurice et l'Afrique du Sud. Ces pays se distinguent comme étant les plus avancés dans le processus de transition démographique comme au plan économique. Un taux de fécondité réduit les caractérise ainsi que des indicateurs de mortalité infantile les plus faibles d'Afrique. Ce sont aussi des pays qui se différencient par leur niveau économique plus avancé et des cultures qui se démarquent quelque peu de celle des autres pays de l'Afrique subsaharienne. L'Afrique du Nord a une culture arabo-musulmane, l'Afrique du Sud est une mosaïque de culture européenne, africaine et asiatique, Maurice est davantage tournée vers la culture indienne.

b) À un autre extrême, se trouvent les pays à forte fécondité et aux niveaux de développement économique et social les plus faibles d'Afrique, dont les exemples les plus représentatifs sont le Niger, le Tchad, la République démocratique du Congo, le Mali, le Burkina Faso, le Libéria, la Sierra Leone, la Somalie, etc. Il s'agit là de pays enclavés, touchés par la sécheresse, comme les pays du Sahel, ou de pays ayant connu des conflits meurtriers prolongés (Angola, Somalie) ou récurrents (Tchad). Ce sont ces pays qui ont les retards les plus importants en matière de scolarisation des femmes, de mortalités maternelle et infantile où les problèmes de croissance rapide de la population et de pauvreté se posent avec le plus d'acuité.

c) Un troisième groupe comprend des pays où la transition démographique progresse de manière significative. Il s'agit d'un groupe composite avec la plupart des pays de l'Afrique australe (Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland), certains États insulaires (Seychelles, Sao Tome-et-Principe, Comores,

---

<sup>22</sup> Les variables dont les fortes valeurs indiquent un développement plus important sont : les proportions de population de 15 à 64 ans et de femmes de 15-49 ans ; les prévalences de la contraception totale et moderne ; les pourcentages de réduction de l'indice synthétique de fécondité et du taux de natalité ; l'année du doublement de la population ; l'espérance de vie à la naissance ; les proportions d'enfants vaccinés contre la tuberculose, la diphtérie et la rougeole ; les taux de scolarisation dans le secondaire des filles et des garçons ; les proportions de population ayant accès à l'eau et aux sanitaires ; l'apport journalier en calorie ; le taux de dépendance aux importations ; l'indice de développement humain.

<sup>23</sup> Les variables dont les grandes valeurs indiquent un retard de développement sont : le taux d'accroissement naturel ; les taux brut de mortalité, de mortalités maternelle, infantile et juvénile ; le taux brut de natalité ; le taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans ; l'indice synthétique de fécondité ; le taux d'analphabétisme des adultes ; la proportion de population rurale ; le taux d'autosuffisance.

<sup>24</sup> Les variables dont les forte valeurs indiquent un niveau de scolarisation élevé sont : les taux bruts de scolarisation des filles et des garçons ; le taux brut de scolarisation total ; le taux de scolarisation dans le primaire.



Cap Vert), des pays d'Afrique centrale dotés de revenus pétroliers ayant une fécondité relativement plus faible que les autres pays parce qu'ayant été anciennement confrontés à des phénomènes de stérilité (Congo, Gabon) et le Ghana et le Zimbabwe, ayant développés précocement des politiques de santé et de population. Ce sont en général des pays côtiers ou disposant de ressources naturelles relativement importantes où la transition démographique et les progrès sanitaires et économiques sont en cours même si certains de ces pays se caractérisent actuellement par des difficultés économiques majeures, le Zimbabwe par exemple.

d) un quatrième et dernier groupe comprend le plus grand nombre de pays. Ces pays, dotés d'une grande diversité, aux plans géographique, culturel et historique, se caractérisent par des progrès plus lents. On y trouve des pays ayant connu ou connaissant des graves conflits, internes ou externes, comme la Centrafrique, l'Érythrée, l'Éthiopie, la Guinée, le Mozambique, l'Ouganda, tous pays figurant parmi les plus défavorisés de ce groupe. On y trouve également des pays un peu plus en avance sur la voie d'un développement durable et ayant bénéficié d'une stabilité politique relative, comme le Bénin, la Côte d'Ivoire, le Togo, le Sénégal, la Tanzanie, le Kenya, etc. Tous ces pays sont cependant pauvres et assez endettés, avec des performances économiques assez modestes et des progrès substantiels qui restent à accomplir en matière de réduction de la mortalité maternelle et infantile et de baisse de la fécondité.

Cependant, si ce découpage, réalisé sur la base de l'ACP, permet de mieux entrevoir les grands traits des relations démo-économiques sur le continent, l'introduction des proximités géographiques et culturelles incite à affiner ce regroupement et à distinguer cinq groupes de pays (voir leur représentation sur la figure 1).

- Groupe 1, comprenant les pays de l'Afrique du Nord : le Maroc, l'Algérie, la Tunisie, la Libye et l'Égypte qui, de par leur proximité géographique et culturelle et leur profil démographique et économique comparable méritent d'être étudiés ensemble (voir infra point 2.2).
- Groupe 2, composé des petits pays insulaires d'Afrique, engagés plus (pour Maurice et les Seychelles) ou moins (pour Sao Tomé-et-Principe et le Cap Vert) nettement dans la transition démographique et dont les caractéristiques principales ne se retrouvent pas dans les autres pays du continent. Leurs proximités économique et démographique et leur orientation commune vers le commerce extérieur et les activités touristiques incitent à les regrouper dans la perspective d'un devenir économique et démographique similaire à long terme, même s'ils se situent encore à des niveaux de développement distincts qui pourraient le demeurer durant les années à venir.
- Groupe 3, regroupant les pays de l'Afrique australe très avancés dans la transition démographique dont certains sont particulièrement affectés par le VIH/Sida : Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, et Swaziland, auquel on peut adjoindre le Zimbabwe, même s'il est classé en Afrique de l'Est par certains organismes. Ces pays d'Afrique australe se caractérisent pour la plupart par des progrès substantiels en matière de santé et de planification familiale jusqu'à la décennie 1990 puis par une remise en cause de ces progrès par la progression du VIH/Sida<sup>25</sup>, annulant, en partie et de manière temporaire si l'on en se remet aux dernières perspectives des Nations unies, les progrès enregistrés jusque là. Cette situation place la maîtrise du VIH/Sida comme le point crucial du devenir de cette partie du continent, qui risque des bouleversements dramatiques si la pandémie n'était pas endiguée. On peut également souligner la forte polarisation économique de cette partie du continent autour de l'Afrique du Sud, géant économique à l'échelle de l'Afrique subsaharienne.
- Groupe 4, formé de l'ensemble des pays africains dont le processus de transition démographique semble irréversible, bien que les baisses de la mortalité et de la fécondité y soient plus ou moins timides et susceptibles de phase de stabilisation. Ces pays peuvent connaître des difficultés économiques, souvent liées à des épisodes de conflits politiques, mais bénéficient d'atouts réels avec une ouverture sur l'océan ou des ressources naturelles et minières relativement importantes. Ce groupe comprend essentiellement deux ensembles géographiques : a) la plupart des pays d'Afrique de l'Est, souvent les plus avancés dans leur transition démographique et l'amélioration

---

<sup>25</sup> Pour ces pays, les prévalences du VIH/Sida sont les suivantes pour les adultes de 15 à 49 ans en 2007 : Afrique du Sud 18,1% ; Botswana 23,9% ; Lesotho 23,2% ; Namibie 15,3% ; Swaziland 26,1% et Zimbabwe 15,3% (Onusida, 2008).



enfants par femme, en Algérie et au Maroc, et atteint 2 enfants par femme en Tunisie ; la Libye se distinguant par une fécondité de 4 enfants par femme<sup>28</sup>. Par rapport au niveau de la fécondité, la croissance démographique demeure relativement élevée parce que les groupes en âge reproductif représentent encore une part importante des populations. Mais cette prédominance des jeunes adultes devrait s'atténuer progressivement dans les années à venir, la baisse de la fécondité entraînant, avec un décalage d'une génération, une diminution des groupes reproductifs et par conséquent une baisse de la natalité et de la croissance démographique. Ainsi le taux de croissance de la population devrait être inférieur à 1 % en 2025-2030 et à 0,5 % en 2045-2050 dans les quatre pays (tableau annexe 2), ce qui est une donnée essentielle pour le développement de la région.

L'histoire des relations population-développement au Maghreb nous fournit par ailleurs deux résultats intéressants en eux-mêmes et comme enseignement pour le futur de l'Afrique tout entière. Le premier enseignement réside dans le fait qu'au Maghreb, et plus largement en Afrique, le pays qui a le plus rapidement effectué sa transition démographique l'a fait grâce à une politique qui n'était pas seulement une politique fondée sur le développement de la planification familiale à l'échelle nationale mais qui était également une politique en faveur de l'émancipation juridique, sociale et économique des femmes<sup>29</sup>. La Tunisie a ainsi développé, dès les années 1960, une politique de population globale incluant des mesures pour renforcer le statut des femmes dans la famille et la société, promouvoir l'alphabétisation et encourager les familles de taille réduite (Gastineau et Sandron, 2004 ; Brown, 2007). En favorisant notamment l'éducation et la participation des femmes à l'activité salariée, cette politique a entraîné, avec le recul de l'âge légal des femmes au mariage, une augmentation de l'âge au premier mariage, qui a été un facteur initial et décisif de la baisse de la fécondité et de la maîtrise de la croissance démographique. Elle a également suscité dans la population et notamment chez les femmes, de plus en plus instruites et actives, une volonté de diminuer le nombre des naissances, facilitant ainsi l'adhésion à la contraception moderne.

Remarquons que, plus de 50 ans après sa mise en œuvre en Tunisie, cette volonté politique d'émancipation des femmes fait encore défaut en Algérie et qu'elle n'a été qu'esquissée au Maroc par la révision du Code du statut personnel, la *Moudawana*, en février 2004. Malgré ce décalage en matière de droit de la famille, l'Algérie et le Maroc se sont cependant également engagés dans la voie de la réduction de leur croissance démographique grâce, d'une part, au développement des services de planification familiale et, d'autre part, à une modification des conceptions et une transformation des valeurs liées aux progrès de l'éducation féminine et à l'influence de l'immigration familiale en Europe, les transformations sociales précédant ici l'évolution juridique (Courbage, 2002 ; Yaakoubd et Vimard, 2010).

Si le changement démographique a été enclenché en Tunisie par une politique sociale clairement affichée et affirmée dans les faits, la réduction de la croissance démographique a en retour facilité les progrès en matière de développement humain dont ce pays peut se targuer. Les réussites en la matière sont évidents et, pour la plupart des indicateurs, ce pays obtient des meilleurs résultats que l'Algérie ou le Maroc (tableau annexe 3). Seule la Libye peut se prévaloir de résultats comparables mais elle bénéficie de revenus pétroliers considérables, surtout si on les rapproche de son effectif de population, qui lui ont permis d'acquérir l'un des niveaux de vie les plus élevés du continent. Si l'on excepte ce pays à la situation spécifique, l'accès aux infrastructures sociales (eau, santé, scolarité) est plus répandu en Tunisie, les niveaux de santé de la population y sont meilleurs et la sous-nutrition moins fréquente. Globalement, l'indice du développement humain de 2006 est supérieur en Tunisie (0,762) à ce qu'il est en Algérie (0,748) et surtout à ce qu'il est au Maroc (0,646), celui de la Libye s'élevant à 0,840, correspondant à un niveau de développement humain élevé (Pnud, 2008).

Quelles que soient les différences relatives entre les pays du Maghreb, ils ont tous accompli des progrès importants en matière de développement économique et social et l'écart avec les pays

---

<sup>28</sup> Les quatre pays du Maghreb figurent parmi les quinze pays du monde ayant bénéficié de la plus forte baisse de leur fécondité entre les années 1975-1980 et 2000-2005 : les diminutions durant cette période vont de 4,79 enfants par femme pour l'Algérie à 3,52 pour le Maroc, en passant par 4,66 pour la Libye et 3,83 pour la Tunisie (United Nations, 2009).

<sup>29</sup> Le code du Statut Personnel, promulgué dès le 13 août 1956, quelques semaines après l'indépendance, en a été la première expression et le symbole le plus marquant de cette volonté de promotion de l'émancipation féminine, en supprimant la répudiation unilatérale et interdisant la polygamie (Safir, 2000).

d'Afrique subsaharienne est très sensible pour tous les indicateurs du développement humain (cf. tableau annexe 3). En outre, ces pays du Maghreb bénéficient aujourd'hui d'atouts importants pour améliorer encore leur situation. Ils disposent tout d'abord d'une situation sanitaire favorable, en ayant éradiqué le paludisme et la tuberculose et circonscrit l'émergence du VIH/Sida, tous maux qui frappent d'autres pays en développement. La santé des populations est donc relativement satisfaisante, comme en témoigne le niveau de la mortalité des enfants qui a nettement diminué. La sous-alimentation a quasiment disparu même si la malnutrition et la carence en micronutriments, « la faim invisible », demeurent un problème de santé publique et un frein au développement économique (Gillespie *et al.*, 1996). Ensuite la croissance de la population, déjà nettement ralentie, continue de décroître. En 2030, les quatre pays du Maghreb devraient avoir une croissance démographique inférieure à 1 % par an, avec un indice synthétique de la fécondité égal ou inférieur à 2 enfants par femme et une espérance de vie supérieure à 75 ans<sup>30</sup>, soit une démographie proche de celle des pays développés. Cette réduction progressive de la croissance démographique, amorcée depuis quelques décennies, amène enfin une baisse du taux de dépendance avec un accroissement de la proportion des personnes en âge actif et une diminution de la part d'enfants et de jeunes, ceci alors que la lente augmentation du nombre de personnes âgées n'aura des conséquences importantes que dans plusieurs décennies.

Cette baisse du taux de dépendance, favorable au progrès du revenu par habitant et à l'amélioration des indicateurs socio-économiques, ne pourra cependant faire sentir pleinement ses effets que si un certain nombre de défis actuels sont relevés avec succès. Le premier défi concerne le sous-emploi, et notamment le sous-emploi des femmes, qui pénalise le taux d'activité effectif. Le deuxième défi est relatif à la sous-alphabétisation, encore trop élevée, notamment au Maroc (30 % d'analphabètes à 15-24 ans), qui affecte le niveau de qualification des actifs. Enfin, le troisième défi relève de l'accroissement de la productivité des différents secteurs économiques, et tout particulièrement du secteur agricole. Une proportion significative des populations du Maghreb demeure en effet encore dépendante de l'agriculture et la pauvreté dans la population rurale est plus répandue que dans le milieu urbain. Les investissements dans ce secteur (irrigation, accroissement des terres potentiellement arables) et l'amélioration des services sociaux en zones rurales sont donc essentiels pour accroître la productivité agricole et celle de l'ensemble de l'économie (Economic and Social Commission for Western Asia, 2005).

### **2.3. Les espérances envers une croissance démographique maîtrisée et un bonus démographique**

L'histoire démographique récente montre qu'un nouveau schéma, alliant une fécondité réduite à une faible mortalité, est en mesure d'apparaître sur le continent africain. Réservé jusqu'ici aux pays du Maghreb (groupe 1 de notre analyse exploratoire), ce schéma pourrait être adopté par certains pays situés au sud du Sahara dans un avenir plus ou moins proche. Les pays de l'Afrique australe (Afrique du Sud, Botswana, Lesotho, Namibie, Swaziland), le Gabon et le Zimbabwe (correspondant pour l'essentiel au groupe 3), qui ont une fécondité actuelle inférieure à 4 enfants par femme, pourraient être les premiers à se conformer à ce schéma de fin de transition démographique. Dans un deuxième temps, d'autres pays (appartenant essentiellement au groupe 4), ayant actuellement une fécondité comprise entre 4 et 5 enfants par femme, pourraient les suivre. Il s'agit essentiellement de pays côtiers, des autres régions subsahariennes (Afrique de l'Ouest, de l'Est et centrale) : Cameroun, Centrafrique, Côte d'Ivoire, Gambie, Ghana, Kenya, Tanzanie et Sénégal. Pour les autres pays d'Afrique subsaharienne, membres du groupe 5, l'adoption de ce nouveau schéma est encore lointain et dépendant de beaucoup trop de facteurs pour pouvoir être prévu avec quelque degré de pertinence.

La baisse de la fécondité s'accompagne d'une réduction de la croissance des effectifs de population, qui peut être considérée comme un premier bénéfice de la transition démographique. Mais elle entraîne également une modification sensible de la pyramide des âges avec une diminution de la part des enfants et à une surreprésentation des jeunes adultes en âge de travailler dans la population. Ceci conduit les pays concernés à passer d'un stade où ils doivent consacrer une partie importante de leurs ressources à des enfants en situation de dépendance et qu'il faut scolariser à un stade où ils peuvent bénéficier d'une part croissante de population en âge de travailler et d'épargner. Ce passage se révèle à même de susciter une accélération de la croissance des revenus, découlant d'une population active plus importante, une accumulation accélérée de

---

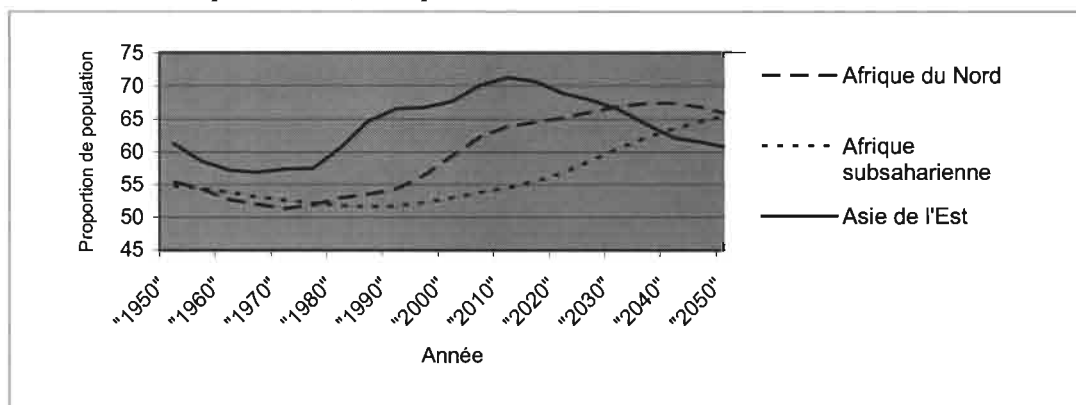
<sup>30</sup> Ceci d'après l'hypothèse moyenne des perspectives des Nations unies (United Nations, World Population Prospects. The 2008 Revision, Population Database, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>).

capital et une réduction des dépenses pour la population dépendante : phénomène connu sous le nom de « bonus » ou encore de « dividende démographique »<sup>31</sup>.

À l'échelle mondiale, l'Asie orientale représente l'expérience la plus accomplie de bonus démographique, celui-ci ayant représenté environ 25 % d'une croissance du revenu réel par tête approchant les 6 % par an entre 1965 et 1990, période durant laquelle la population en âge de travailler augmenta 4 fois plus vite que les populations dépendantes (Bloom *et al.*, 2003). Depuis quelques années, le Maghreb a commencé à bénéficier de cette modification des structures par âges, amorcée dans les années 1990. Il bénéficie à ce jour d'un net avantage sur l'Afrique subsaharienne avec, en 2010, 64 % de la population en âge de travailler contre 54,5 %. Mais l'Afrique subsaharienne semble également s'engager dans cette transformation, de manière plus tardive et plus lente que sa voisine septentrionale. La barre des 60 % de population en âge de travailler pourrait en effet y être atteinte en 2030 et celle des 65 % en 2050, contre respectivement 2005 et 2020 pour l'Afrique du Nord (figure 2).

Si la baisse de la fécondité et l'augmentation de la part de la population en âge de contribuer activement à la production et à l'épargne sont des conditions de la croissance économique, en permettant une redistribution des dépenses de consommation et de fonctionnement vers des investissements porteurs de croissance économique, elles ne peuvent suffire. Le plein effet de ce dividende démographique pour le progrès économique et social nécessite la mise en œuvre des politiques efficaces dans des domaines clés. Cela concerne tout d'abord le développement de l'éducation à tous les niveaux du système éducatif (académique et professionnel) afin de permettre à tous les jeunes de se transformer en force de travail productive. Cela concerne ensuite l'investissement dans les secteurs et les activités les plus productifs afin d'assurer à une population active en nombre croissant des débouchés sur le marché de l'emploi suffisant en nombre et en niveau de qualification. Cela concerne enfin une bonne gouvernance afin d'améliorer l'efficacité des politiques sectorielles, la promotion d'un État de droit et la limitation de la corruption (Bloom *et al.*, 2003). Mais, en l'absence de politiques efficaces dans ces domaines, la fenêtre d'opportunité constituée par le ralentissement de la croissance démographique ne pourrait être exploitée. En ce cas, les pays se trouveraient face à une croissance du nombre de jeunes, certains éduqués et diplômés, ne pouvant s'intégrer sur le marché du travail et par conséquent acquérir leur pleine autonomie dans la vie familiale et économique, avec le risque d'explosion sociale qui peut en découler.

Figure 2. Proportion de la population en âge de travailler (de 15 à 65 ans) en Afrique du Nord, Afrique subsaharienne et Asie de l'Est selon l'année



Source : d'après United Nations, World Population Prospects. The 2008 Revision, Population Database, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>

Note : les données à partir de l'année 2010 correspondent à l'hypothèse moyenne des perspectives des Nations unies.

<sup>31</sup> L'histoire des populations montre que la baisse de la fécondité est un phénomène structurel qui subit peu d'inversion, hormis le cas d'événements majeurs comme les guerres mondiales et les effets de rattrapage qu'elles peuvent induire. Lorsque la fécondité a entamée une baisse de manière conséquente, elle peut se stabiliser, ou subir des inflexions légères autour d'un point d'équilibre, mais le régime de faible fécondité demeure un élément permanent du régime démographique.

### 3. Changements démographiques et processus de développement

S'il existe une relation entre croissance démographique, croissance économique et développement, cette relation n'est pas immédiate, et le lien entre démographie et développement durable n'est ni direct ni univoque. Ce lien est pluriel car sa nature dépend de la capacité, plus ou moins grande, des sociétés et des acteurs sociaux à maîtriser les diverses transformations qui les affectent. Il convient par conséquent de nuancer et de contextualiser les relations mises en avant, car, selon les pays et les périodes, la pression démographique peut constituer un obstacle ou devenir un atout temporaire pour la croissance économique<sup>32</sup>. De même, le ralentissement de la croissance de la population est susceptible de représenter un facteur accélérateur de croissance économique ou être neutre pour le développement, selon la capacité des pays à rentabiliser le bonus démographique. Cette complexité des phénomènes, qui repose sur la diversité des liens entre démographie et économie suivant les sociétés, est évident en Afrique et se trouve démontré par maintes études, dont l'ouvrage *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain* (Ferry, 2007) fournit un exemple récent.

Cependant, certaines relations générales apparaissent communes à la plupart des évolutions rencontrées sur le continent. Les composantes des changements démographiques (baisse de la mortalité et de la fécondité), qui déterminent le niveau de la croissance de la population et l'évolution des structures par âge, ont ainsi une incidence sur la croissance économique et les progrès sociaux. Cette croissance économique et sociale favorise, à son tour et en retour, les évolutions du mouvement naturel des populations (natalité et mortalité) dans le sens d'une accélération de la transition démographique. Sur ce plan, les politiques visant l'amélioration de la situation sanitaire des individus (dans les domaines tout particulièrement de la santé maternelle et infantile, de la planification familiale et de la santé génésique) participent au premier plan des stratégies nationales mises en œuvre, avec l'appui des institutions de coopération bilatérales et internationales, pour réduire la pauvreté, améliorer le développement humain et accroître les capacités productives des pays. Ce domaine de la santé n'est pas le seul concerné par les interactions avec les phénomènes démographiques et d'autres secteurs sont également intéressés : l'éducation (qui modifie les comportements individuels de procréation et de soin tout en étant affecté par les effectifs d'âge scolaire), la législation familiale et la parité homme-femme (qui affecte la nuptialité, le comportement fécond et l'insertion des femmes dans les activités productives), le développement urbain et rural (qui influe sur la mobilité entre villes et campagnes) et la protection sociale (qui influence la demande d'enfants des individus et la régulation du marché du travail), pour ne citer que les plus importants domaines d'intervention. D'une manière générale, les politiques en la matière contribuent, plus ou moins directement, à diminuer le nombre d'enfants souhaités et à accroître l'utilisation de la contraception moderne par les familles tout en développant l'autonomie de la femme et sa participation à la vie économique (Banque mondiale, 2007 ; March, 2004).

Les différentes interactions entre les composantes de la transition démographique et celles du développement économique et social peuvent constituer une série de cercles vertueux qu'il est nécessaire de favoriser pour enclencher la transition démographique, accélérer cette transition et en retirer tous les bénéfices en terme de croissance économique et de progrès social. Le lien vertueux majeur, qu'il nous est possible de tester à travers l'évolution des pays africains, concerne la relation entre les progrès du développement, d'une part, et la baisse de la fécondité en tant que fondement de la réduction de la croissance démographique, d'autre part.

#### 3.1. Les relations entre croissance économique, développement humain et baisse de la fécondité

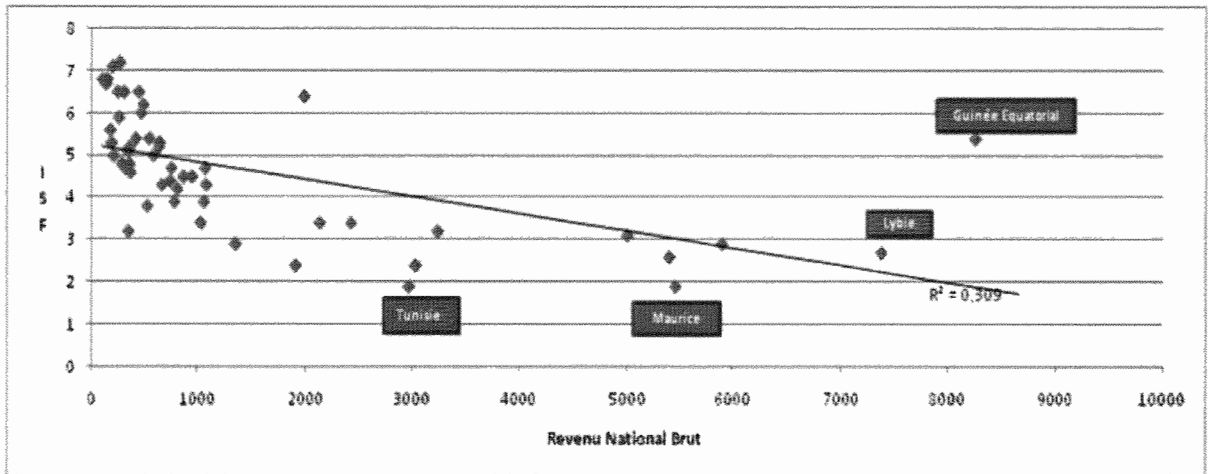
Les pays africains sont caractérisés en général par la conjonction d'une forte fécondité et d'un revenu faible. Ainsi, dans la représentation des niveaux conjoints de l'indice synthétique de fécondité (ISF) et du revenu national brut par habitant, la plupart des pays se concentrent au nord-ouest du

---

<sup>32</sup> Il existe ainsi des situations « malthusiennes » où la pression démographique crée de fortes tensions et joue un rôle négatif, comme sur les Hautes Terres malgaches, les collines du Burundi et du Rwanda, aux Comores, le long du lac Tchad, ou encore dans les zones sahéliennes menacées par la sécheresse. Mais il existe également des situations « boserupiennes », où la forte densité conduit à l'innovation agricole ou sociale, comme le montre l'exemple des adaptations positives aux pressions démographiques observées sur les hauts plateaux bamiléké, ceux du Kenya et du Togo (Hugon, 2007 ; Quesnel et Vimard, 1999). De même, on remarque la part prépondérante prise par la croissance de la population, par croît naturel et immigration, dans le miracle ivoirien des années 1970, même si ce boom économique n'était pas viable sur le long terme.

graphique (figure 3). D'une manière générale, il existe une relation inverse entre le revenu par tête et l'ISF. Cette relation se retrouve également en Afrique bien que la corrélation linéaire entre ces deux variables soit relativement faible ( $R^2=0,31$ ). Plusieurs explications peuvent en être données.

Figure 3. Relation entre le revenu national brut par tête et l'ISF dans les pays africains en 2007



Source : d'après les données de la Banque africaine de développement (2008).

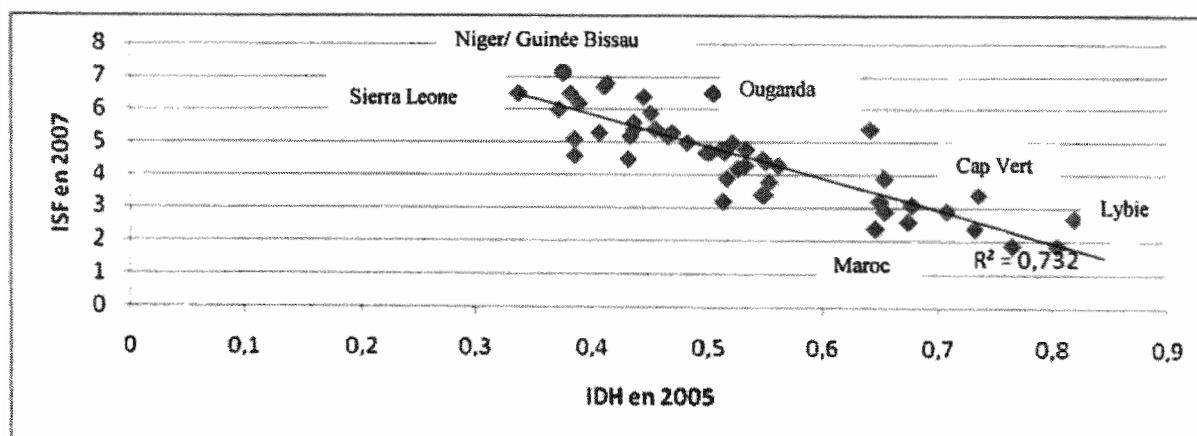
Dans les pays à fécondité élevée d'Afrique, les économies sont essentiellement tirées par des situations de rente, relativement indépendantes des structures démographiques. Le désir d'enfant est généralement important et se situe au cœur même de l'organisation sociale. En effet, la mentalité de forte fécondité observée dans les pays africains tire son essence de l'organisation sociale dans laquelle l'enfant tient une place privilégiée. Initialement destinée à assurer la reproduction sociale, la forte fécondité a été au cœur des stratégies développées par les sociétés à l'effet d'assurer la survie des multiples groupes ethniques rivaux disséminés à travers le continent et soumis à de fortes mortalités. L'enfant a ainsi été toujours perçu comme une richesse. Dans des contextes de pauvreté où les coûts d'opportunité de l'élevage et des soins apportés à l'enfant sont faibles, la venue d'un enfant supplémentaire est perçue comme un gain économique et social. Il assure d'abord la valorisation du statut de la mère et peut servir, même jeune, à des activités économiques, dans le cadre de sa socialisation ou pour contribuer à la survie économique du ménage. L'enfant assure également d'autres fonctions telles que la prise en charge des parents dans leurs vieux jours, une fonction vitale dans un contexte où peu d'individus sont assurés ou bénéficient de prestations sociales à la retraite (Cleland et Wilson, 1987 ; Caldwell, 2005). Dans les sociétés les plus traditionalistes, qui pratiquent le culte des ancêtres, les vivants, représentant une petite partie d'une lignée, ont la responsabilité d'assurer l'avenir de la famille en adoptant un comportement procréateur approprié (Talbot, 1927, cité par Caldwell, 1993).

À ces considérations sociales se greffent les opinions erronées des décideurs politiques pour qui les faibles densités de leurs pays autorisent une dynamique, même forte, de leurs populations<sup>33</sup>. Aussi, les efforts des instances internationales pour la maîtrise de la croissance démographique ne reçoivent-ils qu'un écho parfois mitigé, même si en apparence un engouement se porte aujourd'hui sur la planification familiale dans la quasi-totalité des pays d'Afrique.

<sup>33</sup> Ainsi par exemple, en décembre 1982, dans son allocution de clôture au séminaire sur "Population et développement en Côte d'Ivoire" le ministre de la Santé ivoirien déclarait : « Nous l'avons dit, la population est l'élément primordial du développement. Or, il est reconnu par les spécialistes que vous êtes, que celle de notre pays, qui est estimée à l'heure actuelle à quelques huit millions d'habitants [...] est insuffisante au regard de sa superficie. Il suffit en effet de la comparer à celle de pays à superficie semblable. L'Italie avait en 1980 une population estimée à 57 millions d'habitants pour une superficie de 310 000 km<sup>2</sup>. Quant au Japon sa population pour la même période était de 117 millions d'habitants pour 372 000 km<sup>2</sup>. Si donc, on ne tient compte que de ce facteur, on peut dire que notre pays ne connaît pas encore la menace d'explosion démographique." (Fraternité Matin, 21 décembre 1982). À cette époque, la Côte d'Ivoire, avait une densité de 25 habitants par km<sup>2</sup>.

Plus que le revenu par habitant, qui exprime le niveau de la croissance économique, l'indice de développement humain (IDH) se révèle être lié très négativement au niveau de la fécondité sur le continent africain. Le niveau de corrélation, mesuré par le coefficient de détermination ( $R^2$ ), s'élève à 0,732 (figure 4). L'IDH est fortement corrélé aux principales variables décrivant le niveau de vie réel des populations et leurs accès effectifs à diverses infrastructures essentielles. Pour les pays africains, le niveau de corrélation de cet indicateur de développement est particulièrement élevé avec le taux brut de scolarisation féminine (le coefficient de corrélation de Pearson s'élève à 0,84) comme avec la prévalence contraceptive moderne (coefficient de 0,64), deux facteurs qui exercent un rôle important dans la baisse de la fécondité. Les pays qui se distinguent particulièrement sont ceux du groupe 4 avec un faible niveau de l'IDH et les ISF parmi les plus élevés. Ils s'opposent aux pays insulaires et à ceux de l'Afrique du Nord (Groupe 1 et 2) ; les pays des groupes 3 et 5 se trouvant à des positions intermédiaires.

Figure 4. Relation entre l'ISF (2007) et l'IDH (2005) pour les pays africains

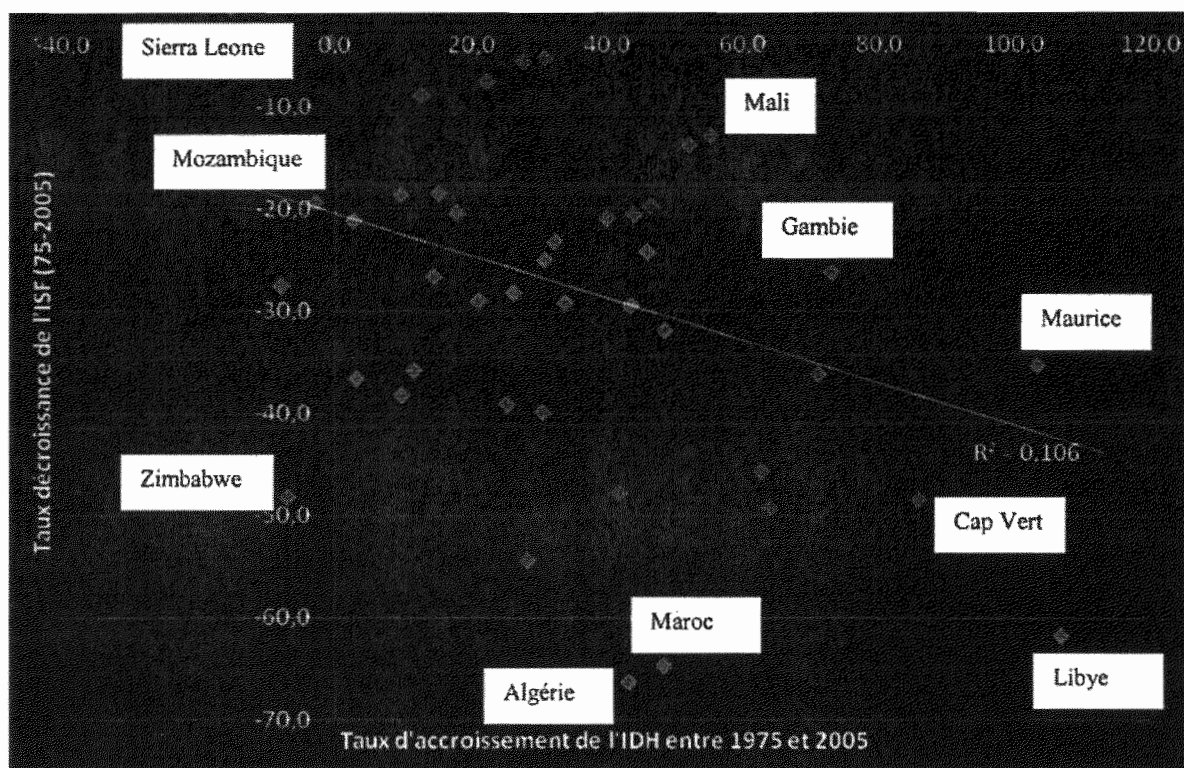


Source : d'après les données de la Banque africaine de développement (2008).

Au-delà de la mise en évidence de la forte relation actuelle entre ces deux indicateurs, la dynamique de l'IDH mérite d'être confrontée à celle de la fécondité afin de mieux apprécier les relations entre le développement humain et le processus de la transition démographique dans les pays africains. D'une manière générale, les corrélations sont assez faibles entre le taux d'accroissement du développement humain et celui de décroissance du niveau de fécondité entre 1975 et 2005 ( $R^2=0,106$ ). Cependant, les relations entre les deux tendances sont plus fortes pour certains groupes de pays. Les pays du groupe 2 de classification proposée ci-dessus, comprenant les petits pays insulaires du continent, ont une progression en phase avec la relation attendue d'une conjonction forte entre l'amélioration du niveau de développement humain et la baisse de la fécondité ( $R^2=0,469$ ). Il en est de même pour les pays de l'Afrique du Nord, avec une relation très forte pour les quatre pays du Maghreb ( $R^2=0,861$ ), ce qui confirme la forte homogénéité de leur processus de développement. Cependant pour ces pays, la baisse de la fécondité semble plus intense que les progrès du développement humain, sans doute parce qu'elle s'appuie sur d'autres facteurs de nature institutionnelle liés au développement des programmes de planification familiale. Les situations les plus volatiles se retrouvent dans les groupes 4 et 5 qui constitue la majorité des pays étudiés. Parmi ceux-ci, les pays les plus en retard au plan de la baisse de la fécondité sont aussi ceux où en général les progrès de l'IDH sont les plus faibles (Sierra Leone, Mozambique, etc.). Pour certains de ces pays, les progrès sensibles de l'IDH ne permettent pas d'impulser une baisse de la fécondité, sans doute parce qu'un niveau suffisant de développement humain n'est pas encore atteint (cf. la situation du Mali). La situation des pays du groupe 3 est plus ambiguë à l'image du Zimbabwe qui allie une baisse importante de fécondité à une situation socio-économique désastreuse (figure 5).



Figure 5 : Évolution conjuguée entre 1975 et 2005 de l'IDH et de l'ISF dans les pays africains



Source : calcul des auteurs d'après les données de la Banque africaine de développement (2008) et de United Nations (2009).

### 3.2. L'éducation et la santé au cœur des liens entre la transition démographique, la croissance économique et le développement durable

Les interrelations entre la population et le développement en Afrique forme un système complexe. Dans ce système, certains liens jouent un rôle prépondérant dans les transformations actuelles. On peut citer tout d'abord la relation entre la pauvreté économique et le mouvement naturel de la population, dans la mesure où la pauvreté est un facteur de forte mortalité et de forte fécondité au sein d'une relation réactivée par les politiques de réduction de la pauvreté. On peut également mentionner la relation entre l'urbanisation et les changements démographiques, puisque les populations urbaines sont le plus souvent les premières à adopter des comportements pionniers en matière de nuptialité, de dynamique familiale, de procréation et de soins aux enfants. Mais la compréhension systémique du diptyque « population-développement » montre que l'éducation et la santé jouent un rôle déterminant dans les processus de maîtrise de la croissance démographique et de développement, de par leur rôle majeur dans l'amélioration du capital humain. Le capital humain tient en effet une place de plus en plus importante dans la nouvelle économie de l'information et de la connaissance, où la priorité est donnée aux compétences et aux capacités (Sen, 2000). La Conférence des Nations unies pour le commerce et le développement vient d'ailleurs de rappeler dans son dernier rapport sur les pays les moins avancés (PMA), soit 33 pays africains sur les 49 pays concernés, la nécessité de la science, de la technologie et de l'innovation pour réduire la pauvreté (UNCTAD, 2009). À cet égard, le rapport souligne que les deux dernières générations de réformes, celle des plans d'ajustement structurel des années 1980-1990 et celle des cadres de réduction stratégiques de la pauvreté, initiés depuis la fin de la décennie 1990, n'ont pas intégré le savoir et la connaissance, consacrant ainsi l'échec des modèles de développement des pays les plus démunis.

Sur ce point, les systèmes scolaires et sanitaires des sociétés africaines sont fortement différenciés, en matière d'organisation comme de résultats, les crises successives et les fuites de compétences vers le Nord remettant souvent en cause les progrès accomplis. Aussi, même si l'on note une augmentation significative des effectifs alphabétisés et scolarisés, une amélioration de l'état de santé et du niveau de mortalité, les objectifs d'éducation pour tous et de santé pour tous et même les Objectifs de

Développement du Millénaire de réduction par deux de la pauvreté en matière d'accès à la santé et à l'éducation entre 2000 et 2015 demeurent encore utopiques pour la majorité des pays d'Afrique subsaharienne (Hugon, 2007).

La forte croissance démographique de l'Afrique subsaharienne rend difficile une scolarisation généralisée, d'où le nombre élevé de femmes non scolarisées qui se marient précocement, ont beaucoup d'enfants et utilisent peu ou mal les systèmes de soins. Inversement, l'effort important de scolarisation, que certains pays d'Afrique du Nord, d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe ont pu réaliser dans un contexte de croissance démographique initialement élevée, a favorisé un recul de l'âge au mariage, une baisse de la fécondité et une amélioration de l'état de santé. Des générations moins nombreuses rendent plus faciles les progrès en matière de scolarisation, puis d'accès à l'emploi, ce qui crée un cercle vertueux.

L'éducation formelle est un moyen efficace pour briser le cercle vicieux de la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, le niveau scolaire des parents étant un facteur de demande scolaire et de réduction des disparités de genre pour les enfants. L'éducation, parce qu'elle diffuse les valeurs motrices de la croissance – innovation, esprit expérimental et scientifique – est également un vecteur de développement. Le secteur de la santé peut également contribuer à favoriser l'efficacité des individus en tant qu'agents producteurs dans l'économie et qu'agents des changements sociaux et politiques. Un meilleur état de santé et la réussite scolaire contribuent à l'amélioration de la qualité des ressources humaines et constituent des facteurs favorables à l'augmentation de la productivité (Behrman, 1996). Mais les interdépendances entre éducation, santé, démographie et développement dépendent beaucoup de la nature du système productif en vigueur. Dans les pays d'Afrique du Nord, et en Afrique australe dans une moindre mesure, l'économie s'est orientée précocement vers des activités de transformation des productions primaires (d'origine agricole, minière ou pétrolière) et de production de biens de consommation se substituant aux produits importés. Avec le développement d'une économie industrialisée et urbaine (quelles que soient les erreurs d'orientation, les blocages et les insuffisances dans les différents pays concernés), l'amélioration de la santé et de l'éducation a pu apporter une contribution importante à l'amélioration des forces productives dans tous les secteurs d'activité.

Dans le cas de l'Afrique subsaharienne, les dynamiques dominantes correspondent à celles d'une économie de rente, et non d'accumulation, où les richesses (terres, forêts, ressources humaines, richesses du sous-sol, etc.) sont mobilisées pour un gain immédiat sans souci de reproduction, d'où la difficulté de parvenir à des mécanismes correspondant à ceux d'un développement durable. Dans le système subsaharien, le rôle de l'enseignement s'est révélé positif pour la construction d'une identité nationale et citoyenne, et pour l'acquisition des savoirs et des compétences nécessaires dans de nombreux emplois. Mais l'expansion scolaire, une fois la fonction publique pourvue de son lot de diplômés, correspond également, dans les pays pauvres d'Afrique subsaharienne où le salariat privé est réduit, au chômage intellectuel, à la déqualification vers l'informel sur le marché du travail et à l'exode des compétences vers le Nord (Hugon, 2006).

En Afrique plus qu'ailleurs, l'éducation et la santé, qui sont au cœur des inégalités entre pays, caractérisent également les inégalités entre groupes sociaux et entre individus (Goesling et Firebaugh, 2004 ; Gwatkin *et al.*, 2007 ; Unesco, 2005). La santé et l'éducation sont en effet très inégalement réparties entre les groupes sociaux, car ceux-ci disposent de pouvoirs inégaux en fonction de leur capital économique, culturel et social. L'appartenance sociale, mais aussi familiale, joue un rôle central dans les inégalités d'accès de chacun aux systèmes scolaires et de soins. Dans les pays africains, les fortes inégalités entre groupes sociaux quant à la fréquentation de l'école et des services de santé, la conception même et le financement des systèmes de santé, avec la priorité apportée le plus souvent aux hôpitaux des grandes villes et aux établissements scolaires urbains, conduisent à une affectation prioritaire de la dépense publique et de l'aide extérieure aux plus favorisés. Si l'on ajoute à cela le fait que les recettes de l'Etat proviennent, en Afrique subsaharienne, en partie de la parafiscalité des produits de l'agriculture d'exportation, on comprend que le secteur public de la santé et, dans une moindre mesure, celui de l'éducation deviennent des instruments de redistribution défavorisant les plus pauvres et les milieux ruraux au profit des plus riches et des couches urbanisées (Banque mondiale, 1993 ; Brunet-Jailly, 2002). La démocratisation de l'accès des populations aux systèmes de

santé et d'éducation, qui assurerait une plus grande équité et une meilleure efficacité de ces systèmes, nécessite donc une réorientation complète de ces services de base.

Cette inégalité, caractéristique des systèmes de santé et d'éducation, est la conséquence mais également le facteur clé d'inégalités plus profondes en terme d'acquisition de capital financier, humain et social. Des inégalités qui nous semblent décisives pour expliquer le retard de la transition démographique dans la majorité des pays subsahariens et plus largement les difficultés d'évolution des sociétés africaines vers le développement durable. Dans les ménages et les sociétés qui consacrent peu de moyens à l'éducation et à la santé, les individus en âge de travailler sont handicapés par un faible niveau d'étude et sont souvent affaiblis par la maladie (paludisme, VIH/Sida...), ce qui contrarie le progrès socio-économique aux échelles individuelle, familiale et sociale. Par extension, les inégalités des revenus et des capacités à l'échelle nationale conduisent à un gaspillage du potentiel productif et à une mauvaise allocation des ressources (Banque mondiale, 2005).

La révision la plus aboutie du modèle classique de transition démographique, celui dit du « développement équitable », avait déjà insisté sur le rôle décisif joué par la structure égalitaire du développement économique et de la distribution des richesses entre les différentes couches de la population sur la baisse de la mortalité et de la fécondité. En montrant que la redistribution des richesses pouvait être un instrument puissant pour faire chuter le taux de fécondité, ce modèle de développement mettait l'accent sur la pertinence d'une politique de distribution équilibrée des revenus, biens et savoirs pour les pays en développement, mais aussi, *a contrario*, sur l'impact négatif que peuvent avoir de fortes inégalités socio-économiques sur une baisse généralisée de la fécondité (Repetto, 1978 ; Cook et Repetto, 1982).

Plus récemment, Wilkinson et Picket (2009) ont montré que plus une société est inégale, plus les problèmes sociaux sont nombreux et dévastateurs. Leurs travaux démontrent que l'espérance de vie, la mortalité infantile, le faible poids de naissance et les niveaux de santé se sont souvent révélés plus défavorables dans les sociétés plus inégales. Le fond du problème étant que non seulement les pauvres, mais également les classes moyennes et même les classes supérieures semblent avoir intérêt à vivre dans une société moins inégalitaire, quand il s'agit de santé et de bien-être social.

#### **4. Les incertitudes**

La complexité des relations entre démographie, croissance économique et développement, l'intégration croissante de l'Afrique dans une économie mondialisée, soumise à des crises périodiques, et sa dépendance envers des politiques internationales de développement obéissant à des réorientations périodiques, sont à la base de multiples incertitudes quant au devenir du continent. Parmi celles-ci, les principales nous paraissent concerner la démographie, les autres secteurs clés et les relations démographiques.

##### **4.1. Les incertitudes relatives à la démographie**

Quelle sera la démographie de l'Afrique dans les prochaines décennies ? Le rythme de baisse de la mortalité, sous la contrainte de la dynamique de l'épidémie de VIH/Sida dans certains pays, est l'un des facteurs importants de cet avenir. Si la baisse de la mortalité a été sensible depuis les années 1960, on a pu noter son ralentissement durant la dernière période. Cette situation est en partie due aux crises économiques et politiques ainsi qu'aux programmes d'ajustement structurel (PAS), qui ont désorganisé les systèmes de santé. Ainsi, si les PAS n'ont pas toujours entraîné une baisse des crédits publics dédiés à la santé, ils ont conduit à une baisse de l'offre de soins du système de santé et à une diminution de la demande de soins par les ménages, facteurs d'un ralentissement voir d'un arrêt momentané des progrès sanitaires (Nassar, 1993 ; Gogué, 1997). La stabilité politique et économique et le développement d'un État de droit seront bien entendu décisifs pour assurer une meilleure efficacité des systèmes de santé nationaux (Vimard, 2007). Pour l'avenir, on peut également espérer que les grandes initiatives mondiales sur la santé, lancées pour combattre spécifiquement une maladie ou résoudre un problème particulier de santé publique, qui ont modifié depuis 2000 les formes d'intervention des donateurs internationaux en matière de santé publique tout en permettant un accroissement de leur aide, apporteront tous leurs effets. Et cela notamment en Afrique subsaharienne,

où ces initiatives constituent une part notable des fonds destinés à la santé des populations sur des maladies lourdes tout en permettant la mise en œuvre de stratégies de santé plus efficaces (en matière de paludisme, VIH/Sida, tuberculose, onchocercose, vaccinations, etc.)<sup>34</sup>. La poursuite de ces initiatives globales, dont l'articulation avec les systèmes de santé nationaux devrait être améliorée, pourrait permettre d'augmenter l'efficacité des financements, l'équité en matière d'accès à la santé et les résultats de santé publique sur des points décisifs pour relancer un mouvement rapide de baisse de la mortalité (World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009).

Mais le facteur essentiel de la dynamique des populations demeure la vitesse de la baisse de la fécondité. Là encore, si la baisse de la fécondité a pu être constatée dans la plupart des pays africains, elle fut d'intensité très inégale, et la période récente a vu les transitions engagées connaître des phases de stagnation, si bien que 2/3 des pays subsahariens n'ont pas connu de baisse significative durant la dernière période<sup>35</sup>. La minceur des progrès économiques, le ralentissement de la baisse de la mortalité, notamment celle des enfants, mais aussi la faiblesse des efforts récents en matière de planification familiale concourent à cette situation (Bongaarts, 2008). Cette transition incertaine a bien entendu des effets sur les tendances démographiques futures, la vitesse de la baisse de la fécondité influant directement sur l'évolution du taux d'accroissement de la population, de son effectif et de sa structure par âge.

Si l'on s'en tient à l'horizon 2025-2030, qui permet d'avoir des hypothèses de croissance au plus près des tendances actuelles, l'hypothèse moyenne des dernières perspectives des Nations unies (United Nations, 2009) est basée sur une baisse de la fécondité conduisant à un niveau de 3,2 enfants par femme dans l'ensemble de l'Afrique, 3,4 en Afrique subsaharienne et 2,28 en Afrique du Nord. Les Nations unies ont également construit une hypothèse haute correspondant à une fécondité supérieure de 0,5 enfant à celle de l'hypothèse moyenne et une hypothèse basse correspondant à une fécondité inférieure de 0,5 enfant à celle de l'hypothèse moyenne, permettant d'avoir des scénarios alternatifs<sup>36</sup>. Selon ces hypothèses de fécondité, le taux d'accroissement annuel de la population variera en 2025-2030 de 1,38 % (hypothèse basse de fécondité) à 1,99 % (hypothèse haute) avec une valeur moyenne correspondant à l'hypothèse moyenne de fécondité égale à 1,7 %, à comparer avec la croissance actuelle (années 2005-2009) de 2,44 % (cf. tableau annexe 4). Les niveaux d'accroissement estimés sont bien entendu plus élevés en Afrique subsaharienne (de 1,51 % à 2,11 % avec une situation intermédiaire de 1,83 % et une situation actuelle de 2,44 %) qu'en Afrique du Nord (de 0,71 % à 1,36 % avec une situation intermédiaire de 1,05 % et une situation actuelle de 1,71 %)<sup>37</sup>. Comme on le constate, la baisse de l'accroissement démographique devrait être nettement plus significative en Afrique du Nord, où la diminution serait de près de 40 % contre 25 % seulement pour l'Afrique subsaharienne (d'après l'hypothèse moyenne).

Selon les estimations des effectifs de population, l'ensemble de l'Afrique aurait en 2030 une population de 1,4 milliard à 1,6 milliard d'habitants, soit un effectif moyen de 1,5 milliard, cela pour une population de 921 millions en 2005. Par conséquent, d'ici 2030, la population africaine devrait augmenter de 57 % à 74 % en 25 ans, ce qui est considérable. La croissance des effectifs serait nettement plus forte en Afrique subsaharienne qu'en Afrique du Nord, pour toutes les raisons que nous avons déjà présentées, avec une augmentation de 63 % à 80 % au sud du Sahara et de 34 % à 50 % au nord. À cet égard, il est important de noter, qu'en 2030, la population de l'Afrique subsaharienne

---

<sup>34</sup> Ces initiatives mondiales ont permis une augmentation importante de l'aide au développement consacrée à la santé, passée de 4 milliards d'euros en 1990 à 16 milliards en 2007. Elles ont également contribué au renforcement des soins de santé primaires et de l'implication des communautés. Les populations couvertes par des interventions ciblées pour la prévention et les soins, contre le VIH et le paludisme par exemple, se sont notablement accrues. En matière de financement, ces initiatives ont agi comme facteur d'équité, en supprimant la participation financière des bénéficiaires des programmes ou en mettant en place un système public d'assurance-maladie, comme au Rwanda (World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, 2009).

<sup>35</sup> La diminution de la fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne est ainsi passée, en baisse annuelle, de -0,07 enfants par femme pour la période 1992-1998 à -0,02 enfant par femme pour la période 1998-2004 (Bongaarts, 2008).

<sup>36</sup> Une hypothèse de fécondité constante a été également élaborée comme référence par les Nations unies ; nous ne la retiendrons pas dans notre propos dans la mesure où elle n'a pas de sens prédictif.

<sup>37</sup> Les distinctions entre les différentes parties de l'Afrique subsaharienne sont très importantes. Elle oppose l'Afrique australe avec une croissance faible, de l'ordre de 0,4 % de croissance annuelle, aux autres régions qui se situent entre 1,8 % et 2 % de croissance (données pour l'hypothèse moyenne).

atteindrait environ 1,25 milliard d'individus ( $\pm 60$  millions, selon l'hypothèse retenue) contre 725 millions en 2005. Le potentiel de croissance est donc encore bien présent, quelle que soit son intensité, en cette partie subsaharienne du continent. Cela, d'autant plus que l'effectif de population a plus de chance de se situer sur la partie haute de l'intervalle (à l'exception de l'Afrique australe), compte tenu de la faiblesse des progrès en matière de contraception moderne, facteur majeur de la baisse de la fécondité (Guengant, 2007 ; Vimard et Fassassi, 2010). Pour l'Afrique du Nord, l'accroissement bien que réel serait contenu puisque la population atteindrait 277 millions d'habitants ( $\pm 16$  millions) pour 195 millions en 2005.

Loin d'être stabilisée, comme dans la plupart des autres grandes régions du Sud, la population africaine continuera donc de croître durant les prochaines décennies à un rythme soutenu et encore mal apprécié pour ce qui concerne l'Afrique au sud du Sahara où l'inégalité actuelle selon les pays et la variabilité des tendances passées rend aléatoire toute prévision à moyen et long terme. Sur un plan strictement démographique, la poursuite des progrès en matière de prévention et de traitement du VIH/Sida, d'une part, et les progrès de la pratique contraceptive, d'autre part, peuvent être identifiés comme les facteurs majeurs du niveau de cet accroissement. L'évolution des priorités et la nature des politiques qui seront menées seront importantes sur ce plan. Sur un plan plus largement socio-économique, la croissance économique et la réduction de la pauvreté en matière d'accès à la santé et à l'éducation seront les déterminants majeurs du rythme d'évolution des effectifs de cette population africaine.

#### **4.2. Les incertitudes relatives aux politiques dans les autres secteurs clés : le post-consensus de Washington entre croissance et équité**

L'évolution démographique des populations africaines et tout particulièrement le ralentissement de la croissance de la population dépendent en partie des effets des politiques qui seront menées dans les prochaines années, dans les domaines de l'éducation et de la santé notamment comme nous l'avons vu précédemment. En outre, certaines conditions, relatives notamment à la stabilité politique, à la bonne gouvernance et au développement à forte intensité d'emploi des différents secteurs d'activité, sont nécessaires pour que l'Afrique puisse pérenniser la baisse de sa croissance démographique et en retirer tous les bénéfices potentiels (voir supra).

L'orientation générale que prendront les politiques dans les autres secteurs clés que ceux qui concernent directement la sphère démographique nous demeurent à ce jour encore très imparfaitement connue. Nous sommes en effet à un moment où l'échec relatif du consensus de Washington est assez communément admis, pour les pays africains comme pour les autres PED. Pour Stiglitz par exemple, le consensus de Washington, marquant le passage d'une vision privilégiant l'intervention de l'État à une stratégie fondée sur la puissance des marchés, a considérablement augmenté le nombre de pauvres (de plus de 80 millions durant la décennie 1990 en Afrique subsaharienne selon la Banque mondiale, 2004). Une augmentation en partie fondée sur la trop lente progression de l'emploi dans le secteur moderne, synonyme de croissance de l'économie informelle et de progression du chômage (Stiglitz, 2002). Dans le même sens, une analyse, sur 108 pays en développement, du suivi du consensus de Washington montre que les pays appliquant fidèlement les recommandations du consensus n'ont globalement pas obtenu de meilleurs résultats que les autres – que ce soit en terme de croissance économique, de développement humain ou de réduction de la dette – tandis qu'ils supportaient les conséquences sociales de l'ajustement suite à la réduction des dépenses sociales et à l'arrêt de subventions aux produits de base (Bern et Combarous, 2004)<sup>38</sup>. En parallèle, un lien positif a pu être établi entre la bonne gouvernance et de meilleures performances économiques (Kaufman et Kraay, 2003). De même, des analyses ont montré que les niveaux de performance en matière de développement dépendent davantage de la qualité des institutions publiques que de celles des politiques économiques (Knack et Keefer, 1995).

---

<sup>38</sup> Pour Williamson, promoteur du consensus de Washington, lui-même, les réformes prônées par le consensus n'aidaient guère à résoudre les problèmes structurels et institutionnels qui brident la croissance et il admettait à propos de l'application du consensus par un certain nombre de pays : « Les résultats ont été décevants, pour ne pas dire plus, en particulier en termes de croissance, emploi et réduction de pauvreté » (traduction des auteurs ; voir Williamson, John, 2002, *Did the Washington Consensus Fail?*, remarks at the Center for Strategic and International Studies (November 6).

Sur la base de ces analyses, les institutions internationales ont remis en question les politiques néolibérales, imposées aux pays africains comme outils privilégiés de sortie de crise à la fin des années 1970, par la réévaluation du rôle de l'État (Banque mondiale, 1997), le soutien au secteur public dans le monde rural et la promotion des partenariats public-privé. Il se dégage alors un post-consensus sur le rôle primordial des institutions, la Banque mondiale (1997) infléchissant sa position en reconnaissant que la bonne gouvernance est indispensable au bon fonctionnement du marché. Cela concerne tout particulièrement l'Afrique subsaharienne, où « la plupart des États africains doivent développer, et non réduire, leur secteur public et améliorer radicalement la qualité des services publics, ce qui exige une capacité institutionnelle, surtout dans les domaines de la réglementation, de la prestation de services et des dépenses sociales » (Manuel, 2003).

Ces évolutions furent synthétisées par le consensus de Monterey, adopté en 2002, qui couvre l'aide et les questions économiques, mais aussi la gouvernance et les droits de l'homme. Sur la base de ce consensus renouvelé, les réformes ont sensiblement progressé dans beaucoup de pays africains, ce qui peut expliquer l'amélioration des résultats économiques durant les années 2000 par rapport à la décennie antérieure : augmentation de la croissance, réduction de l'inflation et des déficits budgétaires (Manuel, 2003), et ce jusqu'à la crise économique mondiale qui aboutit à un sévère ralentissement de la croissance économique en 2009, avant une reprise en 2010 (World Bank, 2010).

Actuellement, la lutte contre la pauvreté, avec l'adhésion de la communauté internationale aux OMD pour diviser la pauvreté par deux entre 2000 et 2015, et la promotion de l'équité (Banque mondiale, 2005 ; Unicef, 2005) sont considérées comme les nouvelles références des politiques sectorielles et l'aide au développement. Cependant, il faut relativiser l'impact de cette nouvelle problématique du développement sur le contenu des politiques et des programmes. Tout d'abord, le contenu même des OMD et la manière dont ils sont formulés en fonction d'une approche essentiellement quantitative, les amènent à se situer dans le cadre d'une orientation traditionnelle des institutions internationales qui s'attaque davantage à la pauvreté elle-même qu'aux processus d'appauvrissement qui en sont le fondement. En outre, l'élargissement des objectifs de développement vers la recherche d'une plus grande équité, proposé par le rapport récent « Équité et développement », de la Banque mondiale (2005) demeure en décalage avec la nature traditionnelle des politiques qui y sont recommandées. Par exemple le rapport, sans doute par souci de rigueur budgétaire, demeure très réticent devant la suppression des droits de scolarité pour les utilisateurs de l'éducation primaire et des contributions des usagers des services de santé primaire. Deux mesures importantes pour l'équité, la lutte contre la pauvreté et pour la croissance, d'ailleurs recommandées dans le rapport du « *Millennium project* », le rapport de la Commission pour l'Afrique du premier ministre Tony Blair (Millennium Project, 2005). Quant aux recommandations en matière d'accès aux infrastructures (eau, électricité, téléphone), elles ne diffèrent guère des politiques antérieurement préconisées par la Banque mondiale (Cling *et al.*, 2005).

Compte tenu de la dépendance de l'Afrique envers les politiques internationales de développement, l'ampleur des débats relatifs à leurs réorientations montre l'étendue des incertitudes. Le post-consensus de Washington reposera-t-il simplement sur un complément au consensus initial ou sur une remise en cause effective de ses fondements néo-libéraux ? Quels seront les équilibres ou les déséquilibres entre les mesures favorables au développement de marché et celles en faveur d'un développement étatique ? Quelles seront les priorités et l'importance des financements en faveur d'une plus grande équité aux échelles nationale et internationale ? Voilà autant de questions en débat (Boyer, 2001 ; Berr et Combarnous, 2004 ; Stiglitz et Serra, 2008) qui conditionneront le contenu des futurs paradigmes du développement et de l'aide au développement et donc le futur des économies et des sociétés africaines.

Au delà de ces questions sur la nature du consensus international, de nouvelles interrogations surviennent, en relation avec l'émergence d'un courant de pensée favorable à la contextualisation des politiques de développement (Hugon, 1999 ; Rodrik *et al.*, 2008). D'une manière générale, les États africains dépendent étroitement des financements extérieurs pour la réalisation de leurs programmes de développement ; d'autre part, ils sont dépossédés d'un maximum d'expertise, au profit des institutions internationales, des grandes ONG et des entreprises privées où la plupart des experts africains se sont engagés. Privés des moyens intellectuels et financiers, beaucoup d'États africains ont

perdu une grande partie de leurs capacités d'initiative en matière de politiques de développement. Ils sont le plus souvent réduits à appliquer les politiques économiques et sociales, définies par les Agences internationales, avec les conditionnalités qui leur sont liées, pour bénéficier de ressources financières extérieures (Tidjani Alou, 2001). En réaction à cet état de fait, un accord international, la Déclaration de Paris, entérinée le 2 mars 2005, a défini, au-delà des principes généraux, un plan d'action concret destiné à améliorer la qualité de l'aide et son impact sur le développement. Un volet de ce plan vise à ce que les pays destinataires de l'aide exercent une souveraineté effective sur leurs politiques et stratégies de développement. Ce volet doit permettre aux gouvernements nationaux de mieux définir la manière dont les OMD peuvent être atteints dans chacun de leur pays. Une première évaluation de la Déclaration, en tant qu'outil de l'efficacité de l'aide, met en évidence les limites du plan d'action dans sa réalisation (Wood *et al.*, 2008) et il faudra attendre plusieurs années pour juger des apports du processus enclenché par cette déclaration de Paris et de la manière dont les différents bailleurs se conformeront aux directives du plan d'action.

En conséquence, des incertitudes demeurent sur l'aptitude des gouvernements africains à définir, sur la base de ce consensus international, des politiques économiques et sociales propres tenant compte des spécificités relatives à chaque pays de nature historique, géographique, culturelle, démographique et socio-économique. Cette aptitude reposera en premier lieu sur des exigences de gouvernance, de paix et de sécurité qui sont les fondations essentielles pour l'efficacité de l'action des États et qui font problème en Afrique, quels que soient les progrès récents en la matière (Stern, 2005).

De ce fait, les chances de réussite des politiques de croissance économique et de développement humain apparaissent plus grandes dans les pays bénéficiant d'une sécurité intérieure durable. En revanche, les incertitudes sont maximums dans les pays politiquement instables ou soumis à des conflits civils récurrents. Par exemple, il est évident que le développement économique et social de la République démocratique du Congo, troisième plus vaste pays d'Afrique et qui dispose d'importantes ressources naturelles et minérales, passera obligatoirement par l'arrêt des rébellions et des pillages, la sécurisation des populations et des activités et l'instauration d'un état de droit : éléments hautement incertains à ce jour.

En définitive, les incertitudes relatives aux autres secteurs clés relèvent des interrogations qui peuvent être faites sur la manière dont les politiques internationales de développement tiendront compte des spécificités africaines (faiblesse des états, dépendance des économies au marché mondial des productions agricoles et minières, pauvreté étendue, etc.) et de la façon dont chacun des pays africains pourra élaborer une stratégie de développement adaptée à son histoire et aux besoins de ses populations.

### **4.3. Les incertitudes relatives aux relations démo-économiques**

Composée de 54 pays, en incluant tous les archipels, l'Afrique est morcelée, et chaque pays représente une situation particulière au regard de l'évolution démo-économique et de sa position relative aux grandes variables du développement, si l'on excepte cependant la relative homogénéité des pays d'Afrique du Nord (voir à ce sujet la figure 1 et le tableau annexe 5).

L'Afrique subsaharienne est donc extrêmement divisée, avec 27 pays qui comptent moins de 10 millions d'habitants (en 2005) et 20 pays dont le PNB est inférieur à 10 milliards de \$ (en 2007), sur les 49 États que comptent la région. Mais le corollaire réside en une concentration de l'activité économique et de la population puisque cinq pays représentent à eux seuls 68 % de la production et 29 % de la population de l'ensemble de la région (tableau 2). En conséquence, l'avenir des relations démo-économiques au sud du Sahara repose pour beaucoup sur celui de quelques pays clés qui sont, de par leur poids en terme de production économique, mais aussi en terme d'effectif de population, des acteurs majeurs en représentant des pays potentiellement « pilotes de croissance », selon le terme de la Banque mondiale (2006).

Les autres pays étant, pour la plupart, de faible poids économique et démographique, il faut admettre que le développement durable ne pourra être mis en œuvre qu'au sein d'ensembles régionaux autour de ces pays clés qui se répartissent, assez heureusement, sur l'ensemble du sous-continent, de l'Afrique australe (Afrique du Sud) à l'Afrique de l'Ouest (Nigeria) en passant par l'Afrique centrale

(Angola) et l'Afrique de l'Est (Kenya, Soudan). L'effet d'entraînement de ces pays dépendra tout d'abord de leur propre dynamique interne qui reposera pour beaucoup sur leur équilibre politique et social à moyen et long terme. Il va de soi que l'Angola est aujourd'hui plus à même, depuis la fin de la longue guerre civile qui décima sa population et son économie (1975-2002), de jouer un rôle moteur sur la base d'une industrie pétrolière et minière aujourd'hui florissante. En revanche, le Nigeria apparaît actuellement entravé par des conflits internes sérieux (opposition ethnico-religieuse Nord-Sud, rébellion dans le delta pétrolier...). Des conflits civils frappent également le Soudan et le Kenya, avec plus d'acuité et de constance pour le premier. Quant à l'Afrique du Sud, le poids du VIH/Sida sur le système de santé et son impact négatif sur les forces productives, de par les décès de jeunes adultes souvent éduqués, constituent des freins à son plein épanouissement comme moteur régional de croissance.

Tableau 2. Poids économique et démographique de 5 pays clés en Afrique subsaharienne

Pays	Produit intérieur brut (en millions de dollars, 2007) <sup>1</sup>	Population (en millions, 2005) <sup>2</sup>
Afrique du Sud	274	47
Nigeria	137	131
Soudan	37	36
Angola	44	15
Kenya	26	34
<i>Ensemble Afrique subsaharienne</i>	<i>761</i>	<i>905</i>

Source : <sup>1</sup> Banque mondiale, 2008 ; <sup>2</sup> United Nations, 2005a.

L'effet d'entraînement des pays pilotes de la croissance dépendra également du niveau de l'intégration régionale et de la capacité de celle-ci à favoriser la paix entre les États, la compétitivité des économies nationales et l'efficacité des systèmes sociaux. L'intégration régionale est difficile à construire en Afrique subsaharienne, politiquement divisée, distante des grands marchés internationaux et à la faible densité économique (Banque mondiale, 2009). Aussi les intégrations régionales sont encore loin de répondre à ces attentes, même si, dans le domaine économique, on peut avancer les progrès de la Communauté pour le développement de l'Afrique australe (SADC)<sup>39</sup>. Celle-ci, constituée autour de l'Afrique du Sud, comprend les seuls pays au sud du Sahara où la production manufacturière représente plus d'un cinquième de la production totale (Swaziland, 33 % ; Maurice, 24 % ; Zimbabwe, 22 % ; Zambie, 21 % ; Afrique du Sud, 21 %), ce qui dénote une avancée sur la voie d'une croissance économique plus équilibrée (BIT, 2003). Sur la base de premières réussites en matière d'intégration, les représentants des pays membres des trois organisations régionales actuellement constituées en Afrique de l'Est et australe se sont d'ailleurs orientés en 2008 vers la création d'un marché unique élargi afin d'accélérer le processus d'intégration économique et de développement des États de la région<sup>40</sup>.

En Afrique de l'Ouest, les progrès de l'intégration régionale, dans le cadre de la Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) sont encore faibles car cette institution souffre de légitimité, les États constitutifs ne lui octroyant que peu de prérogative (Tidjani Alou, 2005). L'avenir de cette intégration ouest africaine apparaît notamment liée à l'élargissement de l'Union économique et monétaire ouest africaine (UMEOA) vers les pays anglophones de la région et à l'approfondissement de son action pour « la création d'un marché ouvert et concurrentiel selon un environnement juridique rationalisé et harmonisé » qui constitue son objectif majeur<sup>41</sup>.

<sup>39</sup> La SADC, qui comprend 14 pays (d'Afrique australe, mais aussi Afrique centrale et d'Afrique de l'Est), vise à la constitution d'une zone économique intégrée et se dote depuis 2001 d'institutions calquées sur le modèle de l'Union européenne.

<sup>40</sup> Il s'agit de la Communauté d'Afrique de l'Est (EAC), du Marché commun des États d'Afrique australe et de l'Est (Comesa) et de la Communauté de développement d'Afrique australe (SADC). Ces trois blocs économiques regroupent 26 pays, 527 millions d'habitants et représentent 59 % du produit intérieur brut du sous-continent.

<sup>41</sup> La CEDEAO regroupe les 15 États d'Afrique de l'Ouest avec l'objectif de garantir la paix entre les pays membres et de promouvoir la coopération et l'intégration. L'UMEOA comprend seulement 8 États, soit les pays francophones et la Guinée Bissau, à l'exclusion donc des pays anglophones, dont le Nigeria ; ces États représentent environ 70 millions d'habitants, soit 30 % de la population d'Afrique de l'Ouest, mais seulement 7 % du produit intérieur brut du sous-continent.



## **5. Les trajectoires possibles en terme d'interrelations entre les changements démographiques et le développement**

Les dynamiques actuelles des pays africains sont extrêmement diverses comme en atteste la variété de leurs niveaux de croissances économique et démographique en ce début de XXI<sup>e</sup> siècle (cf. tableau annexe 5). On constate également que lors de la décennie 1996-2005, 8 pays d'Afrique subsaharienne seulement ont atteint ou se sont approchés d'un taux de croissance du PNB de 7 % par an, qui leur serait nécessaire pour atteindre les objectifs du millénaire pour le développement, compte tenu du taux de croissance de la population<sup>42</sup>, alors que quelques pays ont eu une croissance de leur PNB inférieur à 1 %, lorsqu'elle n'a pas été pour certains nulle ou négative<sup>43</sup>. Quant à la croissance démographique, elle s'étalait durant les années 2000-2005, de moins de 1 % (5 pays) à plus de 3 % (12 pays) avec une amplitude de 0,1 % (Lesotho) à 4,3 % (Érythrée). On peut donc s'attendre à ce que la diversité des évolutions se maintienne dans les décennies à venir, même s'il faut espérer que l'effet d'entraînement et de voisinage des pays potentiellement conducteurs de croissance économique, de développement et de comportements démographiques pionniers suscitera une relative homogénéisation des parcours.

Quelle que soit la diversité prévisible en terme de dynamique économique et démographique, il est cependant possible d'envisager quelques orientations types, construites sur la base des principales tendances observées et de notre connaissance des interrelations les plus prégnantes. Nous retiendrons ici trois trajectoires autour desquelles pourraient s'ajuster le devenir des pays africains. La première s'organise autour du plein effet du bonus démographique. La deuxième trajectoire repose sur l'impulsion d'une croissance économique ouverte sur l'extérieur. La troisième trajectoire correspond au développement de trappes à pauvreté<sup>44</sup>.

### **5.1. Le plein effet du bonus démographique sur le développement durable**

Cette trajectoire privilégie la maîtrise de la croissance démographique comme élément premier d'un cercle vertueux conduisant à un développement de nature principalement endogène, pouvant être qualifié, par plusieurs de ses aspects, d'équitable et durable. Dans cette trajectoire, les incertitudes démographiques sont levées au profit d'une réduction affirmée de la croissance de la population. L'accentuation de la baisse des effectifs de naissances, résultant ici directement d'une amélioration réelle des programmes de planification familiale et de la baisse de la demande parentale d'enfants, sous l'effet des transformations socio-économiques en cours, permet assez rapidement d'opérer un effet de rattrapage en augmentant les taux de couverture sanitaire des mères et des enfants, les taux d'entrée dans le primaire, puis dans le secondaire (Guengant, 2007). Plus largement, les modifications de la pyramide des âges en faveur des individus adultes en âge de travailler et au détriment des populations dépendantes favorisent une amélioration des niveaux d'éducation et de santé, elle-même confortée par les politiques pro-pauvres mises en œuvre depuis quelques années. Ces progrès de l'éducation (diffusion de la scolarisation, amélioration des qualifications) et de la santé (baisse des différentes morbidités et de la mortalité) entraînent une diminution du chômage et du sous-emploi et un accroissement de la productivité du travail. En endiguant le chômage et la pauvreté des jeunes, la progression de l'éducation permet également de rompre le cycle intergénérationnel de la pauvreté actuellement prédominant en milieu urbain comme rural.

Dans la mesure où ils sont accompagnés par un accroissement des investissements dans le secteur agricole, les progrès de l'éducation et de la santé en milieu rural, entraînent une amélioration de la productivité agricole, et donc du revenu des familles, trop faibles actuellement, tout en transférant une partie des ressources de ce secteur (main-d'œuvre, productions primaires) vers les activités

---

<sup>42</sup> Ce taux annuel de 7 % est le niveau de croissance retenu par le New partnership for Africa's development (NEPAD) pour atteindre les OMD, et tout particulièrement l'objectif de réduction de moitié d'ici 2015 de la proportion d'Africains vivant en état de pauvreté (NEPAD, October 2001, Base Document).

<sup>43</sup> Durant la décennie 1996-2005, seuls 5 pays ont dépassé les 7 % annuels de croissance du PNB (Angola, Guinée équatoriale, Mozambique, Rwanda et Tchad), 3 autres pays approchant cet objectif en dépassant 6 % annuels de croissance (Cap Vert, Ouganda et Soudan). Cette croissance était inférieure à 1 % pour la Guinée Bissau et la République centrafricaine, nulle ou négative pour le Congo RD et le Zimbabwe (World Bank, 2006).

<sup>44</sup> La construction de ces trajectoires s'inspire d'une recherche prospective menée, au début des années 2000, sur la Côte d'Ivoire (Hugon *et al.*, 2002).

secondaires et tertiaires à plus forte valeur ajoutée. Cette évolution favorise alors une meilleure valorisation des productions primaires des pays africains, principal avantage comparatif actuel, et un renforcement de l'industrialisation et de l'urbanisation, à leur tour facteurs d'accélération de la transition démographique, selon le schéma classique.

Les processus d'agglomération et de densification du peuplement suscitent, dans un second temps, une forte dynamique de la demande qui devient le moteur de la croissance économique. Cette demande, issue principalement des villes, provoque une augmentation et une diversification de la production industrielle et artisanale et du commerce, profitables à l'économie urbaine, mais également un accroissement de la demande solvable de produits vivriers. Cet accroissement contribue à une nouvelle phase de développement pour une agriculture répondant positivement aux sollicitations du marché par l'accroissement de la productivité. La densité plus forte du peuplement et l'amélioration du capital humain favorisent, dans ce contexte de forte demande, la mise en œuvre de nouvelles techniques culturales plus productives, plus protectrices de la fertilité des sols et plus économes en terres. Ceci représente alors la première étape d'une transformation de l'agriculture en un système stabilisé au plan spatial et reproductible dans le temps garantissant l'environnement en préservant la forêt et les zones écologiques sensibles encore disponibles.

Cette trajectoire articule la logique du modèle boserupien, où le progrès technique agricole résulte de la pression démographique (Boserup, 1970), celle du modèle « WALTPS », construit dans les années 1990 pour éclairer le futur de l'Afrique de l'Ouest, où la croissance économique est tirée par la demande urbaine (Cour, 1994), et celle du modèle du développement durable de la Banque mondiale, où la préservation de l'environnement et la conservation des ressources sont les conditions d'une croissance durable sur le long terme dans la sphère agricole et, plus largement, dans toute l'économie (Cleaver et Schreiber, 1994). Cette trajectoire correspond par conséquent à la mise en œuvre d'un processus de développement durable fondé sur une maîtrise rapide de la croissance démographique, une croissance économique fortement endogène (à l'échelle régionale tout d'abord, puis à celle de l'ensemble de l'Afrique), une amélioration du capital humain et une préservation de l'environnement. Elle suppose une levée assez rapide de l'hypothèque démographique et la conjonction de politiques sectorielles orientées vers un développement autocentré et de politiques sociales favorisant l'équité.

## **5.2. D'une croissance économique ouverte et maîtrisée aux transformations démographiques**

Cette deuxième trajectoire repose sur une insertion croissante des économies africaines dans l'économie internationale grâce à des progrès de productivité et à des gains de compétitivité. Il présente un grand potentiel de croissance économique, facteur puissant de transformations démographiques et de maîtrise à terme de la croissance de la population. Ce scénario vertueux, lié à l'évolution de l'environnement international et de l'intégration régionale, résulte d'un ensemble de facteurs extérieurs (progrès du multilateralisme, diversification des partenaires en Asie et en Amérique du Nord) et internes (amélioration de la gouvernance et de la sécurité, création d'un environnement propice à l'attractivité des capitaux).

Cette trajectoire suppose la mise en œuvre de politiques sectorielles et de législations des affaires favorisant une politique libérale et le passage d'une croissance économique extensive à une croissance plus intensive qui suppose de forts ajustements internes, des investissements physiques et humains conséquents et un appel important aux capitaux privés extérieurs. Cette trajectoire suppose également des progrès substantiels en matière d'intégration régionale. Cette politique entraîne une croissance du secteur privé, une intensification de l'agriculture, une transformation accrue des produits agricoles, une diversification des exportations sur les produits miniers et sur les services. Cette trajectoire de compétitivité internationale et régionale correspond à une amélioration de la formation du capital humain, une construction d'avantages comparatifs, une spécialisation dans des produits à niveau technique plus avancé et une plus grande mobilité interrégionale des facteurs travail et capital. L'accélération de l'intégration régionale accroît la mobilité du travail et une forte différenciation entre les zones avec des mouvements de populations vers les centres urbains et les zones côtières. L'informel urbain et l'agriculture extensive autour de fronts pionniers continuent de faire appel à de la main-d'œuvre, même si globalement les productions rurales et urbaines deviennent plus intensives. La réussite de ce modèle de croissance économique implique un enseignement et un système sanitaire de

base généralisés et de qualité, améliorant la productivité du travail et la qualification de la main-d'œuvre.

Dans cette trajectoire, les progrès rapides de la scolarisation et de l'urbanisation et la progression de la part des couches salariées, instruites et urbanisées acquises à la réussite des projets professionnels féminins et à l'amélioration du capital humain de leur descendance (meilleur état de santé, scolarisation prolongée, etc.) provoque une baisse de la demande d'enfants et de la fécondité ainsi qu'un ralentissement de la croissance démographique. L'intensification de la production, l'afflux des capitaux privés et la diversification de l'économie dans des secteurs plus capitalistiques conduisent ensuite à limiter la demande de travail interne et internationale et à freiner l'immigration.

En définitive, cette trajectoire est porteuse d'une croissance économique forte, sur la base d'une politique libérale d'intégration d'ensembles régionaux à l'économie mondialisée, qui améliore sensiblement les niveaux sanitaires et éducatifs de la population : des améliorations qui modifient les comportements reproductifs dans le sens d'une réduction de la croissance démographique.

### **5.3. Le développement de trappes à pauvreté, à l'échelle nationale ou régionale**

Les incertitudes relatives au degré de ralentissement de la croissance démographique comme aux progrès économiques et à l'efficacité de la lutte contre la pauvreté, durant les prochaines années, nous conduisent à concevoir une trajectoire plus sombre de l'avenir de l'Afrique. Compte tenu de certains processus actuels, on peut en effet envisager le développement de trappes à pauvreté par l'accentuation de cercles vicieux déjà perceptibles associant croissance démographique non maîtrisée et maintien d'une économie de rente ou de faible subsistance assortis ici ou là de repli nationalistes ou ethniques.

Dans cette troisième trajectoire, l'absence d'amélioration de l'efficacité des systèmes de santé et d'éducation et le trop faible développement des services de planification familiale consolident la croissance démographique rapide. La fécondité et la mortalité restent élevées, se renforçant l'une l'autre avec le maintien d'intervalles intergénéraliques courts et des unions précoces, facteurs de décès infantiles confortant la demande parentale de forte fécondité. Il en découle le maintien d'un taux de dépendance élevé et une faible amélioration du capital humain (scolarisation et état de santé stagnants), défavorables à l'amélioration de la productivité du travail et de l'investissement. Cela correspond à une incapacité des pays à construire de nouveaux avantages comparatifs, à diversifier leur système productif vers des activités à forte valeur ajoutée, à approfondir les mécanismes d'intégration régionale et à permettre une croissance économique suffisamment supérieure à la croissance démographique pour développer les investissements dans les secteurs sociaux et dans la production.

La dynamique de population est alors marquée par une augmentation de la migration vers des villes qui ne peuvent absorber ce surcroît de ruraux sans aggravation de l'insalubrité de l'habitat, de la pression du marché du travail et, par conséquent, du chômage et de la précarité. Faute de création de nouveaux moyens de subsistance, l'exode rural ne peut suffire à atténuer la pression sur la terre et la baisse de la productivité agricole provoque une insécurité alimentaire. Cette pauvreté peut être alors à la source de conflits sociaux même si le niveau de vie de la population peut se maintenir grâce à la généralisation de l'informel et des liens entre mondes rural et urbain. Sous l'effet de la crise sociale et économique, l'instabilité matrimoniale progresse et la capacité des systèmes de solidarité familiaux et lignagers à amortir les difficultés financières s'épuise. Ceci contribue à aggraver les conséquences de la crise sur les conditions de vie, la santé et la formation des individus les plus fragiles. L'épuisement des perspectives de valorisation personnelle au sein des pays ouvre davantage la voie à l'émigration vers le monde occidental et affaiblit d'autant les États de par l'accélération de la fuite des compétences nationales.

À cette trajectoire de portée nationale, on peut relier un schéma associant surpopulation et surexploitation agricole à une échelle plus régionale. Ce schéma trouve son origine dans l'articulation d'une population rurale croissante et d'un environnement ne pouvant supporter les trop fortes densités. La surpopulation entraîne alors une forte déforestation qui provoque elle-même une érosion des sols. En parallèle, la pression démographique trop forte conduit à un amenuisement des surfaces foncières

arables disponibles par ménage, à une surexploitation des terres ainsi qu'à une limitation ou une disparition des pâturages. Tout ceci favorise une paupérisation des familles d'agriculteurs, un exode rural accéléré d'individus souvent faiblement alphabétisés et formés qui trouvent très peu de débouchés sur les marchés d'emploi urbain. Cette situation, où pauvreté rurale et précarité urbaine se renforcent, peut déjà être appréhendée, dans des contextes écologiques distincts, que ce soit par exemple au Sahel ou sur les Haut Plateaux éthiopiens (dans la région d'Amhara par exemple). Elle pourrait se généraliser si les investissements et l'amélioration de la formation des agriculteurs ne permettaient pas un progrès suffisant des techniques culturales pour répondre à la pression démographique propre à certains milieux ruraux surexploités.

Cette trajectoire pourrait connaître deux variantes. La première s'appuierait sur une croissance économique extensive sur la base des rentes internationales (pétrole, produits miniers, agriculture de plantation), en se situant dans le prolongement de situation antérieure (la Côte d'Ivoire des années 1980) ou actuelle (l'Angola). L'économie serait alors tirée par des exportations sans diversification où la forte instabilité des cours conduirait à un essoufflement de la compétitivité et à une croissance de la dette extérieure. Ceci imposerait alors une régression de l'intervention de l'État dans les secteurs économiques et sociaux et le recours à un appui extérieur. Comme tout modèle extensif, celui-ci comporte des risques d'épuisement alors que l'Etat aurait des moyens affaiblis pour supporter les systèmes sociaux dans une situation de maintien d'une croissance démographique rapide.

Une variante de repli identitaire ou nationaliste est envisageable dans le cas de crise socio-économique grave. Elle pourrait conduire à des conflits internes, sur des bases ethnique, religieuse ou sociale, ou à des conflits entre pays proches. Dans un contexte de spécialisation dans des productions à faible valeur ajoutée ou à rendements décroissants, de rareté des terres et d'absence de progrès de productivité, il y aurait enlisement dans la crise. Les tensions sociales se traduiraient sur le marché du travail par des discriminations qui concerneraient tant le salariat que l'informel. Les inégalités régionales internes aux pays pourraient s'accroître et des conflits de générations se développer face à la progression du nombre de jeunes à la recherche d'un emploi sur un marché du travail étroit. Ce trajectoire de crise économique est compatible avec un malthusianisme de la pauvreté, rencontré en d'autres régions du monde (Bangladesh, Amérique latine), où la baisse de la fécondité serait liée à la dissolution des ménages et à l'affaiblissement des solidarités intergénérationnelles et où l'on observerait une remontée de la mortalité (déstructuration des systèmes de soin, baisse des dépenses de santé, effet du sida et d'autres maladies émergentes).

## **6. Conclusion générale : vers une spatialisation régionale du diptyque population-développement sur le continent africain ?**

Les faibles densités de population, les longues distances entre les principaux centres d'activité et les divisions intenses entre les pays constituent, aujourd'hui comme hier, des causes cumulatives au sous-développement de l'Afrique au sud du Sahara (Banque mondiale, 2009 ; Iliffe, 1995). Ces dimensions spatiales réduisent la proximité entre les agents économiques et retardent la diffusion des comportements démographique pionniers au sein de l'Afrique subsaharienne mais aussi entre celle-ci et l'ensemble du monde, et notamment la partie septentrionale du continent, qui ne souffre pas des mêmes handicaps géographiques et politiques.

Ces inconvénients structurels expliquent pour une large partie l'incapacité de la région à profiter des premières phases de sa croissance démographique pour effectuer un véritable décollage économique tout en obtenant une réduction de cette croissance de la population, comme les autres régions en développement ont pu le faire. Actuellement, nombre de pays subsahariens se caractérisent par un accroissement de la population trop rapide au regard des capacités du système de production et de grandes difficultés à dégager des moyens suffisants pour l'éducation et la qualification des ressources humaines nécessaires à l'enclenchement d'un véritable processus de développement social et économique. Pour ces pays, la jeunesse de leur population demeure une charge avant d'être une ressource. Alors que le modèle de changement démo-économique habituellement suivi par les autres régions du monde est souvent en panne dans les pays africains, de par la santé déficiente, le faible niveau technologique et le haut degré de dépendance (Clapham, 2006), et alors que certains pays

africains courent le risque de rester durablement en dehors de la mondialisation (Demeny et Mc Nicoll, 2006), la question de l'orientation et du contenu des politiques de développement et de population devient cruciale.

Face à cette question, nous avons montré dans ce texte l'existence en Afrique subsaharienne de quelques cercles vertueux, qu'il s'agit d'impulser et de favoriser. Par exemple lorsque les progrès de la scolarisation améliorent l'instruction et la participation des femmes à l'activité économique, ceci contribue à la baisse de la mortalité des enfants, de la fécondité et de la croissance démographique. Ce déclin de la croissance de la population a une influence indirecte importante sur le développement en entraînant une réduction du taux de dépendance, antérieurement souligné, qui conduit, en retour, à une diminution de la pauvreté et à des investissements dans le capital humain, facteurs de progrès socio-économique. Nous avons également mis en évidence plusieurs cycles vicieux, qu'il est nécessaire de circonvenir et de prévenir. La situation la plus dramatique est bien sûr celle où les conflits civils entraînent une désorganisation des systèmes sociaux et des structures de production, un accroissement de la pauvreté monétaire et une détérioration des conditions d'existence, conduisant à une hausse de la mortalité tout en installant une instabilité sociale grave qui achève de déstructurer l'ensemble des institutions. La mise en évidence de ces cycles, positifs ou négatifs, montre que nous sommes face à un système global dont la dynamique démographique constitue une composante endogène qui agit sur les autres composantes (d'ordre social, économique, institutionnel, etc.) tout en subissant leurs influences. La baisse de la croissance démographique permettra d'accroître les investissements économiques et sociaux mais la maîtrise prolongée de la démographie africaine ne pourra être obtenue que sur la base d'une amélioration de la santé et de l'éducation et plus largement de l'ensemble des composantes du capital humain et social. L'action politique doit par conséquent prendre en compte l'existence des effets et des contre-effets réciproques des politiques démographiques et des programmes dans les autres secteurs clés sur la variable population comme sur les autres structures sociales et économiques de la société.

Impulser des processus cumulatifs de développement impose de surmonter les handicaps de la mauvaise géographie économique et de résoudre les questions démographiques les plus cruciales. Accélérer l'urbanisation tout en améliorant les infrastructures urbaines, favoriser le développement territorial en développant les réseaux de transport et en facilitant les migrations, améliorer les intégrations régionales par la coopération politique et les projets d'infrastructures sont les moyens privilégiés pour améliorer la géographie du développement, comme le souligne la Banque mondiale (2008) dans son dernier *Rapport sur le développement dans le monde*. Un renforcement de l'intégration intra-africaine qui est également jugée indispensable par la Cnuced dans son *Rapport 2009 sur le développement économique en Afrique* avec un double objectif : fortifier l'unité politique du continent et promouvoir la croissance économique et le développement (Cnuced, 2009).

Cette promotion d'une intégration régionale, défendue par les institutions internationales, autour des quelques pays potentiellement pilotes de croissance mis en évidence dans ce texte, pourrait déboucher sur des espaces régionaux de développement pour peu qu'une libéralisation des mouvements migratoires permettent une meilleure distribution des ressources humaines et que les politiques de population soient adaptées à chaque région. En effet les contraintes démographiques d'un développement durable varient aujourd'hui selon les espaces. Autant le développement économique et social de l'Afrique australe est entravé par la forte prévalence du VIH/Sida qui mérite là le maintien d'une priorité forte à la lutte contre cette pandémie. Autant la priorité en Afrique de l'Ouest et en Afrique de l'Est doit se porter sur la maîtrise de la fécondité à travers le développement de programmes de planification familiale de qualité accessibles à tous. Ceci suppose que les priorités internationales imposées aux pays soient considérablement modulées au profit d'une appréhension plus régionale des problèmes de population et d'une prise en compte des spécificités de chaque pays au regard des questions démographiques, tenant compte également de leurs caractéristiques géographiques et économiques. Ceci sans oublier que les progrès en matière de développement humain peuvent être décisifs, à partir d'un certain degré, pour accélérer les changements démographiques, et notamment le recul de la mortalité et la maîtrise de la fécondité.

Quant à l'Afrique du Nord, il lui reste à conforter la baisse de la fécondité, notamment dans les pays où elle se trouve le moins avancée (Égypte, Libye), et à réformer ses systèmes de production

pour offrir des emplois à une population active croissante, tout en engageant une réflexion sur les programmes qui lui seront demain et après-demain nécessaires pour pallier les effets d'un vieillissement de sa population qu'elle sera la première à connaître en Afrique.

Au-delà des particularités propres à ses grandes régions, l'Afrique sera confrontée longtemps à deux grandes questions, en partie liées, sur lesquelles il nous semble nécessaire d'insister pour conclure. La première question est relative au développement rural et agricole, compte tenu de la part de la population vivant dans les milieux ruraux et de la nécessité d'assurer la sécurité alimentaire des villes en forte croissance. Dans une région où 40 % des exportations sont assurées par le secteur agricole et où la pauvreté touche principalement le monde rural, la croissance de l'agriculture peut avoir un impact majeur sur la réduction de la pauvreté et la croissance économique. Le défi consiste par conséquent à améliorer les politiques d'investissements pour accroître fortement la productivité actuellement faible (Banque mondiale, 2006) et assurer la durabilité des systèmes de production agricole traditionnellement extensifs et dévoreurs d'espace.

La seconde question relève du développement des territoires alors que les régions surexploitées coexistent déjà avec des zones désertiques ou en voie de désertification sur un continent qui sera le plus vulnérable aux impacts du changement climatique, selon le dernier rapport du Groupe intergouvernemental d'étude du climat (GIEC). Les impacts du réchauffement climatique seront en effet plus sensibles pour une région continentale en zone sub-tropicale comme l'Afrique dont les capacités d'adaptation seront en outre limitées par la pauvreté. L'Afrique subira ainsi principalement l'impact de la réduction de la pluviosité sur ses agricultures à petite échelle, fortement dépendantes des précipitations, qui pourrait entraîner un recul des rendements des cultures pluviales de 50 % d'ici à 2020. L'Afrique sera également confrontée à l'élévation du niveau des océans qui pourrait redessiner 4 000 kilomètres de côtes, du Sénégal au Cameroun, (villes inondées, infrastructures portuaires détruites, terres arables perdues, salinisation de terres agricoles fertiles) (Parry *et al.*, 2007). Les effets des changements climatiques, potentiellement générateurs de déplacements de population et de déstabilisation des systèmes de production, sont par conséquent à prendre en compte dès maintenant dans l'élaboration des politiques de développement.

Quel que soit le poids des contraintes qui s'exercent sur elle, l'Afrique du Nord se trouve aujourd'hui confrontée au défi de retirer tous les bénéfices, en terme de développement économique et social, d'une diminution de la croissance de sa population alors que l'Afrique subsaharienne doit engager un cercle vertueux articulant ralentissement de la croissance démographique et croissance socio-économique. Pour s'engager ainsi dans la voie d'un développement plus durable, alliant maîtrise de la démographie, progrès socio-économique et utilisation soutenable des ressources, ces régions ont l'opportunité de profiter d'une insertion croissante dans une économie mondialisée en définissant mieux, voire même en redéfinissant leurs politiques de développement selon une approche systémique et contextualisée pour laquelle ce texte a essayé d'apporter quelques éléments.

## Références bibliographiques

- Anoh, Amoakon (2010), Offre et demande de planification familiale en Afrique subsaharienne, *in* Raïmi Fassassi, Kokou Vignikin et Patrice Vimard (éds), *La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle*, GRIPPS-LPED-Academia-Bruylant, Louvain-la Neuve, p. 39-70.
- Banque africaine de développement (2008), *Statistiques choisies sur les pays africains 2008*, Vol. XXVII, Division des statistiques économiques et sociales, Département de la statistique, Tunis, 300 p.
- Banque mondiale (1993), *Rapport sur le développement dans le monde 1993. Investir dans la santé*, Washington.
- Banque mondiale (1997), *Rapport sur le développement dans le monde 1997. L'état dans un monde en mutation*, Washington D.C., 290 p.
- Banque mondiale (2005), *Rapport sur le développement dans le monde 2006. Équité et développement*, Oxford University Press, New York,
- Banque mondiale (2007), *Enjeux démographiques du XXI<sup>e</sup> siècle. Le rôle de la Banque mondiale*, Document de travail, The World Bank, Health Nutrition and Population, New York, 74 p.

- Banque mondiale (2008), World Development Report 2009: Reshaping Economic Geography, Banque mondiale, Washington D.C., 368 p.
- Behrman, Jere (1996), « The Impact of Health and Nutrition on Education », *The World Bank Research Observer*, 11 (1), p. 23-38.
- Berr, Eric et Combarnous, François (2004), L'impact du consensus de Washington sur les pays en développement : une évaluation empirique, Document de travail, Centre d'économie du développement, IFREDE-GRES-Université de Bordeaux, 24 p.
- BIT (2003), Le travail décent au service du développement de l'Afrique, Dixième Réunion régionale africaine, Addis-Abeba, décembre 2003, Rapport du Directeur général, Bureau international du travail, Genève, 58 p.
- Blanchet, Didier (1991), Modélisation démo-économique. Conséquences économiques des évolutions démographiques, Paris, INED-PUF.
- Bloom, David et Sachs Jeffrey (1998), Geography, Demography and Economic Growth in Africa, *Brooking Papers on Economic Activity*, 2, p. 207-295.
- Bloom, David, Canning David et Sevilla, Jaypee (2003), The Demographic Dividend. A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change, *Population Matters*, Rand, 106 p.
- Bongaarts, John (2008), Fertility Transitions in Developing Countries: Progress or Stagnation?, *Studies in Family Planning* 39 (2), p. 105-110.
- Boserup, Ester (1970), Évolution agraire et pression démographique, Flammarion, Paris (édition originale en anglais, 1965).
- Boyer, Robert (2001), L'après-consensus de Washington : institutionnaliste et systémique ?, *L'Année de la régulation*, n°5.
- Brown, George (2007), Tunisia: The Debut of Family Planning, in Warren Robinson et John Ross (eds), *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Policies and Programs*, Washington, D.C., The World Bank, p. 59-69.
- Brunet-Jailly, Joseph (2002), La santé, in George Tapinos, Philippe Hugon et Patrice Vimard (dir.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Paris, Karthala, coll. « Hommes et Sociétés », p. 325-367.
- Caldwell John (1993), Les tendances démographiques et leurs causes, le cas de l'Afrique est-il différent ?, in Jean Claude Chasteland, Jacques Véron et Magali Barbieri (dir.), *Politiques de développement et croissance démographique rapide en Afrique*, Congrès et colloque n° 13, Paris, INED-PUF, p. 21-45.
- Caldwell John (2005), On Net Intergenerational Wealth Flows: An Uptade, *Population and Development Review* 31 (4), p. 721-740.
- Cleaver, Kevin et Schreiber, Götz (1994), Reversing the Spiral. The Population, Agriculture and Environment Nexus in Sub-Saharan Africa, The World Bank, Washington D.C., 293 p.
- Cassen, Robert (dir.) (1994), *Population and Development: Old Debates, New Conclusions*, New Brunswick-New Jersey-Oxford, Transaction Publishers.
- Clapham, Christopher (2006), The Political Economy of African Population Change, in Paul Demeny et Geoffrey McNicoll (eds.), *The Political Economy of Global Population Change 1950-2050*, *Population and Development Review Supplements*, p. 96-114.
- Cleland, John et Wilson, Christopher (1987), Demand Theories of the Fertility Transition: An Iconoclastic View, *Population Studies* 41 (1), p. 5-30.
- Cleland, John et Sinding, Steven (2005), What would Malthus say about AIDS in Africa?, *The Lancet* 366, Issue 9500, 1899-1901, 26 November 2005, doi:10.1016/S0140-6736(05)67603-9.
- Cling, Jean Pierre, et al. (2005), Le développement, une question de chances ? À propos du Rapport sur le Développement dans le monde 2006 « Équité et développement », Document de travail, DT/2005-15, DIAL, Paris, 38 p.
- Cogneau, Denis et Grimm, Michael (2002), AIDS and Income Distribution in Africa. A Micro-simulation Study for Côte d'Ivoire, DIAL, document de travail n° 15, décembre 2002, 41 p.
- Commission for Africa (2005), *Our common interest. Report of the Commission for Africa*, London, 461 p.
- Cook, Lengyel et Repetto, Robert (1982), The relevance of the developing countries to demographic transition theory: further lessons from the hungarian experience, *Population Studies* 36 (1), p. 105-128.
- Cour, Jean-Marie (1994), Analyse démo-économique rétrospective et esquisse d'image économique à long terme de la région Afrique de l'Ouest, BAD/OCDE/CILLS, Paris, 140 p.
- Courbage, Youssef (2002), Sur les pas de l'Europe du Sud : La fécondité au Maghreb, Expert Group Meeting on

- Completing the Fertility Transition, United Nations, Population Division, New York, March 2002, 15 p.
- Cruved (2009), *Le Développement Économique en Afrique. Rapport 2009. Renforcer l'intégration économique régionale pour le développement de l'Afrique*, Nations unies, New York et Genève, 127 p.
- Demény Paul et McNicoll, Geoffrey (2006), *The Political Demography of the World System, 2000-2050*, in Paul Demény, Geoffrey McNicoll (eds.), *The Political Economy of Global Population Change, 1950-2050*, Population and Development Review Supplements, p. 254-287.
- Easterlin, Richard (1967), *Effects of Population Growth on the Economic Development of Developing Countries*, Annals of the American Academy of Political and Social Science, n° 369, p. 98-108.
- Economic and Social Commission for Western Asia (2005), *The Millenium Développement Goals in the Arab Region 2005*, United Nations, New York, 17 p.
- FAO (2009), *L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde 2009. Crises économiques – répercussions et enseignements*, FAO, Rome, 66 p.
- Ferry, Benoît (dir.) (2007), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, 2007, 379 p.
- Gastineau, Bénédicte et Sandron, Frédéric (2004), *Famille et développement économique et social en Tunisie. Une politique de planification familiale intégrée*, in Arlette Gautier (éd.), *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*, CEPED-LPED-CERPOS, Paris, p. 165-194.
- Gautier, Arlette (2006), *L'information sur les méthodes contraceptives dix ans après le programme d'action du Caire*, in Agnès Adjamagbo, Philippe Msellati et Patrice Vimard (dir.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Louvain-la-Neuve, LPED ; Academia-Bruylant, p. 41-74.
- Gillespie, Stuart, Mason, John et Martorell, Reynaldo (1996), *How Nutrition Improves*, Geneva: The United Nations, Administrative Committee on Coordination, Subcommittee on Nutrition, State-of-the- Art Series, Nutrition Policy Discussion Paper 15.
- Goesling, Brian et Firebaugh, Glenn (2004), *The Trend in International Health Inequality*, *Population and Development Review* 30 (1), p. 131-146.
- Gogué, Tabouré (1997), *Impact des programmes d'ajustement structurel sur le secteur de la santé : cas du Togo*, *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 10, n°1, p. 163-179.
- Guengant, Jean-Pierre et Rafalimanana, Hantamalala (2005), *The Cairo Approach: Making Reproductive Health and Family Planning Programmes more Acceptable or Embracing too much ?*, Communication au XXV<sup>e</sup> Congrès général de la population de l'UIESP, Tours, 18 au 23 juillet 2005, 32 p.
- Guengant, Jean-Pierre (2007), *La démographie africaine entre convergences et divergences*, in Benoît Ferry (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 27-121.
- Gwatkin, Davidson, *et al.* (2007), *Socio-Economic Differences in Health, Nutrition and Population Within Developing Countries. An Overview, Country Reports on HNP and Poverty*, Health Nutrition and Population, The World Bank, Washington, D. C., 287 p.
- Herbst, Jeffrey (2000), *States and Power in Africa: Comparative Lessons in Authority and Control*, Princeton, Princeton University Press, 248 p.
- Hugon, Philippe (1999), *Le « consensus de Washington » en questions*, *Revue Tiers Monde*, n°157, janvier-mars.
- Hugon, Philippe, Tapinos, George et Vimard, Patrice (2002), *Conclusion*, in George Tapinos, Philippe Hugon et Patrice Vimard (dir.), *La Côte d'Ivoire à l'aube du XXI<sup>e</sup> siècle*, Coll. Hommes et Sociétés, Paris, Karthala, p. 475-490.
- Hugon, Philippe (2006), *L'économie de l'Afrique*, Paris, La Découverte, coll. « Repères », 117 p.
- Hugon, Philippe (2007), *Variables démographiques et développement. Le cas de l'éducation et de la santé en Afrique*, in Benoît Ferry (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*. Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 155-195.
- Ilfie, John (1995), *Africans: The History of a Continent*, African studies series 85, Cambridge, Cambridge University Press, 323 p.
- Kaufman, Daniel et Kraay, Aart (2003), *Governance and Growth : Causality which way?*, World Bank, Washington D.C.
- Knack, Stephen et Keefer, Philip (1995), *Institutions and Economic Performance : Cross-Country Tests Using Alternative Measures*, *Economics and Politic*, 7 (nov.), p. 207-227.



- Kuznets, Simon (1967), Population and Economic Growth, *Proceeding of the American Philosophy Society* 111 (3), p. 170-193.
- Leveau, Rémy (1994), Introduction, in Raymond Benhaïm, Youssef Courbage et Rémy Leveau, *Le Maghreb en suspens, Les cahiers du CERI*, 8, p. 5-7.
- Mach, Adrea (2004), Amartya Sen, développement et santé, A notre santé, *La lettre de l’OMS*, OMS.
- Manuel, Trevor (2003), L’Afrique et le Consensus de Washington. Trouver la bonne voie, *Finances & Développement*, Septembre 2003, p. 18-20.
- Mesle, France et Vallin, Jacques (1997), La mortalité dans le monde : tendances et perspectives, in Jean-Claude Chasteland et Jean-Claude Chesnais (dir.), *La Population du monde. Enjeux et problèmes*, Paris, INED-PUF, p. 461-479.
- MDG Africa Steering Group (2008), *Achieving the Millenium Development Goals in Africa. Recommendations of the MDG Africa Steering Group*, june 2008, New York, 33 p.
- Millennium Project (2005), *Report to the UN Secretary General, Investing in Development, A Practical Plan to Achieve the Millennium Developments Goals*, New York, United Nations, 329 p.
- Nassar, Heba (1993), Quelques conséquences sociales des programmes d’ajustement structurel, *Égypte/Monde arabe*, n° 12-13, p. 145-177.
- Ndulu, Benno (2006), Ramping up African Growth: Lessons from Five Decades of Growth Experience, *Economic Affairs* 26 (4), p. 5-11.
- Ndulu, Benno et O’Connell, Stephen (2006), *Policy Plus: African Economic Growth 1960-2000*, AERC Mini-Plenary Session on the Growth Project (mai 2005, révisé juillet 2006).
- Parry, Martin, *et al.* (2007), *Climate Change 2007: Impacts, Adaptation and Vulnerability, Contribution of Working Group II to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Cambridge University Press, Cambridge, UK, 976 p.
- Pnud (2008), *Human Development Indices: A statistical update 2008. Indicator Tables HDI 2008*, <http://hdr.undp.org/fr/statistiques/acceder/idh2008/>
- OMS (2006), *The Health of the People: The African Regional Health Report*, WHO Regional Office for Africa, 196 p.
- Onusida (2008), *Rapport sur l’épidémie mondiale de sida 2008*, juillet 2008.
- Quesnel, André et Vimard, Patrice (1999), *Recompositions familiales et transformations agraires. Une lecture de cas africains et mexicains*, in Jean-Pierre Chauveau, Marie-Christine Cormier-Salem et Éric Mollard (éd.), *L’innovation en agriculture. Questions de méthodes et terrains d’observation*, Coll. À Travers Champs, Paris, IRD Éditions, p. 319-341.
- Repetto, Robert (1978), The interaction of fertility in the size distribution of income, *The Journal of Development Studies* 14 (4), p. 22-39.
- Rodrik, Dani, Hausmann, Ricardo et Velasco, Andres (2008), *Growth Diagnostics*, in Joseph Stiglitz et Narcis Serra (eds.), *The Washington Consensus Reconsidered: Towards a New Global Governance*, Oxford University Press, New York.
- Sala-Diakanda, Daniel (2000), La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques de fécondité. De la conférence de Bucarest à celle du Caire, in Patrice Vimard et Benjamin Zanou (dir.), 2000, *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, Paris, L’Harmattan, p. 13-45.
- Safir, Tamany (2000), *Changement social, politique de population et transition démographique dans les pays du Maghreb*, in Patrice Vimard et Benjamin Zanou (dir.), *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique*, Collection Populations, Paris, L’Harmattan, p. 243-261.
- Stern, Sir Nicholas (2005), Making Development Work in Africa: our common interest, *économie publique/public economics*, 17 (2), p. 13-32.
- Sen, Amartya (2000), *Un nouveau modèle économique. Développement, justice et liberté*, Paris, Odile Jacob, 400 p.
- Stiglitz, Joseph (2002), *La grande désillusion*, Paris, Fayard, 407 p.
- Stiglitz, Joseph et Serra, Narcis (eds) (2008), *The Washington Consensus Reconsidered: Towards a New Global Governance*, Oxford University Press, New York.
- Tabutin, Dominique et Schoumaker, Bruno (2004), La démographie de l’Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000, *Population* 59 (3-4), p. 521-622.
- Talbot P.A. (1927), *Some Nigerian Fertility Cults*, Londres, Oxford University Press.

- Tidjani Alou, Mahaman (2001), Globalisation : l'état africain en question, *Afrique contemporaine* 199, p. 11-24
- Tidjani Alou, Mahaman (2005), Quelle peut être la portée réelle du rapport de la Commission pour l'Afrique ?, *économie publique/public economics*, 17 (2), p. 33-40.
- UNCTD (United Nations Conference on Trade and Development) (2009), The Least Developed Countries Report 2009. The State and Development Governance, United Nations, New York and Geneva, 179 p.
- Unesco (2005), Dakar+5. Éducation pour tous en Afrique, Repères pour l'action, Paris-Dakar
- Unicef (2005), La situation des enfants dans le monde 2006. Exclus et invisibles, Unicef, New York, 143 p.
- Unfpa (2009), Financing the ICPD Programme of Action: Data for 2006, Estimates for 2007/08, 8 p. [http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/advocacy\\_brochure\\_2009.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2009/advocacy_brochure_2009.pdf)
- United Nations (1993), Population Growth and Economic Development, Report of the consultative meeting of economists convened by the United Nations Population Fund, 28-29 September 1992, New York, UNFPA.
- United Nations (2005a), World Population Prospects. The 2004 Revision: Wall Chart, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 2 p.
- United Nations (2005b), UN Millennium project. Investing in development: a practical guide to achieve the Millennium Development Goals: overview. New York, 48 p.
- United Nations (2006), World Mortality Report 2005, New York, Population Division of United Nations, ST/ESA/SR/A/252.
- United Nations (2007), World Population Prospects. The 2006 Revision. Highlights, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 94 p.
- United Nations (2008), World Urbanization Prospects : The 2007 Revision. Highlights, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 230 p.
- United Nations (2009), World Population Prospects. The 2008 Revision. Highlights, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 89 p.
- Vimard, Patrice (2002), Pauvretés, crises et population, in Yves Charbit (éd.), Population et développement, Collection des « Notes et études documentaires », Paris, La Documentation française, p. 43-73.
- Vimard, Patrice et Fassassi, Raïmi (2007), La demande d'enfants en Afrique subsaharienne, in Benoît Ferry (dir.). L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain, Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 197-251.
- Vimard, Patrice (2007), Synthèse : entre présent contrasté et avenir incertain : la démographie, la santé de la reproduction et le développement en Afrique subsaharienne, in Benoît Ferry (dir.). L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain. Paris (FRA) ; Nogent-sur-Marne (FRA) ; Paris : AFD ; CEPED ; Karthala, p. 329-367.
- Vimard, Patrice et Fassassi, Raïmi (2010), L'évolution de la contraception en Afrique, in Raïmi Fassassi, Kokou Vignikin et Patrice Vimard (éd.), La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle, GRIPPS-LPED-Academia-Bruylant, Louvain-la Neuve, p. 71-101.
- Wilkinson, Richard et Pickett, Kate (2009), The Spirit Level. Why More Equal Societies Almost Always Do Better, Penguin Books, Allen Lane, 352 p.
- Wood, Bernard, et al. (2008), Synthesis Report on the First Phase of the Evaluation of the Implementation of the Paris Declaration, Copenhagen, July 2008, 143 p.
- World Bank (2006), Moving from the Year of Africa to the decade of Africa – from promises to results, Africa Development Indicators 2006, Washington, D.C., p. 1-21.
- World Bank (2010), Global Economic Prospects, Summer 2010. Fiscal Headwinds and Recovery Recovery ([www.worldbank.org/globaloutlook](http://www.worldbank.org/globaloutlook)).
- World Health Organization (2008), World malaria report 2008, Genève, WHO, 90 p.
- World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group (2009), An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems, *The Lancet* 373 (9681), p. 2137-2169.
- Yaakoubd, Abdel-Ilah et Vimard, Patrice (2010), La régulation de la fécondité au Maroc : évolution et différenciation sociale des comportements, in Raïmi Fassassi, Kokou Vignikin et Patrice Vimard (éd.), La régulation de la fécondité en Afrique : transformations et différenciations au tournant du XXI<sup>e</sup> siècle, GRIPPS-LPED-Academia-Bruylant, Louvain-la Neuve, p. 221-252.

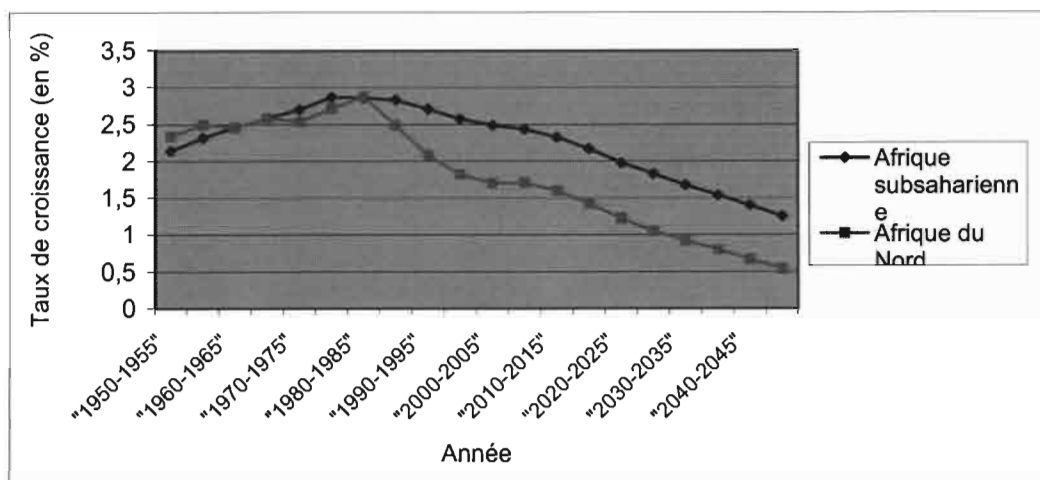
## Annexes

Tableau annexe 1. Indicateurs démographiques selon la région en Afrique

Indicateurs	Population (en milliers)	Densité (h/km <sup>2</sup> )	Croissance démographique annuelle (%)	Taux de natalité (pour 1000)	Taux de mortalité (pour 1000)	ISF (enfants par femme)	Espérance de vie à la naissance (en années)	Taux de mortalité avant 5 ans (pour 1000 naissances)	Population de moins de 15 ans (%)	Population de plus de 60 ans (%)	Population urbaine (%)	Population active (% de 15 à 64 ans)
Année	2005	2005	2000-2005	2000- 2005	2000- 2005	2000- 2005	2000- 2005	2000-2005	2005	2005	2005	2000
Source	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)	(3)
Afrique australe	54 055	20	0,7	24	17	2,9	48	79	33	7	57,3	66,3
Afrique de l'Est	287 707	30	2,2	38	15	5,0	49	159	41	5	22,7	80,3
Afrique centrale	109 461	17	2,6	46	20	6,2	43	204	46	5	41,1	74,5
Afrique de l'Ouest	263 636	43	2,4	42	17	5,8	46	193	44	5	42,9	72,3
Afrique subsaharienne (ensemble)	714 859	29	2,3	40	17	5,3	46	172	42	5	35,9	-
Afrique du Nord	190 895	22	1,7	26	7	3,2	67	61	33	7	50,9	59,8
Afrique	905 936	30	2,2	38	15	5,0	49	159	41	5	38,7	71,5

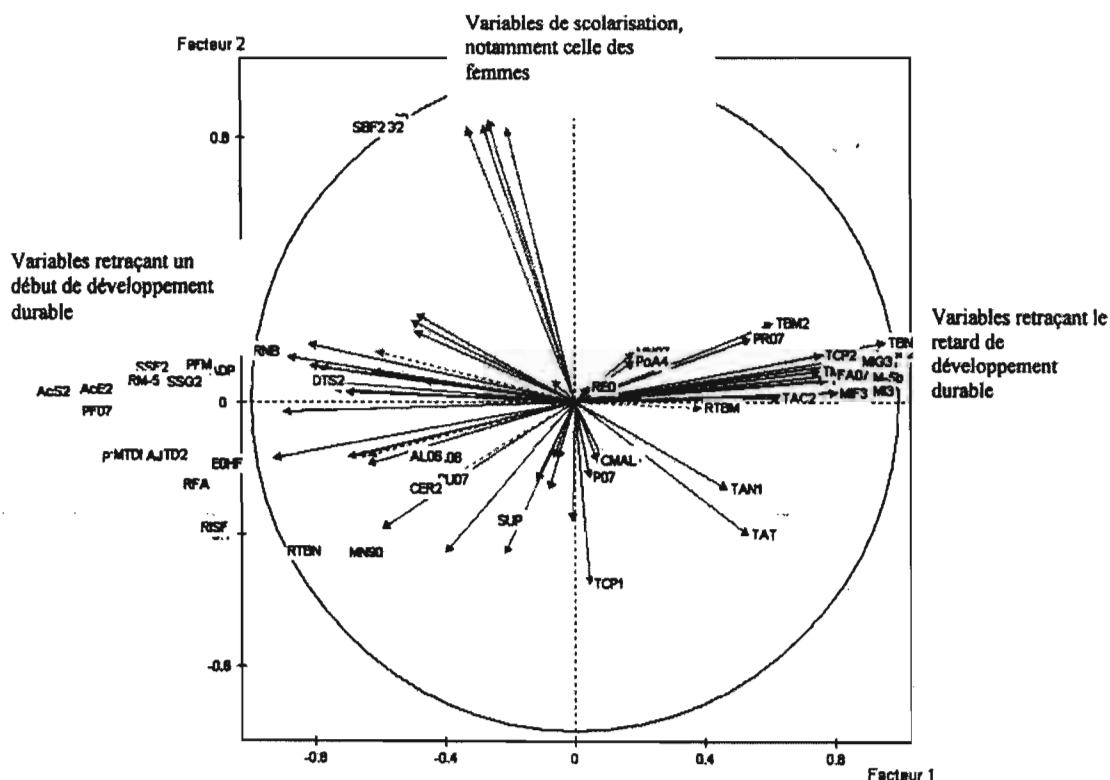
Source : (1) United Nations, World Population Prospects : The 2004 Revision : Wall Chart, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 2005 ; (2) United Nations, World Urbanization Prospects : The 2007 Revision. Highlights, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, New York, 2008; (3) BIT, Rapport sur le travail dans le monde, Genève, 2000.

Figure annexe 1. Taux de croissance selon la période en Afrique du Nord et en Afrique subsaharienne. Estimation d'après l'hypothèse moyenne des perspectives des Nations unies à partir de 2005-2010.



Source : United Nations, World Population Prospects. The 2008 Revision, Population Database, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>

Figure annexe 2. Représentation des variables sur le premier plan factoriel



Note : la figure 1, dans le texte, situe les pays selon les variables de leur évolution sociodémographique et sanitaire les plus déterminantes. Ce sont ces variables (voir liste ci-dessous) qui sont positionnées sur cette figure annexe qui met en exergue principalement trois groupes de variables :

- les variables distinguant le plus fortement les pays sont celles se rapportant au progrès sanitaire, à l'accès à l'eau potable, à la scolarisation dans le secondaire, à l'utilisation de la contraception, etc. Celles-ci se retrouvent à l'Ouest de la figure ;

- les variables dont les fortes valeurs impliquent un retard de développement, telles que les variables relatives à la mortalité des enfants, à la migration et au volume de la population rurale, etc. Ces variables sont situées à l'Est de la figure ;
- les variables se rapportant globalement à la scolarisation, notamment celle des femmes, situées au Nord de la figure.

Liste des variables sur la figure			
Abré- viation	Libelle	Abré- viation	Libelle
AcE2	% de population ayant accès à l'eau (2004-2006)	RFA	% de réduction du taux de fécondité des 15-19 ans (1997-2007)
AcS2	% de population avec accès aux sanitaires (2004-2006)	RISF	% de réduction de l'ISF (1997-2007)
AJC2	apport journalier de calorie/habitants (2003)	RM-5	% de réduction de la mortalité des moins de 5ans (1992-2007)
DTS2	Dépense de santé en % du PIB (2003-2005)	RNB	Revenu national brut par habitant (2006, en \$US)
E0HF	Espérance de vie à la naissance (2007)	RTBN	% de réduction du taux brut de natalité (1997-2007)
M-5b	Mortalité des moins de 5ans en 2007	SBF2	Taux brut de scolarisation des filles (2005-2007)
MIF3	Taux de mortalité infantile (2007, féminin)	SSF2	Taux brut de scolarisation dans le secondaire (2005-2007, féminin)
MIG3	Taux de mortalité infantile (2007, masculin)	SSG2	Taux brut de scolarisation dans le secondaire (2005 et 2007, masculin)
MN90	Migration nette en 1990	TAN1	Taux d'accroissement naturel (1996-2007)
MTD1	Variation moyenne du taux de dépendance des importations (2001-2005)	TAT	Taux analphabétisation des adultes en % (2007)
PF07	% de population féminine (2007)	TBM2	Taux brut de mortalité (2007)
PFM	Prévalence contraception moderne (2003-2007)	TBN2	Taux brut de natalité (2007)
PR07	% de population rurale (2007)	TCP2	Taux de croissance de la population (1996-2007)

Tableau annexe 2. Taux de croissance démographique dans les pays du Maghreb selon la période (en %). Estimation d'après l'hypothèse moyenne des perspectives des Nations unies

	2005-2010	2025-2030	2045-2050
Algérie	1,51	0,84	0,36
Libye	2,00	0,90	0,55
Maroc	1,20	0,72	0,25
Tunisie	0,98	0,55	0,09

Source : *United Nations, World Population Prospects. The 2008 Revision, Population Database, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>*

Tableau annexe 3. Indicateurs du développement humain dans les différents pays du Maghreb, au Maghreb et en Afrique subsaharienne

	Algérie	Libye	Maroc	Tunisie	Maghreb	Afrique subsaharienne
Source	(1)	(1)	(1)	(1)	(2)*	(1)
Indice de développement humain (IDH), 2005	0,733	0,818	0,646	0,766	-	-
Produit intérieur brut par habitant (en PPA USD), 2006	7 062	10 335	4 555	8 371	6 504	1 998
Population utilisant une source d'eau améliorée (en %), 2004	85		81	93	84 (2002)	55
Accouchement avec les soins d'un personnel médical qualifié (en %), 1997-2005	96	94	63	90	72 (1995-2001)	43
Mortalité avant 5 ans (pour 1000), 2005	39	19	40	24	37 (2003)	172
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes), 2005, taux ajusté	180	97	240	100	165 (2000)	-
Enfants de moins de 5 ans présentant une insuffisance pondérale (en %), 1996-2006	10	5	10	4	5,2 (2003)	
Population sous-alimentée (en %), 2002-2004	4	<2,5	6	<2,5	5 (2000-02)	32
Taux d'alphabétisation des jeunes (15-24 ans, en %), 1995-2005	90,1	98	70,5	94,3	83,2 (2001)	71,2
Taux net de scolarisation dans le primaire (en %), 2005	97	-	86	97	93,5 (2002-03)	72
Population en dessous du seuil de pauvreté monétaire (1 USD en PPA), 1990-2005	<2		<2	<2	-	-

Source : (1) Pnud, Rapport mondial sur le développement humain 2005. Rapport mondial sur le développement humain 2007/2008. La lutte contre le changement climatique : un impératif de solidarité humaine dans un monde divisé, PNUD, 2007, 384 p. ; (2) Economic and Social Commission for Western Asia, The Millenium Développement Goals in the Arab Region 2005, United Nations, New York, 2005, 17 p.

\* Pour cette source, est mentionnée l'année de référence qui peut différer de celle concernant les autres données du tableau.

Tableau annexe 4. Effectif et taux d'accroissement selon les hypothèses des Nations unies, 2005-2030, selon la dernière révision des perspectives des Nations unies

	Effectif de population (en milliers)			
	en 2005	en 2030		
		Hypothèse moyenne	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Afrique australe	55 041	64 037	68 244	59 840
Afrique de l'Est	287 413	518 064	544 638	491 542
Afrique centrale	113 185	201 602	211 561	191 682
Afrique de l'Ouest	269 990	463 133	486 099	440 209
Afrique subsaharienne	725 629	1 246 836	1 310 542	1 183 273
Afrique du Nord	195 444	277 351	293 484	261 239
Afrique	921 073	1 524 187	1 604 026	1 444 512
	Taux d'accroissement en (en %)			
	en 2005-2009	en 2025-2030		
		Hypothèse moyenne	Hypothèse haute	Hypothèse basse
Afrique australe	1,04	0,43	0,80	0,02
Afrique de l'Est	2,59	2,00	2,29	1,69
Afrique centrale	2,60	1,95	2,23	1,65
Afrique de l'Ouest	2,51	1,83	2,11	1,52
Afrique subsaharienne	2,44	1,83	2,11	1,51
Afrique du Nord	1,71	1,05	1,36	0,71
Afrique	2,29	1,70	1,99	1,38

Source : United Nations, World Population Prospects. The 2008 Revision, Population Database, United Nations, Population Division, <http://esa.un.org/unpp/>

Tableau annexe 5. Croissance économique et croissance démographique selon le pays en Afrique

Niveau de croissance démographique : taux annuel moyen de croissance de la population (en %), 2000-2005	Niveau de croissance économique : taux annuel moyen de croissance du PIB par habitant (en %), 2000-2004			
	Croissance négative ou nulle (de -3,4 % à -0,0 %)	Croissance lente (de 0,1 % à 1,9%)	Croissance soutenue (de 2,0 % à 3,9 %)	Croissance forte (4 % et plus)
3 % et plus	Érythrée (-3,4 ; 4,3)	Ouganda (1,8 ; 3,4)	Tchad (3,6 ; 3,4)	Sierra Leone (5,3 ; 4,1)
	Somalie (0,0 ; 3,2)	Bénin (1,2 ; 3,2)	Guinée-Bissau (3,8 ; 3,0)	Mauritanie (4,0 ; 3,0)
	Niger (0,0 ; 3,4)	Burkina Faso (0,3 ; 3,2)	Mali (2,3 ; 3,0)	
	Burundi (0,0 ; 3,0)			
	Congo (-0,5 ; 3,0)			
Entre 2 % et 2,9 %	Congo R.D. (0,0 ; 2,8)	Gambie (0,8 ; 2,8)	Sao Tomé et Príncipe (2,3 ; 2,3)	Angola (4,6 ; 2,8)
	Madagascar (-1,5 ; 2,8)	Éthiopie (1,3 ; 2,4)	Nigeria (2,7 ; 2,2)	Gambie (4,5 ; 2,8)
	Togo (-0,7 ; 2,7)	Rwanda (0,3 ; 2,4)	Ghana (2,4 ; 2,1)	Cap vert (4,0 ; 2,4)
	Comores (-0,1 ; 2,6)	Sénégal (1,6 ; 2,4)		Mozambique (6,0 ; 2,0)
	Malawi (-0,3 ; 2,3)	Guinée (1,0 ; 2,2)		Tanzanie (4,6 ; 2,0)
	Guinée équatoriale (0,0 ; 2,3)	Kenya (0,3 ; 2,2)		
	Djibouti (0,0 ; 2,1)			
	Libye (0,0 ; 2,0)			
Entre 1 % et 1,9 %	Égypte (0,0 ; 1,9)	Zambie (0,3 ; 1,7)	Cameroun (2,7 ; 1,9)	Soudan (7,5 ; 1,9)
	Côte d'Ivoire (-2,4 ; 1,6)	Gabon (0,3 ; 1,7)	Algérie (3,0 ; 1,5)	
	Liberia (-2,8* ; 1,4)	Centrafrique (0,3 ; 1,3)	Maroc (3,0 ; 1,5)	
			Namibie (3,2 ; 1,4)	
			Tunisie (3,4 ; 1,1)	
			Maurice (2,9 ; 1,0)	
			Afrique du Sud (2,2 ; 0,8)	
Moins de 1 %	Seychelles (-2,3 ; 0,9)	Lesotho (1,9 ; 0,1)		Botswana (5,7 ; 0,1)
	Zimbabwe (-6,2 ; 0,6)			
	Swaziland (-0,7 ; 0,2)			

Source : World Bank, Africa Development Indicators 2006, Washington DC, Oxford University Press, 2006, 152 p. ; United Nations, World Population Prospects : The 2004 Revision : Wall Chart, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, 2005.

Note : Le premier nombre entre parenthèses correspond au taux de croissance économique par tête, le second au taux de croissance démographique, durant les périodes respectives d'observation.