

Comment bénéficier du dividende démographique ?

La démographie au centre des trajectoires de développement

Synthèse des études réalisées dans les pays de l'UEMOA,
ainsi qu'au Ghana, en Guinée, en Mauritanie et au Nigeria

Jean-Pierre GUENGANT

Directeur de recherche émérite, IRD

avec la collaboration de Yari KAMARA, économiste à ICI

Ensemble des études coordonné par ICI - Initiatives Conseil International - Burkina Faso

Comment bénéficier du dividende démographique ?

La démographie au centre des trajectoires de développement

Synthèse des études réalisées dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'au Ghana, en Guinée, en Mauritanie et au Nigeria

Jean-Pierre GUENGANT

*Directeur de recherche émérite, IRD
jean-pierre.guengant@ird.fr*

*avec la collaboration de Yarri KAMARA, économiste à ICI
Ensemble des études coordonné par ICI - Initiatives Conseil International - Burkina Faso*

CONTACT

Sarah LAHMANI

*Département du Pilotage stratégique et de la Prospective, AFD
lahmanis@afd.fr*

À Savoir

Créée en 2010 par le département de la Recherche de l'AFD, la collection À Savoir rassemble des revues de littérature ou des états des connaissances sur une question présentant un intérêt opérationnel.

Alimentés par les travaux de recherche et les retours d'expériences des chercheurs et opérateurs de terrain de l'AFD et de ses partenaires, les ouvrages de cette collection sont conçus comme des outils de travail. Ils sont destinés à un public de professionnels, spécialistes du thème ou de la zone concernés.

Retrouvez toutes nos publications sur <http://recherche.afd.fr>

Précédentes publications de la collection (voir page 83).

[Avertissement]

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

Directeur de la publication :

Dov ZERAH

Directeur de la rédaction :

Robert PECCOUD



Conception : Ferrari / Corporate – Tél. : 01 42 96 05 50 – J. Rouy / Coquelicot

Réalisation : Vif-Argent – Tél. : 01 60 70 02 70

Imprimée en France par : La Fertoise

Avant-propos

Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon la révision 2010 des projections de population de la Division de la population des Nations unies publiée en mai 2011 (Nations unies, 2011), la population de l'Afrique subsaharienne, estimée en 2010 à 860 millions (M) d'habitants, pourrait se situer en 2050 entre 1,7 milliard (Md) et 2,2 Mds d'habitants, selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants par femme en 2010, à 2,4 ou 3,4 en 2050. Ces hypothèses supposent cependant implicitement une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception de 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, cette augmentation a été respectivement de 0,3 point et de 0,2 point par an au cours des 20 dernières années.

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

De façon à éclairer précisément la situation de chacun des pays de l'UEMOA, 12 analyses pays ont été réalisées dans le contexte de la préparation de la conférence « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » (Ouagadougou, 8-11 février 2011), organisée conjointement par le ministère des Affaires étrangères et européennes, l'ONUSIDA, l'AFD et les fondations Gates et Hewlett, avec l'appui de l'ONG Équilibres et Populations. Ces analyses ont vocation à contribuer aux diagnostics en cours dans chaque pays et à l'élaboration de politiques et programmes destinés à conforter et

accélérer la croissance économique et à réduire la pauvreté. Ce document constitue une synthèse de ces analyses pays^[1].

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

Les sources utilisées pour réaliser ces analyses sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, notamment par les Instituts de statistiques ou leurs équivalents, et les données disponibles dans les bases de données internationales. Cependant, chaque fois que cela a été possible, les données nationales, en particulier celles accessibles sur les sites des Instituts de statistiques, ont été privilégiées. Les bases de données internationales les plus utilisées ont été celles de la Division de la population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS* (pour les enquêtes démographiques et de santé) ; leurs références sont indiquées en bibliographie. En ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction et de la réduction de la pauvreté (ainsi que dans des secteurs tels que l'éducation, la sécurité alimentaire, l'approvisionnement en eau potable, l'accès à des systèmes d'assainissement et l'aménagement du territoire), les documents utilisés sont les originaux émanant des ministères ou d'autres services officiels nationaux. En fonction de leur accessibilité, ces documents ont été collectés par les consultants

[1] Une version non définitive de cette synthèse régionale a été publiée par l'AFD à l'occasion de cette conférence.

nationaux directement auprès de ces services ou *via* leurs sites internet. De même, les documents utilisés concernant les partenaires internationaux et privés ayant des activités en matière de population et en santé de la reproduction ont été soit fournis par les consultants nationaux, soit collectés *via* leurs sites internet. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées.

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

L'objet de cette synthèse est de mettre en perspective les principaux résultats et enjeux identifiés dans ces analyses-pays, en se limitant à l'horizon 2030. L'accent a été mis à la fois sur les similitudes et les divergences entre pays, concernant leurs situations initiales et leurs évolutions futures éventuelles. Si les données et documents utilisés sont bien ceux qui ont servi à l'élaboration des 12 analyses-pays, cette synthèse n'en constitue pas pour autant un résumé. Les lecteurs plus particulièrement intéressés par un ou plusieurs pays, ou par un thème donné, devront se rapporter aux analyses spécifiques par pays^[2].

[2] Les douze monographies-pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Togo) sont téléchargeables sur les sites de l'AFD (<http://recherche.afd.fr>) et de l'IRD (<http://www.ird.fr/la-mediatheque/archives-et-bases-de-donnees/dossiers>).

Résumé	9
Introduction	11
1. Le défi de la croissance économique dans les pays d'Afrique de l'Ouest et de l'UEMOA	13
1.1. De la croissance faible à la croissance retrouvée	13
1.2. Des croissances économiques variables	16
1.3. Taux de croissance économique et démographique : quelles relations ?	18
1.4. Transition démographique, structure par âge et dividende démographique	20
2. Les avantages associés à la transition démographique	23
2.1. Des transitions de la mortalité et de la fécondité lentes et décalées par rapport aux pays émergents	23
2.2. Quels scénarios pour le futur ?	26
2.3. Vers une augmentation rapide des populations et un triplement des populations urbaines d'ici 2030	31
2.4. Des évolutions contrastées du nombre de naissances, des taux d'accroissement de la population et des taux de dépendance	33
2.5. Les trois avantages majeurs de l'accélération de la baisse de fécondité	38
3. Les politiques publiques et les problèmes de population	43
3.1. Les politiques de population	43
3.2. Les politiques, plans et programmes en santé, santé de la reproduction et sécurisation des produits	45
3.3. La population dans les Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté	47
3.4. La place de la variable population dans les politiques sectorielles	48
4. La faisabilité d'un usage accru de la contraception	51
4.1. Le rôle des partenaires techniques et financiers	51
4.2. Des progressions rapides de l'utilisation de la contraception sont-elles possibles ?	56
4.3. Les coûts associés à une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne	61

Conclusion	67
Liste des graphiques	71
Liste des tableaux	73
Liste des sigles et abréviations	75
Bibliographie	77

Résumé

Des pays d'Afrique de l'Ouest comme le Burkina Faso, le Mali, le Ghana, ont renoué avec la croissance économique depuis le milieu des années 1990, avec des taux de 4 à 6 % par an. Mais avec la forte démographie qui les caractérise, cette progression reste insuffisante pour satisfaire les besoins en santé et en éducation des populations, réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle et diminuer la pauvreté, qui touche encore entre un et deux tiers de leurs habitants. Les pays ouest-africains ne pourront émerger économiquement que s'ils saisissent une « fenêtre d'opportunité démographique » en réduisant leur fécondité, comme l'ont fait dès les années 1970 les pays qualifiés aujourd'hui d'émergents.

Avec la forte croissance démographique, l'arrivée sur les marchés du travail ouest-africains de très nombreux jeunes – qui devraient passer de 6 millions par an en 2010 à près de 10 millions par an en 2030 – peut s'avérer désastreuse si la croissance et les emplois ne sont pas au rendez-vous. Mais elle peut aussi devenir un avantage si, grâce à la baisse de la fécondité, le nombre de personnes à charge (enfants et personnes âgées) par actif (15-64 ans) est réduit. Avec la baisse de ce ratio, aussi appelé « taux de dépendance », les actifs pourront diminuer leurs dépenses en faveur essentiellement des enfants et consacrer une part plus importante de leurs revenus à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant, ils contribueront à stimuler la croissance économique.

Réduire la fécondité pour accélérer la transition démographique, et diminuer ainsi les taux de dépendance, est donc un processus essentiel pour une croissance économique durable. Entre 1970 et 2000, la plupart des régions en développement, comme l'Asie de l'Est et du Sud-Est, où les transitions démographiques ont été rapides, ont bénéficié de ce « dividende démographique ». Il n'en a pas été de même pour l'Afrique subsaharienne, justement parce que les taux de natalité y sont restés très élevés, avec une moyenne de plus de cinq enfants par femme. Ainsi, en Afrique de l'Ouest aujourd'hui, le ratio est toujours proche d'un inactif pour un actif, soit un taux de dépendance de près de 100 %. Or, avec des moyens trois à cinq fois plus importants que ceux octroyés actuellement à la planification familiale, les pays de la région pourraient diviser par deux ce rapport d'ici 20 ans, pour atteindre des niveaux de dépendance proches de ceux observés aujourd'hui dans les pays émergents.

Jusqu'à présent, les moyens financiers et humains attribués à la maîtrise de la démographie ont fait défaut en Afrique. Face à des problèmes de santé publique majeurs, les politiques, plans, programmes et stratégies mis en œuvre au cours des 20 dernières années ont dû privilégier la prévention et les soins aux malades du VIH/Sida ainsi que la prise en charge des grossesses, des accouchements et des urgences obstétricales et néonatales.

Parallèlement à ces interventions, l'accès à des services de planification familiale et la promotion de l'utilisation de la contraception n'ont pas été suffisamment encouragés. Aujourd'hui, seules 10 à 20 % des femmes ouest-africaines en union ont recours à une contraception. Pourtant, il existe une forte demande en planification familiale : entre 30 et 60 % de ces femmes souhaiteraient y avoir accès.

Le développement ne se résume pas seulement à la maîtrise de la natalité, mais l'accélération de la transition démographique grâce à l'augmentation de l'utilisation de la contraception – qui répond à des besoins exprimés par les femmes – constitue l'un des leviers majeurs qui permettrait à l'Afrique de l'Ouest de relever les défis socioéconomiques auxquels elle est et sera confrontée. Rappelons que près de la moitié de la forte croissance économique observée en Asie de l'Est et du Sud-Est entre 1970 et 2000 est imputable aux changements démographiques induits par les gouvernements. A l'instar de ces derniers, les pays ouest-africains doivent multiplier, au cours des 10 ans à venir, de trois à cinq fois les moyens affectés à la planification familiale pour stabiliser le nombre des naissances d'ici 2030 et être en mesure de bénéficier du dividende démographique.

Introduction

La croissance économique est de retour en Afrique. Plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et de l'UEMOA (Union économique et monétaire ouest-africaine) enregistrent des taux de croissance économique appréciables depuis le milieu des années 1990. Cela leur permet de renouer avec une augmentation de leur PIB par tête, après plusieurs décennies de stagnation voire de déclin. En conséquence, plusieurs gouvernements des 12 pays^[3] analysés dans le cadre de cette étude affichent désormais leur ambition de devenir des pays émergents^[4]. Cette ambition, légitime, devrait leur permettre d'accélérer la réduction de la pauvreté qui frappe toujours entre 30 et 60 % de leurs populations. Elle devrait également les aider à résoudre certains des défis auxquels ils sont confrontés, en particulier des taux de croissance démographique élevés, soutenus par des niveaux de fécondité parmi les plus élevés au monde.

La montée en puissance de cet enjeu pose un certain nombre de questions pour la sous-région. Le développement économique et la croissance retrouvée de ces pays entraîneront-ils automatiquement une baisse de la fécondité et, par là même, un desserrement de la contrainte démographique ? Ce pari d'une forte croissance économique continue est-il réaliste ?

Jusqu'à récemment, les travaux économétriques réalisés sur les liens entre croissance économique et croissance démographique concluaient que ces relations étaient peu robustes. Il semble cependant qu'ils aient ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge. Ainsi, d'autres analyses ont récemment démontré l'impact des changements de structure par âge sur l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. L'augmentation majeure des investissements productifs, moteur d'une croissance forte et durable, a

[3] Cette étude s'intéresse aux huit pays de l'UEMOA : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal, et Togo, ainsi qu'au Ghana, à la Guinée, à la Mauritanie et au Nigeria.

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

été possible dans ces pays grâce à une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif. Cette réduction des « taux de dépendance » a été rendue possible par la baisse rapide de la fécondité. C'est donc l'accélération de la transition démographique (baisse de la mortalité combinée à une baisse de la fécondité) qui a permis à ces pays émergents d'entrer dans « la fenêtre d'opportunité démographique » puis de bénéficier d'un « dividende démographique ».

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

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

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

Nous terminerons par des remarques concernant les obstacles qui, jusqu'ici, n'ont pas permis aux politiques de population d'atteindre leurs objectifs, par des observations quant aux enjeux associés à une transition démographique plus rapide et par quelques recommandations.

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

1.1. De la croissance faible à la croissance retrouvée

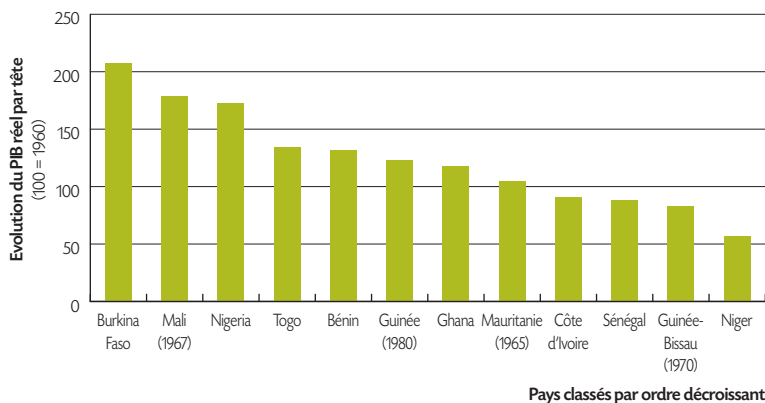
Au cours des 50 dernières années, les pays d'Afrique de l'Ouest ont connu des croissances économiques modestes, et en tout cas trop faibles pour permettre des augmentations substantielles des niveaux de revenus par habitant. Plusieurs pays de la zone ont même connu des niveaux de croissance économique insuffisants pour compenser le poids de l'accroissement démographique, entraînant des détériorations du niveau de vie des populations^[5]. Divers facteurs viennent expliquer ces performances décevantes : l'adoption de politiques économiques inadaptées, des programmes d'ajustement structurel aux conséquences importantes, les cours erratiques et défavorables des produits exportés sur les marchés internationaux, ou encore des turbulences politiques. Dans ce contexte, la meilleure performance enregistrée parmi les 12 pays étudiés est celle du Burkina Faso, dont le PIB réel a été multiplié par 7 sur la période 1960-2008, et dont le PIB réel par tête a été multiplié par 2 (graphique 1).

Sur la même période, les pays émergents ont vu leurs PIB en termes réels multipliés au moins par 10 (Égypte, Inde, Indonésie, Tunisie et Turquie). Plusieurs pays asiatiques (Chine, Corée du Sud, Malaisie, Thaïlande et Singapour) ont même vu leurs PIB en termes réels multipliés entre 20 et 40 fois^[6].

[5] Les données utilisées proviennent de la base de données Indicateurs du développement mondial de la Banque mondiale, disponibles lors de la finalisation des 12 études, c'est-à-dire entre mi-2010 et début 2011 (Banque mondiale, 2010a), qui reprenaient les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale, et celles provenant d'autres bases de données (UNESCO, UNICEF, OMS, FAO, OCDE, etc.).

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

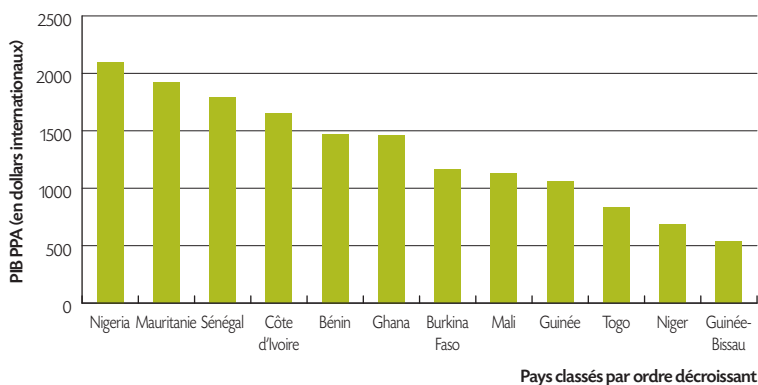
Graphique 1 Évolution du PIB réel par tête, de 1960 à 2008 (en dollars américains constants de 2000)



Source : Banque mondiale, 2010a.

En comparaison, l'évolution des PIB par tête des pays de la sous-région ouest-africaine a été modeste. Exprimés en « dollars PPA » (parité de pouvoir d'achat) ou « dollars internationaux », les PIB se situaient en 2008 entre 2 100 dollars PPA pour le Nigeria, 700 pour le Niger et 540 pour la Guinée-Bissau (graphique 2). Le PIB par tête en PPA du Nigeria, le plus élevé parmi les pays étudiés^[7], ne représentait pourtant que 15 à

Graphique 2 PIB par tête (en dollars PPA) en 2008



Source : Banque mondiale, 2010a.

[7] Le PIB par tête le plus élevé de la sous-région en 2008 était celui du Cap-Vert avec 3 200 dollars PPA.

20 % des PIB par tête en PPA estimés de Maurice, de l'Afrique du Sud, de la Malaisie ou du Brésil. Au sein de l'UEMOA, en 2008, les PIB par tête – exprimés en francs CFA (FCFA) – les plus élevés étaient ceux de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, le plus faible celui de la Guinée-Bissau (tableau 1).

Tableau 1 PIB par tête (en FCFA) en 2008 (pays de l'UEMOA)

Pays	Chiffres arrondis	En euros
Côte d'Ivoire	510 000	776 €
Sénégal	490 000	741 €
Bénin	345 000	526 €
Mali	310 000	469 €
Burkina Faso	235 000	356 €
Togo	200 000	306 €
Niger	165 000	248 €
Guinée-Bissau	130 000	199 €

Source : Banque mondiale, 2010a.

La reprise et l'accélération de la croissance économique dans les années 1990 ont été attribuées à plusieurs facteurs, notamment :

- l'assainissement du cadre macroéconomique et budgétaire dans la plupart des pays, conséquence positive « décalée » des plans d'ajustements structurels ;
 - l'augmentation des prix des produits exportés par les pays, matières premières (pétrole, uranium, or, minerai de fer, phosphates, bauxite, etc.) et produits agricoles (cacao, café, etc.) ;
 - la fin de la crise de la dette ;
 - le retour à la stabilité et à la normalité politique, dans certains pays.
- (Severino et Ray, 2010).

1.2. Des croissances économiques variables

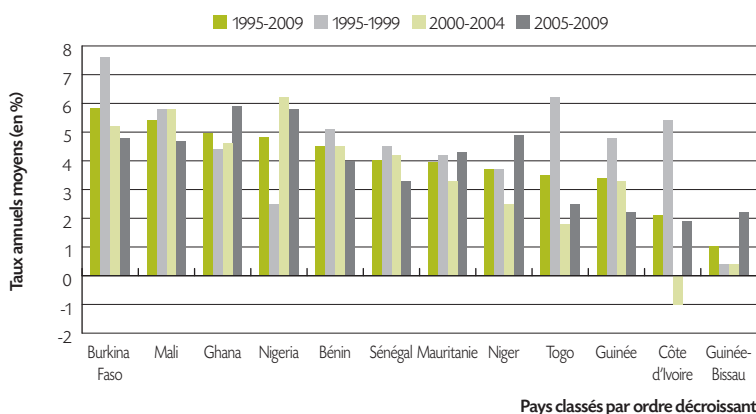
Les taux annuels moyens de croissance économique pour l'ensemble de la période 1995-2009 ont été cependant très inégaux. Ils ont varié par ordre décroissant :

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

En parallèle, la forte croissance démographique dans la zone (entre 2 et 3,5 % par an) a freiné l'augmentation des PIB par tête sur l'ensemble de la période. Dans quatre pays, le Burkina Faso, le Ghana, le Mali et le Nigeria, l'augmentation moyenne des PIB par tête s'est située entre 2 % et 3 % par an. Dans les autres pays, elle s'est établie entre 1 % et moins de 1 % par an^[8].

Par ailleurs, les taux quinquennaux moyens de croissance économique pour les trois périodes 1995-1999, 2000-2004 et 2005-2009, indiquent que la croissance retrouvée depuis le milieu des années 1990 n'est pas encore régulière (graphique 3). Parmi les

Graphique 3 Taux annuels moyens de croissance économique (1995-2009)



Source : Banque mondiale, 2010a et b.

[8] L'augmentation a été de 1 % par an environ dans quatre pays, le Bénin, la Guinée, la Mauritanie et le Sénégal, de 0,6 % par an au Togo, proche de zéro au Niger, et négative en Côte d'Ivoire et en Guinée-Bissau.

sept pays ayant enregistré une croissance moyenne supérieure à 4 % par an entre 1995 et 2009, seul le Ghana a connu des augmentations d'une période à l'autre. Le Bénin, le Burkina Faso, le Mali et le Sénégal ont quant à eux connu des diminutions de leurs taux de croissance entre 1995-1999 et 2005-2009.

À la fin des années 2000, on a imputé le ralentissement de la croissance économique dans plusieurs pays à l'impact de la crise économique mondiale sur leurs économies. Ce facteur, qui a certainement joué, doit être associé aux crises et aux transitions de nature politique difficiles dans la zone.

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

En parallèle, plusieurs phénomènes peuvent représenter des freins certains à l'accélération de la croissance économique. En effet, les économies des pays de la sous-région restent vulnérables aux chocs intérieurs et extérieurs, et leur croissance irrégulière dépend de quelques produits, des variations de leurs cours mondiaux et des conditions climatiques. Elle dépend également depuis quelques années des recettes issues des industries extractives (pétrole, or, uranium, etc.), peu créatrices d'emploi et déconnectées des enjeux sociaux liés à l'accès à l'emploi d'importantes cohortes de jeunes^[9]. Ainsi, l'incapacité du secteur moderne à créer un nombre suffisant d'emplois au cours des 30 dernières années a conduit à une forte « informalisation », à une déstabilisation sociale et à la fragilisation des économies des pays de la sous-région. La contribution du secteur informel aux PIB de plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest francophone atteint des pourcentages importants (en 1999/2000, ce secteur contribue à hauteur de 70 % aux PIB du Bénin, du Togo et du Niger, à 60 % à celui du Mali, à 50 % à ceux du Sénégal et du Burkina Faso et à 44 %

[9] Entre 2010 et 2030, on observera une croissance comprise entre 50 et 100 % des arrivées sur les marchés du travail des différents pays d'Afrique subsaharienne, le total de ces arrivées devant passer de 17 M en 2010 à 27 M en 2030 pour l'ensemble des pays (Beaujeu *et al.*, 2011).

à celui de la Côte d'Ivoire^[10]). En parallèle, l'agriculture occupe en moyenne toujours plus de la moitié de la population active d'Afrique de l'Ouest. Dans son rapport 2007-2008 sur l'Afrique de l'Ouest, l'OCDE considère que le secteur informel est devenu, depuis 1980, « *le principal pourvoyeur d'emploi urbain et [qu']il devrait le rester à l'avenir, même si les entreprises modernes assurent en gros 80 % de la valeur ajoutée non-agricole* » (OCDE, 2008). Ce point est important, car la plupart des pays devraient avoir, dans les 20 ans qui viennent, une majorité de leur population vivant en zone urbaine.

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

1.3. Taux de croissance économique et démographique : quelles relations ?

Il est difficile de savoir quels seront les taux de croissance des diverses économies de la sous-région dans les 10, 20 ou 30 ans à venir. Pour permettre une réduction de la pauvreté, on considère généralement qu'une croissance économique d'au moins 7 % par an est nécessaire. Or, comme nous venons de le voir, ce taux n'a jamais été atteint dans la zone au cours des 15 dernières années. Néanmoins, des facteurs positifs permettant d'envisager de bonnes perspectives économiques ont conduit la plupart des pays à retenir ce taux de croissance économique de 7 % par an dans leurs Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté (CSLP) les plus récents. La Mauritanie^[11] et le Burkina Faso^[12] visent même des objectifs de 10 % de croissance.

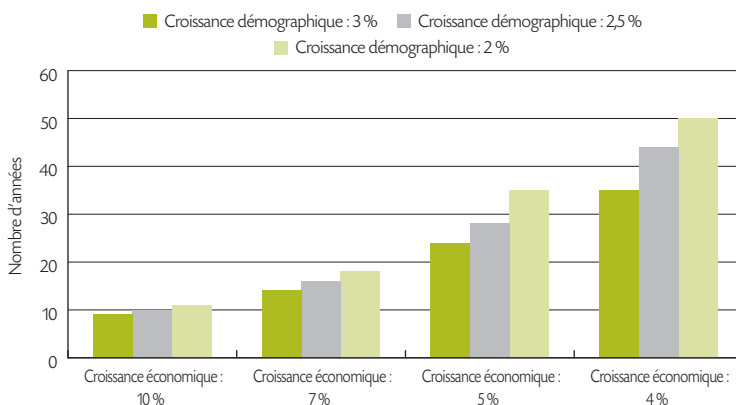
De tels objectifs sont-ils en mesure d'accélérer l'augmentation des revenus par habitant et la réduction de la pauvreté dans la sous-région si les fortes croissances démographiques observées actuellement se maintiennent ? Nous avons essayé de répondre à cette question en combinant plusieurs hypothèses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

[10] OCDE, 2008.

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

[12] Au Burkina Faso, la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD), qui couvre la période 2010-2015, a pour objectif de réaliser un taux de croissance moyen du PIB réel égal à 10 % par an.

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



Source : calculs de l'auteur.

pour doubler le PIB par tête, selon les diverses combinaisons d'hypothèses retenues (graphique 4).

On observe ainsi qu'une croissance économique continue et très forte de 10 % par an permettrait un doublement rapide des PIB par tête en une dizaine d'années. Si cette croissance économique tombait à 5 % (ce qui constituerait une bonne performance), il faudrait 24 ans pour doubler le PIB par tête avec une croissance démographique continue de 2 % par an, mais 35 ans avec une croissance démographique continue de 3 % par an. Avec une croissance économique de 4 %, ce qui resterait appréciable, il faudrait respectivement 35 ans ou 50 ans pour doubler le PIB par tête selon que la croissance démographique est « moyenne », de 2 % par an, ou « forte », de 3 % par an.

Une croissance démographique plus faible permettrait donc de réduire la durée nécessaire pour doubler les PIB par tête, ce d'autant plus avec des taux de croissance économiques faibles. L'approche utilisée ici reste schématique. Elle pourrait être qualifiée de néo-malthusienne, car elle ne tient pas compte des effets positifs éventuels que pourrait avoir la croissance démographique sur la demande économique, et donc sur la croissance. On notera à ce sujet qu'en Afrique subsaharienne, les décideurs politiques considèrent encore largement la croissance rapide de la population comme un facteur de prospérité, car contribuant à

l'expansion des marchés et à la puissance des pays. De fait, jusqu'à la fin des années 1990, la plupart des travaux économétriques sur les relations entre croissance démographique et croissance économique étaient peu conclusifs. Cependant, ces travaux ont ignoré les effets d'une variable démographique fondamentale : la structure par âge (Birdsall *et al.*, 2001).

1.4. Transition démographique, structure par âge et dividende démographique

De nombreux travaux récents montrent effectivement l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays conclut ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques (Ndulu *et al.*, 2007). En effet, en Afrique, on observe le maintien de taux de dépendance^[13] élevés, du fait d'une forte fécondité (alors qu'ils ont rapidement diminué ailleurs, du fait des baisses rapides de la fécondité), et d'espérances de vie à la naissance toujours faibles et progressant plus lentement qu'ailleurs.

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

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

vieillessement d'actifs nombreux ouvre ce que certains auteurs ont appelé la période du « second dividende démographique » (Bloom et Canning, 2006). Selon eux, ces nouvelles « personnes âgées », susceptibles de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incitées à épargner, à accumuler des biens et des avoirs. Si les produits de ces biens ou ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national.

Entre 1970 et 2000, la plupart des régions en développement, où les transitions démographiques ont été rapides, ont bénéficié du dividende démographique, hormis l'Afrique subsaharienne, justement parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. L'expérience des pays d'Asie de l'Est (Mason, 2003) montre par ailleurs l'importance de trois facteurs pour bénéficier du dividende démographique :

- la qualité du capital humain (éducation et santé) ;
- la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail, et par là, les salaires ;
- le rôle de l'épargne et des investissements.

2. Les avantages associés à la transition démographique

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

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

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

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

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

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

Pour ce qui concerne la forte mortalité des enfants^[14], les travaux récents se sont focalisés sur ces deux types de variables qui conditionnent largement l'espérance de

[14] Actuellement, les décès des enfants de moins de 5 ans représentent généralement la moitié du total des décès dans chaque pays.

vie à la naissance. Sur cette base, deux types d'interventions visant une baisse de la mortalité des enfants ont été proposés :

- les programmes dirigés vers les variables intermédiaires (exposition au risque, résistance, thérapie) et destinés à modifier rapidement les niveaux de morbidité ou de mortalité ;
- les stratégies à plus long terme permettant une réelle amélioration de la santé grâce à la mise en œuvre d'interventions sur les structures sociales, économiques et politiques (Mosley et Chen, 1984 ; Barbieri, 1991).

Dans tous les pays d'Afrique de l'Ouest, l'espérance de vie à la naissance devrait continuer à progresser dans les années à venir, pour atteindre en moyenne entre 65 et 70 ans vers 2050, grâce au succès des programmes de réduction de la mortalité infantile et des adultes, et également au succès des programmes visant à contenir l'épidémie du VIH/sida (Nations unies, 2011 ; ONUSIDA, 2010)^[15].

Quant à la fécondité, ses déterminants proches sont aussi définis comme les variables au travers desquelles s'opère directement la maîtrise de la fécondité, dans des contextes où les politiques et programmes mis en œuvre favorisent ou, au contraire, ralentissent les changements culturels et socioéconomiques et les changements d'attitude et de comportement vis-à-vis de la reproduction (statut de la femme, nombre idéal d'enfants, etc.). Bongaarts (1978), qui a formalisé la relation entre le niveau de fécondité et les valeurs de ces déterminants proches de la fécondité, en retient cinq principaux :

- le mariage ou le fait d'être en union,
- l'insusceptibilité post-partum^[16],
- l'avortement,
- l'utilisation de la contraception,
- la stérilité.

[15] Contrairement à ce qui s'est produit dans les pays d'Afrique australe, où on a relevé des diminutions importantes de l'espérance de vie à la naissance, en Afrique de l'Ouest le VIH/sida n'a pas eu d'impact majeur sur l'évolution de la mortalité, du fait des niveaux plus faibles de l'infection et du succès des programmes de prévention. La progression de l'espérance de vie à la naissance n'a été stoppée dans les années 1980-1990 que dans deux pays, la Côte d'Ivoire et le Nigeria, où la prévalence de la maladie dans la population de 15 à 49 ans dépassait les 3 %. L'espérance de vie à la naissance aurait récemment repris sa progression dans ces deux pays.

[16] L'insusceptibilité post-partum est la période qui suit la naissance pendant laquelle la mère n'est pas exposée au risque de grossesse, soit parce que son cycle menstruel n'est pas rétabli (souvent parce qu'elle allaite), soit parce qu'elle n'a pas de rapport sexuel pendant un certain temps après son accouchement (abstinence post-partum).

Le modèle de Bongaarts permet ainsi de projeter l'évolution de la fécondité à partir des valeurs des déterminants proches. L'évolution de ces valeurs (par exemple, la diminution du pourcentage de femmes en union et de la durée de l'allaitement ou l'augmentation de l'utilisation de la contraception) est liée aux changements socioéconomiques, culturels, institutionnels et politiques que connaissent les pays durant leurs transitions démographiques, tels que la progression de la scolarisation aux niveaux primaire et secondaire des filles, l'urbanisation, et l'amélioration du statut de la femme dans la société. Mais ces changements ne sont pas explicitement intégrés dans le modèle de Bongaarts. Les évolutions dans ces domaines relèvent d'ailleurs, comme pour la mortalité, de stratégies de long terme.

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

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

En comparaison, les niveaux de fécondité dans les pays émergents se situent aujourd'hui entre 2 et 3 enfants par femme, et l'utilisation de la contraception concerne entre 60 et 85 % des femmes en union (Nations unies, 2011, 2010a et b). Dans les années 1960, les niveaux de fécondité dans ces pays étaient de l'ordre de 6 enfants et plus par femme, et seulement 10 à 20 % des femmes en union utilisaient une méthode de contraception. Les pays émergents ont ainsi réalisé leur transition démographique (marquée par le passage de niveaux élevés de mortalité et de fécondité à des niveaux maîtrisés) et leur révolution contraceptive (permise par l'accès à la contraception de toutes les femmes qui le souhaitaient) en une quarantaine d'années. Le nombre moyen d'enfants par femme a globalement

diminué d'un enfant par décennie, et cette diminution a été associée à des augmentations moyennes de l'utilisation de la contraception (ou prévalence contraceptive) d'environ 1,5 point de pourcentage par an^[17]. On notera aussi que, dans les pays émergents, les femmes les plus éduquées indiquent aujourd'hui un nombre idéal moyen d'enfants compris entre moins de 2 enfants (Brésil, Inde, Turquie, Vietnam, mais aussi Bangladesh) et 2,5 à 3 enfants (Égypte, Indonésie, Maroc, Philippines, Tunisie, mais aussi Haïti).

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

2.2. Quels scénarios pour le futur ?

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

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

[17] L'augmentation de la prévalence d'environ 60 points (de 10-20 % à 70-80 %) en 40 ans correspond à une augmentation moyenne de 1,5 point de pourcentage par an (Guengant et Rafalimanana, 2005).

Dans le cadre de cette étude, nous avons construit des projections pour la période 2010-2050 pour chacun des 12 pays étudiés à l'aide du modèle Spectrum (Futures Group, 2011)^[18]. Nous avons pris comme population de départ une population estimée en 2010, une hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance, une hypothèse de migrations internationales, une hypothèse d'évolution de l'urbanisation et trois hypothèses concernant la fécondité^[19], en estimant celle-ci à partir de ses déterminants proches, comme le permet le modèle de Bongaarts intégré dans Spectrum.

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

- une hypothèse de légère diminution du pourcentage de femmes en union ;
- une hypothèse de légère réduction de la durée de l'insusceptibilité post-partum ;
- un taux d'avortement négligeable et un taux de stérilité définitive constant ;
- trois hypothèses d'évolution de l'utilisation de la contraception (toutes méthodes confondues) à partir du niveau estimé en 2010. Nous avons ainsi retenu :
 - une hypothèse dite « haute ou tendancielle », correspondant à +0,5 point de pourcentage d'augmentation par an, qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les plus élevés en effectifs de population, et qu'elle correspond aux plus faibles augmentations de l'utilisation de la contraception observées dans les pays étudiés au cours des 10-20 dernières années ;

[17] Spectrum est un logiciel qui combine plusieurs logiciels développés dans les années 1980-1990, qui fonctionnaient auparavant séparément. Il s'agit en particulier de *DemProj: Demography*, logiciel de projection démographique par composantes (par sexe et par âge, à partir d'une population de départ et d'hypothèses sur l'évolution de la fécondité, de la mortalité et des migrations internationales, et aussi d'hypothèses sur l'urbanisation). Il s'agit aussi de *FamPlan: Family Planning*, qui permet en particulier de calculer le niveau de fécondité associé à diverses hypothèses d'évolution des déterminants de la fécondité, ce qui fait de la fécondité une variable dépendante des déterminants proches de la fécondité. Spectrum intègre aussi *AIM: AIDS Impact Model*, qui projette à partir d'hypothèses les conséquences de l'épidémie du VIH/sida, comme le nombre de personnes infectées, les nouvelles infections, et les décès par sexe et par âge imputables à la maladie. La version utilisée pour les projections est la version 3.46 du 16/02/2010.

[18] Chaque fois que cela a été possible nous sommes partis (ou avons ajusté, pour 2010) des dernières estimations nationales disponibles concernant la population totale (par sexe et par âge), l'espérance de vie à la naissance et l'indice synthétique de fécondité (ISF). À défaut d'estimations nationales, nous avons repris les estimations de la Division de la population des Nations unies disponibles lors de la finalisation des 12 études, c'est-à-dire celles de 2008 (Nations unies, 2009a). Pour 2010-2050, nous avons suivi les modèles de progression de l'espérance de vie à la naissance utilisés par la Division de la population des Nations unies, et repris ses estimations annuelles de migrants internationaux. Concernant l'évolution de l'urbanisation, nous avons repris les estimations de la population urbaine et rurale données par la révision 2009 de ses projections d'urbanisation de la Division de la population des Nations unies (Nations unies 2010c).

- une hypothèse « intermédiaire », correspondant à +1 point de pourcentage d'augmentation par an ;
- une hypothèse dite « basse ou volontariste », correspondant à +1,5 point de pourcentage d'augmentation par an, qualifiée ainsi car elle fournit les résultats les moins élevés en effectifs de population et qu'elle correspond à des progressions de l'utilisation de la contraception fortes, proches de celles observées dans les pays émergents, qui supposent des moyens beaucoup plus importants que ceux mis en œuvre ces dernières années.

Pour ces trois hypothèses ou scénarios et tel que suggéré par les données, nous avons supposé une diminution de l'utilisation des méthodes de contraception traditionnelles (moins efficaces) au profit des méthodes modernes. Nous sommes partis du principe que le niveau 2010 d'utilisation des méthodes traditionnelles (entre 15 et 60 % selon les pays) passerait à 10 % en 2030. Ces augmentations, lentes (0,5 point de pourcentage par an), moyennes (1 point) ou rapides (1,5 point), de la prévalence contraceptive correspondent à l'éventail des évolutions observées dans les pays en développement entre 1970 et 2000, sur des périodes longues d'au moins 10 ans (Guengant et Rafalimanana, 2005). Elles sont donc réalistes.

Par ailleurs, lorsque les besoins non satisfaits en planification familiale sont de l'ordre d'au moins 30 %, comme c'est le cas dans sept pays^[20], une augmentation de 1,5 point de pourcentage par an correspond à une satisfaction de ces besoins en 20 ans (2030). Pour les cinq pays où les besoins non satisfaits sont plus faibles (de 15 à 25 %)^[21], l'augmentation de 1,5 point de pourcentage par an correspond à une satisfaction de ces besoins en 10 à 16 ans (2020-2026). Ces données illustrent l'impossibilité pour ces pays d'atteindre la cible 5b des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), et de rendre ainsi l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015.

Ces projections n'ont pas pour objet de se substituer aux projections nationales, ni de présenter les résultats d'une hypothèse moyenne, supposément probable. Elles se veulent des outils d'aide à la décision. La comparaison des données issues des hypothèses haute et tendancielle ou basse et volontariste permet d'éclairer les choix

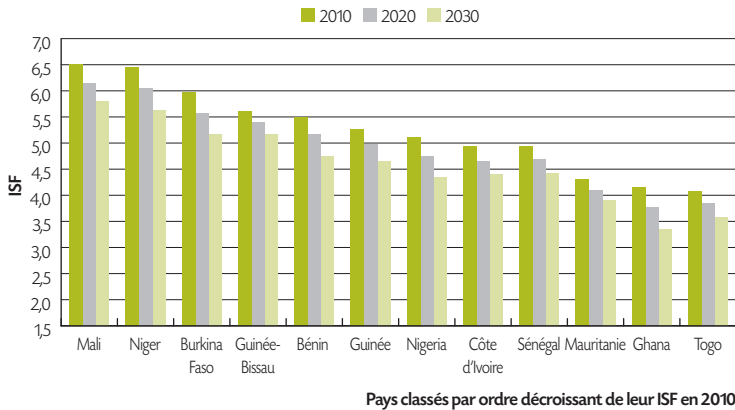
[20] Au Bénin (30 %), au Burkina Faso (31 %), en Côte d'Ivoire (29 %), au Ghana (35 %), au Mali (31 %), au Togo (41 %), et au Sénégal (32 %).

[21] En Guinée (21 %), en Guinée-Bissau (25 %), en Mauritanie (25 %), au Niger (16 %), et au Nigeria (20 %).

politiques. Les résultats de ces deux projections à l'horizon 2030 apparaissent finalement assez contrastés selon les variables considérées (graphiques 5 et 6). Il semble en effet que la diminution des niveaux de fécondité varie non seulement selon les hypothèses mais aussi selon les pays, du fait des différences entre les niveaux initiaux (niveaux de fécondité et de prévalence contraceptive) et de l'importance du passage des méthodes traditionnelles à des méthodes modernes^[22].

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

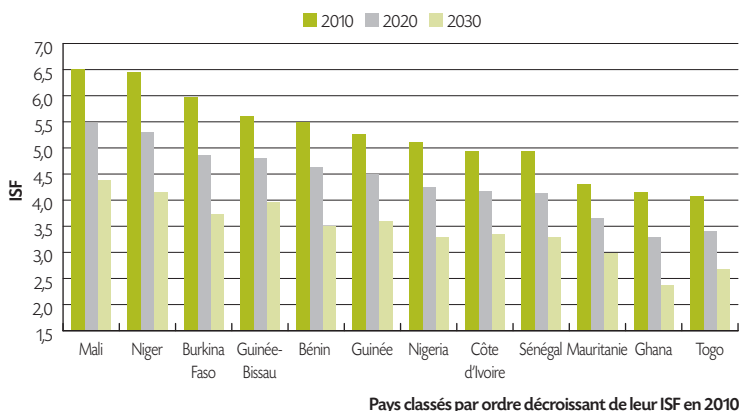
Graphique 5 ISF (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)



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

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

Graphique 6 ISF (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)



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

Sous l'hypothèse « basse, volontariste » (+1,5 point de pourcentage d'augmentation de la prévalence par an), les diminutions de l'ISF sont environ trois fois plus importantes. Les trois pays qui ont en 2010 les ISF les plus élevés, le Burkina Faso, le Mali et le Niger, ainsi que le Bénin, enregistrent des baisses d'environ 1 enfant par décennie et de 2 enfants entre 2010 et 2030. Mais en 2030, le Mali et le Niger auraient toujours des ISF supérieurs à 4 enfants par femme (niveaux actuels du Ghana, de la Mauritanie et du Togo). Pour les autres pays (hors Mauritanie et Togo), la diminution se situe entre 0,8 et 0,9 enfant par décennie et entre 1,6 et 1,8 enfant pour la période 2010-2030. La Mauritanie et le Togo, qui ont les ISF les plus bas en 2010, enregistrent des diminutions de 1,3 et 1,4 enfant entre 2010 et 2030.

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

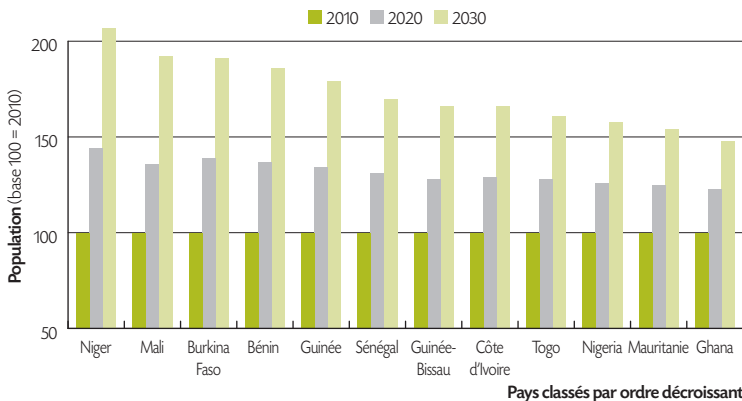
2.3. Vers une augmentation rapide des populations et un triplement des populations urbaines d'ici 2030

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

De manière *a priori* paradoxale, les baisses de fécondité projetées, même sous l'hypothèse « basse, volontariste », n'empêcheront pas les populations totales des pays de la sous-région d'augmenter fortement (de 50 à 100 %) dans les 20 années qui viennent (graphiques 7 et 8). En réalité, ce paradoxe n'est qu'apparent et son explication, simple. Du fait de sa forte croissance démographique passée, la moitié de la population des pays étudiés a moins de 20 ans et, dépendant du caractère plus ou moins récent des baisses de la fécondité, le nombre de femmes en âge de procréer va être multiplié par deux ou augmenter d'au moins 50 % dans les 20 ans à venir. Par conséquent, même si les baisses de fécondité projetées sont rapides, elles ne peuvent pas compenser la forte augmentation attendue du nombre de femmes en âge de procréer, inéluctable puisque ces femmes sont déjà nées. En conséquence, les pays ayant toujours des niveaux élevés de fécondité en 2010 peuvent s'attendre à un quasi-doublement de leur population totale d'ici à 2030, avec des différences finalement peu importantes entre hypothèses.

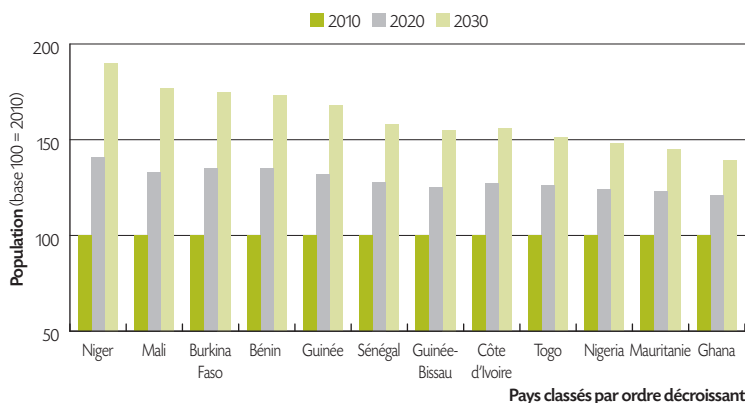
Graphique 7

Augmentation de la population totale (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)



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

Graphique 8 Augmentation de la population totale (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)



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

Pour les pays ayant des niveaux intermédiaires de fécondité, des augmentations de population totale de l'ordre de 50 % peuvent être attendues.

Compte tenu de la progression attendue des niveaux d'urbanisation, une proportion importante de la croissance démographique globale projetée concernera les villes. La définition de l'urbain et l'estimation de l'évolution future de l'urbanisation, du nombre et de la taille des agglomérations par pays sont délicates (Chatel *et al.*, 2008). Nous nous sommes appuyés ici sur les projections en la matière de la Division de la population des Nations unies (Nations unies 2010c). Il ressort ainsi que les pays à la fécondité élevée et aux taux d'urbanisation relativement faibles (de 20 à 40 %) pourraient voir leurs populations urbaines multipliées entre 2,5 et 3 fois dans les 20 ans à venir. Les autres pays, où la progression devrait être moins vive, doivent quand même s'attendre globalement à un doublement de leurs populations urbaines d'ici 2030. Trois de ces pays seront très majoritairement urbains en 2030 : à cette date, les deux tiers de la population de la Côte d'Ivoire, du Ghana et du Nigeria devraient vivre en milieu urbain. Dans les autres pays, à deux ou trois exceptions près, la moitié de la population devrait vivre en milieu urbain en 2030.

La progression des populations rurales dépendra de l'importance de leur accroissement naturel et de l'impact de l'exode rural. Le modèle de projection utilisé ici n'est pas parfait, mais il permet de mettre en évidence le fait que les pays à forte fécondité sont aussi ceux dont les populations rurales vont continuer à augmenter

assez fortement : de l'ordre de 50 % d'ici 2030 (100 % dans le cas du Niger). Dans les autres pays, l'augmentation sera plus modérée, et dans les pays à fécondité intermédiaire ou ayant déjà de forts taux d'urbanisation, on peut s'attendre à une quasi-stabilisation des populations rurales sous l'hypothèse « basse, volontariste » (graphiques 11 et 12).

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

2.4. Des évolutions contrastées du nombre de naissances, des taux d'accroissement de la population et des taux de dépendance

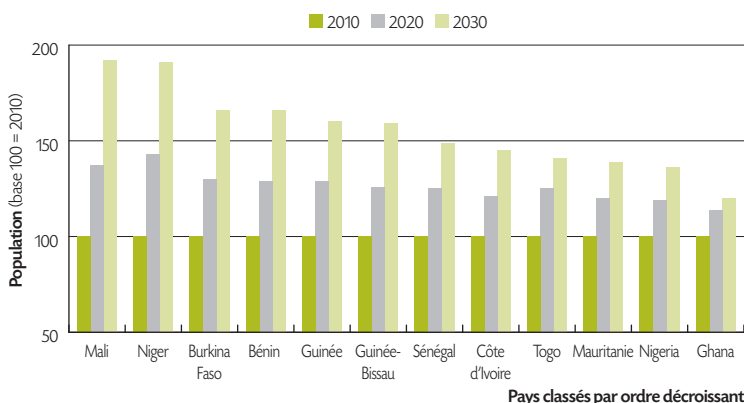
À 20 ans d'échéance, l'impact finalement peu important sur l'évolution de la population totale des diverses hypothèses que l'on peut faire sur la fécondité est généralement imputé à ce qu'on appelle l'inertie des phénomènes démographiques. On oublie en fait que la fécondité étant le déterminant principal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

La première conséquence des évolutions contrastées de la fécondité décrites précédemment (tendancielle/lente et volontariste/rapide) concerne le nombre de naissances. C'est ainsi que, sous l'hypothèse « haute, tendancielle », l'augmentation modeste de l'utilisation de la contraception et la faible diminution de la fécondité qui l'accompagne ne compensent pas l'augmentation importante attendue des effectifs de femmes en âge de procréer. En conséquence, le nombre annuel de naissances continue de progresser assez vivement. Il devrait être quasiment multiplié par 2 entre

2. Les avantages associés à la transition démographique

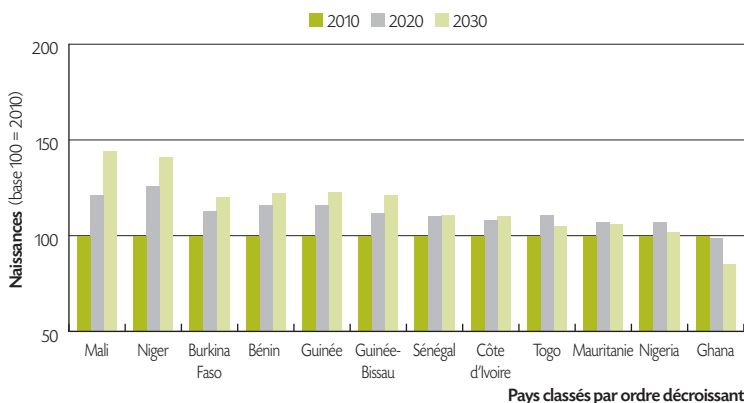
2010 et 2030 au Mali et au Niger. Il augmenterait de 50 à 66 % dans la moitié des 12 pays étudiés et de 20 à 40 % dans les quatre pays restants (graphiques 9 et 10). Par contraste, sous l'hypothèse « basse, volontariste », la baisse plus rapide de la fécondité limiterait l'accroissement du nombre de naissances en 2030 à 40 % environ de leur niveau de 2010 au Mali et au Niger, tandis que dans les 10 autres pays le nombre

Graphique 9 *Nombre de naissances annuelles (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)*



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

Graphique 10 *Nombre de naissances annuelles (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)*



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

annuel de naissances tendrait à se stabiliser, avec une augmentation maximum de 20 % d'ici 2030. Au Ghana, le nombre de naissances en 2030 pourrait être de 15 % inférieur à son niveau de 2010.

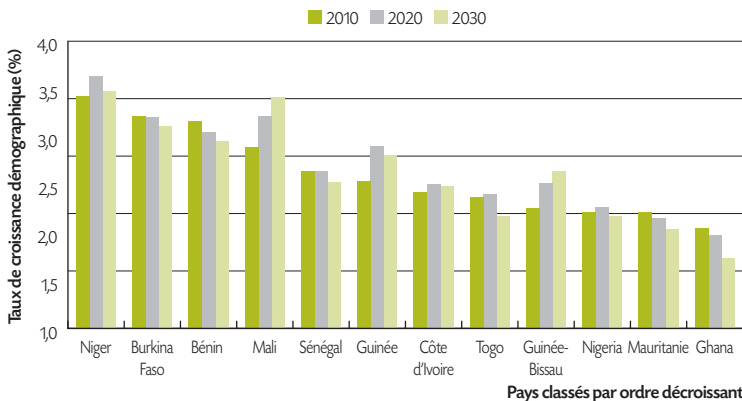
La deuxième conséquence des évolutions contrastées de la fécondité, et donc de l'évolution du nombre de naissances, concerne les taux d'accroissement annuel de la population.

Sous l'hypothèse « haute, tendancielle », ces taux restent supérieurs à 2,5 % en 2030 dans huit pays et diminuent lentement dans les autres pays, en restant supérieurs à 2 % par an, sauf au Ghana (graphique 11).

À l'inverse, sous l'hypothèse « basse, volontariste », seuls deux pays, le Niger et le Mali, ont des taux d'accroissement supérieurs à 2,5 % en 2030. Six autres pays ont des taux de l'ordre de 2 % (entre 1,9 et 2,3 %), trois pays des taux de 1,5 % et le Ghana un taux de 1,1 % (graphique 12).

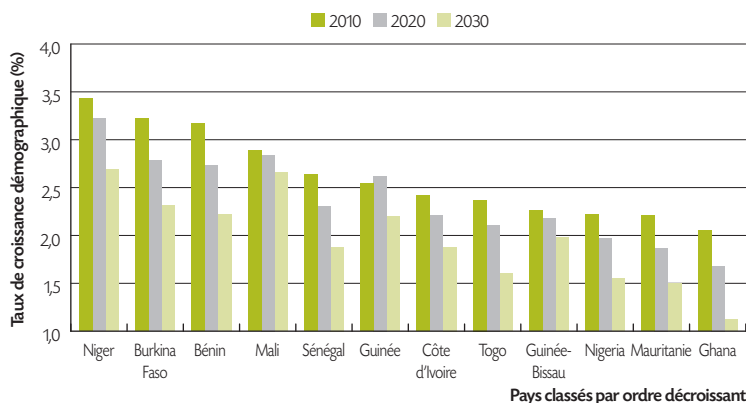
Ainsi, sous l'hypothèse « haute, tendancielle », les taux d'accroissement de la population en 2030 sont, dans plusieurs cas, supérieurs à ceux de 2010, et ils ne sont que légèrement inférieurs dans les autres cas. Sous l'hypothèse « basse, volontariste » en revanche, les taux d'accroissement de la population sont inférieurs à leur niveau de

Graphique 11 *Taux annuels moyens de croissance démographique (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)*



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

Graphique 12 Taux annuels moyens de croissance démographique (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)



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

2010, d'environ 1 point dans trois pays (Bénin, Burkina Faso, Ghana), de 0,5 à 0,8 point dans six pays et de 0,2/0,3 point dans les trois pays restants.

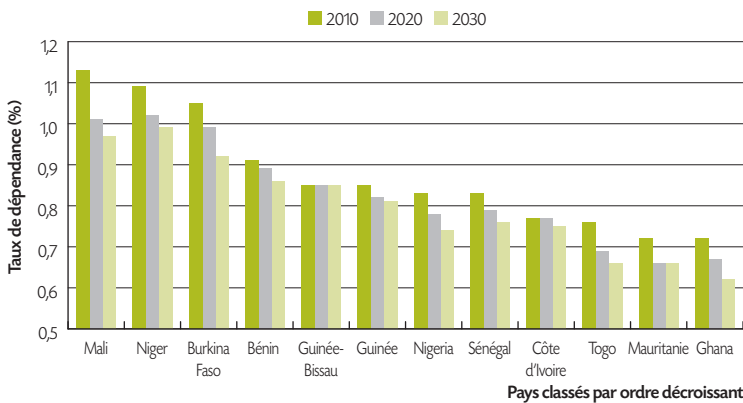
La troisième conséquence des évolutions contrastées de la fécondité et du nombre de naissances concerne l'évolution des taux de dépendance et de leur inverse, le nombre d'actifs par inactif. La quasi-stabilisation du nombre annuel de naissances, obtenue sous l'hypothèse « basse, volontariste », s'inscrit progressivement avec le temps dans le bas des pyramides des âges, ce qui entraîne une diminution plus rapide – comparativement à ce que l'on observe avec l'hypothèse « haute, tendancielle » – du pourcentage des moins de 15 ans dans la population totale des pays étudiés (graphiques 13 et 14). Ce changement conduit à des évolutions différenciées des taux de dépendance et du nombre d'actifs par inactif, selon l'hypothèse considérée. Les taux de dépendance^[23] étaient en 2010 relativement élevés dans les pays étudiés, c'est-à-dire supérieurs à 0,8, ce qui correspond à un peu plus d'un actif potentiel (15 à 64 ans) par inactif (-15 ans et 65+).

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

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

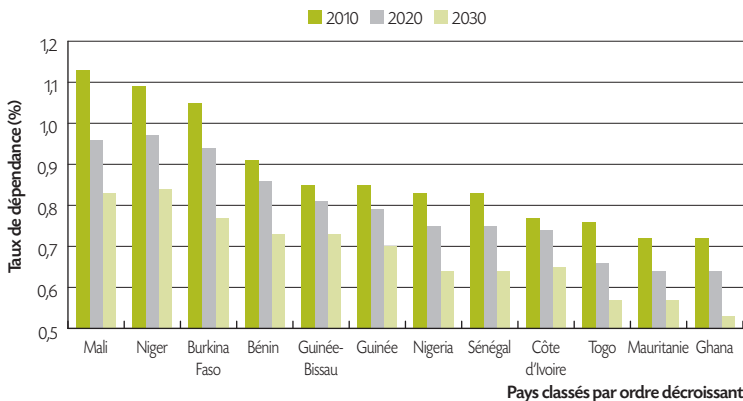
En revanche, avec l'hypothèse « basse, volontariste », du fait de la quasi-stabilisation du nombre des naissances, on arrive en 2030 à un nombre d'actifs par inactif situé, dans la moitié des pays, entre 1,6 et 1,9, c'est-à-dire proches des niveaux observés aujourd'hui dans les pays émergents (graphique 16).

Graphique 13 *Taux de dépendance (-15 ans et 65+ / 15 à 64 ans), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)*



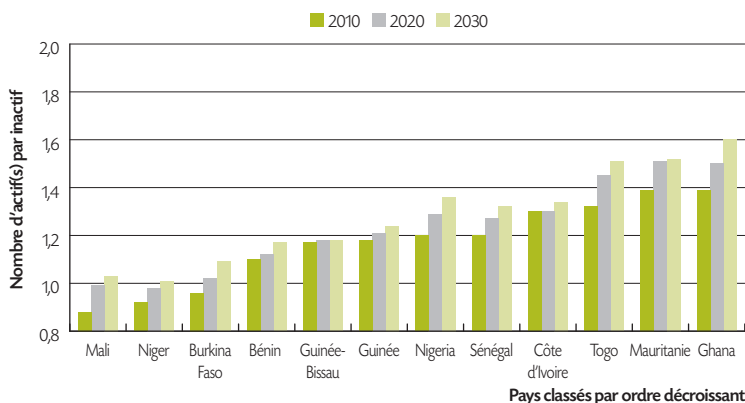
Source : projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Graphique 14 *Taux de dépendance (-15 ans et 65+ / 15 à 64 ans), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)*



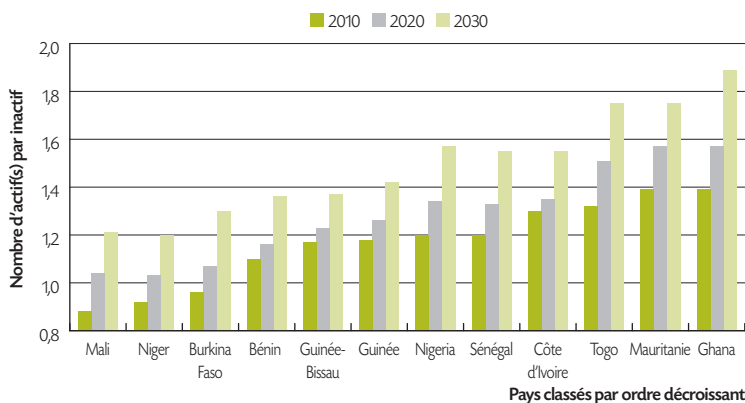
Source : projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Graphique 15 Nombre d'actif(s) par inactif (15 à 64 ans / -15 ans et 65+), hypothèse haute, tendancielle (0,5 point/an)



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

Graphique 16 Nombre d'actif(s) par inactif (15 à 64 ans / -15 ans et 65+), hypothèse basse, volontariste (1,5 point/an)



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

2.5. Les trois avantages majeurs de l'accélération de la baisse de fécondité

Les évolutions contrastées des taux d'accroissement de la population, du nombre de naissances et des taux de dépendance, selon les hypothèses considérées

(tendancielle/lente et volontariste/rapide), sont susceptibles d'avoir des conséquences particulièrement importantes sur le développement économique et social des pays étudiés.

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

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

- le rattrapage des taux de couverture insuffisants,
- la poursuite de la croissance démographique,
- l'amélioration de la qualité des services et des soins rendus à la population.

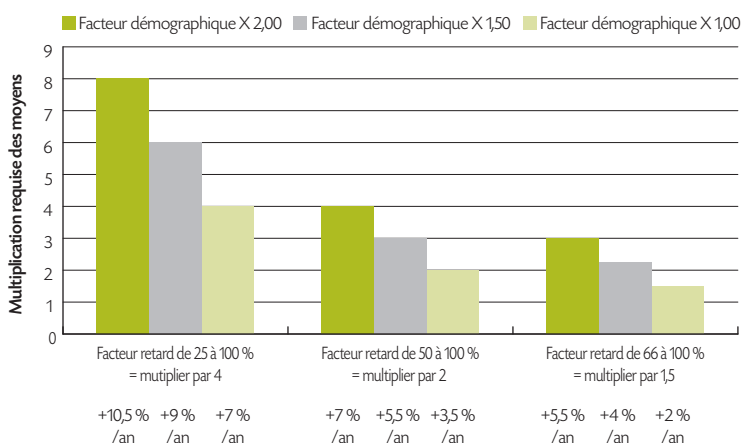
Pour ce qui concerne la santé, prenons l'exemple d'un pays où un quart des femmes enceintes bénéficie des quatre visites prénatales recommandées, et où seulement la moitié d'entre elles reçoit l'assistance d'un personnel qualifié au moment de leur accouchement. Si l'on se fixe comme objectif que, d'ici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

Ces retards doivent être combinés avec le facteur démographique, et en particulier avec les augmentations possibles du nombre de naissances^[24]. Ils impliquent une augmentation des besoins financiers et en personnel (sans tenir compte du facteur « amélioration de la qualité », qui varie de 1,5 à 8 fois selon l'importance du retard à

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

comblent et de la croissance des populations concernées (graphique 17). Par exemple, une multiplication par 8 des visites prénatales en 20 ans correspond à une croissance annuelle continue de moyens de 10,5 % par an. Une multiplication par 4 des besoins d'assistance à l'accouchement correspond à une croissance annuelle continue de moyens de 7 % par an, une multiplication par 2, à une croissance de 3,5 % par an.

Graphique 17 *Multiplication requise des moyens en 20 ans, en fonction de l'importance du rattrapage à effectuer et de l'augmentation des populations concernées*



Source : calculs de l'auteur.

L'absence de quasi-stabilisation (ou d'un fort ralentissement de l'augmentation) du nombre de naissances et de jeunes enfants, implique davantage de temps et de moyens pour rattraper les retards de couverture. De même, une part importante des bénéfices de la croissance économique doit continuer à être investie pour faire face à l'augmentation des effectifs de femmes enceintes et de jeunes enfants, ceci au détriment notamment de l'amélioration de la qualité des services et des soins rendus.

À l'inverse, en cas de quasi-stabilisation (ou de forte réduction) du nombre de naissances, une part importante des bénéfices de la croissance économique pourrait être affectée non seulement aux investissements productifs, mais également à l'amélioration de la qualité du capital humain (augmentation des taux de scolarisation dans le secondaire, dans l'enseignement professionnel et dans le supérieur par exemple). De même, ces bénéfices pourraient servir à l'amélioration des services et

des soins rendus à la population (diminution des ratios maîtres-élèves, augmentation du nombre de médecins et d'infirmières, etc.).

Ceci nous amène au troisième bénéfice majeur susceptible d'être engrangé grâce à une accélération des baisses de la fécondité : la possibilité de bénéficier du dividende démographique. Compte tenu de l'amorce récente des baisses de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, certains auteurs se sont demandés si ces pays étaient bien en mesure d'en bénéficier (Bloom *et al.*, 2007). Leur travail, qui porte sur 32 pays d'Afrique subsaharienne, dont 10 des 12 pays d'Afrique de l'Ouest étudiés ici^[25], répond positivement à cette question. Après examen de la croissance projetée des effectifs des 15 à 64 ans, de l'évolution des taux de dépendance selon les projections d'alors de la Division de la population des Nations unies, et d'indicateurs concernant l'environnement institutionnel, ils ont conclu, en 2007, que parmi les 32 pays retenus dans le cadre de leur travail, cinq étaient en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique (Côte d'Ivoire, Ghana, Malawi, Mozambique et Namibie). Quatre autres pays (Cameroun, Sénégal, Tanzanie, Togo) pourraient bénéficier de la croissance de leur main-d'œuvre et de ses niveaux d'éducation, mais ils doivent encore améliorer significativement leurs environnements institutionnels pour pouvoir bénéficier pleinement du dividende démographique. On pourrait ajouter à ces pays la Mauritanie, dont les rapports de dépendance devraient s'améliorer significativement dans les 20 prochaines années. Selon les auteurs, la persistance de taux de dépendance élevés et un environnement institutionnel toujours déficient semblaient exclure les autres pays étudiés dans un proche futur.

La possibilité de bénéficier du premier dividende démographique et de créer les conditions d'une croissance plus forte et durable dépend d'abord, comme on l'a vu précédemment (cf. 2.4.), de la rapidité de la transition démographique et de la diminution des taux de dépendance qui l'accompagne. Elle est également fonction d'autres facteurs tels que la qualité du capital humain (éducation et santé), la création d'un nombre suffisant d'emplois rémunérateurs, l'existence d'une épargne et d'investissements importants et le maintien d'un environnement politique et institutionnel adéquat. Les quelques pays de la sous-région dont la transition démographique est relativement bien engagée sont bien placés pour bénéficier assez rapidement du dividende démographique si leur environnement politico-institutionnel reste satisfaisant, leur capital humain d'assez bonne qualité et si leurs

[25] Le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, la Guinée-Bissau, le Mali, le Niger, le Nigeria, le Sénégal et le Togo. Les deux pays non étudiés sont le Bénin et la Mauritanie.

baisses de fécondité se poursuivent. Les autres pays, moins avancés dans leur transition démographique et qui, de fait, ont plus de difficultés à améliorer leur capital humain, doivent d'abord créer les conditions d'une baisse plus rapide de leur fécondité et satisfaire aux autres conditions requises avant de pouvoir bénéficier du dividende démographique.

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

3. Les politiques publiques et les problèmes de population

Jusque dans les années 1980, la plupart des gouvernements des pays de la sous-région ont considéré l'évolution de leur population et leurs niveaux de fécondité comme satisfaisants et ne nécessitant pas d'intervention particulière (Nations unies, 2009b). En marge de cette tendance régionale, le Ghana a adopté en 1969 une Déclaration de politique de population (Republic of Ghana, 1969 ; Caldwell et Sai, 2007). Et alors que, dès les années 1970, le Sénégal considérait déjà l'accroissement de sa population comme trop rapide, il devient, en 1988, le premier pays francophone de la sous-région à adopter une politique de population.

3.1. Les politiques de population

Dans les années 1990, les 12 pays étudiés ont déjà/ou adoptent des politiques de population, dont l'objectif est de contribuer aux efforts des gouvernements pour le développement. Ces politiques privilégient alors une approche très générale des problématiques de population, en se fixant comme principaux objectifs l'intégration et la prise en compte de la variable démographique dans les plans de développement, la maîtrise de la croissance démographique et l'augmentation de la prévalence de la contraception.

Avec l'adoption, lors de la Conférence internationale du Caire en 1994, d'une approche centrée sur les droits reproductifs, ces pays mettent parallèlement en place des politiques, plans et programmes en matière de santé, de santé de la reproduction et de sécurisation des produits de santé de la reproduction. L'adoption en 2000 des OMD les pousse à élaborer des Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), ce qui conduit à des révisions de leurs premières politiques de population.

De par leur approche « développementaliste », les premières politiques de population couvraient de nombreux domaines. L'ordre dans lequel ces domaines et les objectifs correspondants étaient cités varie d'un pays à l'autre, mais on y retrouve le plus souvent la santé (réduction de la morbidité et de la mortalité), l'éducation (accès à l'éducation et promotion des ressources humaines), la maîtrise de la croissance

démographique, la redistribution spatiale de la population, les migrations internationales, l'intégration des femmes, l'amélioration des conditions de vie des populations vulnérables (enfants, jeunes, femmes, ruraux, handicapés), la couverture des besoins alimentaires, la préservation des ressources naturelles et l'amélioration des connaissances sociodémographiques. Les objectifs généraux retenus y sont généralement déclinés en objectifs spécifiques et en stratégies globales ou spécifiques, sans pour autant que des objectifs quantitatifs soient retenus.

La mise en œuvre de ces premières politiques, dont certaines ont fait l'objet d'évaluations, s'est heurtée à plusieurs difficultés. La première a été le manque de moyens financiers et de personnel. En théorie, ces politiques devaient être mises en œuvre au travers de plans d'action et d'investissements prioritaires en matière de population (PAIP). Or, ceux-ci n'ont pas toujours pu être finalisés ou ils ont été insuffisamment financés (les financements étant surtout attendus des bailleurs internationaux). Autre difficulté identifiée, le manque d'engagement et de soutien des gouvernements et de la société civile en faveur des politiques et programmes de population et de leurs objectifs. Cet engagement limité s'est matérialisé par la faiblesse des ressources nationales qui leur ont été affectées, et par un appui réservé de la part des bailleurs. Par ailleurs, les turbulences politiques, voire les coups d'État, qui ont affecté plusieurs pays de la sous-région, ont entraîné l'arrêt, pour des périodes plus ou moins longues, de toute aide extérieure. Les évaluations des politiques de population faites notamment au Mali et au Burkina Faso soulignent d'autres difficultés. Au Mali (République du Mali, 2002), l'évaluation souligne la délimitation trop large du domaine « population » (ce qui revenait à lui faire prendre en charge l'ensemble des problèmes essentiels de développement), la « non-quantification » de certains objectifs, la « non-intégration » de la politique de population aux politiques et stratégies de développement et le désintérêt des partenaires. L'évaluation faite au Burkina Faso (Badjeck, 2009) révèle que l'adoption du CSLP comme cadre unique d'orientation de la politique de développement du pays a contribué à disqualifier les activités prévues et les financements attendus dans le domaine de la population. Ces analyses s'appliquent également aux autres pays.

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

La Déclaration du gouvernement en matière de politique de population (DGPP), adoptée au Niger en 2007 (République du Niger, 2007a), constitue à ce titre une exception. Certes, elle entend « *contribuer à la réduction de la pauvreté* » mais ce « *grâce à l'acquisition d'une mentalité et de comportements reproductifs aptes à induire au sein des populations une augmentation significative de l'utilisation de la contraception et une réduction des mariages précoces* ». Les objectifs retenus se limitent donc à l'augmentation du taux de prévalence contraceptive moderne et à la diminution de la proportion de mariages précoces, de l'allaitement maternel, du niveau de fécondité et du taux de croissance de la population. Ces objectifs ont été fixés à partir des résultats des projections nationales de population de type « aide à la décision » publiées en 2005 (République du Niger, 2005a). La politique de population du Niger de 2007 se concentre donc exclusivement sur les questions liées aux comportements reproductifs, contrairement aux politiques des autres pays de la sous-région, dont les approches restent plutôt « développementalistes ».

3.2. Les politiques, plans et programmes en santé, santé de la reproduction et sécurisation des produits

Tous les pays ont par ailleurs adopté dans les années 2000 des plans et programmes en santé, santé de la reproduction et sécurisation des produits. Ces plans ou programmes de développement sanitaire couvrent le plus souvent des périodes de 5 à 10 ans. Leur dénomination varie selon les pays. Il s'agit par exemple au Burkina Faso du Plan national de développement sanitaire (PNDS), adopté pour 2001-2010 (République du Burkina Faso, 2000), au Mali, du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS), pour 1998-2007 (République du Mali, 1997), et au Niger, du Plan de développement sanitaire (PDS), pour 2005-2009 (République du Niger, 2005b). Ces plans ou programmes sont importants, car c'est dans leur cadre que doivent s'inscrire toutes les activités et actions relevant du secteur de la santé et en particulier celles concernant la santé de la reproduction.

En matière de santé de la reproduction, tous les pays ont également des plans ou plans stratégiques. Selon les pays, on dispose, comme par exemple au Mali, d'un Plan stratégique de santé de la reproduction (PSSR), complété par un Plan d'action pour la contraception sécurisée. Aujourd'hui cependant, la tendance est à l'adoption de Plans stratégiques de sécurisation des produits de santé de la reproduction (PSSPSR) ne se limitant pas aux seuls produits contraceptifs.

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

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

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

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

Ensuite, il n'est pas toujours facile de savoir comment les objectifs retenus ont été fixés, sauf lorsque les OMD sont repris. Dans ce cas, les objectifs concernant la réduction de la mortalité néonatale (et infantile) et la réduction de la mortalité maternelle ne sont pas très différents d'un document à l'autre dans le même pays. Il n'en va pas du tout de même pour les objectifs fixés en matière de prévalence contraceptive, qui peuvent varier dans le même pays du simple au double pour des périodes similaires ou voisines, suivant les plans et stratégies analysés. Ces divergences dans les objectifs à atteindre et les efforts à consentir ne facilitent évidemment pas la mobilisation sur les questions de population et sur la satisfaction des besoins en planification familiale. Par ailleurs, les PSSPSR adoptés récemment mettent à juste titre l'accent sur la pérennisation du financement des produits. Ils apparaissent cependant souvent davantage comme des plans destinés à organiser la sécurisation des produits, la participation du secteur privé ou à améliorer les SIGL (systèmes d'information et de gestion logistique) que comme des plans visant (aussi) à financer l'achat des produits de santé de la reproduction. De fait, les éléments contenus dans ces plans (axes stratégiques, objectifs, budget prévisionnel) ne permettent que rarement de savoir à quelle augmentation de la prévalence contraceptive et à combien d'utilisatrices correspondent les budgets demandés. Finalement, la part la plus importante des budgets va clairement à la prise en charge des accouchements,

et en particulier aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). C'est ainsi que le Programme national 2005-2009 de santé de la reproduction (PNSR) du Niger (République du Niger, 2005c) prévoyait de consacrer 72 % de son budget à la réduction des grossesses à risques et seulement 19 % à la planification familiale, alors qu'une utilisation plus importante de la contraception aurait pu réduire la forte proportion actuelle des grossesses à risques.

3.3. La population dans les Cadres stratégiques de lutte contre la pauvreté

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

Les nouveaux DSRP (de deuxième ou troisième génération en fonction des pays) adoptés ces dernières années présentent cependant quasiment tous la croissance démographique comme une contrainte – car à l'origine d'une forte demande sociale – et une entrave aux efforts de développement du pays. Ils ne vont malgré tout guère au-delà de cette reconnaissance. En effet, ces DSRP sont quasiment tous devenus des documents de stratégies d'accélération de la croissance et de réduction de la pauvreté, et ils tablent sur de fortes croissances économiques afin d'atteindre le stade de pays émergents, ce qui, selon leur hypothèse, conduira « automatiquement » au ralentissement de la croissance démographique (cf. 2.3).

À titre d'exemple, la Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (SCR), adoptée au Bénin (République du Bénin, 2007) pour la période 2007-2009, considère que la prise en compte de la considérable demande sociale qui s'exprimera en matière de nutrition, de santé et de scolarisation – conséquence de la forte croissance démographique du pays – implique des actions tant dans les secteurs économiques que sociaux qui aideront, à long terme, à atteindre l'objectif du ralentissement de la croissance démographique visé.

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

Au Niger par contre, la seconde Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté (SDRP), adoptée pour la période 2008-2012 (République du Niger, 2007b), exprime clairement la volonté politique de maîtriser la forte croissance démographique du pays : non seulement elle s'appuie sur les projections démographiques nationales de 2005, mais elle reprend aussi à son compte la Déclaration claire et volontariste de 2007 du gouvernement en matière de politique de population.

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

3.4. La place de la variable population dans les politiques sectorielles

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

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

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

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

Les projections de population constituent pourtant un outil privilégié de mesure des taux de couverture, d'estimation des besoins et de fixation des objectifs à atteindre. Le Niger a réalisé des projections de ce type en 2005, de même que le Burkina Faso en 2009 (INSD, 2009). Au Niger, les résultats de ces projections ont été repris dans la politique de population de 2007, et ils ont servi à en fixer les objectifs. Ces résultats ont aussi permis aux auteurs de la SDRP 2008-2012 de se livrer à une analyse des « effets potentiels de la croissance démographique » sur divers secteurs (agriculture et sécurité alimentaire, éducation, santé). Au Burkina Faso, les résultats des projections démographiques nationales ont été repris dans le projet de nouvelle politique de population de 2007, et ils ont également servi à en fixer les objectifs. Entre-temps, ces projections n'ont pas été intégrées dans la version de décembre 2010 de la SCADD 2010-2015 qui était en cours de finalisation fin 2010.

L'élaboration et l'utilisation de projections nationales de population de type « aide à la décision » (voir 3.2, 3.3 et 3.4) constituent la première étape incontournable de prise en compte réelle de la variable population dans les politiques sectorielles. C'est pourquoi tous les pays devraient disposer de telles projections, et celles-ci devraient être largement diffusées, puis acceptées, reconnues et utilisées par tous les acteurs et

tous les secteurs. Elles ont en effet vocation à constituer une base unique de référence pour les estimations et projections et pour la fixation des objectifs de l'ensemble des secteurs, y compris ceux identifiés dans les stratégies d'accélération de la croissance et de lutte contre la pauvreté, dont plusieurs doivent être révisées prochainement.

4. La faisabilité d'un usage accru de la contraception

Compte tenu des contextes économiques, démographiques et politiques des pays examinés, peut-on tabler sur une progression rapide de l'utilisation de la contraception, qui permettrait à ces pays d'envisager une accélération des baisses de leur fécondité et une entrée prochaine dans la fenêtre d'opportunité démographique ? Quel pourrait être le rôle des partenaires techniques et financiers pour atteindre cet objectif ? Quels sont les obstacles à surmonter ? Quels seraient les coûts correspondants ?

4.1. Le rôle des partenaires techniques et financiers

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

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

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

bilatérale ou privée, sont plus souvent directement impliqués dans la fourniture de services et de prestations.

Les champs d'interventions de ces partenaires sont également variables. Toutefois, la majorité d'entre eux intervient en priorité dans les domaines de la réduction de la mortalité maternelle, de l'amélioration de la survie des enfants, et de la prévention ou de la lutte contre le VIH/sida.

Viennent ensuite les partenaires (un tiers environ) pour qui l'appui à des programmes ou actions dans le domaine de la planification familiale constitue l'une des priorités. Enfin, quelques partenaires participent à des programmes de lutte contre les violences faites aux femmes.

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

L'UNFPA, agence spécialisée des Nations unies pour les questions de population, a commencé à intervenir dans les 12 pays étudiés dans les années 1970, en apportant d'abord son soutien à l'amélioration des connaissances démographiques^[26]. À partir des années 1980, ses interventions s'inscrivent dans le cadre de programmes de coopération de plus ou moins cinq ans, et à ce jour, quatre à cinq programmes ont déjà été exécutés dans les pays. Les programmes en cours s'inscrivent aujourd'hui dans chaque pays dans le cadre de l'UNDAF (*United Nations Development Assistance Framework*). Ils comprennent tous trois sous-programmes ou composantes : Santé de la reproduction, Population et développement et Genre. La composante Santé de la reproduction, qui concerne la planification familiale, vise à l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services en santé de la reproduction en général, et ce seulement dans quelques « régions prioritaires » de l'UNFPA. Mais cette composante apporte également son appui au niveau national à l'approvisionnement des pays en contraceptifs, et à la définition des politiques ou stratégies en santé de la reproduction. La composante Population et développement appuie généralement la mise en œuvre des politiques de population, et la prise en compte des questions de

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

population, genre et droits humains dans les politiques, plans et programmes, et en particulier dans les DSRP. Enfin, la composante Genre vise, *via* l'amélioration des mécanismes institutionnels et des pratiques socioculturelles, à promouvoir la protection des droits des filles et des femmes et à contribuer ainsi à l'égalité et à l'équité entre genres.

L'IPPF, qui était à l'origine une fédération d'associations nationales autonomes de planning familial, a maintenant pour objectif de promouvoir le droit à la santé reproductive et sexuelle, l'éducation sexuelle des jeunes, le renforcement du pouvoir des femmes, la lutte contre les MST et la maîtrise de la fécondité. Elle compte aujourd'hui quelques 180 associations dans le monde, dont celles des 12 pays étudiés (MFPF, 2011 ; IPPF, 2011). La plus ancienne est celle du Ghana, créée en 1967, soit deux ans avant l'adoption de la déclaration de population du pays. Des associations ont ensuite été créées au Mali (1972), au Sénégal (1974) au Togo (1975) et en Côte d'Ivoire (1979). Les plus récentes sont celles du Niger (1996), de la Guinée-Bissau (1993) et de la Mauritanie (1990). Les plus anciennes ont été pendant longtemps les seules à offrir des services de planification familiale et à en faire la promotion dans leur pays. Aujourd'hui, toutes ces associations ayant une approche « santé reproductive et sexuelle », les prestations et services qu'elles offrent en direction de groupes vulnérables comprennent des soins/consultations pré/postnatales et post-avortements, le conseil et le dépistage du VIH/sida, le traitement de la stérilité, le conseil avant mariage. Les données disponibles à leur sujet concernent l'ensemble de ces prestations (elles touchent par exemple près de 400 000 personnes au Togo et 100 000 au Sénégal en 2006), sauf dans deux cas où l'on dispose de données spécifiques sur les prestations en planification familiale. L'association ghanéenne indique ainsi avoir fourni en 2006 près de 90 000 couples-années de protection (CAP)^[27], ce qui représenterait environ 15 % des utilisateurs de méthodes modernes dans le pays. L'association du Nigeria estime de son côté avoir fourni une méthode de contraception à 10 % des utilisateurs de méthodes modernes du pays. Il reste aujourd'hui difficile de connaître l'importance des activités des autres associations dans le domaine de la planification familiale.

[27] Le couple-année de protection (CAP) mesure le nombre total d'années de protection contraceptive fournie à un couple, (IPPF, 2010). ceci en fonction des diverses méthodes modernes de contraception utilisées : ainsi 13 cycles de pilules et quatre injections médicamenteuses protègent un couple pendant une année, et une insertion de stérilet protège en moyenne un couple pendant trois ans et demi.

PSI a commencé ses activités en Afrique de l'Ouest dans les années 1990 avec la promotion du préservatif *via* les techniques de marketing social, afin de prévenir la transmission des IST (infections sexuellement transmissibles) et du VIH/sida. Son objectif est aujourd'hui de *« permettre aux femmes et aux couples d'avoir des vies plus saines en leur donnant accès à des produits et des services novateurs en matière de planification familiale et de santé maternelle »* (PSI, 2011). PSI a des activités dans une trentaine de pays en Afrique subsaharienne (dont huit en Afrique de l'Ouest : Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Liberia, Mali, Nigeria et Togo). Aujourd'hui, les antennes nationales de PSI, ainsi que certaines organisations nationales dont PSI a favorisé l'émergence (PROMACO – Projet de marketing social des condoms – au Burkina Faso et AIMAS – Agence ivoirienne de marketing social – en Côte d'Ivoire) ont étendu la gamme de leurs activités. Si elles distribuent la pilule dans certains pays, leurs interventions concernent aussi la santé de la reproduction en général, et, dans de nombreux pays, la lutte contre le paludisme et les maladies transmises par l'eau. Il faut mentionner aussi l'existence d'organisations nationales, comme la Fondation ghanéenne de marketing social et Animas Sutura au Niger, qui utilisent le même type d'approche de marketing social, basé sur un équilibre communication/sensibilisation et commercialisation de produits de santé de base subventionnés, à travers les structures commerciales traditionnelles. Des entités locales, qui bénéficient d'un appui financier et de conseils techniques, favorisent la pérennisation de ces services par le marketing social dans les pays concernés, sans pour autant que ces activités leur assurent pour le moment une indépendance financière.

D'une manière générale, la diversité des statuts, des modes et des champs d'intervention couverts par les divers partenaires des pays en matière de population et de santé de la reproduction complique l'analyse de l'ensemble des actions menées et l'évaluation de leurs impacts. La diversité des domaines prioritaires découle des nombreuses composantes de la santé de la reproduction : santé maternelle et infantile, maladies sexuellement transmissibles, sida, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction, planification familiale. Dans les pays où la fécondité et la mortalité restent élevées, une concurrence est ainsi apparue entre ces diverses composantes pour la définition de priorités. Finalement, la priorité, implicite ou explicite, a été donnée aux besoins les plus pressants, à savoir la maternité protégée et les soins aux enfants. Mais cela s'est fait le plus souvent aux dépens de la planification familiale, comme l'indique l'évaluation réalisée par les Nations unies sur ce sujet en 2004 (United Nations, 2004). Cette évaluation rappelle que l'intégration des services de santé reproductrice et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Mais elle met aussi en évidence

plusieurs obstacles à cette intégration, tels que l'organisation structurelle verticale des soins, le manque de moyens financiers et de ressources humaines. Il faut y ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes, qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes se présentant en consultation pré/post-natale l'information la plus basique sur la planification familiale. C'est ce qu'indiquent en tout cas les résultats des enquêtes menées sur les relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest : Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar et Niamey (Jaffré et Olivier de Sardan, 2003).

Faut-il envisager dès lors de privilégier une approche verticale en matière de planification familiale ? Il n'est pas facile de répondre à cette question. Par exemple, au Togo, dans les années 1970, la promotion de la planification familiale par la seule association membre de l'IPPF semble être en partie à l'origine de la baisse plus rapide de la fécondité observée dans ce pays. Mais rien de tel ne s'est produit au Mali. Au Ghana, de manière surprenante, la combinaison de la promotion de la planification familiale à partir de 1967 par l'association membre de l'IPPF, de l'adoption, en 1969, d'une déclaration de politique de population et de la mise sur pied, en 1970, d'un programme national de planning familial, n'a pas produit de meilleurs résultats qu'au Togo^[28].

Ainsi, les questions liées à l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publics, à l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités, et à la place à donner aux prestataires privés, ne sont pas simples. Les résultats des dernières *Demographic and Health Surveys* (DHS, 2011a) menées dans les pays étudiés montrent que plus de la moitié des femmes obtiennent en général leurs méthodes de contraception modernes dans le secteur public. Cette proportion varie d'une méthode à l'autre, mais elle reste souvent très importante pour la pilule et quelquefois pour le préservatif. Dans ces conditions, l'extension du rôle du secteur privé pourrait permettre, par exemple en augmentant l'offre en pilule et préservatif, de décongestionner les centres de santé publics, qui répondent à une grande part de la demande actuellement. On pourrait alors envisager que ces derniers augmentent leur offre en méthodes de plus long terme (comme les DIU – dispositifs intra-utérins – et les implants), qui requièrent l'intervention d'un personnel qualifié.

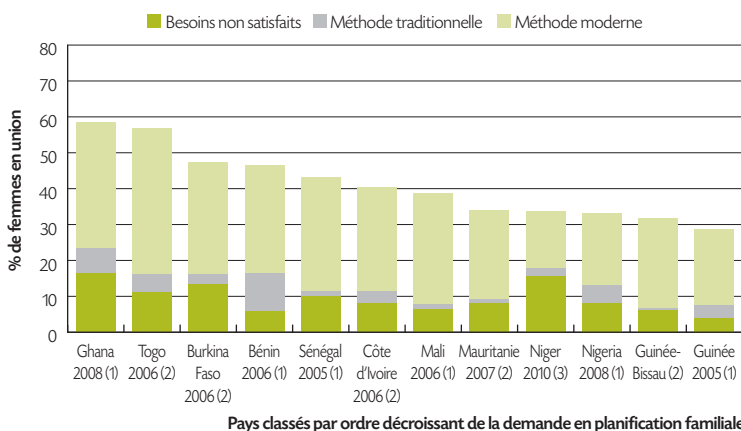
[28] Les raisons de la performance modeste du Ghana, malgré des conditions *a priori* très favorables, sont détaillées dans une analyse de Caldwell et Sai (2007).

L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe donc par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), de la répartition des méthodes utilisées et des choix envisageables en matière d'évolution de cette répartition. Des études du type de celle réalisée au Niger en 2008 (Guengant et de Metz, 2008) sont susceptibles d'éclairer les choix possibles en la matière.

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

Les niveaux d'utilisation de la contraception dans les pays étudiés sont parmi les plus faibles du monde (cf. 3.1). Globalement, entre 5 et 20 % des femmes en union utilisent, à la fin des années 2000, une méthode quelconque de contraception (graphique 18). Le chiffre le plus élevé est enregistré au Ghana (23 % en 2008). Les taux d'utilisation des méthodes traditionnelles, jugées moins efficaces^[29], restent très variables, mais très élevés dans plusieurs pays : 65 % au Bénin, près de 50 % en Guinée

Graphique 18 Proportion de femmes en union utilisant une méthode de contraception et ayant des besoins non satisfaits en planification familiale



Source : DHS, 2011a ; UNICEF, 2007 ; IDEACONSULT International, 2010.

[29] Les méthodes traditionnelles, dont l'efficacité est moindre que celle des méthodes modernes, sont à l'origine de nombreux échecs (c'est-à-dire de grossesses non désirées). Concernant l'efficacité des diverses méthodes de contraception, voir Futures Group, 2011 et USAID, 2011.

et plus de 40 % au Nigeria. En revanche, ils s'échelonnent entre 10 et 15 % en Guinée-Bissau, au Niger, au Sénégal et en Mauritanie. L'utilisation de méthodes modernes ne concerne ainsi en moyenne que 5 à 15 % des femmes en union.

Malgré ces taux très faibles, les enquêtes révèlent l'importance des besoins non satisfaits d'une forte proportion de femmes n'utilisant aucune méthode de contraception, alors qu'elles souhaitent retarder leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants. À la fin des années 2000 (graphique 18), ces besoins non satisfaits concernent en moyenne 30 % des femmes en union, avec des variations importantes selon les pays (de 16 % au Niger, à 40 % au Togo). Les besoins non satisfaits sont en général deux à trois fois plus importants que les besoins satisfaits, c'est-à-dire que les pourcentages de femmes utilisant une méthode de contraception. Il n'en reste pas moins, assez paradoxalement, que la demande totale en planification familiale (addition des besoins satisfaits et des besoins non satisfaits) reste faible dans la plupart des pays. La demande totale des femmes en union en planification familiale est en effet partout, sauf au Ghana et au Togo, inférieure à 50 %, alors qu'elle est de 70 à 85 % dans les pays émergents. Elle se situe entre 40 et moins de 50 % dans quatre pays et est inférieure à 40 % dans six pays (soit un niveau deux fois moindre que celui observé dans les pays émergents).

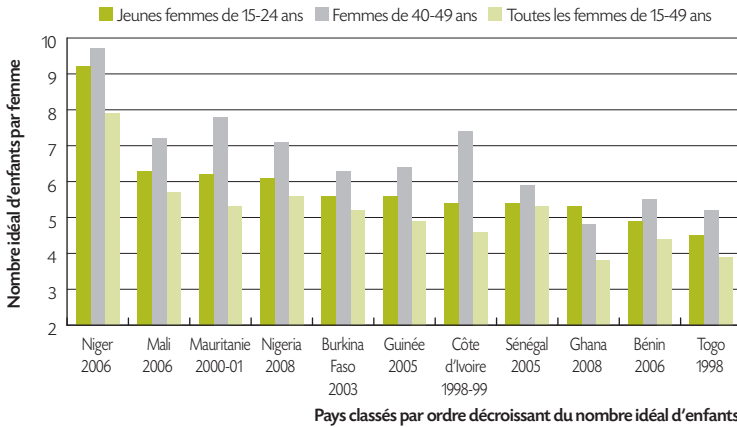
On attribue souvent les bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne à la faiblesse de l'offre de services de qualité en planification familiale facilement accessible. Ce facteur joue certainement un rôle et peut expliquer l'importance des besoins non satisfaits par rapport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

Toutefois, la faiblesse de la demande peut aussi s'expliquer par les normes sociales, notamment une tradition pro-nataliste et la valorisation des maternités nombreuses, et par ce que certains qualifient de « pesanteurs socioculturelles ». Les résultats des enquêtes DHS sur ce sujet indiquent effectivement un nombre moyen idéal d'enfants élevé dans la plupart des pays étudiés, y compris chez les jeunes femmes (graphique 19). En effet, le nombre moyen idéal d'enfants chez l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans reste supérieur à 6 dans quatre pays (il est de 9 au Niger). Il se situe dans les autres pays entre 5 et moins de 6 enfants, sauf au Togo où il est de 4,5, ce qui reste élevé par rapport aux résultats des pays émergents. De manière assez prévisible, le nombre idéal est plus faible chez les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) que chez les femmes les plus âgées (âgées de 40 à 49 ans), sans pour autant que les 25 ans qui séparent ces deux groupes d'âge n'aient entraîné une diminution vraiment importante (supérieure à 2 enfants), sauf en Côte d'Ivoire et en Mauritanie. Dans les autres pays, la diminution du nombre idéal d'enfants souhaités par femme est généralement de l'ordre de 1 à 1,5. Cela signifie que ce nombre reste très élevé chez les jeunes femmes : proche de ou supérieur à 5 enfants dans la moitié des pays (8 au Niger), et entre 4 et moins de 5 enfants dans les autres pays.

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

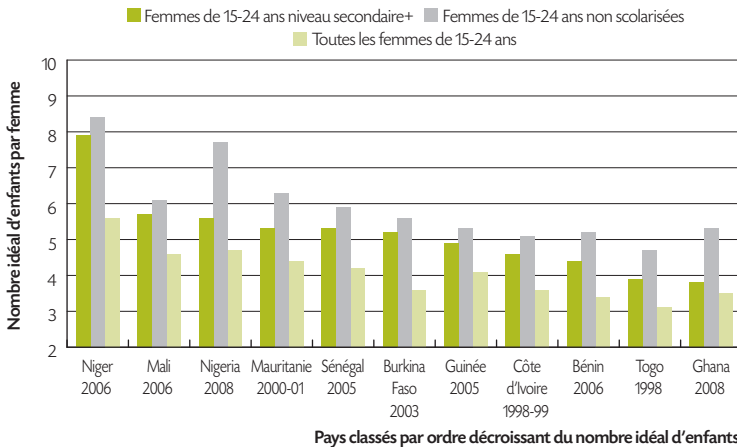
Ces résultats font émerger un nombre moyen idéal d'enfants qui sera très probablement différent du nombre réel d'enfants qu'auront les jeunes femmes interrogées. Ils soulignent cependant que, dans la plupart des pays, les progrès de l'éducation et « l'effet jeunesse » seront insuffisants pour entraîner une accélération de la baisse de la fécondité. Il faut également prendre en compte le fait que l'élévation des niveaux d'éducation de l'ensemble de la population est par nature un processus lent.

Graphique 19 Nombre idéal moyen d'enfants par femme (par grands groupes d'âges)



Source : DHS, 2011b.

Graphique 20 Nombre idéal moyen d'enfants chez les jeunes femmes (par niveaux d'instruction)



Source : DHS, 2011b.

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

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

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

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

4.3. Les coûts associés à une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception moderne

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

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

Pour toutes ces raisons, trois types d'approches, ou méthodes, sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à n'estimer que les coûts d'achat des produits contraceptifs. La seconde vise à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres CAP, en intégrant les coûts d'achat des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet, en les divisant par le nombre d'utilisateurs, d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achat des produits

contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à son extension.

Nous avons essayé de chiffrer les coûts des produits contraceptifs pour les 10 prochaines années, pour chacune des trois hypothèses d'augmentation de la prévalence (cf. 2.2) :

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

Les coûts d'achat des produits contraceptifs et leur évolution dépendent de quatre facteurs :

- le coût de chaque méthode adoptée dans l'année et l'augmentation des prix au cours du temps ;
- l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer (et en union) ;
- les changements dans la répartition des méthodes utilisées (les coûts variant d'une méthode à l'autre) ;
- les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues.

Nous avons estimé, pour chaque méthode, un prix de référence en dollar américain (USD) pour l'année de base 2010 (prix enregistré dans la capitale ou la ville principale, hors taxes et frais de douane), à partir des éléments contenus dans la base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*^[30]. Les données pour les autres facteurs résultent des projections démographiques et des hypothèses réalisées pour chaque pays dans le cadre de cette étude. On arrive ainsi à une estimation du coût moyen par utilisatrice de 4 à 6 USD.

Entre 2010 et 2020, le nombre de femmes en âge de procréer augmentera selon les pays de 30 % à près 50 % et le coût des produits de 35 % (en supposant une augmentation annuelle des prix de 3 % par an pour tous les contraceptifs). La combinaison de ces facteurs avec les hypothèses d'augmentation de la prévalence

[30] Coûts estimés sur la base du coût moyen (2005-2010), voir RHI, 2011.

totale – associées à la diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles – conduit à des estimations du coût d'achat des produits en 2020 nettement plus élevées qu'en 2010 :

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

Dans les pays où le pourcentage de méthodes traditionnelles en 2010 était très élevé, l'hypothèse d'un passage rapide à l'utilisation de méthodes modernes de contraception a pour effet d'augmenter les besoins en méthodes modernes. L'augmentation du nombre de femmes en âge de procréer et les augmentations projetées de la prévalence vont dans le même sens. Il apparaît ainsi que, quelque soit l'hypothèse retenue, les besoins en financement de contraceptifs seront très importants dans les années qui viennent. Pour les cinq prochaines années, l'augmentation annuelle moyenne est d'au moins 10 % avec l'hypothèse d'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, et d'environ 15 % avec l'hypothèse d'augmentation rapide de +1,5 point par an.

Tableau 2 *Évolution des effectifs de femmes de 15 à 49 ans (2010-2020)*

Pays	2010	2015	2020
Bénin	2 031	2 371	2 780
Burkina Faso	3 686	4 378	5 215
Côte d'Ivoire	5 197	5 932	6 753
Guinée-Bissau	380	434	501
Mali	3 177	3 818	4 575
Niger	3 279	3 973	4 796
Sénégal	3 027	3 509	4 003
Togo	1 689	1 954	2 230
UEMOA	22 466	26 367	30 853
Ghana	6 057	6 797	7 541
Guinée	2 373	2 765	3 222
Mauritanie	838	944	1 053
Nigeria	37 425	42 712	48 619

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

Tableau 3 Utilisatrices de méthodes modernes de contraception (hors stérilisation)

Pays	2010	2015	2020
Bénin	86	196	375
Burkina Faso	435	705	1 065
Côte d'Ivoire	245	478	789
Guinée-Bissau	16	36	60
Mali	202	433	752
Niger	245	478	789
Sénégal	225	400	613
Togo	120	214	337
UEMOA	1 574	2 941	4 781
Ghana	517	785	1 107
Guinée	79	199	382
Mauritanie	41	80	128
Nigeria	2 016	3 945	6 599

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

Tableau 4 Coûts d'achat des contraceptifs (milliers de USD)

Pays	2010	2015	2020
Bénin	450	1 187	2 628
Burkina Faso	2 560	4 813	8 423
Côte d'Ivoire	1 222	2 768	5 299
Guinée-Bissau	51	130	255
Mali	848	2 115	4 255
Niger	1 222	2 768	5 299
Sénégal	982	2 019	3 589
Togo	545	1 124	2 053
UEMOA	7 881	16 924	31 801
Ghana	2 311	4 072	6 656
Guinée	327	956	2 126
Mauritanie	245	560	1 035
Nigeria	29 725	51 043	84 239

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

Les résultats obtenus pour cette hypothèse « volontariste » sont présentés dans les tableaux 2 à 4. Ils impliquent, pour les huit pays de l'UEMOA, la multiplication par 4 des coûts d'achat annuels des contraceptifs : estimés à 8 M USD en 2010, ils passent à 32 M USD en 2020.

Cependant, les coûts d'achat des produits contraceptifs ne représentent qu'une petite fraction du coût total des programmes de planification familiale dans chaque pays. L'étude sur la contribution de la planification familiale à la réalisation des OMD, réalisée en 2006, qui utilise l'approche « coûts par CAP », estime ainsi le coût moyen par CAP à 11,20 USD pour l'Afrique subsaharienne (Moreland et Talbird, 2006), soit 2 à 3 fois plus que le coût d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 4 à 6 USD annoncé précédemment. Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur », en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception, qui permet de réaliser des économies d'échelle. Le coût moyen par utilisateur en Afrique subsaharienne a ainsi été estimé à 28 USD en 2005 et à 26,2 USD en 2010. Une étude plus récente indique pour 2010 un coût moyen par utilisateur en Afrique de 27,6 USD (Moreland *et al.*, 2010), soit entre 5 et 7 fois plus que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice.

Mais cette étude donne également une estimation des « coûts-bénéfices » qu'on peut attendre de la mise en place de programmes de planification familiale dans 16 pays d'Afrique subsaharienne, dont 7 des 12 pays étudiés^[31]. Elle estime d'abord, pour chacun de ces pays, pour la période 2005-2015, les coûts associés à la satisfaction de leurs besoins non satisfaits en planification familiale d'ici 2020 (Moreland et Talbird, 2006). Pour la plupart des pays, cette hypothèse correspond à une augmentation de la prévalence de la contraception de plus ou moins 1,5 point de pourcentage par an, soit une augmentation proche de celle retenue dans l'hypothèse « volontariste » de progression rapide de l'utilisation de la contraception. Cette hypothèse, basée sur la satisfaction des besoins non satisfaits, est comparée ensuite pour chaque pays avec une hypothèse de non satisfaction de ces besoins (c'est-à-dire de leur maintien à leur niveau de départ), ce qui donne en 10 ans (entre 2005 et 2015) un certain nombre d'enfants en moins. Puis l'étude estime, pour chaque pays, d'une part, les coûts des programmes de planification familiale à partir de l'hypothèse satisfaction des besoins non satisfaits, sur la base d'un coût moyen par CAP de 11,20 USD et, d'autre part, les « moins à dépenser », c'est-à-dire les économies réalisées suite à la diminution du nombre d'enfants de moins de 10 ans. Ces « moins à dépenser » sont calculés pour

[31] Le Burkina Faso, le Ghana, la Guinée, le Mali, le Niger, le Nigeria et le Sénégal.

l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme. En 10 ans, ils pèsent 3 fois plus en moyenne que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. Plus des trois quarts de ces économies sont réalisées dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations.

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

Conclusion

Les transitions démographiques observées dans les 12 pays^[32] sur lesquels notre analyse s'est portée sont lentes et récentes. Un certain nombre de facteurs expliquent ces tendances, notamment la reconnaissance tardive par les autorités, et par certains partenaires du développement, des problèmes connexes induits par l'accroissement démographique et les niveaux élevés de fécondité. Par ailleurs, les politiques, plans, programmes et stratégies définis et mis en œuvre au cours des 20 dernières années n'ont pas permis de maîtriser la forte croissance de la population des pays de la sous-région.

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

Les analyses approfondies réalisées ont néanmoins permis de percevoir des signes de progrès : la contrainte que constitue une forte croissance démographique pour la satisfaction de la demande sociale et pour l'accélération de l'augmentation du PIB par tête d'habitant est à ce jour assez largement reconnue. La possibilité et la légitimité d'agir à court terme sur cette variable « population » ne sont cependant

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

pas encore acceptées par tous. Certes, la nécessité de réduire les niveaux élevés de morbidité et de mortalité est admise. Toutefois, tout ce qui touche au domaine de la fécondité est encore souvent l'objet de passions et de polémiques, celui-ci étant à la croisée entre traditions et enjeux de pouvoir, entre genre et générations.

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

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

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

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

La satisfaction de la demande non satisfaite et l'accélération de l'utilisation de la contraception permettront d'une part aux pays de réduire la durée nécessaire pour doubler leurs PIB par tête. Avec une croissance démographique réduite à 2 % par an, la durée nécessaire pour doubler le PIB par tête varie en fonction de la vigueur de la croissance économique entre 14 ans (7 % de croissance économique par an) et 24 ans (5 % de croissance économique par an). Avec une croissance démographique se maintenant à 3 % par an, cette durée s'allonge pour se situer entre 18 ans (7 % de croissance économique par an) et 35 ans (5 % de croissance économique par an).

D'autre part, ces évolutions rendront possible une quasi-stabilisation du nombre de naissances annuelles. Les pays auront alors la possibilité d'investir différemment les sommes importantes auparavant consacrées à ce domaine d'intervention. En 2010, près de 4 M de naissances ont été enregistrées au sein des huit pays de l'UEMOA. Ce chiffre pourrait se stabiliser aux alentours de 5 M en 2030, sous réserve d'une accélération de l'utilisation de la contraception. Par contre, un maintien des tendances démographiques actuelles impliquerait près de 7 M de naissances en 2030.

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

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

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

Pour que ce scénario « volontariste » favorable au développement se réalise, l'engagement programmatique et financier des gouvernements, des sociétés civiles et des partenaires du développement est indispensable dans chaque pays. Ceux-ci pourraient notamment s'engager à réduire de moitié, d'ici à 2020, les besoins non satisfaits exprimés en planification familiale, ou, ce qui revient plus ou moins au même, d'augmenter de 1,5 point de pourcentage par an l'utilisation de la contraception. La mise en œuvre de cet engagement nécessite d'évaluer les capacités de chaque acteur, de définir les rôles respectifs du secteur public et du secteur privé et l'appui financier à accorder à chacun. Elle nécessite aussi de faire évoluer l'offre de méthodes de contraception et d'estimer le nombre d'utilisateurs à servir. Ceci nécessiterait, selon les pays, des moyens 3 à 5 fois supérieurs à ceux actuellement affectés à la planification familiale. Pour les huit pays de l'UEMOA, les coûts annuels d'achat des contraceptifs devraient être multipliés par 4 en 10 ans : estimés à 8 M USD en 2010, ils passeraient à 32 M USD en 2020, les coûts d'achat pour les cinq prochaines années étant d'environ 60 M USD, soit plus de 30 Md FCFA. Mais ces coûts doivent être appréciés en fonction « des moins à dépenser », c'est-à-dire des économies potentielles 3 fois plus importantes en moyenne, que les dépenses en planification familiale rendraient possibles.

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

Liste des graphiques

Graphique 1. Évolution du PIB réel par tête, de 1960 à 2008 (en dollars américains constants de 2 000)	14
Graphique 2. PIB par tête (en dollars PPA) en 2008	14
Graphique 3. Taux annuels moyens de croissance économique (1995-2009)	16
Graphique 4. Nombre d'années requises pour doubler le PIB par tête selon les taux annuels de croissance économique et démographique	19
Graphique 5. ISF (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)	29
Graphique 6. ISF (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)	30
Graphique 7. Augmentation de la population totale (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)	31
Graphique 8. Augmentation de la population totale (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)	32
Graphique 9. Nombre de naissances annuelles (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)	34
Graphique 10. Nombre de naissances annuelles (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)	34
Graphique 11. Taux annuels moyens de croissance démographique (2010-2030), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)	35
Graphique 12. Taux annuels moyens de croissance démographique (2010-2030), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)	36
Graphique 13. Taux de dépendance (-15 ans et 65+ / 15 à 64 ans), hypothèse haute, tendancielle (+0,5 point/an)	37

Graphique 14. Taux de dépendance (-15 ans et 65+ / 15 à 64 ans), hypothèse basse, volontariste (+1,5 point/an)	37
Graphique 15. Nombre d'actif(s) par inactif (15 à 64 ans / -15 ans et 65+), hypothèse haute, tendancielle (0,5 point/an)	38
Graphique 16. Nombre d'actif(s) par inactif (15 à 64 ans / -15 ans et 65+), hypothèse basse, volontariste (1,5 point/an)	38
Graphique 17. Multiplication requise des moyens en 20 ans, en fonction de l'importance du rattrapage à effectuer et de l'augmentation des populations concernées	40
Graphique 18. Proportion de femmes en union utilisant une méthode de contraception et ayant des besoins non satisfaits en planification familiale	56
Graphique 19. Nombre idéal moyen d'enfants par femme (par grands groupes d'âges)	59
Graphique 20. Nombre idéal moyen d'enfants chez les jeunes femmes (par niveaux d'instruction)	59

Liste des tableaux

Tableau 1. PIB par tête (en FCFA) en 2008 (pays de l'UEMOA)	15
Tableau 2. Évolution des effectifs de femmes de 15 à 49 ans (2010-2020)	63
Tableau 3. Utilisatrices de méthodes modernes de contraception (hors stérilisation)	64
Tableau 4. Coûts d'achat des contraceptifs (milliers de USD)	64

Liste des sigles et abréviations

AFD	Agence Française de Développement
CAP	Couple-année de protection
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DGPP	Déclaration du gouvernement en matière de politique de population
DHS	<i>Demographic and Health Surveys</i>
DSRP	Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté
FCFA	Franc CFA
INSD	Institut national de la statistique et de la démographie (Burkina Faso)
IPPF	<i>International Planned Parenthood Federation</i>
ISF	Indice synthétique de fécondité
M	Millions(s)
Md	Milliard(s)
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONUSIDA/ UNAIDS	Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida <i>United Nations Programme on HIV/AIDS</i>
PAIP	Plans d'action et d'investissements prioritaires en matière de population
PDDSS	Plan décennal de développement sanitaire et social (Mali)
PND	Plan national de développement sanitaire (Burkina Faso)
PNSR	Programme national de santé de la reproduction (Niger)
PPA	Parité de pouvoir d'achat
PSI	<i>Population Services International</i>
PSSPSR	Plan stratégique de sécurisation des produits de santé de la reproduction

SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (Burkina Faso)
SCR	Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté (Bénin)
SDRP	Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté (Niger)
SIGL	Système d'information et de gestion logistique
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNDAF	<i>United Nations Development Assistance Framework</i>
UNFPA	<i>United Nations Population Fund</i>
USAID	<i>United States Agency for International Development</i>
USD	Dollar américain

Bibliographie

BADJECK, A. (2009), *Évaluation de la prise en compte des questions de population dans le CSLP du Burkina Faso*, UNFPA, Document de travail, New York.

BANQUE MONDIALE (2010a), « Base de données Indicateurs du développement mondial (WDI) », *Banque mondiale* [En ligne]
<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur>.

BANQUE MONDIALE (2010b), *Global Economic Prospects. Fiscal Headwinds and Recovery*, vol. 1, Washington D.C.

BARBIERI, M. (1991), « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers-monde », Les dossiers du CEPED (Centre français sur la population et le développement), n°18, Paris [En ligne]
http://www.ceped.org/cdrom/integral_publication_1988_2002/dossier/pdf/dossiers_cpd_18.pdf

BEAUJEU, R., M. KOLIE, J.-F. SEMPÉRÉ ET C. UHDER (2011), *Transition démographique et emploi en Afrique subsaharienne. Comment remettre l'emploi au cœur des politiques de développement*, À Savoir, n°5, AFD et ministère des Affaires étrangères, Paris.

BIRDSALL, N., C. KELLEY ET S. W. SINDINGS (2001), *Population Matters. Demographic Change, Economic Growth, and Poverty in the Developing World*, Oxford University Press, Oxford.

BLOOM, D. E., D. CANNING, G. FINK ET J. FINLAY (2007), "Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any Different?", Program on the Global Demography of Aging, Harvard University [En ligne]
http://www.aercafrica.org/documents/reproductive_health_working_papers/Bloom_Canning_et_al_Demographic_Dividend_in_Africa.pdf

BLOOM, D. E. ET D. CANNING (2006), « Booms, replis et échos. Comment le plus grand bouleversement démographique de l'histoire influe sur le développement dans le monde », *Finances & Développement*, FMI, pp. 8-13, [En ligne]
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>

BONGAARTS, J. (1978), "A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility", *Population and Development Review*, vol. 4, 1, pp. 105-132.

CALDWELL, J. C. ET F. T. SAI (2007), *Family Planning in Ghana*, in ROBINSON, W. C. et J. A. ROSS (eds), *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*, The World Bank, Washington D.C. [En ligne]
<http://siteresources.worldbank.org/INTPRH/Resources/GlobalFamilyPlanningRevolution.pdf>

CHATEL, C., E. DENIS, D. HARRE, F. MORICONI-EBRARD, M. SÉJOURNÉ ET O. THIAM (2008), *Africapolis. Dynamiques de l'urbanisation, 1950-2020 : approche géo-statistique. Afrique de l'Ouest*, AFD et SEDET [En ligne]
<http://www.afd.fr/jahia/Jahia/Africapolis>

DHS (2011a), "Countries Home", *Measure DHS – Demographic and Health Surveys* [En ligne]
<http://www.measuredhs.com/countries/>

DHS (2011b), "STATCompiler. Building Tables with DHS Data", *STATCompiler. Measure DHS Online Tools* [En ligne]
<http://www.statcompiler.com/>

FUTURES GROUP (2011), "The Spectrum Policy Modeling System", *Futures Group* [En ligne]
<http://www.futuresgroup.com/resources/software/>

GUENGANT, J.-P. ET N. DE METZ (2008), *Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé*, KfW, UNFPA, ministère de la Santé publique, Niamey.

GUENGANT, J.-P. ET H. RAFALIMANANA (2005), "The Cairo Approach: Making Reproductive Health and Family Planning Programmes more Acceptable or Embracing too much?", XXV^e Congrès général de la population de l'UIESP, Tours, 18-23 juillet [En ligne]
<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=50775>

IDEACONSULT INTERNATIONAL (2010), *Enquête sur la prévalence contraceptive au Niger. Rapport de l'étude*, ministère de la Santé publique / IDEACONSULT International, Tunis.

INSD (2009), « Thème 16 : projections démographiques 2007-2050 », in *Recensement général de la population et de l'habitation de 2006*, INSD, Ouagadougou [En ligne]
http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Theme16-Projections_demographiques.pdf

IPPF (2011), "Regions – Where we Work", *IPPF* [En ligne]
<http://www.ippf.org/en/Where/>

IPPF (2010), « L'IPPF en un coup d'œil 2009-2010 », *IPPF* [En ligne]
<http://www.ippf.org/NR/ronlyres/DBBE8368-DF8A-4AAA-99E6-362D84F03E99/0/AtAGlance2010French.pdf>

JAFFRÉ, Y. ET J.-P. OLIVIER DE SARDAN – dir. – (2003), *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris.

MASON, A. (2003), "Capitalizing on the Demographic Dividend", in *Population and Poverty. Achieving Equity, Equity and Sustainability*, Population and Development Strategies Series, n°8, UNFPA, pp. 39-48 [En ligne]
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf

MFPF (2011), « Solidarité internationale », *Mouvement français pour le planning familial* [En ligne]
<http://www.planning-familial.org/themes/theme15-solidaritelInter/fiche03.php>

MORELAND, S., E. SMITH ET S. SHARMA (2010), *World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning*, Futures Group, Washington D.C. [En ligne]
<http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

MORELAND, S. ET S. TALBIRD (2006), *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning*, USAID, The Health Policy Initiative, Washington D.C. [En ligne]
[http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster %209 %2012 %2006 %20FINAL.pdf](http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%202006%20FINAL.pdf)

MOSLEY, W. H. ET L. C. CHEN (1984), "An Analytical Framework for the Study of Child Survival in Developing Countries", *Population and Development Review*, vol. 10, Issue Supplement: Child Survival: Strategies for Research, pp. 25-45.

NATIONS UNIES (2011), "World Population Prospects: The 2010 Revision" « Division de la population, Département des affaires économiques et sociales », *Nations unies* [En ligne]

<http://www.un.org/esa/population/>

NATIONS UNIES (2010a), *2010 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence*, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales [En ligne]

http://www.un.org/esa/population/publications/2010_MDGDatabase/2010_Update_MDG_CP.xls

NATIONS UNIES (2010b), *2010 Update for the MDG Database: Unmet Need for Family Planning*, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales [En ligne]

http://www.un.org/esa/population/publications/2010_MDGDatabase/2010_Update_MDG_UMN.xls

NATIONS UNIES (2010c), *World Urbanization Prospects. The 2009 Revision*, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales [En ligne]

<http://esa.un.org/unpd/wup/index.htm>

NATIONS UNIES (2009a), "World Population Prospects: The 2008 Revision" Division de la population, Département des affaires économiques et sociales », *Nations unies*, [En ligne jusqu'au 3 mai 2011, puis remplacée par la révision 2010 des projections].

NATIONS UNIES (2009b), *Data Online. World Population Policies 2009*, Division de la population, Département des affaires économiques et sociales [En ligne]

<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2009/WPP2009%20web/Countries/WPP2009%20Frame.htm>

NDULU, B., L. CHAKRABORTI, L. LIJANE, V. RAMACHANDRAN ET J. WOLGIN (2007), *Challenges of African growth. Opportunities, Constraints, and Strategic Directions*, World Bank, Washington D.C.

OCDE (2008), « Économie Informelle », in *Rapport Afrique de l'Ouest, 2007-2008*, OCDE, Paris [En ligne]

<http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/42358563.pdf>

ONUSIDA (2010), *Rapport mondial. Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de Sida 2010*, ONUSIDA, Genève [En ligne]

http://www.unaids.org/globalreport/documents/20101123_GlobalReport_Full_Fr.pdf

PSI (2011), "Reproductive Health", *PSI* [En ligne]

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

REPUBLIC OF GHANA (1969), *Population Planning for National Progress and Prosperity: Ghana Population Policy*, Ghana Publishing Corporation, Accra.

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN (2007), *Stratégie de croissance pour la réduction de la pauvreté*, Cotonou.

RÉPUBLIQUE DU BURKINA FASO (2010), *Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (2011-2015)*, version provisoire, Ouagadougou.

RÉPUBLIQUE DU BURKINA FASO (2000), *Plan national de développement sanitaire (2001-2010)*, ministère de la Santé, Ouagadougou.

RÉPUBLIQUE DU MALI (2002), *Évaluation de la mise en œuvre de la politique nationale de population (1991-2001)*, ministère de la Santé, Bamako.

RÉPUBLIQUE DU MALI (1997), *Plan décennal de développement sanitaire et social (1998-2007)*, ministère de la Santé, Bamako.

RÉPUBLIQUE DU NIGER (2007a), *Déclaration du gouvernement en matière de politique de population*, ministère de la Population et de l'action sociale, Niamey.

RÉPUBLIQUE DU NIGER (2007b), *Stratégie de développement accéléré et de réduction de la pauvreté (2008-2012)*, Niamey.

RÉPUBLIQUE DU NIGER (2005a), *Projections de la population du Niger de 2005 à 2050 : un appel à l'action*, ministère de l'Économie et des Finances, Secrétariat général, Bureau central du recensement, Travaux démographiques, vol. 1, n° 1, Niamey.

RÉPUBLIQUE DU NIGER (2005b), *Plan de développement sanitaire (2005-2009)*, ministère de la Santé, Niamey.

RÉPUBLIQUE DU NIGER (2005c), *Programme national de santé de la reproduction (2005-2009)*, version du 15 juin 2005, ministère de la Santé publique et de la lutte contre les endémies, Niamey.

RHI (2011), « RHInterchange. Un site Internet pour la coordination de l'approvisionnement en matière des produits contraceptifs », *Reproductive Health Supplies Coalition*, Bruxelles [En ligne]
<http://rhi.rhsupplies.org/>

SEVERINO, J.-M. ET O. RAY (2010), *Le Temps de l'Afrique*, Odile Jacob, Paris.

UNICEF (2007), « MICS-3. Enquête par grappes à indicateurs multiples », *Ressources pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre*, UNICEF, Dakar [En ligne]
http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2413.html

UNITED NATIONS (2004), *Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development, The 2004 Report*, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, New York.

USAID (2011), "FamPlan. A Computer Program for Projecting Family Planning Requirements", *USAID. The Health Policy Initiative* [En ligne]
http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1256_1_FampmanE.pdf

Précédentes publications de la collection

- À Savoir N°1 : La régulation des services d'eau et d'assainissement dans les PED
The Regulation of Water and Sanitation Services in DCs
- À Savoir N°2 : Gestion des dépenses publiques dans les pays en développement
- À Savoir N°3 : Vers une gestion concertée des systèmes aquifères transfrontaliers
- À Savoir N°4 : Les enjeux du développement en Amérique latine
- À Savoir N°5 : Transition démographique et emploi en Afrique subsaharienne
- À Savoir N°6 : Les cultures vivrières pluviales en Afrique de l'Ouest et du Centre
- À Savoir N°7 : Les paiements pour services environnementaux : De la théorie à la mise en œuvre, quelles perspectives dans les pays en développement ?
- À Savoir N°8 : Étude comparative des accords de libre-échange impliquant des pays en développement ou des pays moins avancés

Qu'est-ce que l'AFD ?

Etablissement public, l'Agence Française de Développement (AFD) agit depuis soixante-dix ans pour combattre la pauvreté et favoriser le développement dans les pays du Sud et dans l'Outre-mer. Elle met en œuvre la politique définie par le Gouvernement français.

Présente sur le terrain dans plus de 50 pays et dans 9 départements et collectivités d'Outre-mer, l'AFD finance et accompagne des projets qui améliorent les conditions de vie des populations, soutiennent la croissance économique et protègent la planète : scolarisation, santé maternelle, appui aux agriculteurs et aux petites entreprises, adduction d'eau, préservation de la forêt tropicale, lutte contre le réchauffement climatique...

En 2010, l'AFD a consacré plus de 6,8 milliards d'euros au financement d'actions dans les pays en développement et en faveur de l'Outre-mer. Ils contribueront notamment à la scolarisation de 13 millions d'enfants, l'amélioration de l'approvisionnement en eau potable pour 33 millions de personnes et l'octroi de microcrédits bénéficiant à un peu plus de 700 000 personnes. Les projets d'efficacité énergétique sur la même année permettront d'économiser près de 5 millions de tonnes de CO₂ par an.

www.afd.fr

Comment bénéficier du dividende démographique ?

Les pays d'Afrique de l'Ouest pourraient bénéficier, dans les décennies à venir, d'une « fenêtre d'opportunité démographique » pour réduire leur pauvreté. L'arrivée sur le marché du travail de 160 millions de jeunes entre 2010 et 2030 peut accélérer la croissance économique. Mais ces pays ne profiteront de ce « dividende démographique », comme l'ont fait depuis 40 ans les pays aujourd'hui émergents, qu'à condition de baisser leurs taux de fécondité, ce qui permettra de réduire le nombre d'inactifs à charge par actif. Or, avec plus de cinq enfants par femme en moyenne, ces taux restent les plus élevés au monde.

Comment négocier ce tournant démographique capital ? Cet ouvrage, synthèse d'une vaste étude réalisée dans 12 pays d'Afrique de l'Ouest, cherche à identifier les politiques publiques et les leviers d'action (planification familiale, promotion de la contraception, notamment) susceptibles de relever ce défi. Les pays concernés devront, pour y parvenir, affecter à cette politique des moyens trois à cinq fois plus importants qu'aujourd'hui.

Cette synthèse régionale est complétée par 12 études-pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Guinée Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Sénégal, Togo) consultables et téléchargeables sur les sites internet de l'AFD et de l'IRD, co-éditeurs de cette publication.

AUTEUR

Jean-Pierre GUENGANT

*avec la collaboration de Yarri KAMARA, économiste à ICI
jean-pierre.guengant@ird.fr*

CONTACT

Sarah LAHMANI

*Département du Pilotage stratégique et de la Prospective, AFD
lahmanis@afd.fr*