

Papiers de Recherche | Research Papers

Transitions démographiques, inégalités et développement humain : analyse des fiches démographiques synthétiques pour 43 pays d'Afrique subsaharienne

Eric KOBA*

Hélène DJOUFELKIT†

Serge RABIER‡

Décembre 2019

Pour citer ce papier :

KOBA, E., H. DJOUFELKIT, S. RABIER (2019), « Transitions démographiques, inégalités et développement humain : analyse des fiches démographiques synthétiques pour 43 pays d'Afrique subsaharienne », *Papiers de Recherche AFD*, n° 2019-119, Décembre.

Contact à l'AFD :

Hélène DJOUFELKIT (djoufelkith@afd.fr)

* Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales - CERASS/ IFORD - Yaoundé

† Agence française de développement

‡ Idem

Papiers de Recherche de l'AFD

Les *Papiers de Recherche de l'AFD* ont pour but de diffuser rapidement les résultats de travaux en cours. Ils s'adressent principalement aux chercheurs, aux étudiants et au monde académique. Ils couvrent l'ensemble des sujets de travail de l'AFD : analyse économique, théorie économique, analyse des politiques publiques, sciences de l'ingénieur, sociologie, géographie et anthropologie. Une publication dans les *Papiers de Recherche de l'AFD* n'en exclut aucune autre.

Le groupe Agence française de développement (AFD) est un établissement public qui finance, accompagne et accélère les transitions vers un monde plus juste et durable. Plateforme française d'aide publique au développement et d'investissement de développement durable, nous construisons avec nos partenaires des solutions partagées, avec et pour les populations du Sud.

Nos équipes sont engagées dans plus de 4 000 projets sur le terrain, dans les Outre-mer et dans 115 pays, pour les biens communs de l'humanité – le climat, la biodiversité, la paix, l'égalité femmes-hommes, l'éducation ou encore la santé.

Nous contribuons ainsi à l'engagement de la France et des Français en faveur des Objectifs de développement durable. Pour un monde en commun.

Les opinions exprimées dans ce papier sont celles de son (ses) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de l'AFD. Ce document est publié sous l'entière responsabilité de son (ses) auteur(s).

Les *Papiers de Recherche* sont téléchargeables sur : <https://www.afd.fr/fr/ressources>

AFD Research Papers

AFD Research Papers are intended to rapidly disseminate findings of ongoing work and mainly target researchers, students and the wider academic community. They cover the full range of AFD work, including: economic analysis, economic theory, policy analysis, engineering sciences, sociology, geography and anthropology. *AFD Research Papers* and other publications are not mutually exclusive. The Agence Française de Développement (AFD) Group is a public entity which finances, supports and expedites transitions toward a more just and sustainable world. As a French overseas aid platform for sustainable development and investment, we and our partners create shared solutions, with and for the people of the global South.

Active in more than 4,000 projects in the French overseas departments and some 115 countries, our teams strive to promote health, education and gender equality, and are working to protect our common resources – peace, education, health, biodiversity and a stable climate.

It's our way of honoring the commitment France and the French people have made to fulfill the Sustainable Development Goals. Towards a world in common.

The opinions expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect the position of AFD. It is therefore published under the sole responsibility of its author(s).

AFD Research Papers can be downloaded from: <https://www.afd.fr/en/ressources>

AFD, 5 rue Roland Barthes
75598 Paris Cedex 12, France
✉ ResearchPapers@afd.fr

ISSN 2492 - 2846

Transitions démographiques, inégalités et développement humain : analyse des fiches démographiques synthétiques pour 43 pays d'Afrique subsaharienne

Eric Koba, Centre d'Etudes et de Recherches Appliquées en Sciences Sociales (CERASS/IFORD)
Yaoundé, Cameroun

Hélène Djoufelkit, Agence française de développement, Paris

Serge Rabier, Agence française de développement, Paris

Résumé

La transition démographique désigne le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. Elle est accompagnée de changements dans les taux d'accroissement de la population : une croissance faible dans une première phase, lorsque les taux de mortalité et de natalité sont tous deux élevés, une croissance extrêmement élevée dans une seconde phase, lorsque la mortalité diminue, mais que la natalité reste forte, puis de nouveau une croissance faible dans une dernière phase, avec des taux de mortalité et de natalité tous deux faibles. Le processus de transition démographique a donc pour enjeux principaux l'évolution de la structure par âge de la population, et les défis inhérents à chaque étape de ce processus.

Dans cet article, nous allons montrer comment les transitions démographiques se déroulent au cours de cette dernière décennie dans les pays d'Afrique subsaharienne, les différentes phases des évolutions de la mortalité, de la fécondité, d'âge au mariage des filles et les facteurs explicatifs de ces changements démographiques. Cela nous permettra de définir les groupes de transitions pour les pays et corrélativement d'établir comment les évolutions économiques et du développement en Afrique sont liées aux indicateurs de la transition démographique.

Mots-clés : Afrique subsaharienne, transition démographique, inégalités, développement humain

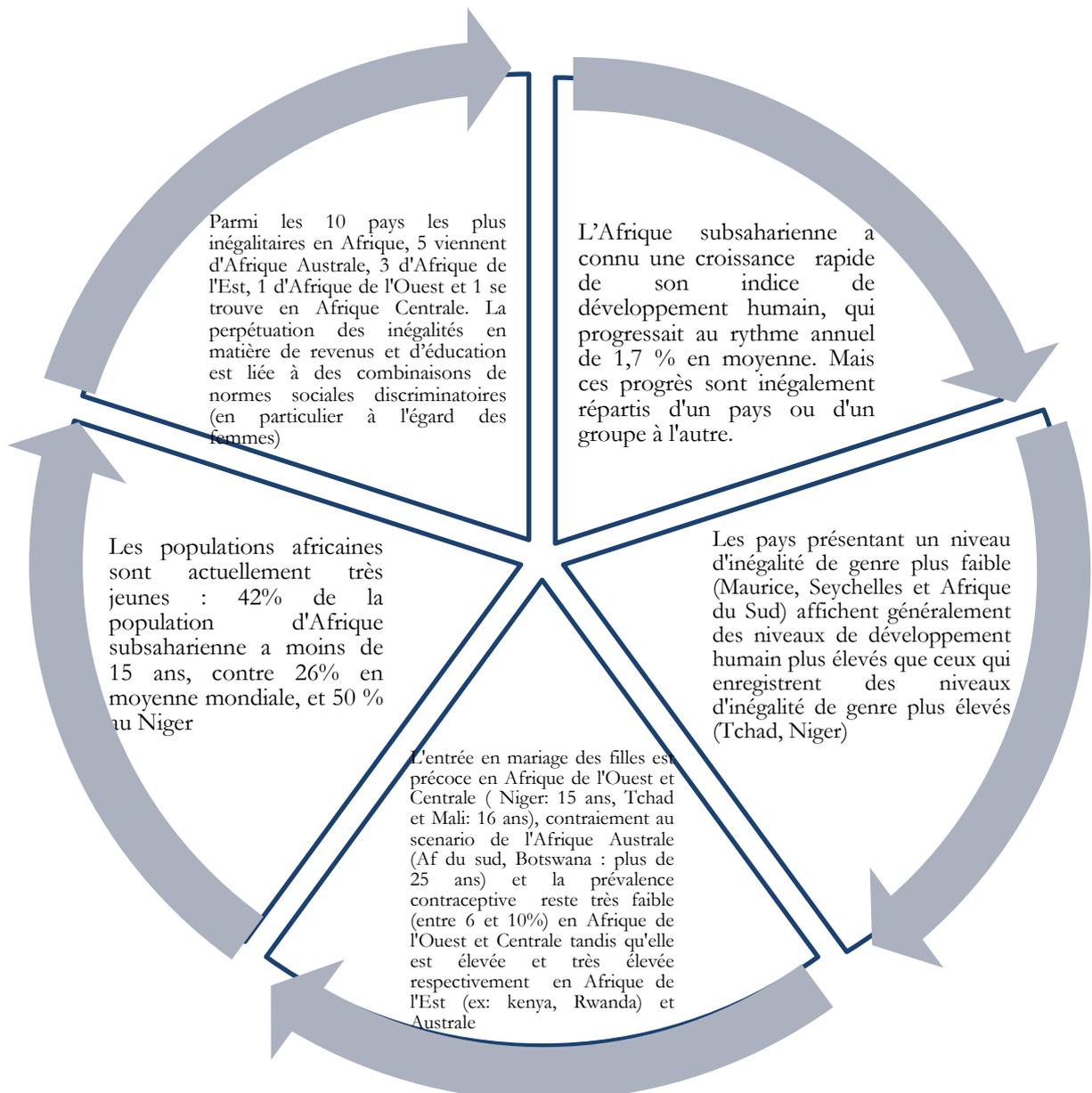
Remerciements : Les auteurs souhaitent remercier l'AFD pour son soutien financier dans le cadre du projet « fiches démographiques en Afrique subsaharienne » dont est issu ce travail, et Vincent CAUPIN, Directeur - Département Diagnostic Economique et Politiques Publiques.

Version originale : Français

Acceptée : Décembre 2019

Points saillants

Sur les 43 pays d'Afrique sub-saharienne étudiés, 1 pays est en pré-transition (Niger) 14 sont en phase débutante de transition (dont l'Angola, Burkina Faso, Burundi, Gambie, Mali, Mozambique, Nigéria, Ouganda, RDC, Tchad); 15 sont en transition modérée (Bénin, Cameroun, Centrafrique, Congo, Côte d'Ivoire, Ethiopie, Guinée, Guinée Equatoriale, Guinée-Bissau, Libéria, Madagascar, Malawi, Mauritanie, Soudan, Tanzanie, Togo, Zambie), 7 sont au milieu de leur transition (dont le Gabon, Ghana, Kenya, Lesotho, Rwanda, Eswatini, Zimbabwe), 5 sont en phase avancée (dont l'Afrique du sud, Botswana, Cap-vert, Namibie, Seychelles) et 1 en phase post-transition (l'Ile Maurice). La majorité des pays en retard dans le processus de la transition démographique proviennent des régions occidentale et centrale du continent.



Le taux de croissance annuel moyen de la population africaine (hors migrations) est actuellement deux fois plus fort que la moyenne mondiale : 2,5 % contre 1,2 % (WPP 2016). Onze pays d'Afrique subsaharienne affichent une croissance dépassant 3 %, le Niger détenant encore le record avec 3,8 %

Indicateur/ Thématique	Définition
A	
Age median¹	Âge auquel la moitié d'une population donnée a déjà vécu un événement donné, et l'autre non. Ex : En France, l'âge médian des premières règles est 13,1 ans. La moitié des filles âgées de 13,1 ans ont déjà eu leurs règles, l'autre moitié pas encore
C	
Croissance démographique¹	Augmentation de l'effectif d'une population au cours d'une période donnée. La croissance démographique correspond à la somme du solde naturel et du solde migratoire, calculé en général pour une année. L'effectif d'une population augmente quand il y a excédent des naissances sur les décès (solde naturel) et des entrées de migrants sur les sorties (solde migratoire). Le taux d'accroissement annuel est le rapport entre la variation de la population au cours d'une année et son effectif au milieu de l'année.
E	
Enquête démographique¹	Etude systématique de certaines personnes ou groupe de personnes (ménage) appartenant à une population, qui sert généralement à déduire les caractéristiques ou les tendances démographiques d'un segment plus large ou de toute la population.
Esperance de vie¹	Nombre moyen d'années qu'un groupe d'individus peut s'attendre à vivre. L'espérance de vie à la naissance (ou à l'âge 0) représente la durée de vie moyenne - autrement dit l'âge moyen au décès - d'une génération fictive qui serait soumise à chaque âge aux conditions de mortalité de l'année considérée. Elle caractérise la mortalité indépendamment de la structure par âge. L'espérance de vie à la naissance est un cas particulier de l'espérance de vie à l'âge x, qui représente le nombre moyen d'années restant à vivre au-delà de cet âge x (ou durée de survie moyenne à l'âge x), dans les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.
F	
Fécondité¹ / indice synthétique de fécondité (ISF)*	La capacité de reproduction d'un individu, un couple, un groupe ou une population. On emploie le terme fécondité, au lieu de natalité, lorsque les naissances sont mises en relation avec l'effectif des femmes d'âge fécond. La fécondité d'une génération peut être résumée par sa descendance finale et l'âge moyen à la maternité, tandis que l'indicateur conjoncturel de fécondité (ou indice synthétique ou somme des naissances réduites) mesure la fécondité d'une année. *Nombre moyen d'enfant par femme.
Fertilité¹ / Taux de fertilité des adolescentes*	Capacité biologique d'une femme, d'un homme ou d'un couple à avoir un enfant vivant. La fertilité varie fortement d'un individu et d'un couple à l'autre. Au-delà de ces variations individuelles, la fertilité des femmes est maximale vers 20 ans et diminue ensuite lentement jusqu'à 35 ans, plus rapidement après 35 ans, pour devenir nulle vers 45 ou 50 ans. *Le nombre de naissances par 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans.

G	
Genre¹	Le genre est une notion utilisée dans les sciences sociales. Le concept renvoie à la dimension culturelle de l'appartenance sexuelle (par exemple la distribution du pouvoir et à la répartition des rôles entre les femmes et les hommes dans une société donnée), par opposition à la notion de « sexe », qui traduit une réalité biologique universelle.
I	
Indice GINI²	L'indice de Gini mesure dans quelle mesure la répartition des revenus (ou, dans certains cas, des dépenses de consommation) entre les individus ou les ménages d'une économie s'écarte d'une répartition parfaitement égale.
Infécondité¹ / post partum*	<p>ou proportion de femmes infécondes : Proportion de femmes d'une génération qui atteignent la fin de leur vie féconde sans avoir mis d'enfant au monde.</p> <p>* La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse.</p> <p>Ne pas être confondue avec l'infertilité ou stérilité, qui est l'incapacité à concevoir.</p>
Indice de Développement Humain¹ (IDH)	<p>Indice utilisé par les Nations Unies pour mesurer le niveau de développement des pays.</p> <p>L'IDH intègre des données qualitatives et quantitatives :</p> <ul style="list-style-type: none"> · l'espérance de vie à la naissance (qui donne une idée de l'état sanitaire de la population du pays), · le niveau d'instruction mesuré par la durée moyenne de scolarisation et le taux d'alphabétisation, · le P.I.B. par habitant, calculé en parité de pouvoir d'achat (c'est-à-dire en montant assurant le même pouvoir d'achat dans tous les pays) ; le P.I.B. par habitant donne une indication sur le niveau de vie moyen du pays. <p>L'IDH se présente comme un nombre compris entre 0 et 1. Plus l'IDH se rapproche de 1, plus le niveau de développement du pays est élevé.</p>
M	
Mortalité Infanto-juvénile³	Le risque pour un nouveau-né de décéder avant son cinquième anniversaire.
Mortalité maternelle¹	<p>Décès d'une femme suite à une grossesse ou à un accouchement.</p> <p>Taux de mortalité maternelle :</p> <p>Nombre de décès en cours de grossesse (quel que soit le terme) ou dans les 42 jours suivant l'accouchement, d'une cause quelconque liée à la grossesse ou à ses soins, pour 1000 naissances vivantes, une année donnée.</p>
N	
Nuptialité¹	<p>Fréquence, caractéristiques et dissolution des mariages dans une population.</p> <p>Taux de nuptialité :</p> <p>Nombre de mariages de l'année rapporté à la population totale moyenne de l'année. le résultat s'exprime pour mille personnes.</p> <p>On peut calculer le taux de nuptialité par âge ou par sexe, et pour une population donnée : taux de primo-nuptialité (taux de premiers mariages), taux de nuptialité des personnes veuves ou divorcées (taux de remariage).</p>

P	
Planification familiale¹	<p>Les méthodes utilisées par les couples de réguler leur reproduction.</p> <p>Méthodes des couples pour maîtriser leur fécondité (nombre et espacement des naissances) grâce à des moyens de contraception naturels ou artificiels, qu'il s'agisse d'éviter une grossesse ou de l'induire</p> <p>.</p>
Pyramide des âges¹	<p>Représentation graphique qui permet de visualiser la répartition d'une population par sexe et par âge, à un moment donné.</p> <p>Elle est constituée de deux histogrammes (un pour chaque sexe, par convention, les hommes à gauche et les femmes à droite), où les effectifs masculins et féminins sont portés en abscisse (axe horizontal) et les âges en ordonnée (axe vertical).</p>
T	
Transition démographique¹	<p>La transition démographique désigne le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également.</p>
Taux brut de scolarisation⁴	<p>Nombre d'étudiants scolarisés dans un niveau d'enseignement donné, quel que soit leur âge, exprimé en pourcentage de la population de la tranche d'âge théorique qui correspond à ce niveau d'enseignement. Pour l'enseignement supérieur, la population utilisée est celle des cinq années consécutives commençant par l'âge de graduation du niveau secondaire.</p>
<p>Sources :</p> <p>1 : https://www.ined.fr/fr/lexique/</p> <p>2 : http://iresearch.worldbank.org/PovcalNet/index.htm</p> <p>3 : DHS Program</p> <p>4 : http://uis.unesco.org/fr/glossary</p>	

Introduction

La transition démographique désigne le passage d'un régime traditionnel où la fécondité et la mortalité sont élevées et s'équilibrent à peu près, à un régime où la natalité et la mortalité sont faibles et s'équilibrent également. Elle est accompagnée de changements dans les taux d'accroissement de la population : une croissance faible dans une première phase, lorsque les taux de mortalité et de natalité sont tous deux élevés, une croissance extrêmement élevée dans une seconde phase, lorsque la mortalité diminue, mais que la natalité reste forte, puis de nouveau une croissance faible dans une dernière phase, avec des taux de mortalité et de natalité tous deux faibles. Le processus de transition démographique a donc pour enjeux principaux l'évolution de la structure par âge de la population, et les défis inhérents à chaque étape de ce processus.

En Afrique subsaharienne, la population âgée de moins de 25 ans représente environ 63 % de la population, soit plus de 540 millions de personnes (Beaujeu et al, 2011), et celle de moins de 15 ans représente 42% de la population, soit environ 460 millions de personnes (WDI, 2019). Cette caractéristique peut représenter pour un pays une chance ou un facteur de déstabilisation, selon sa capacité à offrir des opportunités viables et décentes à la population en âge de travailler. Les théories de la transition démographique et de la transition de la famille, comme beaucoup de théories élaborées dans le milieu du XXe siècle, appartiennent au courant de la " modernisation " et se trouvent fondées sur l'idée que le développement économique conduit et conduira, de manière universelle, à une transformation des modèles familiaux allant dans le sens d'une famille restreinte à faible fécondité. Même si dès 1950, l'effet de politiques de population sur la baisse de la fécondité fut évoqué dans certaines discussions théoriques, le développement économique demeura l'élément central des modèles de changements démographiques et familiaux élaborés durant les années 1950 et 1960.

Cependant, dès ces années-là et surtout durant les décennies suivantes, des objections à ces modèles théoriques furent émises en montrant que le développement ne conduisait pas nécessairement à la transformation démographique et familiale prédite dans les théories. Le maintien d'une forte fécondité et de formes familiales élargies et la diversification de leurs référents idéologiques et économiques dans des pays bénéficiant d'une croissance économique élevée susciterent une remise en cause de l'influence quasi mécanique du développement. De plus, un débat se développa quant aux facteurs mêmes de l'évolution démographique. Certains modèles mirent alors en avant l'importance des déterminants culturels d'ordre macroscopique ou, plus tard, le rôle des institutions intermédiaires.

Les défis de la transition démographique en Afrique subsaharienne sont encore d'une importance capitale. D'après John F. May (2014), on estime qu'un dollar investi dans la planification familiale permet aux gouvernements d'économiser jusqu'à quatre dollars en dépenses de santé, de logement, d'approvisionnement et d'autres services publics. Si la fécondité peut diminuer avec les avancées du développement économique et social, l'accès à la contraception est nécessaire et peut aussi aider au développement. Agir sur les évolutions démographiques de l'Afrique devient urgent si on veut donner la chance à ce continent de développer ses potentialités de développement, bien réelles (May, 2014). La transition démographique de l'Afrique subsaharienne se trouve ainsi au cœur des enjeux économiques.

Ces transitions démographiques se sont produites dans les pays européens entre la seconde moitié du XVIII^e siècle et la fin du XIX^e siècle, puis au début du XX^e siècle dans les pays majoritairement peuplés par des européens (comme l'Australie, la Nouvelle-Zélande, les États-Unis et le Canada). La plupart des pays en développement, majoritairement en Afrique subsaharienne ont commencé plus tardivement le processus de transition démographique au cours du XX^e siècle et il y est encore en cours pour bon nombre d'entre eux. Parallèlement, ces pays ayant accusé un grand retard dans leur processus de transition sont quasiment les mêmes qui sont caractérisés par un développement économique et humain des plus faibles au monde. Selon Beaujeu et al, (2011), l'analyse des évolutions actuelles, tant sur le plan démographique que sur le plan économique, témoigne de l'urgence qu'il y a, pour les bailleurs de fonds, à soutenir les pays africains face à ce défi de l'emploi, faute de quoi cette croissance démographique pourrait constituer un facteur de déstabilisation pour le continent, engendrant des tensions aussi bien sur le plan économique, que social et politique.

Caractérisée par un processus de transition démographique lent et différencié¹, l'Afrique est devenue à partir de 2010 la deuxième région la plus peuplée au monde après l'Asie. L'augmentation de la population mondiale sera quasi exclusivement alimentée par ces deux continents au cours des prochaines décennies. Si la population asiatique est estimée à 4,7 milliards pour l'Asie en 2100, celle de l'Afrique, qui a passé le cap du milliard d'habitants en 2009, devrait passer à et 4,3 milliards dans le même temps, selon le scénario médian de l'ONU (G. Pison, 2019)². L'Afrique semble donc être caractérisée par une transition démographique hors du schéma classique et exceptionnelle de par le maintien d'une fécondité très élevée.

Plusieurs auteurs ont de ce fait tenté d'expliquer les causes de cette 'exceptionnalité' et d'après les théories classiques de transition démographique, le faible niveau de développement socio-économique subsaharien serait un des freins majeurs à la baisse de la fécondité (Notestein 1945, 1953 ; Bongaarts, 2017), fortement corrélé à la persistance du désir de posséder de grandes familles (Pritchett, 1994). La baisse sensible de la fécondité dans une culture fondamentalement pro-nataliste s'observerait, selon Caldwell et al. (1992) à tous les âges reproductifs des femmes, contrairement à l'Amérique latine ou à l'Asie, où la transition s'est effectuée par une limitation des grossesses à des âges plus avancés.

Dans cet article, nous allons montrer comment les transitions démographiques se déroulent au cours de cette dernière décennie dans les pays d'Afrique subsaharienne, les différentes phases des évolutions de la mortalité, de la fécondité, d'âge au mariage des filles et les facteurs explicatifs de ces changements démographiques. Cela nous permettra de définir les groupes de transitions pour les pays et corrélativement d'établir comment les évolutions économiques et du développement en Afrique sont liées aux indicateurs de la transition démographique.

¹ Le Maghreb et le Botswana et Afrique du sud, en particulier ne rentrent pas dans ce schéma

² <https://theconversation.com/7-7-milliards-dhumains-en-2019-sommes-nous-trop-nombreux-sur-terre-81225>

1. Théories et modèles de la transition démographique

Selon Rodriguez et Guzman (1993), la transition démographique en Asie et en Amérique latine s'est opérée à un rythme beaucoup plus soutenu qu'en Occident. Globalement, les taux de mortalité ont commencé à baisser entre la seconde moitié du XIXe siècle et la première moitié du XXe siècle (Rodriguez et Guzmán, 1993 ; Attané & Barbieri 2009), puis la fécondité a commencé à chuter au cours de la seconde moitié du siècle passé, plus précisément à partir des années 1960. Les débats se sont développés dans le cadre d'une complexité croissante des modèles proposés pour les pays européens et en mettant l'accent de manière de plus en plus accusée sur les déterminants de la fécondité ; les facteurs de baisse de la mortalité donnant lieu à des échanges dont les fondements théoriques sont quelque peu différents.

Dans le modèle classique, le plus ancien, les facteurs de la baisse de la fécondité sont les taux de mortalité, d'urbanisation, d'alphabétisation, la densité rurale et les rendements agricoles (Notestein, 1945 ; Davis, 1945). Ces facteurs sont des variables assez communément acceptées pour définir précisément un processus de modernisation socio-économique et d'industrialisation. Ce modèle intègre à la série de facteurs du modèle classique : a) la culture et la religion, b) la communication. L'introduction de ces phénomènes, qui ne sont pas de nature économique, marque l'introduction d'une dimension culturelle dans un schéma de relation jusqu'alors exclusivement dédié aux variables démographiques et socio-économiques.

On note enfin d'après les travaux de Patrick Vimard, une deuxième révision du modèle classique, donnant naissance au modèle dit du développement équitable, établi par R. Repetto en 1978 et validé par l'analyse du processus de transition en Hongrie entre 1880 et 1970 (P. Vimard³). Ce modèle ajoute aux facteurs des deux séries précédentes une troisième série de facteurs : indice du salaire réel, distribution des terres, revenu moyen des individus sans terre, dépense de mise en valeur foncière. Ce modèle se situe également dans la perspective d'un effet de l'économique sur le démographique mais il insiste beaucoup plus sur la structure du développement économique et la distribution des richesses entre les différentes couches de la population que sur le niveau de la croissance. Son intérêt est, en montrant que la redistribution des richesses peut être l'instrument susceptible de faire chuter le taux de fécondité, de mettre l'accent sur la pertinence d'une politique de distribution équitable des revenus, biens et savoirs pour les pays en développement et a contrario sur l'impact négatif que peuvent avoir de fortes inégalités socio-économiques sur une baisse généralisée de la fécondité. De même, à revenu moyen équivalent, les inégalités socio-économiques sont un facteur de surmortalité et l'une des causes d'un retard dans la baisse de la mortalité (P. Vimard).

Les recherches trouvent aussi un certain aboutissement dans le modèle conceptuel de W.H. Mosley (1985) qui met en avant la relation malnutrition-infection, considérée comme la principale cause médicale de décès infantile, et notamment le rôle fondamental : a) de deux variables indépendantes majeures : la qualité des pratiques individuelles et collectives d'une part, les moyens disponibles pour la mise en œuvre de ces pratiques d'autre part ; b) de cinq groupes de variables intermédiaire : les ressources alimentaires, la qualité de l'environnement, les traumatismes, la fécondité et la lutte contre les maladies.

³ <http://dmo.econ.msu.ru/teaching/L2/TrDemo/Transition%20demographique%20et%20familiale.pdf>

1.1 Les transitions démographiques en Amérique latine et en Asie

D'après Cosío-Zavala (2013), en Amérique latine, on observe nettement deux modèles de transition démographique tels que définis par Ryder (1983) : « le premier applicable aux sociétés qui ont inventé la modernisation, l'autre applicable aux sociétés où la modernisation a été imposée à un certain degré ». Ainsi, certains pays d'Amérique latine, connaissaient déjà un taux de fécondité particulièrement faible dans la première moitié des années 1950, tels que l'Uruguay et l'Argentine (avec des indices synthétiques de fécondités -ISF respectifs de 2.73 et de 3.15), deux nations issues d'une immigration européenne relativement récente. Le premier modèle de « modernisation » est donc équivalent à celui des transitions démographiques européennes et des pays les plus développés, ayant prévalu dans les couches sociales privilégiées et rapidement modernisées, où l'amélioration des conditions économiques et sociales a provoqué des modifications radicales des comportements démographiques.

Le second modèle, d'après Cosío-Zavala (1992), a concerné principalement les couches sociales défavorisées, qui ont plus longtemps conservé des attitudes démographiques traditionnelles, mais où la fécondité a baissé sous l'influence d'un malthusianisme induit par des conditions de vie précaires et une offre abondante de moyens contraceptifs. Il s'agit d'une transition de pauvreté, avec des changements importants des comportements reproductifs, notamment par l'utilisation de moyens modernes de contraception au cours de la vie féconde, rendus accessibles au plus grand nombre, y compris aux populations rurales et aux pauvres urbains.

Chesnais (1986) écrit que les transitions démographiques, que nous appellerons « classiques », se déroulent en trois phases : l'antériorité de la baisse de la mortalité ; le retard dans le calendrier de la nuptialité ; la baisse de la fécondité. D'autres auteurs réaffirment que « la transition démographique s'ouvre en Europe par une baisse de la mortalité ». Ce modèle en trois phases n'est pas suivi de la même manière par les transitions démographiques des pays en développement au XX^e siècle et ce, ni dans cet ordre, ni dans la vitesse des changements (Cosío-Zavala, 2013). En Amérique latine, la première phase est bien celle d'une réduction de la mortalité déclenchée grâce à des mesures de santé publique. En plus de l'introduction de la médecine moderne ayant conduit à la prévention des maladies microbiennes qui ont bénéficié des découvertes scientifiques antérieures et appliquées en Europe, il y a eu aussi des campagnes de santé publique coordonnées par les gouvernements nationaux et l'Organisation panaméricaine de la santé.

L'expérience de l'Asie nous permet d'identifier des modèles plus ou moins semblables à celle de l'Amérique Latine avec plus d'hétérogénéité dans les processus. Attané et Barbiéri (2009) identifient 4 modèles asiatiques de transition démographique. Le modèle de transition précoce incarné par le Japon, dont la transition démographique s'est achevée dès les années cinquante. D'après ces auteurs, le recul de la mortalité s'est amorcé au début de l'ère Meiji (vers 1870) et s'est poursuivi jusqu'aux années précédant la seconde guerre mondiale, le taux étant alors inférieur à 10 ‰. La baisse de la natalité, plus tardive, a débuté vers 1920 pour s'accélérer fortement à partir de la fin des années 1940.

La Chine, la Corée du Sud et la Thaïlande ainsi que, dans une moindre mesure, Singapour illustrent le modèle de transition rapide. Le recul de la mortalité, déjà amorcé au début des années

1950, a été rapidement suivi d'un déclin de la natalité. Aussi la croissance démographique a-t-elle rapidement diminué, passant en dessous de 1,5 % par an entre la fin des années 1970 et le milieu des années 1980 (Attané et Barbiéri, 2009). Le modèle traditionnel, relativement lent mais régulier est illustré par l'Indonésie, la Malaisie et les Philippines et se caractérise par une croissance démographique relativement stable puis enfin, le modèle tardif, incertain et encore peu avancé illustré notamment par le Cambodge du fait d'une histoire récente tourmentée marquée par la guerre et ayant conduit l'évolution démographique du Cambodge au cours des cinquante dernières années a été très irrégulière.

1.2 Quelles transitions démographiques actuelles pour les pays d'Afrique subsaharienne ?

D'après les travaux de Tabutin et Schoumaker en 2004, il existe en Afrique subsaharienne quatre grandes situations ou modèles, qui apparaissent clairement :

- le modèle encore traditionnel, illustré par le Mali et une douzaine autres pays les plus pauvres (Niger, Burkina Faso, Guinée, Angola, Congo, Tchad, Ouganda, Somalie), où la mortalité a reculé mais où la natalité se maintient à des niveaux très élevés de 45 à 50 ‰ (Tabutin et Schoumaker, 2004). Le modèle classique de changement, illustré par le Ghana, où la mortalité baisse régulièrement depuis cinquante ans, la natalité diminue depuis vingt ans et la croissance ralentit tout en demeurant encore forte,
- le modèle perturbé par le sida, illustré par le Zimbabwe et les pays d'Afrique Australe : fécondité et mortalité ont reculé normalement jusque vers 1990, mais le processus a été brutalement interrompu par des reprises importantes de la mortalité, conduisant à des réductions parfois drastiques de la croissance
- et le modèle perturbé par des guerres, illustré ici par le Liberia avec des reprises brutales de mortalité dues aux conflits eux-mêmes, mais aussi à la paupérisation qui s'en suit, ainsi parfois qu'au sida (Tabutin et Schoumaker, 2004).

Les pays d'Afrique subsaharienne semblent donc ne pas s'inscrire dans le schéma classique de la transition qu'ont connu les pays développés notamment dans son rythme. Les principales différences s'expriment, avant tout, dans les tendances de la nuptialité, qui se traduisent en Afrique subsaharienne par un âge au mariage qui reste majoritairement précoce sur le continent.

1.2.1 La première phase : une baisse de la mortalité observée, avec une éducation très inégalitaire sur le continent

La mortalité des enfants de 0 à 5 ans est de loin la plus documentée dans la littérature et la mieux connue, tant pour la mesure de ses niveaux et tendances que pour ses déterminants, grâce à l'énorme quantité de données collectées auprès des mères depuis 30 ans dans les enquêtes EDS⁴, MICS⁵ ou WDI⁶. Par ailleurs, elle est toujours considérée comme l'un des meilleurs indicateurs du développement social et des inégalités de santé. Compte tenu de ses niveaux encore élevés dans les années 1990 et 2000, et de son poids dans l'espérance de vie, on lui a accordé beaucoup

⁴ Enquête Démographique et de Santé

⁵ Enquête par Grappe à Indicateur Multiple (Multiple Indicator Cluster Surveys)

⁶ World Development Indicator

d'attention dans les programmes d'action. Rappelons enfin que la baisse de la mortalité infanto-juvénile était l'un des objectifs phares des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 4) comme elle l'est aujourd'hui dans les Objectifs du Développement Durable pour 2015-2030 (ODD 3.2).

D'après les données les plus récentes de la Banque mondiale, la mortalité infanto-juvénile, c'est à dire le risque pour un nouveau-né de décéder avant son cinquième anniversaire, a partout sensiblement reculé en Afrique subsaharienne, quel que soit le pays considéré mais les niveaux restent variés sur le continent. Ainsi on peut remarquer qu'en 2016, (Figure 1 et tableau 1 de l'annexe 1), le niveau de cet indicateur reste encore élevé et se situe à 78 pour mille en moyenne. L'analyse par pays nous révèle que plusieurs autres pays principalement en Afrique de l'Ouest et Centrale sont caractérisés par une prévalence de mortalité infanto-juvénile élevée et supérieure à la moyenne d'Afrique subsaharienne. Ainsi les cinq pays où le risque de mortalité est le plus élevé sont : le Tchad (126,9‰), la Centrafrique (125‰), la Sierra Leone (115,9‰), le Mali (109,6‰) et le Nigéria (103,8‰). En revanche, les pays comme l'île Maurice, les Seychelles, le Cap Vert, l'Afrique du Sud et le Botswana sont les pays à plus faible taux de mortalité infantile en Afrique subsaharienne avec des prévalences respectives de 13‰, 14,4 ‰, 18,5‰, 38,5 ‰ et 39,3‰.

L'analyse de la tendance entre 2010 et 2016 nous montre que d'importants reculs sont observés en matière de baisse de la mortalité en Afrique subsaharienne. Dans l'ensemble, les baisses les plus importantes observées sont issues des pays d'Afrique Australe et d'Afrique de l'Est qui ont débuté effectivement ou qui ont déjà évolué dans le processus de transition de la mortalité. Ainsi, pendant qu'au niveau du continent, la baisse entre 2010 et 2016 est de 22%, les cinq pays ayant fait de grand progrès en termes de baisse du niveau de la mortalité au cours de la même période sont : le Swaziland (39,4%), le Zimbabwe (39,1%), le Rwanda (38%), l'Afrique du sud (35%) et le Malawi (34%). Par ailleurs, plusieurs autres pays ont réalisé d'importants résultats en terme de baisse de mortalité comme le Ghana, le Burundi, le Burkina-Faso, la Sierra Leone, le Niger, Madagascar et l'Angola dont la baisse du taux de la mortalité infanto juvénile entre 2010 et 2016 avoisine les 30%. Par ailleurs le Bénin, le Mali, le Togo, le Tchad, sont les pays qui ont connu la baisse la moins importante au cours de la même période de moins de 20%.

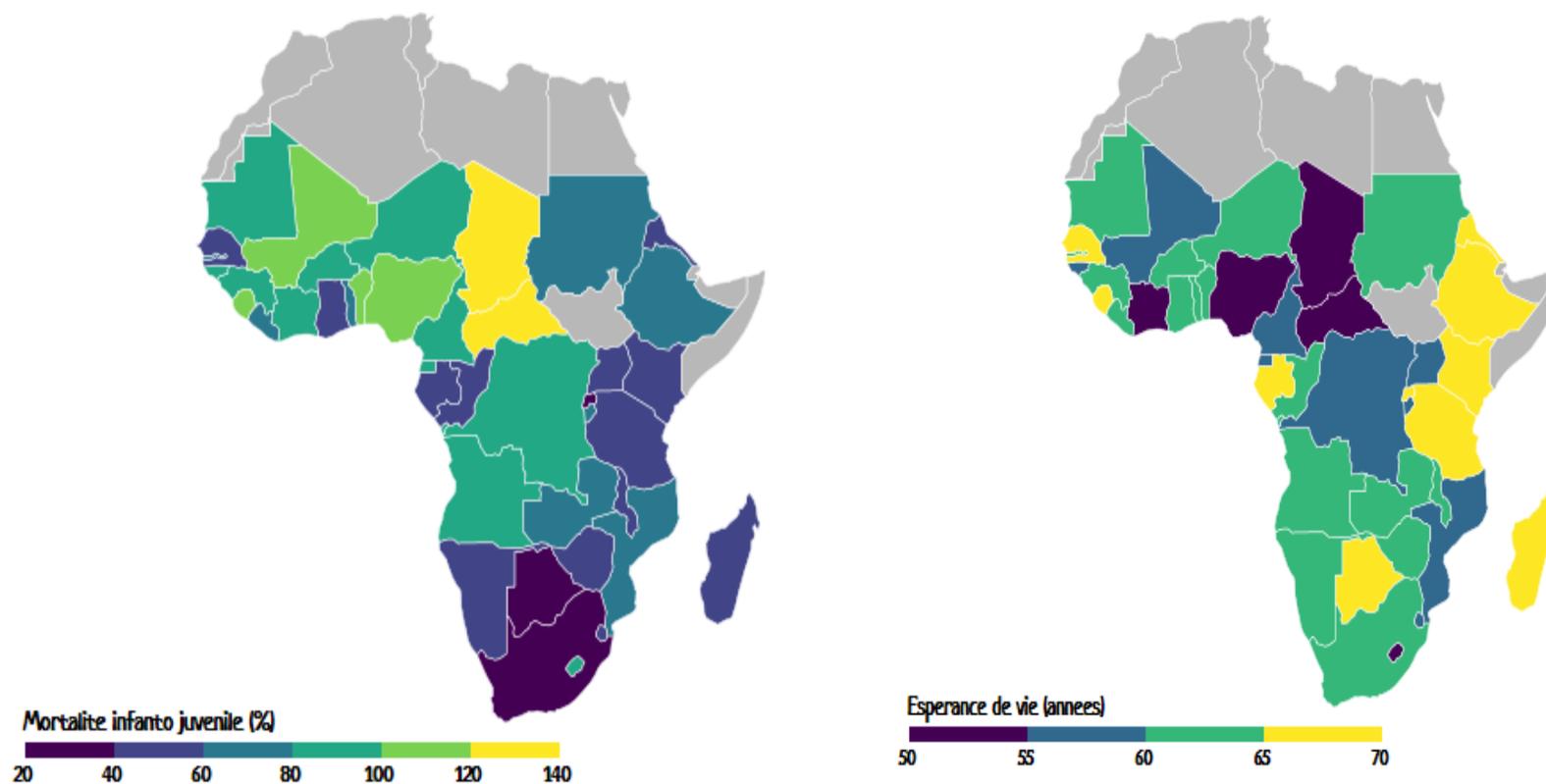
Toutefois, des pays comme le Niger, le Burkina et la Sierra Leone, faisant partie des pays les plus pauvres et où les structures sanitaires sont les plus fragiles, ont connu quant à eux des changements conséquents, sachant que les niveaux de départ étaient les plus élevés en Afrique en 2010 : la mortalité entre 0 et 5 ans y passe respectivement de (123,6‰ en 2010 à 88,7‰ en 2016 ; 116,1‰ à 84,6 ‰ et 163,2‰ à 115,9‰). Ainsi l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale sont encore de loin, les régions les plus à risque pour les enfants. Ceci est conforté par l'étude de Cosio-Zavala (2013) qui stipule qu'un nouveau-né en Afrique subsaharienne présente 8 fois plus de risques de décéder avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans qu'en Chine, et près de 2 fois plus qu'en Inde.

Cette disparité observée dans la baisse de la mortalité infantile dans les différents pays d'Afrique subsaharienne serait donc étroitement liée aux conditions socio-économiques et de développement initial du pays. Moins la situation économique et sociale est favorable, plus vite la mortalité infantile se réduit sous l'influence des progrès médicaux et sanitaires. Ce qui impacte positivement l'espérance de vie dont l'augmentation reste aussi très diverse en Afrique

subsaharienne. Rappelons que cet indicateur est largement utilisé par le PNUD⁷ pour mesurer la dimension sanitaire et calculer l'IDH⁸. Il est aussi très couramment utilisé dans les médias pour mesurer chaque année les progrès sanitaires et médicaux, et comparer les conditions de vie d'un pays à l'autre.

⁷ Programme des Nations Unies pour le Développement
⁸ Indice de Développement Humain

Carte 1 : Taux de mortalité infantile (pour mille) et espérances de vie (années) en 2016 (Afrique subsaharienne)



Source : Exploitation World Development Indicators, 2017 (Banque Mondiale).

1.2.2 Les « espérances de vie »¹ à la naissance : des progrès mais avec un maintien des inégalités

De 1990 à 2015, l'espérance de vie mondiale est passée de 64 à 71 ans, celle des pays à revenu intermédiaire de 63 à 70 ans, et celle des pays à faible revenu de 49 à 61 ans (Nations unies, 2015). Toutes les grandes régions ont connu des hausses sensibles de leurs espérances de vie : l'Afrique subsaharienne progresse de 56 ans à 60 ans entre 2010 et 2017 (Banque mondiale, 2017). Toutefois, ces gains absolus ne réduisent guère les inégalités entre les grands espaces géographiques d'Afrique subsaharienne et particulièrement entre les pays. L'Afrique Centrale garde près de 5 ans de retard sur l'Afrique de l'Est, 2 ans sur l'Afrique Australe et 1 an sur l'Afrique de l'Ouest. On est loin à ce niveau géographique d'une véritable convergence entre régions d'Afrique subsaharienne. Les pays ayant les plus faibles taux de mortalité dans le continent sont aussi ceux qui sont caractérisés par une durée de vie la plus longue. Il s'agit notamment de l'île Maurice (74 ans), les Seychelles (74 ans), le Cap Vert (72,7 ans). Ce sont donc les pays classifiables dans la catégorie des pays ayant achevé la transition de la mortalité.

Par ailleurs plusieurs pays d'Afrique de l'Est et Australe ont connu d'importantes améliorations de l'espérance de vie entre 2010 et 2017 tels le Kenya, l'Éthiopie, le Rwanda, l'Afrique du Sud, et le Zimbabwe, qui ont connu une augmentation de durée de vie entre 4 ans à 8 ans supplémentaires en l'espace de six ans (Tableau 1, Annexe 1). Vu le niveau élevé de l'espérance de vie de leur population, ces pays font partie de la catégorie de ceux qui sont soit au milieu de la transition de mortalité soit en phase avancée. A contrario, les cinq pays où on vit le moins longtemps sont le Tchad (52,9 ans), la République Centrafricaine (52,1 ans), le Nigéria (53 ans), la Côte d'Ivoire (53 ans), et le Lesotho (54 ans). Ils font donc partie de la catégorie des pays qui sont en phase débutante de la transition de la mortalité, comme d'ailleurs la majorité des pays d'Afrique subsaharienne.

1.3. La deuxième phase de la transition démographique : fécondité et variables intermédiaires.

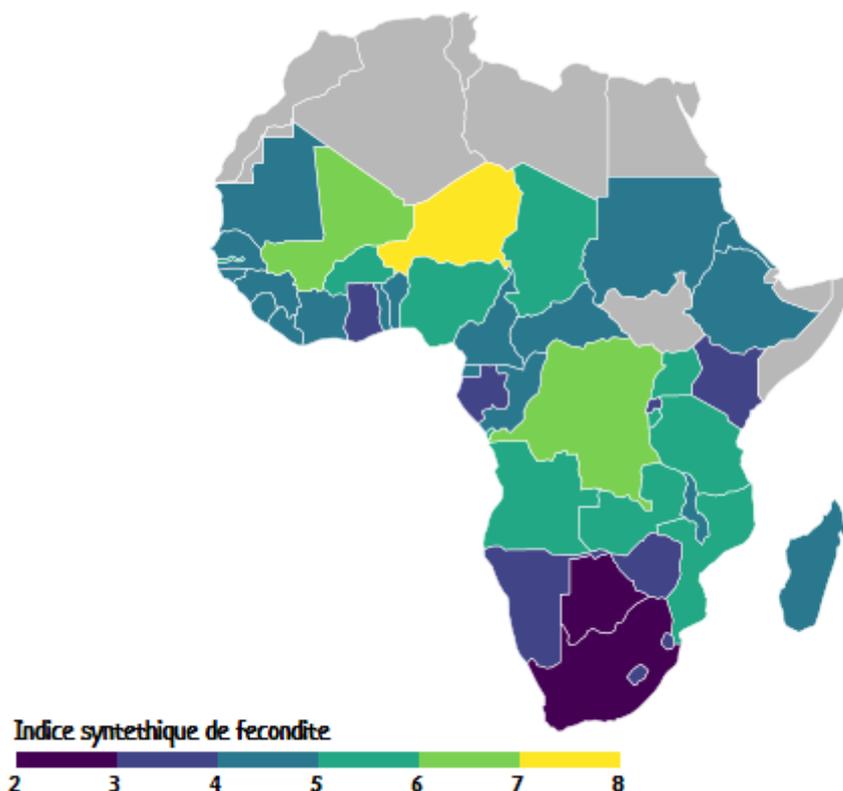
1.3.1 Une baisse variée de l'indice synthétique de fécondité sur le continent

À l'image de l'évolution de la mortalité, la réduction de la fécondité a été tardive (après 1960) en Afrique subsaharienne. Environ 7 enfants par femme vers 1960, moins de 4,8 enfants par femme en 2016. La baisse de la fécondité est toujours caractérisée par un rythme modéré pour l'ensemble du continent, mais accélérée ou lent pour certaines catégories de pays. En 2016, l'île Maurice a atteint un niveau de 1,5 enfants par femme, les Seychelles 2,5 enfants par femme et le Cap vert 2,3 enfants par femme (tableau 2 Annexe 1). A l'opposé, plusieurs pays, notamment ceux du G5 Sahel, à l'exception de la Mauritanie, détiennent encore les taux de fécondité les plus élevés au monde. Ainsi, avec plus de 7 enfants par femmes en 2016 (l'équivalence de la moyenne africaine en 1960), le Niger reste le seul pays qui n'a réellement pas démarré la transition de fécondité. Le Tchad, le Mali, le Burkina Faso, l'Angola, l'Ouganda, la République Démocratique

¹ Il s'agit d'un indice prospectif, qui en se projetant dans le futur évalue l'âge qu'un individu peut espérer atteindre avant de mourir. Bien évidemment, cet indicateur ne saurait intégrer les catastrophes, guerres ou épidémies du futur, il ne fait que projeter dans l'avenir les conditions de vie présentes, dans un pays donné. Concrètement, on le calcule comme un âge médian au décès pour une année.

du Congo, le Nigéria et le Burundi sont les pays d'Afrique subsaharienne où la fécondité reste significativement élevée avec en moyenne plus de cinq enfants par femme en 2017.

Carte 2 : Indice Synthétique de Fécondité (ISF) en 2016 (Afrique subsaharienne)



Source : Exploitation des World Development Indicators, 2017 (Banque mondiale).

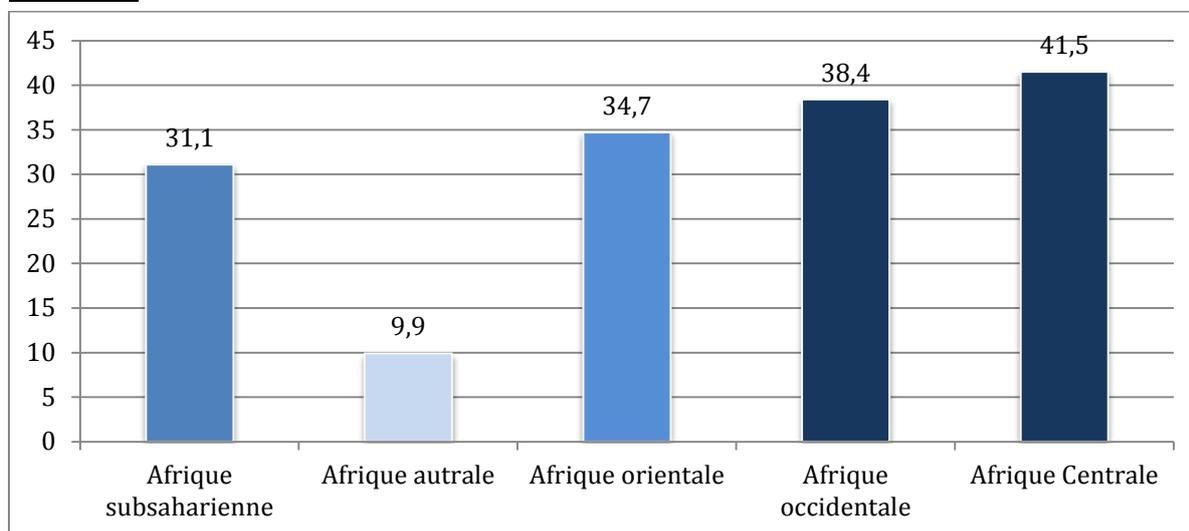
De façon intermédiaire, plusieurs pays, à l'instar du Kenya (3,8 enfants/femmes), de l'Ethiopie (4,1 enfants/femmes), du Ghana (3,9 enfants/femme), ou du Rwanda (3,8 enfants/femme) sont au milieu de leur transition de fécondité pendant que la quasi-totalité des pays d'Afrique Australe (Afrique du Sud (2,4 enfants/femme), Botswana (2,7 enfants/femme), Lesotho (3 enfants/femme), Namibie (3,4 enfants/femme), Swaziland (3 enfants/femme) sont en phase avancée de leur transition de la fécondité. Le modèle de Bongaarts, élaboré à partir du schéma des variables intermédiaires de K. Davis et J.Blake (1956), permet de mesurer les évolutions de la fécondité à partir de quatre facteurs : la nuptialité, l'infécondité post-partum, l'avortement et la contraception, décomposant la réduction du nombre d'enfants par femme (Bongaarts, 1978).

1.3.2 Age au mariage et fécondité des adolescentes en Afrique subsaharienne

Ainsi, la fécondité peine à baisser en Afrique de l'Ouest et Centrale, les deux régions qui se trouvent être les plus touchées par la mortalité infantile avec un niveau de développement relativement inférieur à celui des autres régions du continent africain. En faisant une analyse des déterminants intermédiaires de la fécondité tels que l'éducation des filles ou l'âge d'entrée en mariage ou encore l'utilisation des méthodes contraceptives, on réalise que ce sont les deux régions du continent qui sont caractérisées par le taux le plus élevé de mariage d'enfants en

Afrique. En analysant la figure 3 ci-dessous, on réalise donc que la prévalence des mariages d'enfant-filles de moins de 15 ans en Afrique Centrale est de 41,5 % et de 38,4% en Afrique de l'Ouest.

Figure 1 : Prévalence des mariages d'enfants (moins de 15 ans) par sous-région (en %), 2005-2013



Source : compilation sur la base des données extraites du rapport sur le développement humain 2015, PNUD. New York, États-Unis.

L'âge d'entrée en mariage des filles en Afrique subsaharienne reste donc l'un des facteurs les plus déterminants du calendrier de la fécondité qui reste encore précoce et élevée dans la plupart des pays excepté ceux de l'Afrique Australe et certains pays d'Afrique de l'Est. Le tableau 1 ci-dessous nous révèle la situation africaine par pays sur l'âge d'entrée en premier mariage des filles. On retient donc qu'en moyenne, l'entrée en vie fertile par le mariage se fait majoritairement à 18,5 ans en Afrique subsaharienne, mais avec de grandes disparités entre pays (15 ans au Niger contre 29 ans au Botswana ou Namibie). Ainsi, les pays où l'ISF est le plus élevé en Afrique sont aussi les pays où l'entrée en union des filles reste très précoce tels les pays du G5 Sahel (Niger : 15,8 ans, Mali : 17,8 ans ; Tchad : 16,2 ans et Burkina Faso : 17,9 ans), ou de la Guinée (17,2 ans).

Il ressort que cette entrée précoce en vie nuptiale augmente de façon très sensible la prévalence de la fécondité des adolescentes. Ainsi, en 2017, le Niger, le Mali et le Tchad détiennent le «taux de fertilité des adolescentes»² le plus élevé en Afrique subsaharienne avec des valeurs respectives de 194‰, 171‰ et 164,5‰ (Banque mondiale, 2017). De nombreux pays d'Afrique subsaharienne sont encore caractérisés par une prévalence importante du taux de natalité chez les adolescentes, ce qui ralentit le rythme des progrès sur le front du développement humain. Le PNUD confirme ce résultat en montrant que, « un seul point de pourcentage de hausse de ce taux de fertilité des adolescentes réduit la valeur de l'IDH d'environ 1,1 point de pourcentage » (PNUD, 2016).

² Le taux de fécondité des adolescentes est le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans.

Le scénario inverse s'observe en revanche en Afrique Australe où la nuptialité reste un phénomène très tardif excepté au Zimbabwe. Ainsi en 2016, on peut remarquer (Tableau 1) que les femmes en Afrique du Sud ou au Botswana se marient à un âge médian respectif de 29 ans et 25 ans. En Afrique de l'Est, l'Ile Maurice (26 ans), les Seychelles et le Rwanda (22 ans) sont les pays où les femmes entrent en mariage le plus tardivement. Par ailleurs, il est aussi important de relever que bien que l'âge d'entrée en union des filles soit encore précoce dans certains pays comme le Sénégal, le Bénin, le Cameroun ou les Comores, le recul de l'âge d'entrée en union des filles s'est amorcé dans ces pays au cours de la période 2010-2016 (Tableau 1).

Tableau 1 : Age médian au premier mariage des filles au cours des trois dernières EDS.

Enquête Démographique et de Santé	1	2	3	Recul d'âge au premier mariage
AFRIQUE DE L'OUEST				
Bénin (1996, 2016 et 2012)	18,1 ans	18,7 ans	19,9 ans	1,8 an (entre 1996 et 2012)
Burkina-Faso (2003 et 2010)	--	17,7 ans	17,9 ans	0,2 an (entre 2003 et 2010)
Cap vert (2005)	--	--	21,5 ans	--
Cote d'Ivoire (2005 et 2012)	--	19,5 ans	19,8 ans	0,3 an (entre 2005 et 2012)
Gambie (2013)	--	--	19 ans	--
Ghana (1998, 2008 et 2014)	19,6 ans	20,7 ans	20,7 ans	1,1 an (entre 1998 et 2014)
Guinée (2005 et 2012)	--	16,3 ans	17,2 ans	0,9 an (entre 1998 et 2014)
Guinée Bissau	--	--	--	--
Libéria (2007 et 2013)	--	18,6 ans	19 ans	0,4 an (entre 2007 et 2013)
Mali (2007 et 2013)	--	16,6 ans	17,8 ans	1,2 an (entre 2006 et 2013)
Mauritanie (2001)	--	--	17,9 ans	--
Niger (2006 et 2012)	--	15,6 ans	15,8 ans	0,2 an (entre 2006 et 2012)
Nigéria (2008 et 2013)	--	18,6 ans	18,3 ans	-0,2 an (entre 2008 et 2013)
Sénégal (1992 et 2011)	--	16,8 ans	19,9 ans	3,1 ans (entre 1992 et 2011)
Sierra Léone	--	17,2 ans	18,2 ans	1 an (entre 2008 et 2013)
Togo (1998 et 2014)	--	19,1 ans	19,7 ans	0,6 an (entre 1998 et 2014)
AFRIQUE DE L'EST				
Burundi (1987 et 2010)	19,5 ans	--	20,3 ans	0,8 an (entre 1987 et 2012)
Comores (1996 et 2012)	--	19,2 ans	20,7 ans	1,5 an (entre 1987 et 2012)
Erythrée (1995 et 2002)	--	17 ans	18,2 ans	1,2 an (entre 1987 et 2012)
Ethiopie (2011)	--	--	17,5 ans	--
Kenya (1998 et 2009)	--	20,2 ans	20,2 ans	00
Madagascar (2004 et 2009)	--	19,1 ans	18,7 ans	-0,4 an (entre 2004 et 2009)
Malawi (2010 et 2016)	--	17,9 ans	18,3 ans	0,4 an (entre 2010 et 2016)
Maurice (Îles) (2000)	--	--	25,4 ans	--
Mozambique (2011 et 2015)	--	18,6 ans	18,1 ans	-0,5 an (entre 2011 et 2015)
Rwanda (1992, 2010 et 2015)	20,9 ans	20,6 ans	22 ans	1,1 an (entre 1992 et 2015)
Seychelles (îles)	--	--	--	--
Ouganda (1995, 2011 et 2016)	17,8 ans	18,1 ans	18,9 ans	1,1 an (entre 1995 et 2016)
Tanzanie (2011 et 2016)	--	19,3 ans	19,3 ans	00
Zambie (2007 et 2014)	--	18,4 ans	18,7 ans	0,3 an (entre 2007 et 2014)
AFRIQUE CENTRALE				
Angola (2001)	--	--	21,4 ans	--
Cameroun (1998, 2004 et 2011)	17,8 ans	18,0 ans	19,0 ans	1,2 an (entre 1998 et 2012)
Centrafrique (1995)	--	17,4 ans	--	--

Enquête Démographique et de Santé	1	2	3	Recul d'âge au premier mariage
République du Congo (2004 et 2012)	--	20,4 ans	19,7 ans	-0,7 an (entre 1998 et 2012)
Congo Démocratique (2007 et 2013)	--	18,7 ans	18,8 ans	0,1 an (entre 2007 et 2013)
Gabon (2000 et 2012)	--	19,8 ans	20,4 ans	0,6 an (entre 2000 et 2012)
Tchad (entre 2004 et 2015)	--	15,9 ans	16,2 ans	0,3 an (entre 2004 et 2015)
AFRIQUE AUSTRALE				
Afrique du Sud (2008)	--	--	29 ans	--
Botswana (1988 et 2007)	24,9 ans	--	24,0 ans	-0,9 an (entre 1988 et 2007)
Lesotho (2009)	--	--	20,9 ans	--
Namibie (2007)	--	--	29,2 ans	--
Swaziland (2007)	--	--	25,6 ans	--
Zimbabwe (2010 et 2015)	--	19,7	19,7	00
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	--	--	--	--

Sources : Exploitation des 3 dernières EDS

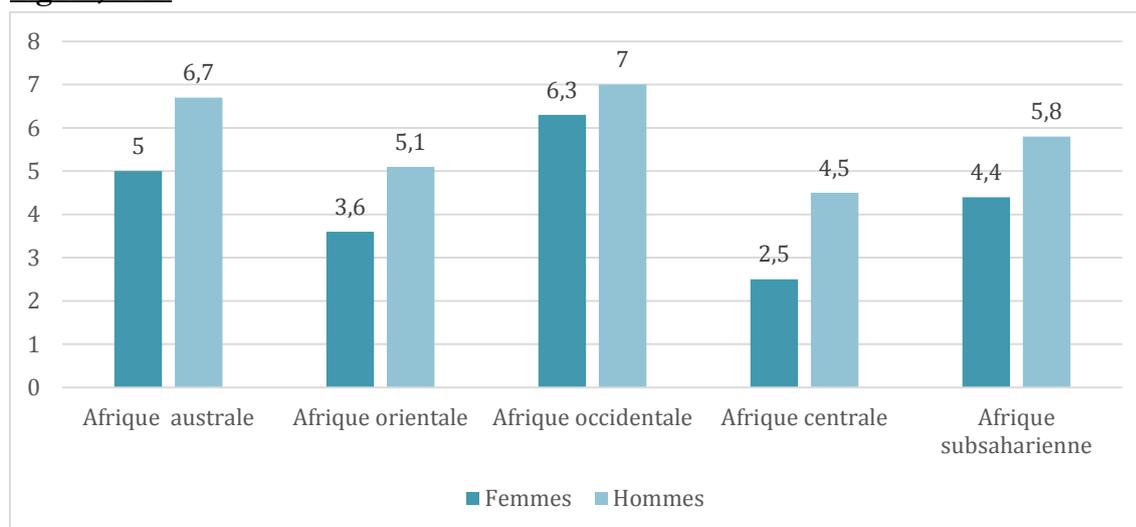
1.3.3. Education

La précocité de l'âge d'entrée en vie nuptiale et par ricochet en vie féconde des jeunes filles impacte leur éducation secondaire ou universitaire ; et cela est source d'inégalité d'accès à l'éducation entre filles et garçons en Afrique subsaharienne. Le taux brut de scolarisation primaire (TBS) en Afrique subsaharienne est passé à 98 pour cent en 2015, soit 30 points de pourcentage de plus qu'en 1990, et le taux net de scolarisation a plus que doublé, passant de 63 à 152 millions au cours de la même période (La Banque mondiale, 2018). Mondialement, l'Afrique subsaharienne a réalisé les progrès les plus grands dans l'accès des filles à l'éducation. Au niveau primaire, le taux de scolarisation des filles a gagné plus de 50 points de pourcentage depuis 1970, en comparaison avec une moyenne mondiale de 30 points de pourcentage.

Toutefois, la discrimination fondée sur le sexe reste importante dans l'enseignement secondaire et supérieur. Les raisons pour lesquelles les enfants sont amenés à ne pas fréquenter l'école varient, mais elles sont souvent liées à la pauvreté, à l'origine ethnique, à l'exclusion sociale, au lieu de vie (milieu rural ou taudis péri-urbain), à l'éloignement géographique. Ces obstacles se superposent souvent aux questions de genre, ce qui accroît encore davantage les écarts en matière d'apprentissage. Tous ces facteurs ajoutés à l'entrée précoce en première union et au risque accru de la fertilité des adolescentes expliquent l'infériorité de la durée moyenne de scolarisation des femmes par rapport aux hommes dans l'ensemble des sous-régions (Figure 4).

Ainsi, d'après le rapport du PNUD sur les inégalités en Afrique subsaharienne, c'est dans le domaine de l'éducation que les inégalités sont les plus élevées, de l'ordre de 27 %, suivies par les inégalités de revenu, de 24 %, et des inégalités dans le domaine de la santé, de 17 %. Les moteurs sous-jacents de l'inégalité en termes de capacités humaines comprennent : la participation inégale à la vie politique et économique ; l'accès inégal aux ressources économiques, financières et naturelles ; l'absence de sécurité et le manquement aux droits humains ; et les résultats et opportunités inéquitables pour les femmes par rapport aux hommes.

Figure 2 : Durée moyenne de scolarisation chez les 22 ans et plus, par sexe et par sous-région, 2014



Source : compilation sur la base des données extraites du Rapport sur le développement humain 2015, PNUD. New York, États-Unis

Ainsi, d'après le rapport 2016 de l'UNESCO³, dans les pays à faible revenu, pour 100 jeunes parmi les plus riches ayant achevé le second cycle de l'enseignement secondaire, ils/elles ne sont que 7 à être parvenus au même niveau parmi les jeunes les plus pauvres. En 2014, 63 % des pays avaient réalisé la parité entre les sexes dans le primaire, 46 % dans le premier cycle du secondaire et 23 % dans le second cycle du secondaire. (UNESCO, 2016). Les statistiques pour les taux de scolarisation actuels donnent un tableau un peu meilleur. Pour le niveau primaire, l'indice global en 2010 est voisin de 100 en Afrique subsaharienne : il s'agit du rapport entre le nombre d'élèves du primaire et la population du groupe d'âges concerné en principe par cette scolarité (multiplié par 100) ; le taux peut donc dépasser 100 si les âges réels des élèves scolarisés à ce niveau débordent les limites théoriques. L'indice est cependant de 65 seulement au Niger, et 90 au Mali. Mais pour le secondaire les indices sont nettement moins bons : 40 pour l'Afrique subsaharienne (71 en moyenne mondiale), 14 au Niger, 22 au Burkina-Faso. Ces données sont d'autant plus significatives que l'éducation féminine est généralement considérée comme la variable la plus déterminante pour une réduction de la fécondité.

1.3.4. La contraception

La promotion de la planification familiale et la garantie de l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les couples est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés. Nombreux avantages sont associés à l'utilisation de la contraception. Cela permet entre autres enjeux, de prévenir les risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes, de réduire la mortalité infantile, de contribuer à prévenir le VIH/sida, de réduire les grossesses chez les adolescentes et aussi de maîtriser la croissance de la population.

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial,

³ L'Éducation pour les peuples et la planète, 2016.

L'utilisation des contraceptifs modernes a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014 (OMS, 2018). D'après cette organisation, au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67%.

Les besoins de contraception non satisfaits demeurent trop élevés. Cette situation s'explique par l'augmentation de la population et par le manque de services de planification familiale. En Afrique, 23,5% des femmes en âge de procréer expriment un besoin non satisfait de moyens de contraception modernes. (OMS, 2018). L'utilisation de la contraception reste sans doute le défi le plus significatif pour de nombreux pays africains. Alors qu'en 2013, à l'échelle mondiale, 63 % des femmes de 15-49 ans vivant en couple utilisaient une méthode de contraception et 57 % une méthode moderne (par ordre décroissant : stérilisation féminine, stérilet et pilule), les proportions tombent à 25 % et 20 % respectivement pour l'Afrique subsaharienne (United nations, 2013c).

La situation est pire encore en Afrique Centrale (21 et 9 %) et Occidentale (15 et 11 %). L'Afrique du Sud atteint les mêmes niveaux (60 %, quasiment toutes en méthodes modernes), et le Kenya comme le Malawi s'en approchent avec 46 % d'utilisatrices. Les faibles taux d'utilisation observés au Tchad (5 %), en Guinée (6%), au Mali ou en Erythrée (8%) sont sans doute révélateurs de l'indifférence des responsables politiques et sanitaires de ces pays quant à la contraception et la fécondité de leurs populations, quand ils ne sont pas carrément favorables à une forte fécondité (Guengant 2011, p.19).

Toutefois, il est nécessaire d'apporter un éclairage sur le cas de certains pays comme le Niger, le Mali à propos du taux de fécondité qui reste inchangé depuis des années, voire qui a tendance à repartir à la hausse, ce qui tranche avec des taux à la baisse (même minime) dans le reste de l'Afrique. Cela est étroitement lié à une appréciation collective de la planification familiale seulement comme moyen d'espacement des naissances et non comme une limitation des naissances. Il n'y aurait donc pas de remise en cause des normes et des schémas mentaux en termes de natalité et de préférence des couples pour des familles nombreuses. En clair, le recul de l'âge de la première naissance va de pair avec un calendrier plus resserré pour le nombre des naissances suivantes qui reste inchangé. Il y a là une question fondamentale à prendre en compte : celle de la volonté politique des états à aborder les conditions anthropologiques de la transition démographique.

2. Relation entre croissance démographique, inégalités et développement en Afrique subsaharienne.

L'Indicateur de Développement Humain (IDH) a comme objectif d'essayer de mesurer le niveau de développement des pays, sans en rester simplement à leur poids économique mesuré par le Produit intérieur brut (PIB) par habitant. Il intègre donc des données plus qualitatives. C'est un indicateur qui fait la synthèse (on l'appelle indicateur composite ou synthétique) de trois séries de données :

- La **santé / longévité** (mesurées par l'espérance de vie à la naissance), qui permet de mesurer indirectement la satisfaction des besoins matériels essentiels tels que l'accès à une alimentation saine, à l'eau potable, à un logement décent, à une bonne hygiène et aux soins médicaux.
- Le **savoir** ou **niveau d'éducation**. Il est mesuré par la durée moyenne de scolarisation pour les adultes de plus de 25 ans et la durée attendue de scolarisation pour les enfants d'âge scolaire. Il traduit la satisfaction des besoins immatériels tels que la capacité à participer aux prises de décision sur le lieu de travail ou dans la société.
- Le **niveau de vie** (logarithme du revenu brut par habitant en parité de pouvoir d'achat), afin d'englober les éléments de la qualité de vie qui ne sont pas décrits par les deux premiers indices tels que la mobilité ou l'accès à la culture.

De manière générale, l'Afrique subsaharienne affiche l'un des taux d'amélioration du développement humain les plus rapides au monde sur ces vingt dernières années, mais possède aussi les niveaux de développement humain moyens les plus faibles par rapport aux autres régions du monde. Toutefois, tous les pays d'Afrique ne présentent pas un faible niveau de développement humain. Sur les quatre sous-régions, 13 pays ont atteint un niveau de développement humain moyen ou élevé : trois pays en Afrique Australe (Afrique du Sud, Botswana, Namibie) ; quatre en Afrique Centrale (Gabon, Guinée Equatoriale, République du Congo et Sao-Tomé), deux en Afrique de l'Ouest (Cap Vert et Ghana) et 4 en Afrique de l'Est (Maurice, Seychelles, Zambie et Kenya). Les pays Afrique subsaharienne affichant les niveaux de développement humain les plus élevés sont, l'Île Maurice, les Seychelles et le Botswana (respectivement 0,777 ; 0,772 et 0,698) d'après les données du PNUD en 2016.

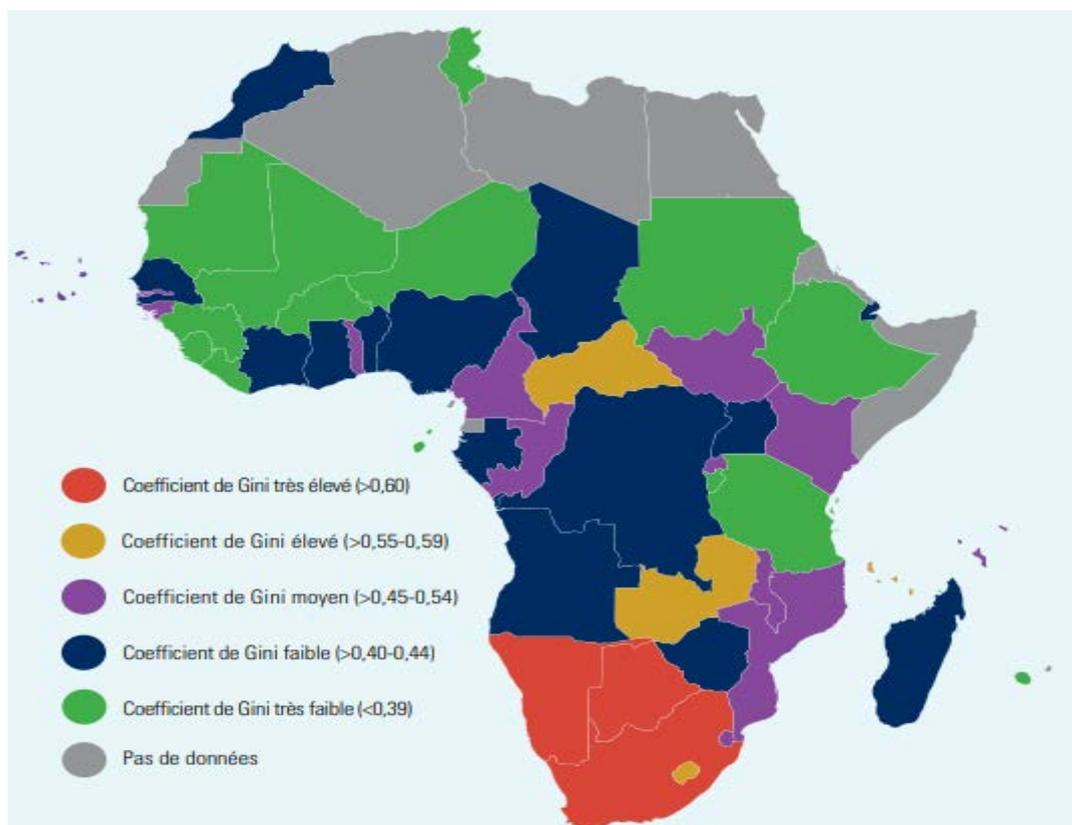
Sur 44 pays dans le monde figurant dans le groupe des pays à faible Développement Humain 36 (82%) sont en Afrique subsaharienne. Les niveaux d'IDH les plus faibles sont au Tchad, en Erythrée, en République centrafricaine et au Niger (respectivement 0.392, 0.391, 0.350 et 0.348) En moyenne, les pays qui affichaient initialement de faibles niveaux de développement humain ont connu de rapide croissance économique, réalisant ainsi d'importants progrès à l'échelle de l'IDH. Cette dynamique s'est toutefois ralenti depuis 2010. Les pays ayant enregistré les avancées les plus importantes depuis 2000 sont l'Angola, le Burundi, l'Éthiopie, le Mali, le Mozambique, le Niger, le Rwanda, la Sierra Leone, la Tanzanie et la Zambie (PNUD, 2016).

Une analyse entre transition démographique et développement nous permet donc de remarquer que les pays caractérisés par une transition de fécondité et de mortalité achevée ou en phase très avancée (Île Maurice, Seychelles, Cap Vert, Botswana) sont ceux qui sont caractérisés par le niveau de Développement Humain le plus élevé en Afrique subsaharienne. Ce sont donc des pays où l'on observe le moins d'inégalité d'accès à l'éducation secondaire et supérieure entre homme et femmes (où les femmes ont le plus longuement possible accès à l'instruction avancée) avec des âges d'entrée en premier mariage les plus élevés dans le continent. Analogiquement, de façon globale, les pays encore en phase débutante dans leur transition de fécondité et de mortalité sont ceux qui sont caractérisés par le Développement Humain le plus faible. Il s'agit par exemple du Niger, du Tchad, du Mali, de la République centrafricaine avec les inégalités d'accès à l'éducation secondaire et supérieure les plus importantes en défaveur des femmes par rapport aux hommes, ainsi que des durées d'études chez les femmes les plus courtes sur le continent.

Au-delà du taux de scolarisation des filles, la durée des études et l'accès des femmes aux études avancées constituent les leviers importants, voire indispensables pour une transition démographique réussie et une amélioration du développement humain en Afrique subsaharienne. Ainsi la bonne nouvelle est que les pays dans lesquels une part importante de la population féminine a achevé au moins l'enseignement secondaire ont tendance à progresser sur l'échelle de l'IDH.

Mais le retard de développement humain en Afrique subsaharienne n'est pas seulement lié aux variables et déterminants intermédiaires de la transition démographique ; il est aussi potentiellement associé aux inégalités de revenus. Ainsi, le PNUD (2016) évalue le retard du développement dû aux inégalités en Afrique subsaharienne de l'ordre de 33% contre 25% pour les états d'Afrique du Nord. La mesure de la richesse produite par les habitants d'un pays (le PIB) ne renseigne pas sur la répartition de cette richesse dans la population. L'indice de Gini est un indicateur de concentration, qui est fréquemment utilisé par les économistes, sociologues, démographes et géographes pour évaluer la distribution des revenus entre les habitants d'un pays. Il est aujourd'hui l'outil statistique le plus utilisé pour mesurer les inégalités de revenus. Ainsi, d'après les données du PNUD, les inégalités de revenus restent très accentuées en Afrique mais de façon hétérogène. La carte de l'indice de Gini ci-joint nous montre que la région de l'Afrique Australe est celle qui présente les inégalités les plus fortes en Afrique subsaharienne. C'est la seule région qui présente une homogénéité dans le niveau des inégalités de richesses entre les populations des pays.

Carte 3 : Cartographie des inégalités de revenus en Afrique



Source : Indicateurs du développement dans le monde, Banque mondiale (2016)

Les inégalités de revenus moyennes et faibles sont quant à elles réparties de façon hétérogène dans le reste du continent. La catégorie des plus faibles s'observe en Afrique de l'Ouest, notamment les pays du G5 Sahel. L'aide publique au développement à l'Afrique a atteint un sommet en 2013, à 52 milliards de dollars US, avant de descendre à 45 milliards en 2017. Parallèlement, les afflux des Investissements Directs Etrangers (IDE) ont diminué depuis le pic de 2008 à 58,1 milliards de dollars US, descendant à leur niveau le plus bas en 10 ans : 41,8 milliards de dollars US en 2017 (Banque mondiale, 2019)⁴. D'après ce rapport, l'Afrique de l'Est par exemple a bénéficié de la plus forte croissance des IDE de toutes les régions africaines sur la période 2011–2017 (l'Éthiopie représente 60 % de l'augmentation après l'annonce par des entreprises chinoises et turques d'augmenter les IDE dans le secteur manufacturier). Ainsi, les inégalités de revenu sont plus importantes dans ces pays (Éthiopie tout comme le Sénégal en Afrique de l'Ouest) comparés à ceux dont l'IDE a fortement reculé comme le Nigéria où l'on retrouve moins d'inégalités de revenu entre les populations. Une causalité s'établit donc de ce fait en montrant que plus les revenus des habitants augmentent et plus les inégalités aussi.

D'après les données du PNUD en 2016, l'Afrique subsaharienne a vu son indice de développement humain (IDH) progresser de 1,8 % entre 2010 et 2014. Cette hausse a été particulièrement remarquable dans certains pays, comme le Zimbabwe (4,8%), la République du Congo (3,7%) ou le Rwanda (3%). L'inégalité de revenus renforce les inégalités en matière de santé, d'éducation, d'emploi, de participation politique et de sécurité (David, A., 2019). Ces inégalités qui se chevauchent perpétuent l'exclusion et la privation tout au long de la vie et se transmettent d'une génération à l'autre. De plus, il existe une relation négative entre le développement humain et l'inégalité de genre en Afrique subsaharienne. Les pays où ces inégalités sont généralement faibles (les Seychelles, Maurice et Cap Vert) ont tendance à avoir des niveaux de développement humain plus élevés, tandis que ceux qui affichent de fortes inégalités de genre (Mali, Niger, République Centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad) affichent globalement des niveaux inférieurs de développement humain.

La croissance démographique en Afrique limite fortement les conditions et les effets de la croissance économique même forte. La comparaison des Produits Intérieurs Bruts (Figure 5) montre de grandes différences entre les pays d'Afrique subsaharienne. En 2016, la production de la richesse par habitant varie entre 14 745\$US aux Seychelles et 304 \$US au Burundi. On remarque aussi que la plupart des pays ayant achevé leur transition de fécondité sont des pays qui font partie des 3 premiers pays créateurs de richesse (Seychelles, Maurice, Botswana) en Afrique subsaharienne.

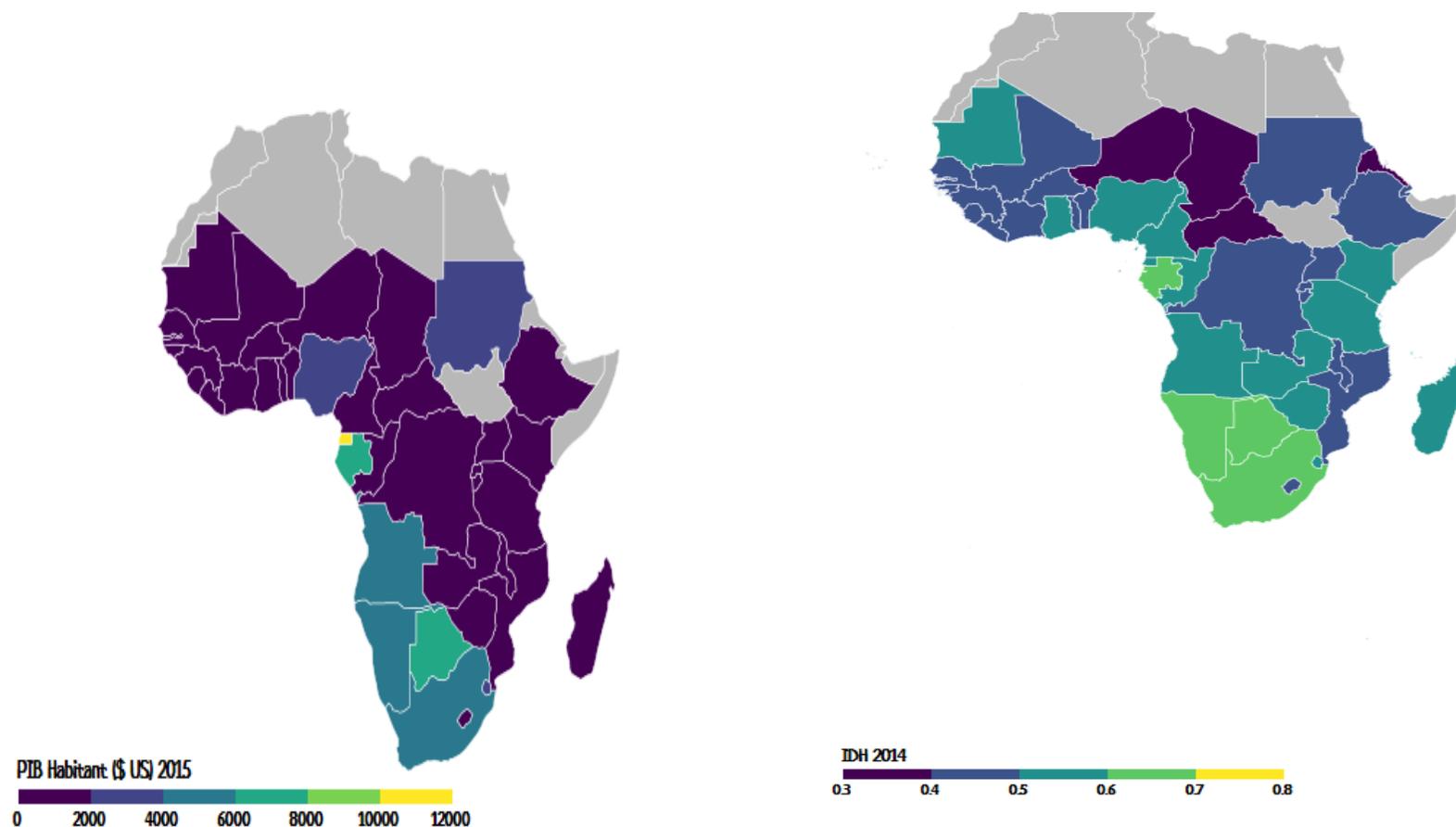
Sur dix pays d'Afrique de l'Ouest, le PIB/habitant a diminué au cours de la période 2010-2014 ; dans trois, il est resté en-dessous de 3 % et dans quatre, il a culminé à 6,2 % en Côte d'Ivoire (Banque mondiale 2014). Le PIB/tête reste très faible au Niger et en Centrafrique (363 \$US ; 348 \$US), il s'élève à 2.730 \$US au Nigéria pour la même période, contre 14.745 \$US aux Seychelles ou 42. 250 \$US en France. Les effets de la croissance démographique se feront sentir non seulement au travers de l'effectif total de la population (multiplication des densités d'occupation

⁴ Perspectives économiques en Afrique 2019 : Performances macroéconomiques en Afrique et perspectives Emploi, croissance et dynamisme des entreprises.

du sol par les mêmes facteurs que ceux indiqués plus haut pour la population totale), mais aussi par l'intermédiaire de la structure par âge. Les populations africaines sont actuellement extraordinairement jeunes : 50 % des Nigérien.ne.s ont moins de 15 ans, comme 42 % de l'ensemble des Africain.e.s, contre 26 % en moyenne mondiale.

Un des défis majeurs sera d'absorber les nouveaux entrants sur le marché de travail, qui s'élèvent aujourd'hui à plus de 12 millions de personnes chaque année en Afrique subsaharienne (WDI 2019). Le montant conséquent des investissements publics requis pour la fourniture des services essentiels à une population toujours plus nombreuse risque de grever lourdement le budget des états dont la base fiscale est très fragile. Par ailleurs, la richesse dans un pays n'a pas toujours un effet réducteur de la fécondité en Afrique subsaharienne. C'est le cas de l'Angola ou du Nigéria qui malgré un PIB par habitant élevé sont respectivement en 2016 caractérisés encore par des Indices synthétiques de fécondité de 6 enfants/ femme et de 5 enfants/femmes respectivement, soit un ISF semblable au Tchad et Mali qui ont une production de richesses de plus de 6 fois inférieure.

Carte 4 : Cartographies du PIB par habitant et de l'Indice de Développement Humain (IDH) en en Afrique Subsaharienne (2016)



Sources : Exploitation du World Development Indicators, 2017 et PNUD, 2016¹

¹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

3. Profilage des étapes actuelles de la transition démographique en Afrique subsaharienne

En taux de croissance annuelle (hors migrations), le taux moyen de croissance démographique est actuellement deux fois plus fort en Afrique subsaharienne que la moyenne mondiale : 2,5 % contre 1,2 % (World Population Prospect 2016). Onze pays affichent une croissance dépassant 3 %, le Niger détenant encore le record avec 3,8 %. Certes les taux sont appelés à baisser au cours des prochaines décennies, mais la croissance pourrait encore dépasser 3 % en 2050 au Niger, et 2 % dans dix autres pays. Ces taux de croissance élevés résultent d'une très forte fécondité. Le tableau 2 ci-dessous nous donne l'évolution des populations de 2000 à 2100 de toutes les grandes sous-régions d'Afrique subsaharienne. L'Afrique Australe, qui comprend essentiellement l'Afrique du Sud (87 % de la population de cette région), affiche une croissance particulièrement faible, inférieure à celle de la population mondiale. Toutes les autres régions, en revanche, croîtront fortement : la population de l'Afrique de l'Ouest sera multipliée par 7, celle de l'Afrique de l'Est par 6, et celle de l'Afrique Centrale par 5,8.

Tableau 2 : Evolution des populations des régions d'Afrique subsaharienne (en milliers), de 2000 à 2100

	Population Totale				Rapport 2100/2000
	2000	2010	2050	2100	
Afrique Orientale	260 001	342 595	869 221	1 557 309	5,98
Afrique Centrale	93 751	124 978	316 111	546 195	5,82
Afrique Occidentale	233 803	305 088	814 552	1 635 380	6,99
Afrique Australe	51 420	58 803	74 562	76 762	1,49
Total Afrique subsaharienne	638 974	831 464	2 074 446	3 815 646	5,97
Monde	6 127 700	6 916 183	9 550 945	10 853 849	1,77

Sources : Projections 2012 des Nations-unies, hypothèse médiane (source : UN, WPP, 2013)

Au regard de l'analyse des principaux indicateurs de la transition, nous remarquons que la transition démographique en Afrique subsaharienne sort de tous les modèles connus du fait d'une diminution de la mortalité mais d'une nuptialité toujours précoce et une fécondité toujours élevée. Les facteurs multiplicatifs (fécondité et mortalité) sont donc, pour la majorité des pays, très élevés.

Tableau 3 : Espérance de vie à la naissance et taux de mortalité infantile en Afrique subsaharienne

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Espérance de vie (années)	56,9	57,6	58,2	58,8	59,4	59,9	60,3

Sources : Exploitation des données World Development Indicators, 2017

Comme évoqué plus haut, bien que ses niveaux soient encore élevés, la mortalité connaît une baisse en moyenne de 4 points de pourcentage chaque année et passe de 100,9 pour mille à 78,3 pour mille entre 2010 et 2016. Cela a induit une augmentation de 3,4 années de l'espérance de vie en 6 ans (en moyenne 0.5 année de vie par an). Cette hausse des espérances de vie participe donc à l'accroissement démographique qui continue de s'accélérer avant que la fécondité ne commence à baisser à son tour dans des rythmes variés à partir des années 2000 en Afrique subsaharienne (tableau 1 annexe). Dans l'ensemble, les transitions démographiques se sont accélérées au début du XXI^e siècle et on observe encore en 2017 que la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne ont vu se réduire à un rythme moyen (parfois faible pour certain) leur mortalité et leur fécondité.

D'après donc la figure 1 et le tableau 1 de l'annexe 1, les modalités des transitions de la mortalité séparent donc les pays d'Afrique subsaharienne en 4 groupes :

- Transition de mortalité avancée (recul avancé de la mortalité) : Ile Maurice, Seychelles, Cap Vert, Botswana, Gabon, Ethiopie, Kenya, Tanzanie, Sénégal, Rwanda et Madagascar enregistrent une espérance de vie à la naissance entre 65 et 70 ans (les plus élevés du continent) en 2010-2016 pour le sexe féminin.
- Transitions de mortalité moyennes (recul moyen de la mortalité): Afrique du Sud, Namibie, Zimbabwe, Angola, Zambie, Malawi, République du Congo, Soudan, Mauritanie, Benin, Niger, Libéria, Ghana, Togo et Burkina Faso avec des espérances de vie comprises entre 60 et 65 ans en 2010-2016,
- Transition de mortalité en cours d'accélération (recul tardif mais en accélération) avec des années d'espérance de vie entre 55 et 60 ans en RDC, Cameroun, Mali, Mozambique, Eswatini Ouganda, Guinée, Guinée Bissau, Burundi, et Gambie,
- Transition de mortalité tardive (recul tardif) en Côte d'Ivoire, Nigéria, Tchad, République Centrafricaine, et Lesotho avec moins de 55 ans d'espérance de vie à la naissance en 2010-2016, et une mortalité infanto-juvénile relativement élevée, avec respectivement 109 et 103 décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1000 naissances à au Mali et Nigéria (WDI, 2017).

S'agissant de la transition de fécondité, en 2016, l'ISF est évalué à 4,8 par la Banque mondiale, soit prêt de 5 enfants par femme pour l'ensemble du sous-continent d'Afrique subsaharienne. Plus de 10 pays (tableau 2 annexe 1) sont encore au-dessus de 5 enfants par femmes en 2016 : Niger (7.2), Gambie (5.4), Mali (6.0), Nigéria (5.5), Burkina Faso (5.3), Burundi (5.6), Mozambique (5.2), Ouganda (5.5), Angola (5.7), RDC (6.1), Tchad (5.9).

Les travaux de Cosio-Zavala, (2013) et Schkolnik, (2004, pp. 33-47) sur les transitions démographiques du XX^e siècle dans les pays en développement, retiennent 5 modèles de transitions de la fécondité. Sur la base de cette théorie et en nous appuyant sur le tableau 2 annexe 1, nous pouvons retenir 5 schémas de la transition de la fécondité pour le cas spécifique de l'Afrique subsaharienne :

- *post transition* de la fécondité à l'Ile Maurice : 1,4 enfant par femme ;
- une transition *avancée* en Seychelles, Cap Vert, et Afrique du Sud : entre 2.3 et 2.4 enfants par femme ;

- une transition *en pleine évolution (milieu)* en Namibie, Botswana, Zimbabwe, Eswatini, Lesotho, Kenya, Gabon et Ghana, Rwanda entre 2,5 et 3.9 enfants par femme ;
- une transition *modérée* (modèle majoritaire) au Cameroun, Soudan, Centrafrique, Zambie, Togo, Ethiopie, Erythrée, Sénégal, Côte d'Ivoire, Bénin, Libéria, Mauritanie, Madagascar, Tanzanie, Guinée, entre 4,0 enfants et 5,0 enfants par femme ;
- une transition débutante de la fécondité au Nigéria, Burkina Faso, Burundi, Mozambique, Ouganda, Angola, RDC, Tchad, Gambie et Mali avec plus de 5,1 enfants par femme
- et le Niger, seul pays encore en pré-transition de fécondité 7,2 enfants par femme.

Tableau4 : classement des pays d'Afrique subsaharienne selon les situations des transitions de la fécondité et de la mortalité en 2010-2016

		Transition de la fécondité					
		Post transition	Avancée	Pleine évolution	modérée	débutante	Pré-transition
Transition de la mortalité	Avancée	Ile Maurice	Seychelles Cap vert	Botswana, Gabon Kenya Rwanda	Ethiopie, Tanzanie, Madagascar		
	Moyenne		Afrique du Sud	Namibia, Zimbabwe Ghana,	Libéria Zambie, Togo Malawi, République du Congo, Soudan, Mauritanie, Benin, Guinée	Angola, Burkina Faso	Niger
	En cours			Eswatini,	Cameroun, Guinée, Guinée Bis,	RDC Burundi, Ouganda, Mali, Mozambique Gambie	
	Débutante			Lesotho	Cote d'Ivoire Centrafrique	Nigéria Tchad,	

Sources : Auteurs

Tableau 5 : récapitulatif des pays par classification de transition démographique globale, à partir du libellé des fiches pays

Pays	Etape de la transition démographique	Code couleur affectée ¹
Niger	Pré transition	Rouge
Angola		
Nigéria		
RDC		
Burkina Faso		
Tchad		
Burundi		
Cote d'ivoire		
Gambie		
Mali		
Mozambique		
Ouganda		
Sierra Léone		
Tanzanie		
Zambie		
Bénin			Évolution modérée	Marron
Cameroun		
Comores		
République de Congo		
Ethiopie		
Guinée Bissau		
Guinée		
Libéria		
Madagascar		

¹ Les couleurs sont affectées du « vert, orange au rouge » selon le niveau d'évolution de la transition démographique. La couleur « verte » est affectée aux pays les plus avancés dans le processus de la transition tandis que le « rouge » est attribué aux pays en phase retardée.

Malawi		
Mauritanie		
Centrafrique		
Sénégal		
Eswatini (ex-Swaziland)		
Togo		
Erythrée	Milieu	
Gabon		
Ghana		
Kenya		
Lesotho		
Rwanda		
Zimbabwe		
Afrique du sud	Avancée/achevée	
Botswana		
Namibie		
Cap Vert		
Les Seychelles		
Ile Maurice	Post transition	

Conclusion

Le présent document visait à fournir à partir des diverses sources de données (Banque mondiale, Nations Unies et Enquêtes Démographiques et de Santé), des informations sur les indicateurs de la transition démographique en Afrique subsaharienne (fécondité et déterminants intermédiaires, mortalité) et quelques corrélations économiques et de développement. Quarante-quatre fiches démographiques (annexe 2) ont été élaborées et il est apparu que le chemin qu'est en train de suivre l'Afrique subsaharienne pour sa transition démographique n'a été expérimenté par aucune autre grande région avant elle. Avec près de 5 enfants par femme en 2016 contre 2,5 en moyenne mondiale (WDI, 2017), la fécondité en Afrique subsaharienne reste la plus élevée avec en tête le Niger le Mali, le Tchad et l'Angola.

Le nombre désiré d'enfants reste encore élevé, les mariages des filles souvent précoces, avec des pratiques contraceptives qui restent les plus faibles, principalement en Afrique de l'Ouest et en Afrique Centrale) Tous ces indicateurs révèlent une situation spécifique à cette région du monde, qui se traduit par des taux de croissance restant élevés plus longtemps et donc une augmentation considérable de la population totale. Les pays les plus avancés du continent (Seychelles, Ile Maurice, Cap vert) ont tous une forte espérance de vie. Certains pays se distinguent toutefois par une espérance de vie inférieure à celle que leur IDH pourrait laisser supposer.

Sur le plan social et économique, l'Afrique subsaharienne a enregistré des progrès importants, mais la production de la richesse au cours de la décennie qui s'achève a connu un ralentissement perceptible et elle reste inégale. Les pays les plus riches du continent se trouvent majoritairement en Afrique Australe, qui se trouve être aussi la région où les inégalités en terme de revenu sont les plus fortes sur le continent. Les inégalités de genre en matière d'accès à l'éducation sont très accentuées dans les pays les plus pauvres du continent (Niger, Mali, Tchad, Burundi, Burkina Faso) et les pays ayant un niveau de développement humain le plus élevé (Botswana, Afrique du Sud, Ile Maurice) se trouvent être majoritairement ceux qui sont caractérisés par des inégalités de genre les plus faibles.

L'effet du développement sur la fécondité se traduisant par une baisse inéluctable de celle-ci, nécessite une transition de la nuptialité préalable à celle de la fécondité. Mais les expériences multiples de transition dans les pays en développement d'Afrique subsaharienne nous montrent en effet deux choses : il n'existe pas de schéma universel de transition de la fécondité et la transition s'opère dans des contextes socio-économiques très distincts qui sont déterminants.

Pour autant, notre analyse met en exergue certaines variables clés, qui ont une incidence très significative sur la baisse de la fécondité, et qui doivent recevoir une attention particulière pour permettre d'accélérer la transition démographique : la promotion de l'égalité de genre, l'accès des femmes à l'éducation et la réduction de l'âge du mariage et le recul de la première grossesse.

Bibliographie

Attané, I. et M. Barbieri (2009). *La démographie de l'Asie de l'Est et du Sud-Est des années 1950 aux années 2000: synthèse des changements et bilan statistique*. Population-F, Vol. 64, n°1, pp. 100.

Banque mondiale Data from Database: *Indicateurs du développement dans le monde (World Development Indicators-WDI)* Last Updated: 01/30/2019

Beaujeu. R, Kolie. M, Sempere. J-F et Uhder. C (2011), *Transition Démographique et emploi en Afrique subsaharienne*, Avril 2011, AFD, Paris, France, pp.16-43.

Bongaarts, J. (2017), *Africa's unique fertility transition*. Population and Development Review, Vol. 43, S1

Bongaarts J. (1978), A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, Population and Development Review, Vol. 4, No. 1 (Mar., 1978), pp. 105-132

Caldwell, J. et al. (1992), *Fertility decline in Africa: a new type of transition?* In Population and Development Review, Vol. 18, n°2, pp. 639-682.

Chesnais J-C (1986), *La transition démographique*. Paris: PUF-INED (Cahier n°113), pp.6-55.

Davis K. et Blake J., (1956), *Social structure and fertility: an analytic framework*, Economic development and cultural change, n° 4, pp. 211-235.

Cosío -Zavala M.E., (1992) *Cambios de fecundidad en Mexico y Políticas de Poblacion*, FCE-El Colegio de Mexico, pp. 326.

Cosío-Zavala. M-E, (2013), *Les transitions démographiques du XXI^e siècle dans les pays en développement, des contre-exemples théoriques ?* Les Cahiers d'EMAM, 2013, pp.13-31.

David, A., (2019), *Réduire les inégalités- Proposition d'agenda pour la coopération internationale*, Policy Paper n° 1, AFD, Paris, France.

Guengant J.-P (2011), *Comment bénéficier du dividende démographique ?* Paris, IRD et AFD : 2011 www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/RECHERCHE/Scientifiques/A-savoir/09- A-Savoir.pdf

Guzmán, L. (1992). *Políticas de población en Mexico: un acercamiento a sus planeamientos y efectos*. Cuernavaca : UNAM, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.

Guzmán, L. & V. J. Rodríguez (1993), *La fecundidad pre-transicional en América Latina: un capítulo olvidado*. dans *Notas de Población*, Vol. 21, n°57, pp. 217-246.

ICF, 2015. The DHS Program STATcompiler. Funded by USAID. <http://www.statcompiler.com>. March 6 2019

Leridon, H. 2015, *Afrique subsaharienne : une transition démographique explosive*, Paru dans la revue Futuribles n°407 (juillet-aout 2015), pp. 5-21.

May., J.F (2014), *Accélérer la transition démographique en Afrique subsaharienne* 31 mars 2014. Copyright ID4D, <https://ideas4development.org/accelerer-transition-demographique-afrique-subsaharienne/>

Notestein. F (1945). *Population: the Long View*. In: Food for the World (ed. By T.W Schultz). Chicago: Univ. of Chicago Press, pp. 43-81.

OMS (2018), *Planification familiale/Contraception*, 8 février 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>.

Pritchett, L. H. (1994), *desired fertility and impact of population policies*. Population and Development Review, Vol. 20, n°1, pp. 141-162.

PNUD (2016), *Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 : Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes en Afrique*, pp. 3-14.

Ryder N. (1983), Fertility and Family Structure , pp. 279-319, in ONU, Proceedings of the expert group on fertility and family, New Delhi.

Tabutin. D et Schoumaker. B, 2009, *La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000* ; Synthèse des changements et bilan statistique. Population 2004/3-4 (Vol. 59), pp. 521-622.

UNESCO, Institute for Statistics, Data Center, 2014 <http://data.uis.unesco.org/>

UNESCO (2016), *L'éducation pour les peuples et la planète (résumé du rapport mondial de suivi sur l'éducation)*, 2016 Paris, pp.1-65.

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, custom data acquired via website.

Wittgenstein centre for demography and global human capital, Wittgenstein Centre Data Explorer Version 1.1, 2014 www.wittgensteincentre.org/dataexplorer

ANNEXE 1 : LES TABLEAUX RECAPITULATIFS

Tableau 1 : Evolution de la mortalité infanto juvénile et de l'espérance de vie à la naissance

	Taux de mortalité infanto-juvénile (pour mille)			Espérance de vie à la naissance (en Année)		
	2010	2016	% de baisse	2010	2016	Gain d'espérance
AFRIQUE OCCIDENTALE						
Bénin	113,6	101,0	11,1	59,3	60,9	1,6
Burkina-Faso	116,1	84,6	27,1	55,0	60,3	5,3
Cap vert	25,1	18,5	26,3	71,9	72,7	0,8
Cote d'Ivoire	109,8	91,8	16,4	50,4	53,8	3,4
Gambie	80,8	65,8	18,6	59,6	61,1	1,5
Ghana	72,4	51,8	28,5	60,9	62,7	1,8
Guinée	108,8	88,7	18,5	56,7	60,0	3,3
Guinée Bissau	113,8	87,4	23,2	55,0	57,4	2,4
Libéria	97,5	77,4	20,6	59,6	62,5	2,9
Mali	135,7	109,6	19,2	55,2	57,9	2,7
Mauritanie	97,9	81,5	16,8	61,9	62,2	0,3
Niger	123,6	88,7	28,2	56,8	60,0	3,2
Nigéria	129,6	103,8	19,9	50,8	53,4	2,6
Sénégal	66,5	47,5	28,6	64,1	67,1	3
Sierra Léone	163,2	115,9	29,0	48,2	67,1	1,6
Togo	90,4	75,3	16,7	57,4	61,8	5,3
AFRIQUE ORIENTALE						
Burundi	90,6	63,9	29,5	54,8	57,4	2,6
Comores	85,3	71,1	16,6	61,8	63,7	1,9
Erythrée	55,3	44,5	19,5	62,1	65,1	3
Ethiopie	83,7	61,2	26,9	61,6	65,4	3,8
Kenya	58,4	47,1	19,3	62,9	67,0	4,1
Madagascar	68,1	45,9	32,6	63,3	65,9	2,6
Malawi	88,6	58,4	34,1	57,2	63,2	6
Maurice (Iles)	15,0	13,0	13,3	72,9	74,3	1,4
Mozambique	103,1	74,8	27,4	54,7	58,3	3,6
Rwanda	64,4	39,8	38,2	63,1	67,1	4
Seychelles (îles)	14,2	14,4	-1,4	73,1	74,3	1,2
Ouganda	78,0	51,6	33,8	57,1	59,8	2,7
Tanzanie	73,4	56,1	23,6	60,8	65,5	4,7
Zambie	82,4	62,4	24,3	56,5	61,8	5,3
AFRIQUE CENTRALE						
Angola	121,3	84,6	30,3	58,1	61,5	3,4
Cameroun	110,4	86,8	21,4	55,4	58,07	2,67
Centrafrique	150,0	125,0	16,7	47,5	52,1	4,6
République du Congo	63,1	49,6	21,4	60,0	64,1	4,1
Congo Démocratique	116,0	94,4	18,6	56,9	59,6	2,7
Gabon	63,3	50,1	20,9	62,8	66,1	3,3
Tchad	150,2	126,9	15,5	50,2	52,9	2,7
AFRIQUE AUSTRALE						
Afrique du Sud	59,3	38,5	35,1	55,8	62,7	6,9
Botswana	49,9	39,3	21,2	59,8	66,7	6,9
Lesotho	99,2	88,9	10,4	50,8	54,1	3,3
Namibie	53,4	45,2	15,4	58,1	64,3	6,2
Eswatini (ex-Swaziland)	92,9	56,3	39,4	51,5	57,5	6
Zimbabwe	87,5	53,3	39,1	52,9	61,1	8,2
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	100,9	78,3	22,4	56,9	60,3	3,4

Sources: World Development Indicator, 2017

Tableau 2 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% de baisse quinquennale
AFRIQUE OCCIDENTALE								
Bénin	5,3	5,3	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	7,40
Burkina-Faso	5,8	5,7	5,6	5,6	5,5	5,4	5,3	8,60
Cap vert	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3	11,50
Cote d'Ivoire	5,3	5,2	5,1	5,1	5,0	5,0	4,9	7,50
Gambie	5,7	5,6	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,30
Ghana	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,0	3,9	9,30
Guinée	5,3	5,2	5,1	5,0	5,0	4,9	4,8	9,40
Guinée Bissau	5,0	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	8,00
Libéria	5,0	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	4,5	10,00
Mali	6,5	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,0	7,70
Mauritanie	4,9	4,9	4,8	4,8	4,7	4,7	4,6	6,10
Niger	7,4	7,4	7,4	7,3	7,3	7,3	7,2	2,70
Nigéria	5,8	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,5	5,20
Sénégal	5,1	5,0	5,0	4,9	4,9	4,8	4,7	7,80
Sierra Léone	5,2	5,0	4,9	4,7	4,6	4,5	4,4	15,40
Togo	4,8	4,7	4,7	4,6	4,5	4,5	4,4	8,30
AFRIQUE DE L'EST								
Burundi	6,2	6,1	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6	9,70
Comores	4,7	4,6	4,6	4,5	4,4	4,4	4,3	8,50
Erythrée	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,2	4,1	10,90
Ethiopie	4,9	4,7	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	14,30
Kenya	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	11,60
Madagascar	4,6	4,5	4,4	4,3	4,3	4,2	4,1	10,80
Malawi	5,3	5,1	4,9	4,8	4,7	4,6	4,5	15,10
Maurice (Iles)	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	6,70
Mozambique	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3	5,3	5,2	5,50
Rwanda	4,5	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8	15,50
Seychelles (îles)	2,1	2,3	2,4	2,3	2,3	2,4	2,5	--
Ouganda	6,1	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5	9,80
Tanzanie	5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	5,0	5,0	7,40
Zambie	5,3	5,3	5,2	5,1	5,1	5,0	5,0	5,60
AFRIQUE CENTRALE								
Angola	6,1	6,0	6,0	5,9	5,8	5,7	5,7	6,50
Cameroun	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7	7,80
Centrafrique	5,2	5,1	5,1	5,0	5,0	4,9	4,8	7,70
République du Congo	4,9	4,9	4,8	4,8	4,7	4,7	4,6	6,10
Congo Démocratique	6,5	6,4	6,4	6,3	6,2	6,2	6,1	6,20
Gabon	4,0	4,0	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7	7,50
Tchad	6,5	6,4	6,3	6,2	6,1	6,0	5,9	
AFRIQUE AUSTRALE								
Afrique du Sud	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	4,00
Botswana	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7	3,57
Lesotho	3,3	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0	9,09
Namibie	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4	5,56
Eswatini (ex-Swaziland)	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0	14,28
Zimbabwe	4,0	4,0	3,9	3,9	3,9	3,8	3,7	7,50
Afrique Subsaharienne	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8	7,69

Sources: World Development Indicator, 2017

Tableau 3 : Développement humain, richesse et inégalité de revenus en Afrique subsaharienne

Sources: World Development Indictor, 2017; PNUD, 2016

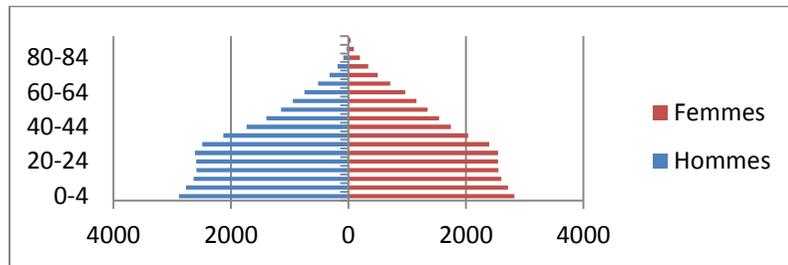
PAYS	Indice de Développement Humain (IDH)						PIB par habitant (\$ US) 2015	Indice de GINI (entre 2010 et 2015)
	2010	2011	2012	2013	2014	Classement 2014		
Développement Humain élevé								
Maurice (île)	0,756	0,762	0,772	0,775	0,777	1	9260,447303	35,8
Les Seychelles	0,743	0,752	0,761	0,767	0,772	2	14745,31375	46,8
Développement Humain moyen								
Botswana	0,681	0,688	0,691	0,696	0,698	3	6521,146128	--
Gabon	0,663	0,668	0,673	0,679	0,684	4	7448,715685	38
Afrique du Sud	0,643	0,651	0,659	0,663	0,666	5	5742,9878	63
Cap Vert	0,629	0,637	0,639	0,643	0,646	6	2996,3620	--
Namibie	0,610	0,616	0,620	0,625	0,628	7	4803,283299	59,1
République du Congo	0,554	0,560	0,575	0,582	0,591	8	1712,121146	48,9
Guinée équatoriale	0,591	0,590	0,584	0,584	0,587	9	11213,47523	--
Zambie	0,555	0,565	0,576	0,580	0,586	10	1313,889646	57,1
Ghana	0,554	0,566	0,572	0,577	0,579	11	1783,061087	42,4
Sao Tomé	0,544	0,548	0,552	0,553	0,555	12	1613,483465	30,8
Kenya	0,529	0,535	0,539	0,544	0,548	13	1355,055471	40,8
Développement Humain faible								
Angola	0,509	0,521	0,524	0,530	0,532	14	4170,730358	--
Eswatini (ex-Swaziland)	0,525	0,528	0,529	0,530	0,531	15	3047,946756	--
Tanzanie	0,500	0,506	0,510	0,516	0,521	16	872,2031652	37,8
Nigeria	0,493	0,499	0,505	0,510	0,514	17	2729,762778	--
Cameroun	0,486	0,496	0,501	0,507	0,512	18	1353,92449	46,6
Madagascar	0,504	0,505	0,507	0,508	0,510	19	402,088311	42,6
Zimbabwe	0,461	0,474	0,491	0,501	0,509	20	1265,294413	43,2
Mauritanie	0,488	0,489	0,498	0,504	0,506	21	1158,256371	32,6
Comores	0,488	0,493	0,499	0,501	0,503	22	1271,057042	45,3
Lesotho	0,472	0,480	0,484	0,494	0,497	23	1154,355219	54,2
Togo	0,459	0,468	0,470	0,473	0,484	24	563,4753638	43,1
Rwanda	0,453	0,464	0,476	0,479	0,483	25	711,7739773	45,1
Ouganda	0,473	0,473	0,476	0,478	0,483	26	675,1211397	48
Bénin	0,468	0,473	0,475	0,477	0,480	27	783,9630778	47,8
Soudan	0,465	0,466	0,476	0,477	0,479	28	2513,884661	--
Djibouti	0,453	0,462	0,465	0,468	0,470	29	--	--
Soudan du Sud	0,470	0,458	0,457	0,461	0,467	30	917,9214739	--
Sénégal	0,456	0,458	0,461	0,463	0,466	31	1186,327514	40,3
Cote d'Ivoire	0,444	0,445	0,452	0,458	0,462	32	1715,105518	41,5
Malawi	0,420	0,429	0,433	0,439	0,445	33	362,6581977	45,5
Ethiopie	0,412	0,423	0,429	0,436	0,442	34	645,4650067	39,1
Gambie	0,441	0,437	0,440	0,442	0,441	35	704,9740416	35,9
République Démocrate du Congo	0,408	0,418	0,423	0,430	0,433	36	497,6297557	42,1
Libéria	0,405	0,414	0,419	0,424	0,430	37	706,0594659	33,2
Guinée Bissau	0,413	0,417	0,417	0,418	0,420	38	591,8061497	50,7
Mali	0,409	0,415	0,414	0,416	0,419	39	749,9179512	--
Mozambique	0,401	0,405	0,408	0,413	0,416	40	528,3130512	54
Sierra Léone	0,388	0,394	0,397	0,408	0,413	41	582,9362031	34
Guinée	0,388	0,399	0,409	0,411	0,411	42	727,302519	33,7
Burkina Faso	0,378	0,385	0,393	0,396	0,402	43	575,3144542	35,3
Burundi	0,390	0,392	0,395	0,397	0,400	44	304,3742207	38,6
Développement Humain très faible								
Tchad	0,371	0,382	0,386	0,388	0,392	45	781,3310573	43,3
Erythrée	0,381	0,386	0,390	0,390	0,391	46	--	--
République centrafricaine	0,362	0,368	0,373	0,348	0,350	47	348,3814271	--
Niger	0,326	0,333	0,342	0,345	0,348	48	362,7521977	34,3
AFRIQUE SUBSAHARIENNE	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459			

ANNEXE 2 : LES FICHES PAYS

I. Structure de la population : une population jeune en processus de vieillissement

L'effectif de la population sud-africaine est le plus élevé de la région Australe de l'Afrique. Avec un taux d'accroissement naturel de 1,09% il passe de 53,8 millions en 2013 à 56,7 millions d'habitants en 2017. Il est caractérisé par une population constituée de 51 % de femmes contre 49% d'hommes, une jeunesse importante (29% de population est âgée de moins de 15 ans), mais aussi un effectif de personnes de 3e âge non négligeable qui s'évalue à près de 6% (WPP¹, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de l'Afrique du Sud en 2017.



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges ci-dessus montre une base large, un rétrécissement très lent vers le sommet et un gonflement de la base vers le milieu. Cette forme particulière de la pyramide signifie que l'Afrique du Sud est en processus de vieillissement et donc caractérisée par une fécondité et une mortalité relativement faibles.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une transition de fécondité en phase terminale

L'Afrique du Sud est l'un des rares pays d'Afrique à avoir achevé sa transition de fécondité. Le nombre d'enfants par femme (ISF) est de 2,5 entre 2010 et 2016 (tableau 1) soit deux fois moins qu'au niveau africain d'après le World Development Indicators de la Banque mondiale (WDI, 2017).

¹ World Population Prospects (Nation Unies)

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

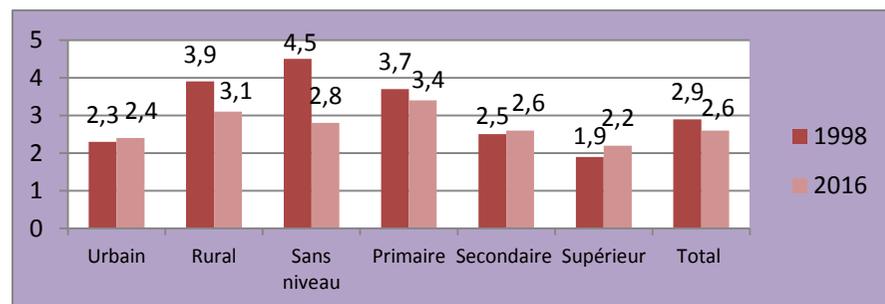
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
AFRIQUE DU SUD							
Fécondité ISF	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4
Fécondité adolescentes (‰)	53,8	52,4	51	49,3	47,7	46,0	44,4
Mortalité infanto-juvénile (‰)	59,3	51,2	47,1	43,6	41,3	40,3	38,5
Age au 1^{er} mariage (filles)	25 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	..	..	14,7
PIB par habitant (\$ US)	7276	7967	7478	6819	6429	5742	5279
IDH	0,643	0,651	0,659	0,663	0,666	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits(%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016² et ICF, 2015 DHS Program

L'analyse de la figure N°2 ci-dessous nous montre qu'il existe des disparités en termes d'ISF selon le milieu de résidence. Les deux dernières Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) ont révélé que, la fécondité est à la fois de bas niveau tant dans les milieux ruraux que dans les milieux urbains. Toutefois, il existe une légère supériorité de la fécondité dans les milieux ruraux (3,1 enfants/femme contre 2,6 en 2016). La transition de la fécondité dans ce pays est donc déjà effective tant dans les zones urbaines que rurales (Tableau 1).

² Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Répartition du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction entre 1998 et 2016 en Afrique du Sud



Sources : SADHS³, 1998 et SADHS, 2016

Quant à la disparité liée au niveau d'instruction, on remarque qu'en 2016 le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme, passant de 3 parmi les femmes sans instruction à 2,2 parmi celles ayant un niveau supérieur. Par ailleurs, la transition au niveau des femmes de catégorie « sans niveau d'instruction » s'est observée plus tardivement avec une importante baisse observée depuis 1998 pour se limiter à 2,8 en 2016.

➤ Age médian au mariage et fécondité des adolescentes

En Afrique du Sud, l'âge médian au premier mariage est l'un des plus tardifs d'Afrique Australe. Chez les femmes et les hommes âgés de 30 à 49 ans, seulement 32 % et 23 %, respectivement, étaient en union à 25 ans. Le mariage est donc un phénomène tardif dans ce pays, comparé à la tendance africaine, et cela impacterait le calendrier de fécondité des femmes avec aussi une prévalence faible de la fécondité des adolescentes. Ainsi, le taux de fertilité des adolescentes de 44‰ (le nombre de naissance par 1 000 adolescentes est de 44) est l'un des plus faibles du continent.

2.2 Une utilisation très forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'Afrique du Sud est l'un des pays dont la prévalence d'utilisation contraceptive est le plus élevé en Afrique. Pour la dernière EDS (2016), 55 % des femmes en union et 60 % des femmes sexuellement actives utilisent des méthodes de contraception (SADHS, 2016). Ce niveau très élevé de la contraception pourrait donc être un des éléments déterminants du caractère achevé de la transition de la fécondité en Afrique du Sud. De plus, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits en contraception) reste aussi l'une des plus faibles du continent et s'évalue à 14%.

2.3 Une transition de mortalité phase d'achèvement

Le risque de mortalité infanto-juvénile reste très bas en Afrique du Sud. D'après le tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, est de 38‰ en 2016, soit un niveau près de deux fois inférieur à celui évalué pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. La transition de la mortalité infantile est donc en phase terminale en Afrique du Sud. Toutefois l'espérance de vie à la naissance est de 62 ans en 2016 (WDI, 2017), un niveau qui montre une mortalité des adultes encore importante, et l'une des causes du niveau encore important des décès d'adultes liés au VIH/SIDA, l'Afrique du Sud restant l'un des pays à prévalence élevée dans le monde.

2.4 Un pays développement humain moyen

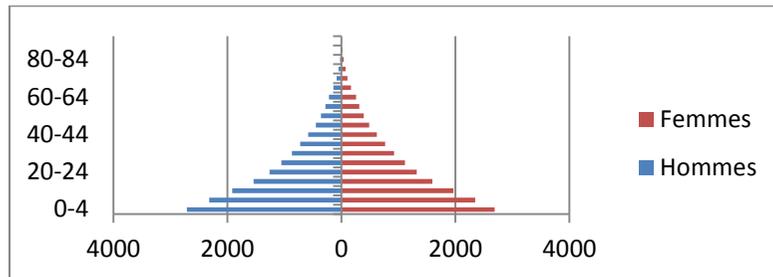
L'Afrique du Sud est en phase de transition démographique très avancée. Cela se reflète aussi à travers quelques indicateurs économiques de développement du pays, le Produit Intérieur Brut par habitant (5.279 \$ en 2016) étant quatre fois supérieur à la moyenne africaine (14.93\$). C'est le pays le plus industrialisé de l'Afrique qui est caractérisé par une activité de production très importante. L'Indice de Développement Humain (IDH) évalué par le PNUD est de 0,666 en 2014, ce qui le classe au rang de 10e pays sur 53 en termes de développement humain en Afrique.

³ South Africa Demographic Health Survey 2016,

I. Structure de la population : Une population majoritairement jeune

La structure par âge et par sexe montre que la population angolaise compte 51% de femmes contre 49% d'hommes et près de 47% de la population est âgée de 0 à 15 ans. Avec un taux d'accroissement naturel moyen de 3,4% (2016), cette population est passée de 26 millions en 2013 à 29,7 millions en 2017 (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de l'Angola en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large, signe d'une forte fécondité et un rétrécissement rapide vers le sommet attestant du niveau encore élevé de la mortalité. L'Angola est caractérisé par une population majoritairement jeune.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

L'Angola est l'un des pays d'Afrique caractérisés par une fécondité extrêmement élevée à l'instar du Mali et du Tchad. Le nombre d'enfants par femme, passe de 6,1 en 2010 à 5,7 en 2016 (tableau 1).

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

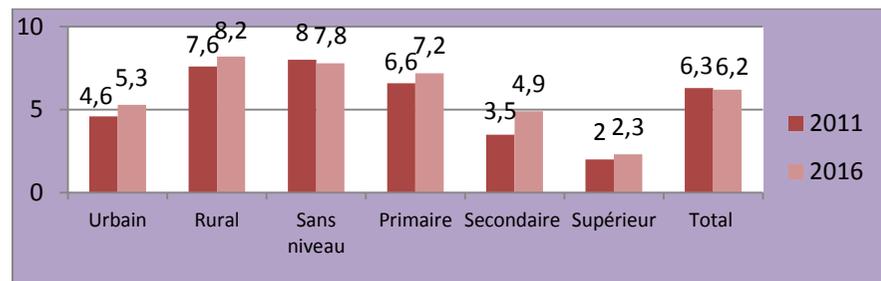
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ANGOLA							
Fécondité ISF	6,1	6,0	6,0	5,9	5,8	5,7	5,7
Fécondité adolescentes (‰)	172	169,0	166,0	163,1	160,2	157,3	154,4
Mortalité infanto-juvénile (‰)	121,3	113,2	105,8	99,2	93,6	88,9	84,6
Age au 1^{er} mariage (filles)	20,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	..	..	38
PIB par habitant (\$ US)	3585	4615	5102	5258	5412	4170	3509
IDH	0,509	0,509	0,509	0,509	0,509	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits(%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁴ et ICF, 2015 DHS Program

L'Angola est l'un des pays où le nombre d'enfants par femme en milieu rural reste le plus élevé au monde. L'analyse des disparités selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction nous révèle que le nombre d'enfants par femme est de 8,2 contre 5,3 en 2016 (Figure N°2). Entre 2011 et 2016, l'ISF a augmenté tant en milieu rural qu'en milieu urbain et la disparité est très importante en Afrique avec 3 enfants supplémentaires pour une femme en résidence rurale. La transition de la fécondité n'a donc pas débuté même en zones urbaines.

⁴ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2011 et 2016



Sources : MIS⁵ 2011 et EDS⁶, 2016.

Le niveau d'éducation des femmes influence aussi de façon très différentielle l'indice de fécondité en Angola. Ainsi, en 2011, une femme n'ayant jamais été à l'école a en moyenne 6 enfants de plus que son homologue ayant atteint un niveau universitaire (8 contre 2). C'est l'une des disparités les plus importantes au monde en termes de fécondité. Ce différentiel est passé à 5,5 enfants en 2016. L'éducation des femmes est donc un facteur qui jouerait un rôle très sensible dans la réduction de la fécondité en Angola.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée tardive au premier mariage**

En Angola, l'âge médian d'entrée en mariage en 2017 est de 20,3 ans (IIMS, 2016)⁷. C'est un âge tardif comparé à la majorité des cas observés en Afrique où la moyenne est de 18 ans. Mais l'entrée plus tardive ne diminue guère la fécondité précoce dans ce pays. La fécondité des adolescentes est la deuxième la plus élevée en Afrique après le Niger. Ainsi, la Banque mondiale estime le taux de fertilité des adolescentes à 172‰ en 2010 et à 154‰ en 2017 (WDI, 2017). En d'autres termes, le nombre de naissances pour 1.000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans est

de 157‰ en 2016, ce qui certainement contribue au niveau très élevé de l'ISF dans ce pays.

2.2 Une utilisation très faible des méthodes contraceptives et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Seulement 14% des femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisent les méthodes de planification familiale, et 13 % utilisent une méthode moderne (IIMS, 2016). C'est l'une des prévalences les plus faibles au monde. Les besoins non satisfaits en matière de planification sont quant à eux élevés et évalués en 2016 à 38% (tableau 1). Autrement dit, 4 femmes sur 10 veulent espacer ou limiter leur prochaine naissance mais n'utilisent pas de méthodes de contraception. Ce taux très faible de recours aux méthodes de planning, et avec des besoins non satisfaits très élevés, constituent un facteur important du niveau très élevé de la fécondité et donc d'une transition qui ne décolle pas.

2.3 Une mortalité infantile juvénile très élevée

En Angola, le risque pour un enfant de décéder avant son 5e anniversaire, est passé de 121‰ en 2010 à 84‰ en 2016 (Tableau 1). L'espérance de vie à la naissance est évaluée à 61 ans en 2016, un niveau semblable à la moyenne évaluée pour le continent (Banque mondiale, 2017).

2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant est l'un des plus élevés d'Afrique à 3.509 \$ en 2016 contre 1.493 \$ sur le continent largement dû à une activité extractive importante. Cependant, son Indice de Développement Humain reste faible (0,493 en 2010 à 0,514 en 2014) d'après le rapport du PNUD, qui le classifie au rang de 20e pays africain en terme de développement humain derrière le Kenya et devant l'Eswatini.

⁵ Malaria Indicators Survey

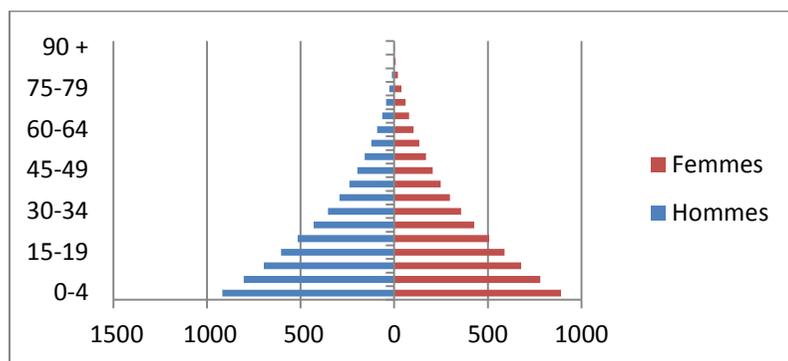
⁶ Enquête Démographique et de Santé

⁷ Multiple Indicator and Health Survey

I. Structure de la population : une population essentiellement jeune

Avec un taux d'accroissement démographique moyen de 2,8% entre 2013 et 2017, le Bénin, d'après les données des Nations Unies sur la population, est passé de 10 à 11,2 millions d'habitants avec une légère surreprésentation de la population masculine à hauteur de 50,11% contre 49,49% de femmes.

Figure 1 : Pyramide des âges du Bénin en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP⁸, 2017

La pyramide des âges à base large montre un pays avec une grande jeunesse. 53% des habitants ont moins de 20 ans. L'évolution de la structure par âge de la population montre une progression lente du passage vers les âges plus avancés.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

D'après la Banque mondiale, l'ISF est estimé à 4,9 enfants par femme, au niveau national en 2016 (tableau 1). Cet indice a baissé de 0,4 enfant/femme entre 2010 et 2016, soit de 5,3 à 4,9 en six ans. Ces niveaux traduisent non seulement, une fécondité encore élevée au Bénin (légèrement au-dessus de la moyenne du

contient : 5,2 à 4,8 enfants/femme entre 2010 et 2016), mais aussi que cet indicateur atteste au fil des années, d'une diminution relativement modérée.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BENIN							
Fécondité ISF	5,3	5,3	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9
Fécondité adolescentes (%)	101,2	98,8	96,3	94,3	92,2	90,2	88,1
Mortalité infanto-juvénile (‰)	113,6	112,2	110,5	108,5	106,2	103,7	101
Age au 1^{er} mariage (filles)	19,4 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	32,6	..	33,1	..	..
PIB par habitant (\$ US)	757,6	825,9	837,9	915,3	943,6	783,9	788,5
IDH	0,468	0,473	0,475	0,477	0,480	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits(%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

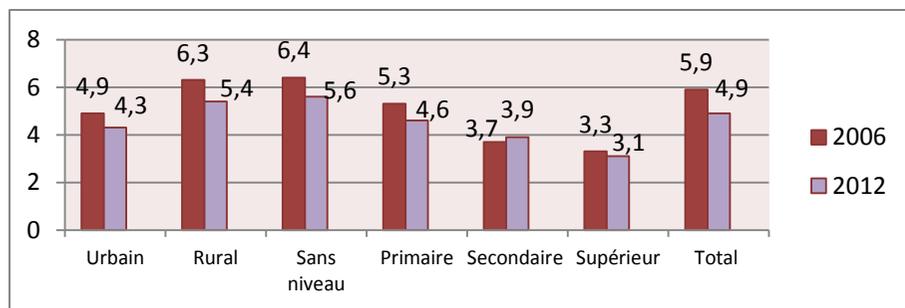
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁹ ET ICF, 2015 DHS Program

Entre 2006 et 2012, d'après les Enquêtes Démographiques et de Santé, les femmes résidentes en milieux ruraux et celles n'ayant pas ou peu fréquenté sont celles qui contribuent le plus à ce niveau élevé de la fécondité.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2008 et 2017 au Bénin

⁸ World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

⁹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : EDSB-III, 2006 et EDSB-IV 2012

D'après la figure 2, il existe une différence d'au moins 1,5 enfant entre une femme en milieu rural (5,4) et son homologue vivant en zone urbaine (4,3) en 2012. En considérant le niveau d'instruction des femmes, cet écart est encore plus considérable et accuse une différence d'au moins 2 enfants entre une femme n'ayant jamais fréquenté l'école (5,6) et celle ayant fait des études supérieures (3,1). La scolarisation des filles est donc un facteur clé de réduction de la fécondité.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

Parmi les femmes de 25-49 ans, l'âge médian à la première union est estimé à 19,4 ans. Cette entrée précoce en vie nuptiale a un impact sur la prévalence de la fécondité des adolescentes qui reste encore à un niveau préoccupant au Bénin. Près d'une adolescente sur cinq (17 %) a déjà commencé sa vie reproductive (EDSB, 2012). Les données de la Banque mondiale viennent en appui et montrent que le taux de fertilité chez les adolescentes (c'est-à-dire le nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) est de 101,2‰ en 2010, et passe à 88,1‰ en 2016. Sachant que la fécondité des adolescentes augmente le risque d'abandon scolaire et/ou de mortalité maternelle et infantile au Bénin (les enfants de mères de moins de 20 ans étant généralement ceux qui courent un risque plus important de décéder par rapport à ceux issus de mères plus âgées), le niveau encore élevé de l'ISF au Bénin serait ainsi justifié en partie par une contribution importante des adolescentes.

2.2 Un niveau d'utilisation faible des méthodes contraceptives modernes et une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'utilisation des méthodes contraceptives reste à un niveau encore faible au Bénin. Parmi les femmes de 15-49 ans actuellement en union, 16 % utilisaient au moment de l'enquête une méthode quelconque de contraception (avec 12% de méthodes modernes contre 4 % de traditionnelles) (EDS-V, 2018). Les femmes fécondes qui n'utilisent pas la contraception, mais qui souhaitent espacer leur prochaine naissance (espacement) ou qui ne veulent plus d'enfant (limitation) sont considérées comme ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale. La proportion de ces femmes est encore située à 33%, une valeur très au-dessus de la moyenne au niveau du continent (24%).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile encore élevée

D'après le tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans, se situe à 101‰ en 2016 faisant ainsi du Bénin, l'un des pays à taux de mortalité encore élevé dans la sous-région. Toutefois, il connaît une baisse, lente mais progressive en passant de 113‰ en 2010 à 103‰ en 2016. Quant à l'espérance de vie à la naissance bien qu'elle soit à un niveau plutôt encourageant par rapport à d'autres pays de la sous-région, elle n'a augmenté que très peu entre 2010 et 2016 (59 à 60 ans).

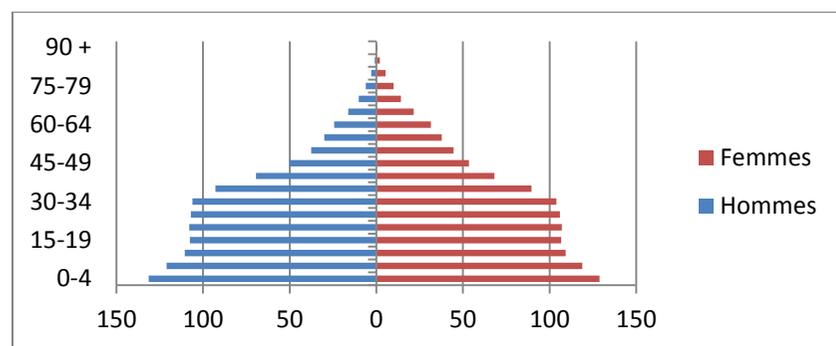
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent à 788\$ en 2016 (contre 1.493\$). Le pays est caractérisé par une faible activité productive avec un faible niveau de Développement Humain (IDH passant de 0,468 en 2010 à 0,480 en 2014) d'après le rapport du PNUD. Le Bénin est classé 32e pays africain en termes de développement humain.

I. Structure de la population : une population jeune en processus de vieillissement

La population du Botswana est l'une des plus faibles de la région australe de l'Afrique. Avec un taux d'accroissement naturel de 1,7%, il passe de 2.128.507 en 2013 à 2.291.661 d'habitants en 2017. La répartition par sexe évalue l'effectif des femmes à 50,6% contre 49,4% d'hommes avec 31% de la population âgée de moins de 15 ans. (WPP¹⁰, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Botswana en 2017.



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base réduite, un rétrécissement très lent vers le sommet et un gonflement vers le milieu. Elle montre que le Botswana est en processus de vieillissement et donc caractérisé par une fécondité et une mortalité relativement faibles.

II Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une transition de fécondité en phase terminale

Le Botswana fait partie des pays qui ont achevé leur transition de fécondité en Afrique. Le nombre d'enfants par femme (ISF) a stagné autour de 2,7 entre 2010 et 2016 (tableau 1) soit un niveau deux fois inférieur au niveau africain d'après la Banque mondiale (WDI, 2017).

¹⁰ World Population Prospects (Nation Unies)

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

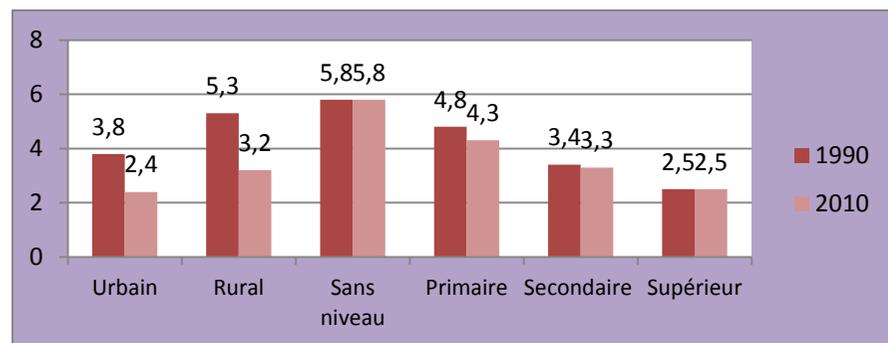
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BOTSWANA							
Fécondité ISF	2,8	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	2,7
Fécondité adolescentes (‰)	42,8	40,7	38,6	36,9	35,1	33,4	31,7
Mortalité infanto-juvénile (‰)	49,9	48,8	46	43,1	42,2	40,6	39,3
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	..						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	..	..	14,7
PIB par habitant (\$ US)	6346	7483	6901	7001	7493	6521	6954
IDH	0,681	0,688	0,691	0,696	0,698	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits(%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016¹¹ et ICF, 2015 DHS Program

L'analyse de la fécondité (figure N°2) montre qu'il existe des disparités selon le milieu de résidence au Botswana. La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS 1990) a révélé que les milieux ruraux sont caractérisés par une fécondité plus élevée que dans les milieux urbains (5,3 contre 3,8 enfants/femme). En 2010, selon les données du Bureau central de la statistique du Botswana, ce niveau a considérablement baissé tant en milieu urbain que rural (respectivement 2,4 contre 3,2).

¹¹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Répartition du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction au Botswana



Sources : EDS, 1990 et CSO¹², 2009

Quant à la disparité liée au niveau d'instruction, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme. La différence du nombre moyen d'enfants par femmes en 1990 est de 3 enfants entre les femmes sans aucun niveau d'instruction et celles ayant fait les études universitaires.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes**

Le Botswana est l'un des rares pays d'Afrique où les femmes se marient très tardivement. Vu l'impact direct de l'âge d'entrée en union sur le calendrier de fécondité des femmes, on remarque en effet que cette entrée tardive en vie fécondité au Botswana influe sur la prévalence de la fécondité des adolescentes qui s'avère être l'un des plus faibles en Afrique. Ainsi, entre 2010 et 2017, la Banque mondiale évalue le taux de fertilité des adolescentes de 42% à 31%.

2.2 Une utilisation très forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Le Botswana est l'un des pays d'Afrique dont la prévalence d'utilisation contraceptive est très élevée. D'après une étude en 2009, l'utilisation des méthodes de planification familiale chez les femmes en union est de 42 % (Leburu et al, 2009)¹³. Ce niveau très élevé de l'utilisation des méthodes de contraception pourrait donc être un des éléments déterminants de la transition très avancée de la fécondité au Botswana.

2.3 Une transition de mortalité en phase d'achèvement

Le risque de mortalité infanto-juvénile reste très bas au Botswana. D'après les données de la Banque mondiale (Tableau 1), la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, est de 39‰ en 2016, soit un niveau près de deux fois inférieur au niveau observé en Afrique subsaharienne. La transition de la mortalité infantile est donc en phase terminale. Toutefois, l'espérance de vie à la naissance (67 ans en 2016 ,WDI, 2017) reste à un niveau relativement élevé par rapport à celle des pays de la sous-région australe, une région dont la mortalité adulte liée au VIH/SIDA est la plus élevée au monde.

2.4 Un pays à développement humain moyen

La transition démographique est en phase très avancée au Botswana. Cela se reflète à travers quelques indicateurs économiques. Le Produit Intérieur Brut par habitant est près de 7.000 \$ en 2016 (quatre fois plus supérieur à la moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). Le pays connaît une activité productive importante et l'Indice de Développement Humain (IDH) évalué par le PNUD en 2016 est l'un des plus élevés du continent africain. Il est évalué est de 0,698 en 2014, et permet au Botswana de se classer parmi les six premiers pays d'Afrique en termes de développement humain derrière l'Algérie et la Tunisie.

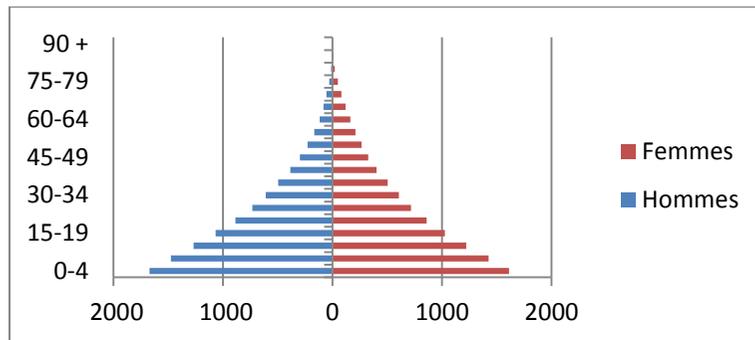
¹² Central Statistics Office, Botswana

¹³ The Contribution of the Botswana Family Planning Program to the Largest Fertility Decline in Sub-Saharan Africa, Botswana, October 2009

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Les données de la division de population des Nations Unies sur le Burkina montrent que ce pays connaît une croissance importante avec un taux moyen d'accroissement de 3,12% en 2016. Ainsi la population est passée de 17 072 723 en 2013 à 19 193 382 en 2017 avec une configuration selon le sexe de 50,13% de femmes contre 49,87% d'hommes (WPP, 2017).

Figure 1 : Pyramide des âges du Burkina Faso en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

L'analyse de la pyramide des âges du Burkina en 2017 (Figure 1) nous montre un pays qui est caractérisé par une population extrêmement jeune avec plus de 56% de la population qui est âgée de moins de 20 ans. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 0-4 ans avec près de 20% du total de la population.

II Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le Burkina Faso est caractérisé par un niveau élevé de fécondité. L'analyse de l'indice synthétique de fécondité (Tableau 1) nous révèle qu'en 2010 une femme a en moyenne 5,87 enfants passant à 5,35 en 2016.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

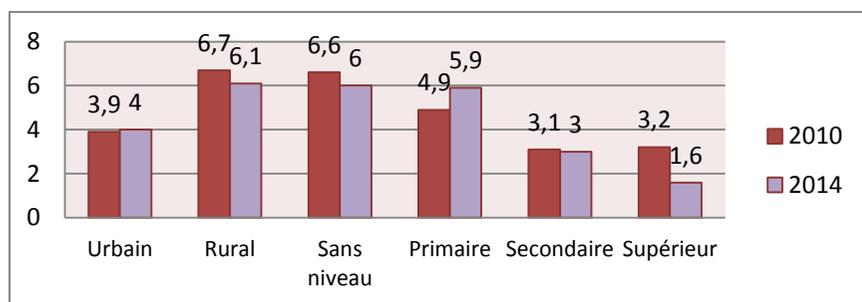
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BURKINA FASO							
Fécondité ISF	5,8	5,7	5,6	5,6	5,5	5,4	5,3
Fécondité adolescentes (%)	121,1	118,2	115,4	113,1	110,9	108,7	106,5
Mortalité infanto-juvénile (‰)	116,1	109,4	103,2	97,5	92,6	88,4	84,5
Age au 1^{er} mariage (filles)	17,9 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	24,5	24,5	..	..	38,1	33	29,3
PIB par habitant (\$ US)	575,4	666,8	673,8	699,7	703,8	575,3	583,8
IDH	0,378	0,385	0,393	0,396	0,402	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits(%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016¹⁴ et ICF, 2015 DHS

En tenant compte du milieu de résidence, on remarque tout comme dans la plupart des autres pays de la sous-région que le niveau élevé d'enfants par femmes reste un phénomène principalement rural au Burkina Faso (Figure 2). Ainsi, en 2010, chaque femme en moyenne a 6,7 enfants en milieu rural contre 4 en milieu urbain. Ce niveau n'a pas évolué en milieu urbain en 2014 tandis qu'il a connu une légère baisse en zone rurale en passant de 6,7 à 6,1.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2010 et 2014

¹⁴ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : EDSB 2010 et EDSB, 2014

Le niveau d'éducation est aussi associé à l'explication du niveau de la fécondité au Burkina. Ainsi, on remarque que, plus le niveau d'instruction est faible, plus les femmes sont susceptibles d'avoir des enfants. En 2010, une femme n'ayant aucun niveau d'instruction a en moyenne 6,6 enfants alors que celle qui a atteint l'université en a en moyenne 3,2. Par ailleurs ce chiffre a connu une évolution à la baisse en 4 ans notamment chez les femmes au niveau d'étude universitaire pour lesquelles ce nombre passe en 2014 à 1,6

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : Une entrée précoce en mariage**

L'un des principaux déterminants du niveau élevé de la fécondité reste l'âge d'entrée en première union. D'après la dernière enquête démographique et de santé du Burkina (EDSB), l'âge médian d'entrée en union en 2014 est de 17,9 ans chez les femmes. Ce qui contribue à la prévalence du phénomène de la fécondité des adolescentes dont la proportion est estimée en 2010 à 27%, soit plus d'une adolescente sur quatre qui est déjà mère d'au moins un enfant. Ce niveau élevé de la fécondité des adolescentes au Burkina est confirmé par les données de la Banque mondiale (Tableau 1) qui évalue le taux de fertilité chez les adolescents (nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) à 120‰ en 2010, et passe à 106‰ en 2016, constituant ainsi un facteur important de la transition lente de la fécondité

2.2 Une faible utilisation des méthodes contraceptives et une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de contraception

Le rapport de l'EDS du Burkina de 2011 montre que ce pays reste l'un des pays où l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union reste l'un des plus faibles de la sous-région avec seulement 16% des femmes qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive (EDSM, 2012). Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale quant à eux sont aussi caractérisés par des proportions élevées en passant de 24,5% en 2010 à 29% en 2016 (Tableau 1). La proportion des femmes qui souhaitent limiter ou espacer leurs prochaines naissances, mais qui n'utilisent pas des méthodes de contraception, reste encore élevée au Burkina.

2.3 Un niveau de mortalité infantile élevée

D'après le tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans est passé de 116‰ en 2010 à 84‰ en 2016 faisant ainsi du Burkina, l'un des pays à taux de mortalité élevé. Toutefois, Il connaît une baisse importante en 6 ans (20 points de pourcentage) et sa valeur reste l'une des plus faibles comparativement aux autres pays du G5 Sahel. Quant à l'espérance de vie à la naissance, il est évalué à 60 ans en 2016.

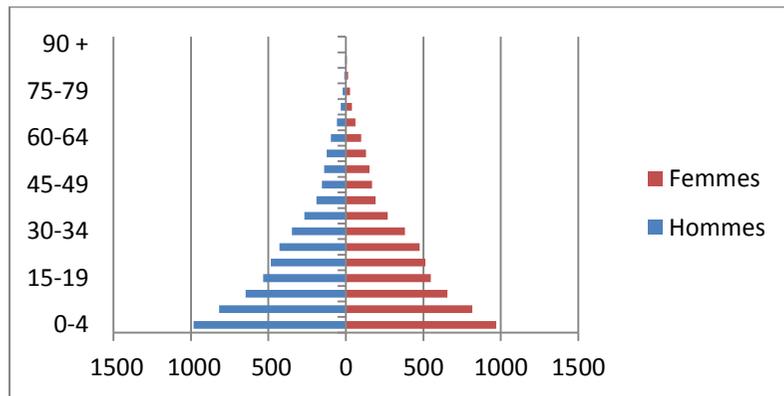
2.4 Un pays à faible développement humain

La transition démographique du Burkina Faso a débuté, mais n'a pas encore connu un progrès substantiel. Corrélativement, son Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles en Afrique et se limite 583 \$ en 2016, soit près de 3 fois inférieur à la moyenne (1.719\$). Ainsi, ce pays est caractérisé par une activité de production encore faible ; avec un niveau de Développement Humain très faible (IDH passant de 0,378 en 2010 à 0,402 en 2014) d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD. Le Burkina Faso est ainsi classé au rang de 48e sur 53 pays d'Afrique en termes de Développement Humain.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

En 2017, la population du Burundi s'élevait à 10,8 millions d'habitants, avec un taux de croissance démographique annuel de 3,17% et 45% de sa population qui a moins de 15 ans (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Burundi en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

Avec une population féminine de 50,8% contre 49,2% d'hommes, la pyramide des âges en 2017 du Burundi est caractérisée par une base large témoignant d'une fécondité encore élevée qui ne baisse que de manière légère, avec un rétrécissement vers le sommet, synonyme d'une mortalité adulte encore élevée.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) et de la fécondité des adolescentes.

La transition de la fécondité reste un grand défi au Burundi et le nombre moyen d'enfants par femme reste relativement supérieur au niveau observé sur le reste du continent (Tableau 1). L'Indice Synthétique de Fécondité est passé de 6,2 en 2010 à 5,6 enfants/ femme en 2016 d'après la Banque mondiale (WDI, 2017), l'un des niveaux les plus élevés en Afrique.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

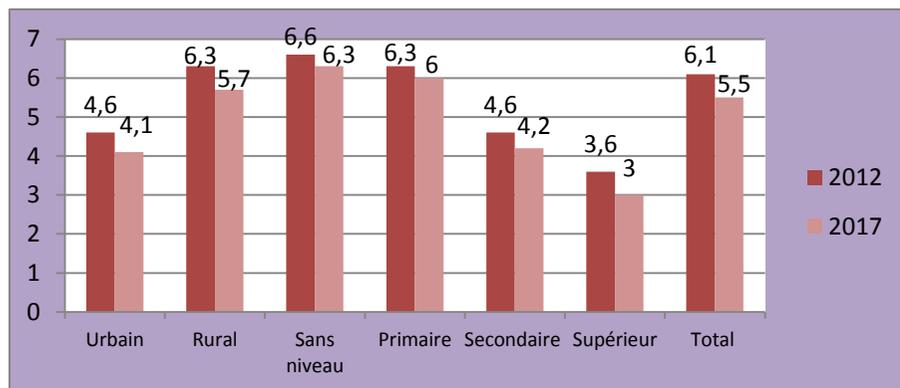
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
BURUNDI							
Fécondité ISF	6,2	6,1	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6
Fécondité adolescentes (‰)	31	30	29	29	28	28	27
Mortalité infanto-juvénile (‰)	90,6	85	79,9	75,2	70,8	67,1	63,9
Age au 1^{er} mariage (filles)	20,3 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	32,4	..	..	..	..	..	29,7
PIB par habitant (\$ US)	231	247	250	255	273	304	281
IDH	0,390	0,39	0,395	0,397	0,400	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits(%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016¹⁵ et ICF, 2015 DHS Program

Une analyse de disparités montre que les femmes des milieux urbains sont susceptibles d'avoir moins d'enfants que leurs homologues des milieux ruraux. Selon la figure 2, le nombre d'enfants par femme est de 6,3 en milieu rural contre 4,6 en zone urbaine (2012) et respectivement 5,7 contre 4,1 en 2017, soit en moyenne 1 enfant de plus chez une femme en zone rurale.

¹⁵ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2012 et 2017 du Burundi.



Sources : EDSB¹⁶, 2012 et EDSB, 2017

En introduisant le déterminant du niveau d'instruction, on remarque qu'une femme qui n'a jamais fréquenté l'école a en moyenne 3,3 enfants de plus que ses homologues ayant atteint un niveau universitaire. L'éducation des femmes ainsi que l'urbanisation sont donc des facteurs cruciaux de réduction de la fécondité au Burundi.

➤ Age médian au mariage et fécondité des adolescentes

Par rapport au niveau observé en Afrique, l'âge d'entrée en première union des filles est retardé de plus de 2 ans au Burundi. Autrement dit, l'entrée en mariage des filles est plus retardée au Burundi par rapport à plusieurs autres pays d'Afrique. Ainsi, d'après les données de l'EDS de 2017, il s'évalue à 20,3 ans, réduisant ainsi la probabilité pour les filles d'entrer en vie féconde de façon précoce. Conséquence, le Burundi reste l'un des pays d'Afrique subsaharienne disposant d'un taux de fertilité des adolescentes les plus faibles du continent. Ce dernier d'après la Banque mondiale (tableau 1) passe de 31‰ en 2010 à 27‰ en 2016. En d'autres termes, le nombre de naissances par 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans est seulement de 27 en 2016 comparé à 101 au niveau africain au sud du Sahara.

¹⁶ Enquête Démographique et de Santé du Burundi

2.2 Un niveau d'utilisation modérée de la contraception avec une tendance de baisse légère des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'EDS du Burundi en 2017 a révélé que l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 23% en 2017 (EDSB, 2017). Par ailleurs, il existe encore 30% des femmes qui expriment des besoins non satisfaits en matière de contraception. Au Burundi, 3 femmes sur 10 expriment une volonté d'espacer leur prochaine naissance, ou limiter les naissances, mais n'utilisent pas les méthodes de contraception, ce qui pourrait être un des facteurs explicatifs du niveau élevé du nombre d'enfants par femmes dans ce pays.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevée, en phase de baisse

D'après le tableau 1, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 90,6‰ en 2012 à 64 en 2017, soit un niveau relativement inférieur à celui observé en moyenne en Afrique subsaharienne. La transition de la mortalité est donc en phase de début et l'espérance de vie à la naissance passe 54 ans 2010 à 57 ans en 2016 (WDI, 2017), soit une durée de vie de 3 ans de moins qu'au niveau africain.

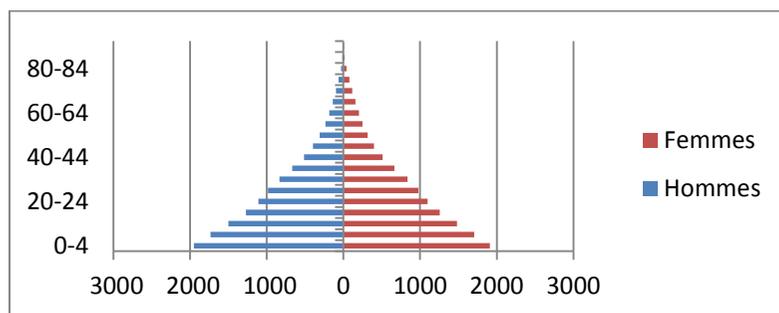
2.4 Un pays à très faible développement humain

La transition démographique au Burundi reste en phase débutante vu les niveaux encore élevés de la fécondité et la mortalité. Cette dynamique démographique est aussi liée à l'évolution des indicateurs économiques et de développement du pays. Le Produit Intérieur Brut par habitant au Burundi reste l'un des plus faibles du continent et s'évalue à 281 \$ en 2016 (soit plus de cinq fois inférieur au niveau africain évalué à 1.493\$). Ainsi, ce pays est caractérisé par une activité de production et un niveau de développement humain faibles, s'améliorant de façon lente (IDH passant de 0,390 en 2010 à 0,400 en 2014). C'est le 49^e pays sur 53 en Afrique en termes de développement humain (PNUD, 2016).

I. Structure de la population : une population essentiellement jeune

Selon les données de la division des populations des Nations Unies en 2016, la population camerounaise est estimée en 2017 à 24 053727 habitants, dont 49,95% de femmes et 50% d'hommes. Avec un taux d'accroissement naturel moyen de 2,71%, la population camerounaise connaît une croissance importante.

Figure 1 : Pyramide des âges du Cameroun en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP¹⁷, 2017

Le graphique 1 fournit la structure par âge en 2017 et révèle que la population camerounaise est essentiellement jeune. Plus de 50% de la population a moins de 20 ans et 42% sont âgés de 0 à 15 ans, 52,5% de 15 à 60 ans et la population de 65 ans ou plus s'élève à seulement 3,6%.

I.I Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec une tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

D'après le tableau 1, la fécondité des camerounaises demeure encore élevée. Une femme donne naissance en moyenne à 5,1 enfants en 2010 au cours de sa vie féconde. Ce nombre moyen d'enfants a connu une baisse modérée et est passé à 4,7 en 2016 (WDI, 2017). Comparée à la valeur au niveau subsaharien qui est de 5,2 (2010) et 4,8 (2016), on peut constater qu'au Cameroun le rythme de l'évolution de la fécondité est assimilable à celui de la moyenne africaine. Ainsi, le processus de transition de la fécondité suit lentement son cours.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAMEROUN							
Fécondité ISF	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7
Fécondité adolescentes (%)	125,2	123,1	120,9	117,9	114,8	111,8	108,8
Mortalité infanto-juvénile (‰)	110,4	105,8	101,5	97,4	93,8	90,1	86,8
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,7 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	23,5	..	..	18	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1309	1429	1380	1493	1571	1353	1391
IDH	0,486	0,496	0,501	0,507	0,512	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits(%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

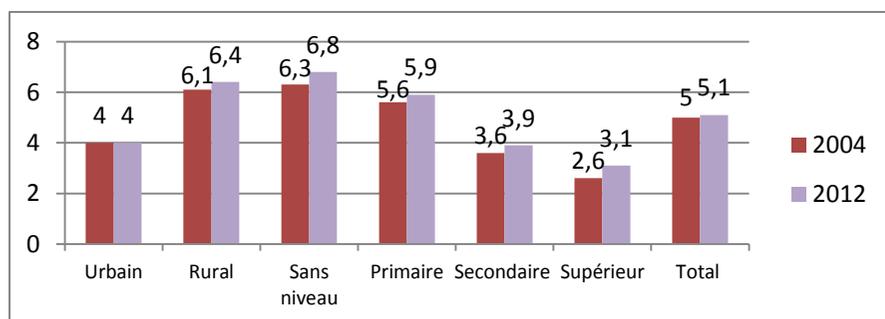
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016¹⁸ ET ICF, 2015 DHS Program

L'analyse de la figure N°2 montre qu'au niveau national, la valeur de l'ISF cache des disparités selon le milieu de résidence. Les femmes du milieu rural ont donc une fécondité beaucoup plus élevée que celles des villes (6,4 enfants par femmes en milieu rural contre 4,0 en milieu urbain).

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2003 et 2016

¹⁷ World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

¹⁸ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : EDS 2004 et EDS 2011-2012

Quant à la disparité liée au niveau d'instruction, on remarque que les femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction ont, en moyenne, 3,7 enfants de plus que celles qui ont atteint le niveau secondaire, 2e cycle et plus (ISF de 6,8 contre 3,1) en 2012.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : Une entrée précoce en mariage**

L'âge d'entrée en union des femmes au Cameroun est assez précoce. En effet, 17 % des femmes de 25-49 ans au moment de l'enquête étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans. (EDS, 2011). 25 % des adolescentes ont déjà commencé leur vie féconde : 21 % d'entre elles ont eu au moins un enfant et 4 % sont enceintes du premier enfant. Les données de la Banque mondiale (Tableau 1), révèlent que le taux de fertilité chez les adolescentes, (nombre de naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans est de 126‰ en 2010 et baisse légèrement à 109‰ en 2016.

2.2 Une utilisation légèrement élevée des méthodes contraceptives et une tendance à la baisse des besoins non satisfait en matière de contraception

La dernière MICS¹⁹ du Cameroun en 2014 nous révèle que la prévalence de la contraception concerne 34% des femmes mariées (dont 21% de méthodes modernes). Ce qui témoigne d'un niveau d'utilisation légèrement élevé des méthodes contraceptives par les femmes au Cameroun. Par ailleurs, d'après la

Banque mondiale (tableau 1), les besoins non satisfaits en matière de planification sont estimés à 23,5% en 2011 et à 18% en 2016. Ainsi, près de deux femmes fécondes sur dix au Cameroun n'utilisent pas la contraception, mais souhaitent espacer leur prochaine naissance ou veulent limiter. Ce qui est une avancée pour le Cameroun comparé au niveau africain (24%).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile relativement élevée avec une tendance à la baisse

De la naissance au cinquième anniversaire, le risque de décéder a été estimé à 103‰ en 2014. Ce dernier indicateur a connu une tendance à la baisse au cours des 15 dernières années passant de 134‰ en 1999-2004, à 123‰ pour mille en 2004-2009 et à 103‰ en 2009-2014 (MICS, 2014). Cet indicateur est estimé à 87‰ en 2016 par la Banque mondiale, un niveau qui reste supérieur à la moyenne africaine située à 78‰ (tableau 1). Ce qui a un impact sur l'espérance de vie des camerounais (58 ans en 2016) qui est encore relativement bas par rapport à sa valeur du continent (Tableau1).

2.4 Un pays à faible développement humain

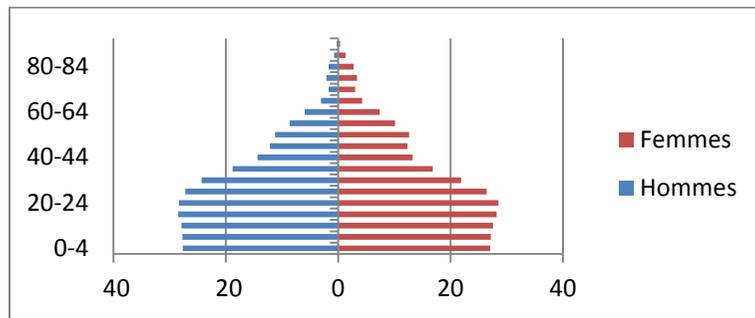
Le Produit Intérieur Brut par habitant reste à un niveau moyennement élevé en Afrique avec une valeur avoisinant la moyenne continentale (1.391\$ en 2016 contre 1.493 \$ pour l'Afrique). Ainsi, ce pays est caractérisé par un relatif développement des activités productives de niveau moyen. Toutefois l'Indice de Développement Humain (IDH) reste à un niveau faible (0,486 en 2010 à 0,512 en 2014) d'après le rapport du PNUD. Le Cameroun est classé 23^e parmi les pays africains.

¹⁹ Enquête par grappes à indicateurs multiples (2014)

I. Structure de la population : une population jeune en début de processus de vieillissement.

Le Cap Vert est caractérisé par une population jeune dont 30% est âgée de moins de 15 ans et dont plus de 60% est compris entre 15 et 65 ans. Avec un taux d'accroissement naturel de 1,6 % (la plus faible du continent africain derrière l'île Maurice et Djibouti), l'effectif de sa population est l'un des plus faibles du continent et est passé de 520 106 en 2013 à 546 388 en 2017 dont 50,12 % de femmes contre 49,92 d'hommes. (WPP²⁰, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Cap Vert en 2017.



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges montre une base réduite avec un rétrécissement lent vers le sommet. Cette forme de pyramide représente une population encore jeune, mais en processus marqué de vieillissement, caractéristique donc d'une fécondité et d'une mortalité relativement faibles.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une transition de fécondité en phase terminale

Le niveau de la fécondité des femmes du Cap Vert reste l'un des plus bas rencontré sur le continent africain. Le nombre d'enfants par femme (ISF) est passé de 2,6 (2010) à 2,3 en 2016 (tableau 1) comparé à un niveau africain qui passe de 5,2 à 4,8 (WDI, 2017). La transition de la fécondité au Cap Vert est donc en phase très avancée, voire en phase terminale.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAP VERT							
Fécondité ISF	2,6	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3	2,3
Fécondité adolescentes (%)	84,8	81,7	78,6	77,6	76,6	75,7	74,7
Mortalité infanto-juvénile (%)	25,1	24,3	23,3	22,2	21	19,7	18,5
Age au 1^{er} mariage (filles)	21,7 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	3312	3670	3408	3557	3532	2996	3082
IDH	0,629	0,637	0,639	0,643	0,646	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (%)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

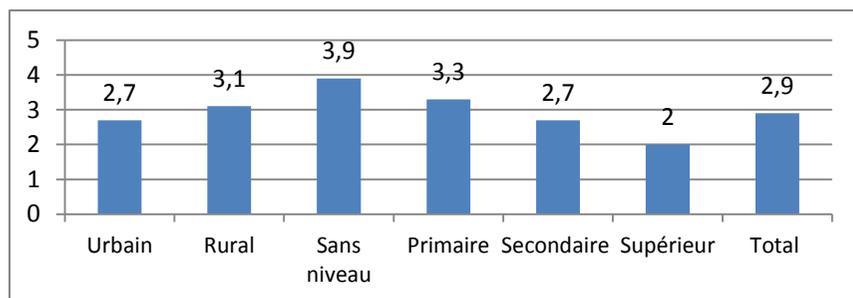
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016²¹, DHS Cap Vert, 2005

La figure N°2 montre qu'il existe des disparités en termes d'ISF selon le milieu de résidence. Bien que ce pays n'ait pas de récentes EDS, la plus récente (2005) a révélé que si les milieux ruraux contribuent plus au niveau de fécondité, l'écart reste faible avec les milieux urbains (3,1 contre 2,7 enfants/femme. La transition de la fécondité dans ce pays est donc déjà effective depuis 2005 et s'est poursuivie en passant de 2,9 en 2005 à 2,3 enfants/femme en 2016 (Tableau 1).

²⁰ World Population Prospects (Nation Unies)

²¹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Répartition du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2005



Sources : EDS Cap vert 2005

Quant à la disparité liée au niveau d'instruction, en 2005, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction de la femme, passant de 3,9 parmi les femmes sans instruction à 2,7 parmi celles ayant un niveau secondaire et à 2,0 parmi les universitaires.

- **Age médian au 1^{er} mariage et fécondité des adolescentes :** une entrée tardive en première union

L'âge d'entrée en union des femmes au Cap Vert est assez tardif, se fixant à 22 ans selon la dernière enquête démographique (EDS 2005). Ainsi, les adolescentes (filles âgées de 15 à 19 ans) représentent environ 27% de toutes les femmes en âge de procréer et contribuent seulement à 2,7% de la fécondité globale. C'est l'un des rares pays africains où la prévalence de la fécondité des adolescentes reste très faible. D'après la Banque mondiale, le taux de fertilité chez les adolescentes (nombre de naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) est de 74‰ en 2016. Cette valeur est largement en dessous de la moyenne du continent qui est de 101,6‰, une preuve de l'avancée importante du Cap Vert dans la lutte contre la fécondité précoce.

2.2 Une utilisation très élevée des méthodes de contraception

Les résultats de l'EDS montrent que ce pays est caractérisé par l'un des taux d'utilisation des méthodes contraceptives les plus élevés au monde. Alors que 74% des femmes âgées de 15 à 49 ans déclarent avoir utilisé une méthode au moins une

fois, 44% utilisent actuellement une méthode contraceptive, un chiffre qui peut être interprété comme le résultat des politiques développées ces dernières années. De 16 % dans l'Enquête sur la fécondité de 1988 à 37 % en 1998, ceci serait un facteur déterminant de la maîtrise parfaite de la fécondité dans ce pays depuis les années 2000.

2.3 Une mortalité infanto juvénile en phase post- transition

Le Cap Vert est caractérisé par l'un des taux de mortalité infantile les plus faibles de tout le continent africain en termes de niveau et tendance. Ainsi, en 2010, pendant qu'au niveau africain, 101 enfants sur 1000 naissances vivantes meurent avant leur 5^e anniversaire, seulement 25 sur 1000 meurent au Cap Vert (Tableau 1). Ce taux connaît une baisse et passe à 18,5‰ en 2016. Le pays fait donc partie de ceux ayant achevé leur transition de la mortalité et l'espérance de vie à la naissance reste l'un des plus élevés en Afrique, 74 ans en 2016, soit 14 ans de durée de vie supplémentaire comparée à la moyenne d'Afrique subsaharienne (WDI, 2017).

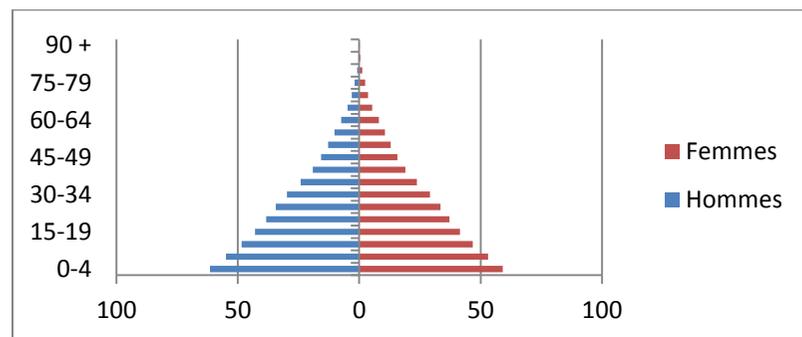
2.4 Un pays à développement humain moyen

La transition démographique est en phase finale au Cap Vert. Le Produit Intérieur Brut par habitant révèle est de 3.082 \$ en 2016 (plus de deux fois supérieur à la moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). Le pays possède par des activités productives et l'Indice de Développement Humain (IDH) évalué par le PNUD en 2016 est l'un des plus élevés du continent africain. Son estimation est de 0,646 en 2014, et permet au Cap Vert de se classer parmi les dix premiers pays d'Afrique en termes de développement humain derrière l'Afrique du sud et devant l'Egypte.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La république fédérale des Comores est l'un des pays les moins peuplés d'Afrique. Avec un taux d'accroissement moyen de 2,6% ; la population comorienne est passée de 741 500 (2013) à 813 912 en 2017 (WPP, 2017). Près de 40% de la population est âgée de moins de 15 et les personnes âgées de 65 ans et plus ans ne représentent que 2,7% de la population totale.

Figure N°1 : Pyramide des âges du Comores en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP²², 2017

La structure par sexe nous montre que les Comores sont composées de 50,5% de femmes contre 49,5% d'hommes. La pyramide des âges, est caractérisée par une base large avec un rétrécissement rapide et régulier vers le sommet. Ceci peut s'expliquer par le niveau encore élevé de la fécondité et de la mortalité qui réduit rapidement les effectifs au fur et à mesure que l'âge augmente.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec une tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF).

Le nombre d'enfants par femme (ISF) aux Comores est passé de 4,7 (2010) à 4,3 en 2016 (tableau 1), soit l'une des valeurs les plus faibles de la zone d'Afrique de

l'Est d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). La transition de la fécondité aux Comores est donc en phase modérée.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
COMORES							
Fécondité ISF	4,7	4,6	4,6	4,5	4,4	4,4	4,3
Fécondité adolescentes (‰)	76,4	75,4	74,4	72,6	70,8	68,9	67,1
Mortalité infanto-juvénile (‰)	85,3	82,7	80,4	77,9	75,5	73,2	71,1
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	19,2 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	32,3	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1315	1446	1403	1504	1511	1271	1287
IDH	0,488	0,493	0,499	0,501	0,503	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

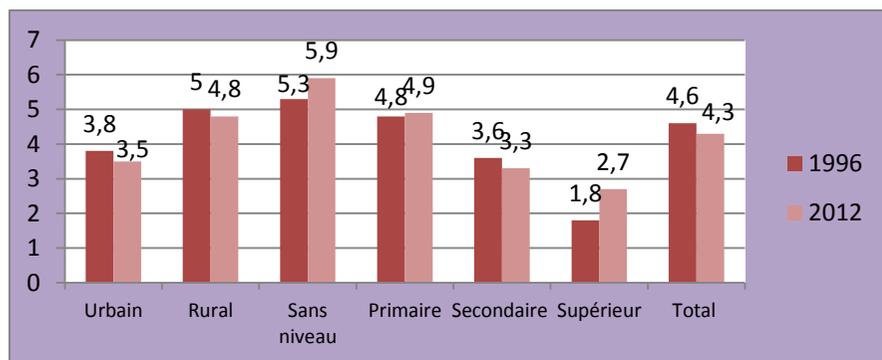
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016²³ ET ICF, 2015 DHS Program

Selon la figure N°2, il existe des disparités selon le milieu de résidence. La dernière Enquête Démographique et de Santé (ED, 2012), a révélé que les milieux ruraux sont caractérisés par une fécondité légèrement plus élevée que les milieux urbains (4,8 contre 3,5 enfants/femme).

²² World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

²³ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction entre 1996 et 2012



Sources : EDSC²⁴ 1996 et EDSC, 2012

Le niveau d'éducation des femmes influence aussi de façon différentielle l'indice de fécondité aux Comores. Ainsi, en 2012, les femmes ayant atteint un niveau universitaire ont en moyenne 2,7 enfants contre 5,9 pour celles qui ne sont pas instruites, soit plus trois enfants supplémentaires par femmes attribué à l'absence d'instruction. L'éducation des femmes est donc un facteur potentiel de réduction de la fécondité aux Comores.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en première union**

La précocité de l'âge d'entrée en union encourage le phénomène de déscolarisation des filles et la fécondité précoce en Afrique subsaharienne. Ainsi, aux Comores, l'âge médian d'entrée en mariage s'établit en 2017 à 19 ans (Tableau1). La Banque mondiale estime le taux de fertilité des adolescentes à 76‰ en 2010 et à 67‰ en 2017. Autrement dit, le nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans est de 67 en 2016, un taux très en dessous de la valeur estimée pour le continent.

2.2 Une faible utilisation de la contraception et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Les comorien.ne.s ont très peu recours aux méthodes de planning familial. D'après l'EDS de 2012, seulement une femme de 15-49 ans en union sur cinq (19 %) utilisait au moment de l'enquête une méthode contraceptive, en majorité une méthode moderne (14 %). C'est l'un des taux les plus faibles de l'Afrique de l'Est. De plus, les besoins non satisfaits en matière de contraception sont à un niveau très élevé. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception est évaluée à 32,3% en 2012 (tableau 1).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile élevée

La transition de la mortalité n'est pas encore chose effective aux Comores, mais elle est en phase dynamique. Ainsi, d'après le tableau 1, le risque de décès avant l'âge de 5 ans, passe de 85‰ en 2010 à 71‰ en 2016, un niveau relativement inférieur à celui du continent africain. L'espérance de vie à la naissance connaît une amélioration au cours du temps et s'évalue par la Banque mondiale à 64 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 4 ans de durée de vie supplémentaire par rapport à la moyenne observée en Afrique subsaharienne.

2.4 Un pays à faible développement humain

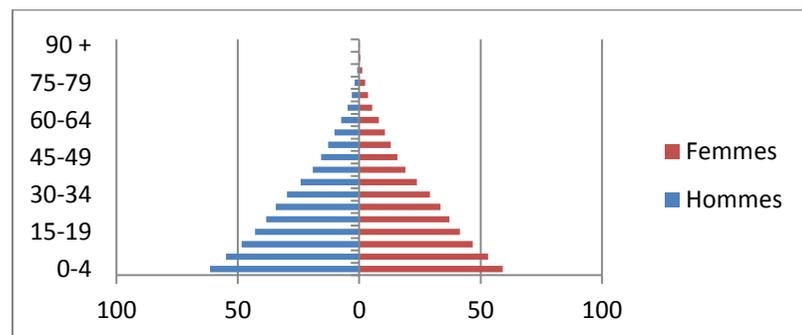
Les Comores restent un pays pauvre à faible développement humain. Ainsi, le Produit Intérieur Brut par habitant est de 1.287\$ en 2016, un niveau inférieur à la moyenne africaine (1.493\$). L'Indice de Développement Humain (IDH) reste l'un des plus faibles du continent passant de 0,488 en 2010 à 0,503 en 2014 d'après le rapport du PNUD, le classant au 28e rang africain.

²⁴ Enquête Démographique et de Santé du Comores

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La république fédérale des Comores est l'un des pays les moins peuplés d'Afrique. Avec un taux d'accroissement moyen de 2,6% ; la population comorienne est passée de 741 500 (2013) à 813 912 en 2017 (WPP, 2017). Près de 40% de la population est âgée de moins de 15 et les personnes âgées de 65 ans et plus ans ne représentent que 2,7% de la population totale.

Figure N°1 : Pyramide des âges du Comores en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP²², 2017

La structure par sexe nous montre que les Comores sont composées de 50,5% de femmes contre 49,5% d'hommes. La pyramide des âges, est caractérisée par une base large avec un rétrécissement rapide et régulier vers le sommet. Ceci peut s'expliquer par le niveau encore élevé de la fécondité et de la mortalité qui réduit rapidement les effectifs au fur et à mesure que l'âge augmente.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec une tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF).

Le nombre d'enfants par femme (ISF) aux Comores est passé de 4,7 (2010) à 4,3 en 2016 (tableau 1), soit l'une des valeurs les plus faibles de la zone d'Afrique de

l'Est d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). La transition de la fécondité aux Comores est donc en phase modérée.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
COMORES							
Fécondité ISF	4,7	4,6	4,6	4,5	4,4	4,4	4,3
Fécondité adolescentes (‰)	76,4	75,4	74,4	72,6	70,8	68,9	67,1
Mortalité infanto-juvénile (‰)	85,3	82,7	80,4	77,9	75,5	73,2	71,1
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	19,2 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	32,3	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1315	1446	1403	1504	1511	1271	1287
IDH	0,488	0,493	0,499	0,501	0,503	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

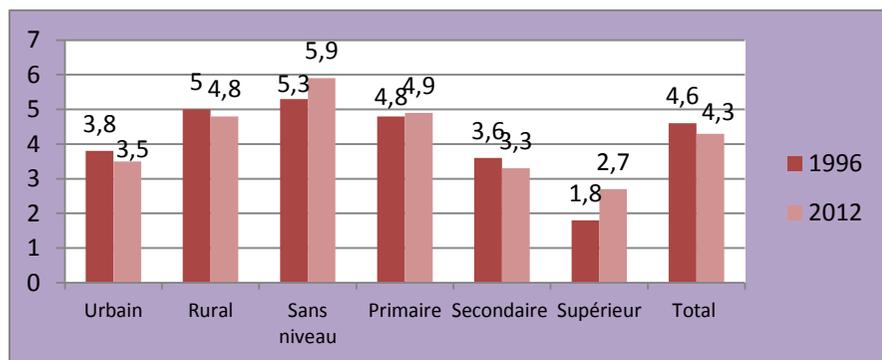
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016²³ ET ICF, 2015 DHS Program

Selon la figure N°2, il existe des disparités selon le milieu de résidence. La dernière Enquête Démographique et de Santé (ED, 2012), a révélé que les milieux ruraux sont caractérisés par une fécondité légèrement plus élevée que les milieux urbains (4,8 contre 3,5 enfants/femme).

²² World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

²³ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction entre 1996 et 2012



Sources : EDSC²⁴ 1996 et EDSC, 2012

Le niveau d'éducation des femmes influence aussi de façon différentielle l'indice de fécondité aux Comores. Ainsi, en 2012, les femmes ayant atteint un niveau universitaire ont en moyenne 2,7 enfants contre 5,9 pour celles qui ne sont pas instruites, soit plus trois enfants supplémentaires par femmes attribué à l'absence d'instruction. L'éducation des femmes est donc un facteur potentiel de réduction de la fécondité aux Comores.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en première union**

La précocité de l'âge d'entrée en union encourage le phénomène de déscolarisation des filles et la fécondité précoce en Afrique subsaharienne. Ainsi, aux Comores, l'âge médian d'entrée en mariage s'établit en 2017 à 19 ans (Tableau1). La Banque mondiale estime le taux de fertilité des adolescentes à 76‰ en 2010 et à 67‰ en 2017. Autrement dit, le nombre de naissances pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans est de 67 en 2016, un taux très en dessous de la valeur estimée pour le continent.

2.2 Une faible utilisation de la contraception et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Les comorien.ne.s ont très peu recours aux méthodes de planning familial. D'après l'EDS de 2012, seulement une femme de 15-49 ans en union sur cinq (19 %) utilisait au moment de l'enquête une méthode contraceptive, en majorité une méthode moderne (14 %). C'est l'un des taux les plus faibles de l'Afrique de l'Est. De plus, les besoins non satisfaits en matière de contraception sont à un niveau très élevé. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception est évaluée à 32,3% en 2012 (tableau 1).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile élevée

La transition de la mortalité n'est pas encore chose effective aux Comores, mais elle est en phase dynamique. Ainsi, d'après le tableau 1, le risque de décès avant l'âge de 5 ans, passe de 85‰ en 2010 à 71‰ en 2016, un niveau relativement inférieur à celui du continent africain. L'espérance de vie à la naissance connaît une amélioration au cours du temps et s'évalue par la Banque mondiale à 64 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 4 ans de durée de vie supplémentaire par rapport à la moyenne observée en Afrique subsaharienne.

2.4 Un pays à faible développement humain

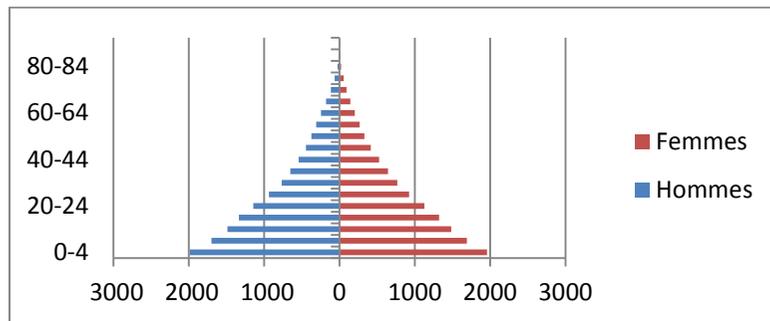
Les Comores restent un pays pauvre à faible développement humain. Ainsi, le Produit Intérieur Brut par habitant est de 1.287\$ en 2016, un niveau inférieur à la moyenne africaine (1.493\$). L'Indice de Développement Humain (IDH) reste l'un des plus faibles du continent passant de 0,488 en 2010 à 0,503 en 2014 d'après le rapport du PNUD, le classant au 28e rang africain.

²⁴ Enquête Démographique et de Santé du Comores

I. Structure de la population : une population essentiellement jeune

L'évolution de la population ivoirienne au cours des cinq dernières années est marquée par un taux d'accroissement naturel moyen 2,43 %. Ainsi la population totale est passée de 21 966 312 (2013) à 24 294 750 en 2017 avec 50,66 % d'hommes contre 49,34 % de femmes World Population Prospects (WPP) 2017

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Cote d'Ivoire en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges du pays se caractérise par une base large signe d'une natalité élevée et un sommet effilé traduisant une mortalité élevée. Ainsi, plus de 53% de la population totale à moins de 20 ans. En considérant chaque catégorie de sexe, 52,85% de la population masculine est âgé de moins de 20 ans contre 53,86% de la population féminine.

II. Dynamique démographique et transition

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) et de la fécondité des adolescentes

L'analyse montre que l'indicateur de fécondité de la Côte d'Ivoire est supérieur à la moyenne continentale. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 5,3 en 2010 à 4,9 enfants par femme en 2016. Ses valeurs sont au-dessus de la moyenne africaine qui respectivement est de 5,2 (2010) et de 4,8 enfants/femme (2016).

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

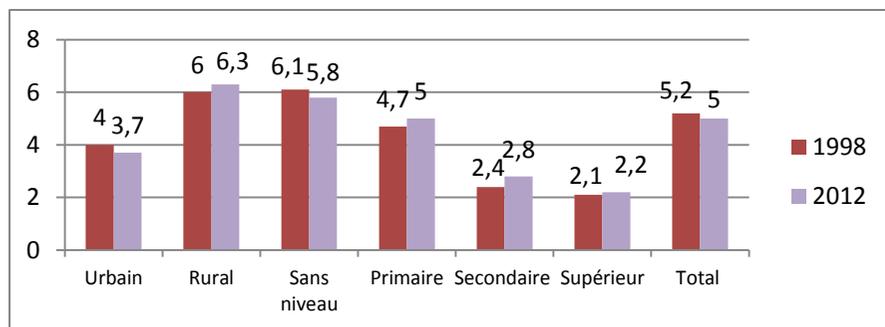
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
COTE D'IVOIRE							
Fécondité ISF	5,3	5,2	5,1	5,1	5,0	5,0	4,9
Fécondité adolescentes (%)	137,0	136,5	136,0	135,4	134,7	134,0	133,3
Mortalité infanto-juvénile (‰)	109,8	106,6	103,5	100,6	97,7	94,9	91,8
Age au 1^{er} mariage (filles)	19,8 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	..	..	27,1	..	..	..	30,5
PIB par habitant (\$ US)	1219	1214	1250	1423	1568	1715	1493
IDH	0,444	0,445	0,452	0,458	0,462	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016²⁶ ET ICF, 2015 DHS Program

On constate donc, qu'entre les deux dernières EDS, l'ISF est largement plus élevé en milieu rural par rapport au milieu urbain avec environ 2 enfants de différence pour les femmes vivant en milieu rural. Cette différence a augmenté en 2012 et passe à 2,6.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 1998 et 2012.

²⁶ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016



Sources : EDSC, 1998 et EDSC, 2012

On note que la fécondité baisse avec l'augmentation du niveau d'éducation. Les femmes sans aucune instruction présentent un niveau de fécondité assez élevée de 6,1 enfants contre 4,7 pour celles de niveau primaire et 2,1 pour les femmes ayant atteint le niveau des études supérieures. L'ISF était 3 fois plus élevé chez les femmes sans aucun niveau d'études par rapport aux femmes de niveau universitaire en 1998. Cet écart reste presque identique 15 ans plus tard en 2012 (EDS, 2012).

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

En Côte d'Ivoire, l'âge d'entrée en première union des femmes est relativement précoce. Alors que la loi prévoit qu'une femme peut se marier à partir de 18 ans, 12 % des femmes de 25-49 ans ont déclaré avoir eu leur première union avant l'âge de 15 ans et 36 % étaient déjà en union avant 18 ans. Par ailleurs, plus de la moitié des femmes de 25-49 ans (52 %) étaient en union avant d'atteindre 20 ans et plus de trois femmes sur quatre (76 %) l'étaient avant 25 ans. Cette précocité engendre un niveau élevé de fécondité des adolescentes et reste un facteur très déterminant du niveau élevé de la fécondité générale dans le pays. Ainsi, en 2016, le nombre de naissances par 1 000 adolescentes (15 à 19 ans) est de 133 en Côte d'Ivoire, un chiffre largement supérieur à la moyenne africaine au sud du Sahara qui est de 101 (WDI, 2017).

2.2 Une faible utilisation des méthodes contraceptives avec une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de contraception.

La planification familiale est une intervention à hauts impacts qui permet de maîtriser la croissance rapide de la population, de réduire significativement les avortements et les décès maternels. D'après l'EDS de 2012, bien que 94% des femmes de 15 à 49 ans ont une connaissance des méthodes contraceptives, seulement 20% utilisent ces méthodes faisant ainsi de la Côte d'Ivoire un des pays à faible utilisation des méthodes de contraception. Quant aux besoins non satisfaits en matière de planification, en 2012, on constate d'après le tableau 1 que 27,1% des femmes fécondes souhaitent espacer leur prochaine naissance ne veulent plus d'enfant, mais n'arrive pas à utiliser pas la contraception.

2.3 Une mortalité élevée avec une tendance de baisse légère

Les données de la Banque mondiale (Tableau 1) nous révèlent qu'en Côte d'Ivoire, environ un enfant sur dix (92 %) n'atteint pas son 5ème anniversaire. La transition de mortalité reste donc un grand défi pour ce pays. L'espérance de vie reste très basse par rapport à la valeur moyenne du continent (60 ans) soit 7 ans de durée de vie de moins par rapport à la moyenne évaluée en 2016 pour l'Afrique subsaharienne. Ceci peut être relié à la crise sociopolitique qui a miné le pays de 2000 à 2011.

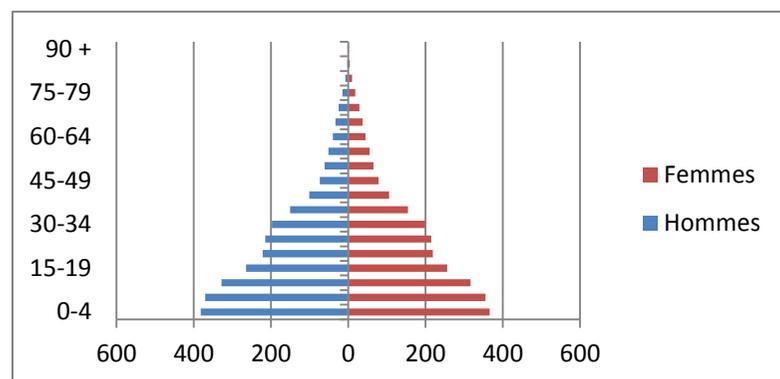
2.4 Un pays à faible développement humain

La transition démographique a débuté en Côte d'Ivoire mais elle n'a pas connu un progrès significatif. Corrélativement, l'analyse de quelques indicateurs économiques et de développement comme par exemple que le Produit Intérieur Brut par habitant nous montre que ce pays est caractérisé par un activité productive moyenne comparé au niveau africain (PIB/Habitant = 1493\$ en 2016, équivalent à la moyenne d'Afrique :1493\$). Toutefois, le niveau de Développement Humain reste encore faible (IDH = 0,462 en 2014) d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD. La Côte d'Ivoire est ainsi classée 37e sur 53 pays d'Afrique.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec un taux de croissance démographique de 2,6 %, cette population est passée de 4,7 millions en 2013 à 5,1 millions habitants en 2017. La population de l'Erythrée est composée de 49,9% de femmes contre 50,1% d'hommes (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de l'Erythrée en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

Sa pyramide des âges est caractérisée par une base large et un rétrécissement à un rythme modéré vers le sommet, révèle une population majoritairement jeune, dont environ 41 % sont âgées de 0 à 15 ans. La forme de la pyramide permet donc de faire une hypothèse de fécondité élevée avec un niveau de la mortalité infantile modéré et une mortalité adulte élevée.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le nombre d'enfants par femme (ISF) reste à un niveau relativement élevé en Erythrée. Ainsi d'après les données de la Banque mondiale, (WDI 2017), l'ISF est passé de 4,6 enfants par femme en 2010 à 4,1 en 2016 (tableau 1).

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ERYTHREE							
Fécondité ISF	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,2	4,1
Fécondité adolescentes (%)	67,0	64,0	61,0	59,1	57,2	55,3	53,4
Mortalité infanto-juvénile (%)	55,3	53,2	51,3	49,4	47,6	46,1	44,5
Age au 1^{er} mariage (filles)	18 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	27,4	..	..	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	482,1	582,5	..	..	..	..	..
IDH	0,381	0,386	0,390	0,390	0,391	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (%)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

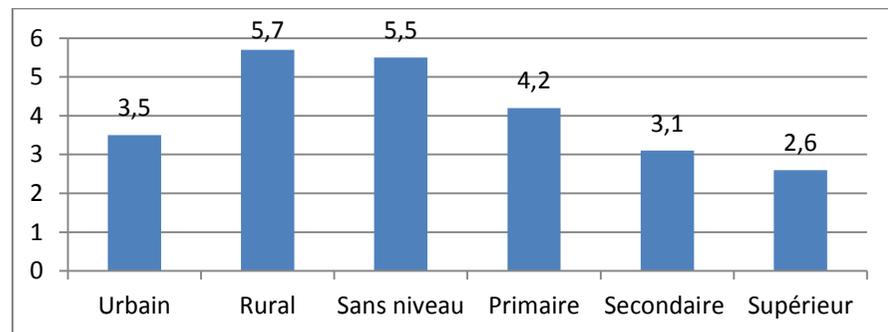
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016²⁷ ET ICF, 2015 DHS Program

La dernière EDS de l'Erythrée (2002) présente les disparités de la fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. La figure 2 révèle que le

²⁷ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes qui vivent dans les milieux ruraux par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6 contre 3,8 en 2015 et 5,7 contre 3,5 en 2017).

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2002.



Sources : EDS, 2002

Quant à la disparité selon le niveau d'instruction des femmes, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction des femmes. Ainsi, l'ISF en 2002 passe de 5,5 chez les femmes sans aucun niveau d'instruction à seulement 2,6 enfants par femme chez celles ayant atteint un niveau universitaire.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

D'après la dernière enquête démographique de l'Erythrée, les femmes entrent en mariage de façon précoce. 50% des femmes âgées de 15 à 49 ans se marient avant l'âge de 18 ans (Tableau1). Paradoxalement, malgré la précocité d'entrée en vie fertile (sachant que l'entrée en mariage détermine le calendrier de fécondité de la femme), la fécondité des adolescentes reste à un niveau très modéré. Les données de la Banque mondiale (tableau 1) révèlent que le taux de fertilité des adolescentes passe de de 67‰ en 2010 à 53‰ en 2016.

2.2 Une utilisation très faible de la contraception et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La Guinée est aussi l'un des pays où l'utilisation des méthodes de contraception reste la plus faible au monde. D'après la Banque mondiale, en 2010, seulement 8,5 % des femmes en union utilisent les méthodes contraceptives, soit moins d'une femme sur 10. Les besoins non satisfaits en matière de planification sont quant à eux élevés et s'évaluent en 2011 à 27,% (tableau 1). Ainsi, près de 3 femmes sur 10 (27,6%) veulent espacer ou limiter les naissances, mais n'arrivent pas à utiliser de méthodes de contraception (besoins non satisfaits).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile en processus de transition avancée

D'après le tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 55‰ en 2010 à 44 en 2016, soit un niveau près de deux fois inférieur à la moyenne de l'Afrique Subsaharienne. La transition de la mortalité est aussi assez avancée et cela a un impact positif sur l'espérance de vie à la naissance qui passe 62 ans (2010) à 65 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 5 ans de durée de vie supplémentaire par rapport au niveau africain.

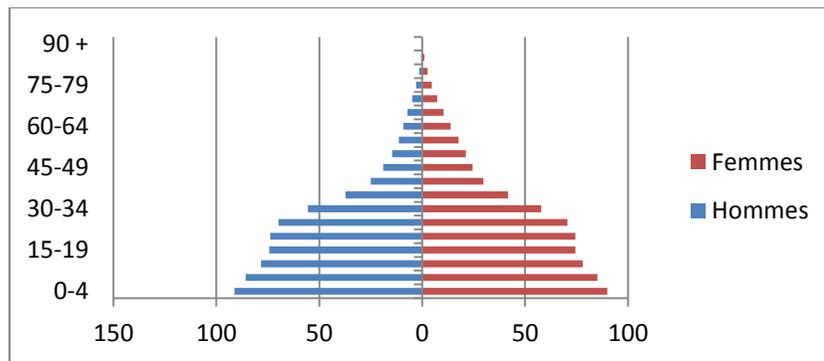
2.4 Un pays à faible développement humain

L'Erythrée, tout comme le Kenya ou le Rwanda, est au milieu de sa transition démographique. Parallèlement, ces indicateurs économiques et de développement restent encore faibles malgré l'absence de données suffisantes et récentes pour leur évaluation. Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles d'Afrique et se limite 582 \$ en 2011, soit plus de 3 fois inférieur à la moyenne d'Afrique (1.719 \$). Le pays est caractérisé par une activité de production encore faible avec un niveau de Développement Humain très faible (IDH passant de 0,381 en 2010 à 0,391 en 2014) d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD. L'Erythrée est ainsi classé 51e sur 53 pays d'Afrique en termes de Développement Humain devant le Niger et la république centrafricaine.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

En 2017, la population de l'Eswatini s'élevait à 1,4 millions d'habitants. Il est l'un des pays les moins peuplés de la région australe du continent africain avec un taux de croissance démographique annuel de 1,9% et 36% de sa population a moins de 15 ans (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de l'Eswatini en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

Avec une population féminine de 51,6% contre 48,4% d'hommes, l'Eswatini est l'un des pays caractérisés par une population féminine très importante. Sa pyramide des âges en 2017 est caractérisée par une base moyennement large et un rétrécissement lent vers le sommet, synonyme d'une mortalité infantile moins élevée qu'ailleurs sur le continent.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Un niveau relativement faible de la fécondité

Le niveau de la fécondité des femmes en Eswatini reste relativement faible et inférieur au niveau moyen observé pour le continent. Ainsi le nombre d'enfants par femme (ISF) est passé de 3,5 en 2010 à 3,0 enfants/ femme en 2016 selon la Banque mondiale en 2017 (tableau 1). Le processus de la transition fécondité est donc en phase avancée dans ce pays.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

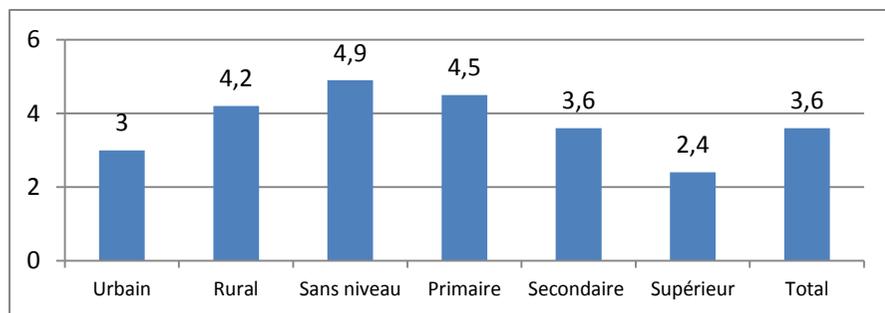
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ESWATINI							
Fécondité ISF	3,5	3,4	3,3	3,2	3,2	3,1	3,0
Fécondité adolescentes (‰)	86,0	85,3	84,7	83,1	81,6	80,0	78,5
Mortalité infanto-juvénile (‰)	92,9	81,4	70,1	65,7	62,2	57,8	56,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	21						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	13	..	..	..	15,2	..	..
PIB par habitant (\$ US)	3690	3934	3864	3587	3379	3047	2842
IDH	0,525	0,528	0,528	0,529	0,531	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁸⁷ ET ICF, 2015 DHS Program

La Figure N°2 montre que l'analyse de la fécondité cache des disparités selon le milieu de résidence. Les milieux ruraux contribuent plus au niveau élevé de la fécondité mais la différence avec les milieux urbains reste minime (en moyenne, un enfant de plus chez une femme qui vit en milieu rural par rapport à celle en milieu urbain) soit 4,2 contre 3 enfants/femme d'après la dernière Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS) de 2007.

Figure N°2 : Distribution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction

⁸⁷ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : SDHS⁸⁸, 2007

L'étude de la disparité selon le niveau d'éducation des femmes montre que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi en 2007, une femme sans instruction a, en moyenne, 2,5 enfants de plus que son homologue ayant atteint un niveau d'études universitaires. La transition de la fécondité reste encore un défi à relever au sein de la catégorie des femmes n'ayant aucun niveau d'éducation.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée tardive en première union**

Selon la dernière enquête démographique et de santé (EDS) de 2007, le mariage se produit remarquablement tard en Eswatini. Seulement 15 % des femmes de 25 à 49 ans se marient avant l'âge de 18 ans et 26 % se sont mariées avant l'âge de 20 ans. Ce retard d'entrée en vie nuptiale impacte la fécondité des adolescentes qui reste à une prévalence bien moins élevée que sur le reste du continent. Selon la Banque mondiale en 2017, le taux de fertilité des adolescentes est évalué à 78%, (Tableau 1).

2.2 Une utilisation forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Plus d'une femme sur deux (51%) utilise une/des méthodes de contraception d'après la dernière EDS de 2007 en Eswatini, constituant ainsi l'une des

prévalences les plus élevées en Afrique. Quant aux besoins non satisfaits en matière de planification, ils sont à un niveau très bas. 55% des femmes déclarent ne plus vouloir d'enfants, et parmi elles, seulement 15% n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfait) en 2016 (Tableau 1). C'est la plus basse proportion observée dans la région australe de l'Afrique.

2.3 Une transition de mortalité en dynamique de baisse importante

La probabilité pour un nouveau-né de décéder avant son 5e anniversaire reste à un niveau moyennement bas en Eswatini. Selon la Banque mondiale, elle est de 56‰ en 2016, et a connu une baisse importante depuis 2010 (93‰). Ainsi, à 56 décès pour 1000 naissances vivantes, la transition de la mortalité infantile est donc phase avancée. Toutefois, l'espérance de vie à la naissance est de 57 ans en 2016 (WDI, 2017), une valeur en dessous du seuil africain et qui se justifierait par une mortalité adulte encore importante.

2.4 Un pays à faible développement humain

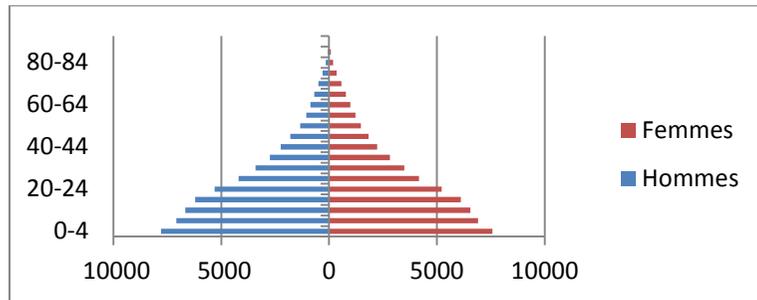
L'Eswatini est au milieu de sa transition démographique. Le Produit Intérieur Brut par habitant est estimé à 2.842 \$ en 2016, une valeur deux fois plus élevée que la moyenne d'Afrique évaluée à 1.493\$, mais qui reste faible par rapport aux autres pays de la zone Australe de l'Afrique. L'Indice de Développement Humain (IDH) évalué par le PNUD (2016) est de 0,531 en 2014, classant le pays au 22^e rang sur 53 pays africains.

⁸⁸ Swaziland Demographic and Health Survey

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

L'Éthiopie compte en 2017 plus de 100 millions d'habitants. C'est le deuxième pays le plus peuplé du continent africain derrière le Nigéria. Avec un taux de croissance démographique de 2,6 %, l'effectif de la population éthiopienne passe de 94.887.724 en 2013 à 104.957.438 habitants en 2017(WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de l'Ethiopie en 2017



Source: World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges de la population est caractérisée par une base large, signe d'une fécondité encore importante (avec 40% de l'effectif de moins de 15 ans) et un rétrécissement vers le sommet, synonyme d'une mortalité infantile modérée et d'une mortalité des adultes plus importante.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Un niveau de fécondité modérée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le niveau de la fécondité en Ethiopie reste relativement en dessous du niveau observé au niveau du continent (Tableau 1). Ainsi le nombre d'enfants par femme (ISF) est passé de 4,9 (2010) à 4,0 en 2016 d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). La transition de la fécondité en Ethiopie est donc en phase d'avancement.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ETHIOPIE							
Fécondité ISF	4,9	4,7	4,6	4,5	4,4	4,3	4,0
Fécondité adolescentes (‰)	78,0	76,2	74,4	72,0	69,6	67,2	64,8
Mortalité infanto-juvénile (‰)	83,7	79,2	75,1	71,2	67,5	64,2	61,7
Age au 1^{er} mariage (filles)	17,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	26,3	..	..	24,1	24,4	22,3
PIB par habitant (\$ US)	341,3	354	468,5	502,1	571,1	645,4	712,8
IDH	0,412	0,42	0,429	0,436	0,442	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

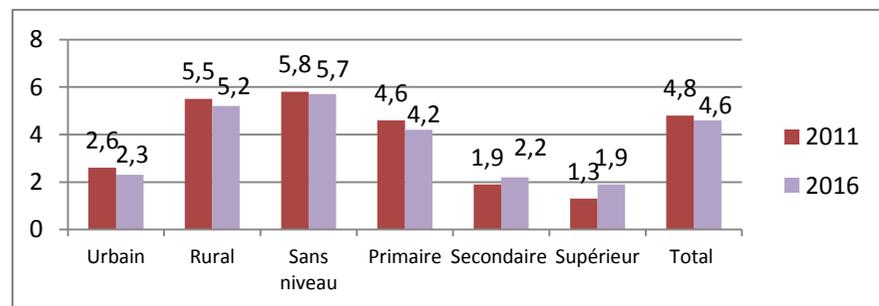
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016²⁸ et ICF, 2015 DHS Program

Il existe des disparités de la fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Sur la base des données des deux dernières enquêtes démographiques et de santé (EDS), la figure 2 nous révèle que le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes des milieux ruraux par rapport à leurs homologues des milieux urbains (5,5 contre 2,6 en 2011 et 5,2 contre 2,3 en 2016). Les femmes qui vivent en milieu urbain ont donc en moyenne

²⁸ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

près de 3 enfants de moins que leurs homologues résidentes en milieu rural, faisant ainsi de la ruralité, un principal facteur du niveau encore élevé de la fécondité.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2005 et 2012 de l'Ethiopie.



Sources : EDSE²⁹, 2011 et EDSE, 2016

L'analyse des disparités selon le niveau d'instruction fournit des informations similaires. Les femmes qui ont atteint le niveau d'études universitaires ont en moyenne 3,3 enfants de moins que leurs homologues n'ayant aucun niveau d'instruction. L'éducation ainsi que l'urbanisation sont donc des facteurs cruciaux de réduction de la fécondité en Ethiopie.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

L'âge d'entrée en première union en Ethiopie reste très précoce. D'après les données de l'EDS de 2016, il est de 17 ans. Sachant que l'entrée en mariage détermine considérablement le calendrier de fécondité d'une femme et malgré l'entrée précoce en union observée dans ce pays, le taux de fertilité des adolescentes reste à un niveau modéré. Ainsi, les données de la Banque mondiale (tableau 1) nous révèlent que ce taux est de 78% en 2010 et passe en 2016 à 64%. En d'autres termes, le nombre de naissance par 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans est de 64 en 2016, soit plus de deux fois moins que celui observé en Guinée

(137%) bien que les deux pays soient caractérisés par un même âge médian d'entrée en 1^{ère} union (17 ans).

2.2 Une utilisation moyenne de la contraception avec tendance à la baisse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La prévalence contraceptive en Ethiopie est de 37% en 2016 (EDSE, 2016). Sachant que l'utilisation de la contraception est indispensable dans le processus de transition de la fécondité, l'Ethiopie a fait de grand progrès dans ce domaine. Ce qui pourrait signifier que malgré l'entrée précoce en union à 17 ans, l'utilisation plus intensive des méthodes de contraception agit sur la fécondité dans ce pays comme un facteur réducteur. De plus les besoins non satisfaits en matière de contraception sont à un niveau moyen. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfait en contraception) passe de 26% en 2011 à 22% en 2016 (tableau 1)

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevée, en phase de baisse

D'après le tableau 1, le risque de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 83% (2010) à 61 en 2016, un niveau relativement inférieur à la moyenne africaine. La transition de la mortalité a donc débuté en Ethiopie. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est de 65 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 5 ans de plus que la moyenne observée en Afrique Subsaharienne.

2.4 Un pays à faible développement humain

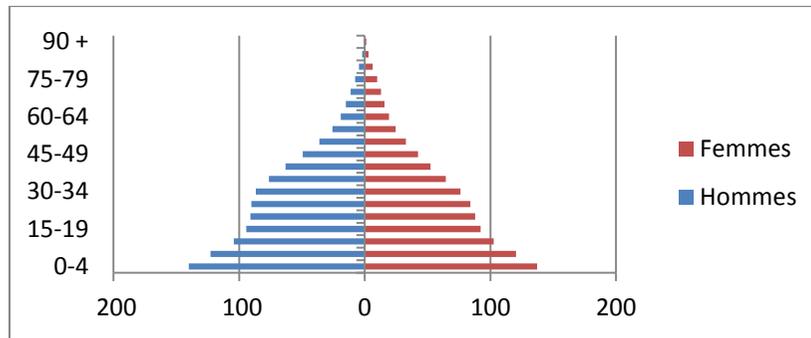
Malgré les efforts observés sur la baisse de la fécondité et de la mortalité, l'Ethiopie reste un pays pauvre à faible développement humain. Ainsi, le Produit Intérieur Brut par habitant est de 712\$ en 2016, soit deux fois moins que la moyenne africaine (1.493\$). L'Indice de Développement Humain (IDH) quant à elle, reste l'un des plus faibles du continent passant de 0,412 en 2010 à 0,442 en 2014 d'après le rapport du PNUD, classant ainsi l'Ethiopie au rang africain de 39e pays en terme de développement humain.

²⁹ Enquête Démographique et de Santé de l'Ethiopie

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La population gabonaise, relativement jeune, est passée de 1.8 million en 2013 à 2.03 millions en 2017 (WPP³⁰, 2017). L'âge moyen est de 26 ans, et l'âge médian de la population est de 22 ans. Son taux d'accroissement naturel qui est de 2,29% est l'un des plus faibles du continent d'Afrique Subsaharienne.

Figure N°1 : Pyramide des âges du Gabon en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges gabonaise montre une base large avec un rétrécissement très lent vers le sommet et un gonflement du milieu. Cette forme particulière montre que, bien que la population soit jeune, elle est caractérisée par une fécondité faible et un niveau relativement bas de la mortalité. Ainsi, seulement 35% de la population est âgée de 0 à 15 ans et 60% de 15 à 65%.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Un pays en milieu de sa transition de fécondité

Le niveau de la fécondité des femmes gabonaises est très inférieur au niveau du continent. Le nombre d'enfants par femme (ISF) est passé de 4 (2010) à 3,7 en 2016 (tableau 1) comparé à un niveau africain qui passe de 5,2 à 4,8 (WDI, 2017). La transition de la fécondité au Gabon est donc en phase active bien que des efforts supplémentaires restent à poursuivre.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GABON							
Fécondité ISF	4,0	4,0	4,0	3,9	3,9	3,8	3,7
Fécondité adolescentes (‰)	116,2	113,7	111,2	108,0	104,8	101,6	98,4
Mortalité infanto-juvénile (‰)	63,3	61,2	59	56,9	54,6	52,5	50,1
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	20,4 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	..	..	26,5	..	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	8754	10716	9774	9679	9692	7448	7078
IDH	0,663	0,668	0,673	0,679	0,684	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

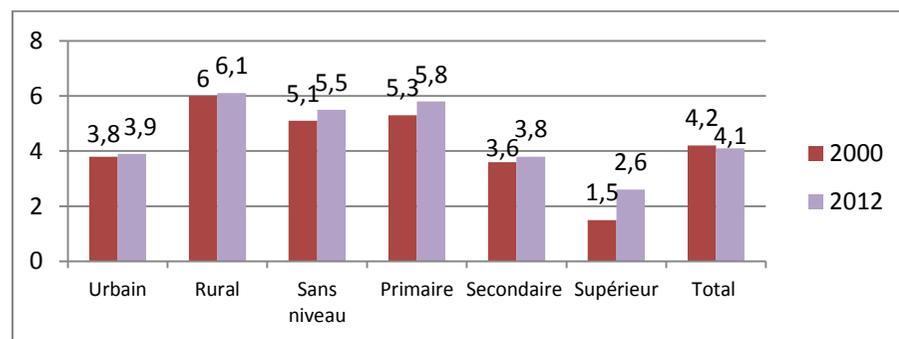
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016³¹ et ICF, 2015 DHS Program

³⁰ World Population Prospects (Nation Unies)

³¹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

La figure N°2 montre que la valeur au niveau national de l'ISF cache des disparités selon le milieu de résidence. Ainsi, les milieux ruraux contribuent plus au niveau élevé de la fécondité avec un écart de 2,2 enfants par rapport aux milieux urbains (respectivement 6 contre 3,8 enfants/femme) en 2000 et en 2012.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2000 et 2012



Sources : EDSG³², 2000 et EDSG, 2012

Quant aux disparités en matière éducative en 2012, le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction des femmes, passant de 5,5 parmi les femmes sans instruction à 4,1 parmi celles ayant un niveau secondaire (1er cycle) et à 2,8 parmi celles ayant un niveau secondaire de 2e cycle ou plus.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée tardive en mariage**

D'après, l'EDS de 2012, à 22 ans, la moitié des femmes avaient déjà contracté une première union et en atteignant 25 ans, cette proportion est de 64 %. Ainsi, les adolescentes qui constituent 21 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer, contribuent pour 14 % (17 % à l'EDSG-I) à la fécondité totale des

femmes au Gabon. D'après les données de la Banque mondiale (Tableau 1), le nombre de naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans est de 98‰ en 2016 au Gabon. Cette valeur est légèrement au-dessous de la moyenne du continent qui est de 101,6.

2.2 Un niveau légèrement élevé d'utilisation des méthodes contraceptives et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification

D'après l'EDSG de 2012, environ un tiers des femmes de 15-49 ans utilisaient, au moment de l'enquête, une méthode de contraception quelconque (34 %). Par rapport à la précédente enquête (2000), on constate que le pourcentage d'utilisatrices de méthodes modernes a augmenté de manière importante, variant de 12 % à 19 % parmi les femmes en union. Enfin, plus d'un quart des femmes fécondes, 26,4% en 2012, (voir Tableau 1) n'utilisent pas la contraception, mais souhaitent espacer une future naissance ou veulent limiter les naissances.

2.3.3 Une mortalité infanto-juvénile relativement bas

Le Gabon fait partie des rares pays ayant fait de grands progrès en matière de niveau et tendance de mortalité. En 2016, pendant qu'au niveau africain, 78 enfants sur 1000 naissances vivantes meurent avant leur 5^e anniversaire, ce taux se limite à 50 au Gabon en 2016. Enfin, l'espérance de vie à la naissance reste l'un des plus élevés en Afrique centrale et se situe à 66 ans en 2016, soit 6 ans de durée de vie supplémentaire par rapport au niveau moyen d'Afrique subsaharienne (WDI, 2017).

2.4 Un pays à développement humain moyen

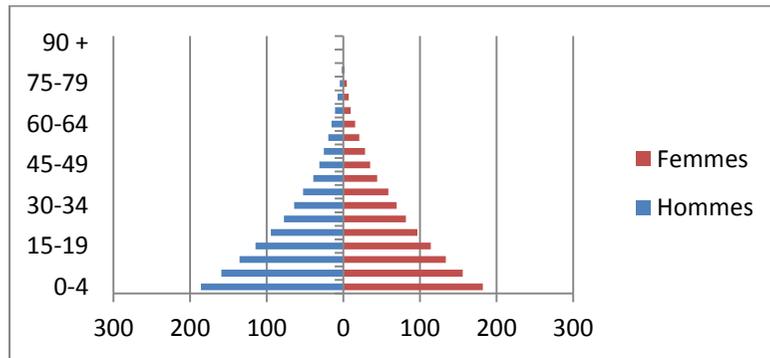
Le Gabon est au milieu de sa transition démographique. Sur le plan économique et de développement, ce pays a opéré des avancées importantes. Le Produit Intérieur Brut par habitant est plus de 7.000 \$ en 2016 (plus de quatre fois supérieur à la moyenne d'Afrique, qui est de 1.493\$). Le pays est caractérisé par une activité de production très importante et l'Indice de Développement Humain (IDH) estimé par le PNUD en 2016 est l'un des plus élevés du continent africain. Il est évalué est de 0,684 en 2014, et permet au Gabon de se classer parmi les six premiers pays d'Afrique en terme de développement humain devant l'Afrique du Sud.

³² Enquête Démographique et de Santé du Gabon

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La population gambienne est l'une des plus faibles de la région ouest africaine. En 2017, elle s'élevait à 2,1 millions avec un taux de croissance démographique annuel de 3,26 et 45% de sa population qui a moins de 15 ans (World Population Prospects, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Gambie en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges en 2017, est caractérisée par une base large signe d'une fécondité encore importante, avec un rétrécissement régulier vers le sommet, synonyme d'une mortalité adulte élevée. Par ailleurs la structure par sexe indique que ce pays est composé de 50,5% de femmes contre 49,5% d'hommes.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le nombre d'enfants par femmes (Indice Synthétique de Fécondité) en Gambie reste à un niveau relativement élevé. Il est passé de 5,7 en 2010 à 5,4 en 2016 (tableau 1), d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). Le processus de transition de la fécondité est donc en phase débutante.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

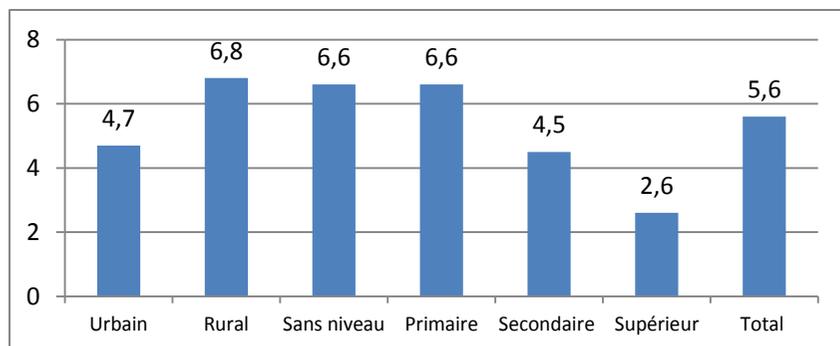
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GAMBIE							
Fécondité ISF	5,7	5,6	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4
Fécondité adolescentes (%)	97,9	95,4	92,9	90,1	87,4	84,6	81,9
Mortalité infanto-juvénile (‰)	80,8	78	75,3	72,8	70,2	67,9	65,8
Age au 1^{er} mariage (filles)	19 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	21,5	..	..	24,9	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	562,4	514,3	504,9	735,2	656,4	704,9	707,5
IDH	0,441	0,437	0,440	0,442	0,442	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016³³ et ICF, 2015 DHS Program

Le nombre d'enfants par femmes reste plus élevé chez les femmes qui vivent en milieux ruraux par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6,8 contre 4,7 en 2013). La transition de la fécondité n'a donc pas démarré dans les milieux ruraux en Gambie.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction

³³ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : GDHS³⁴, 2013

La Figure 2 indique que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction et qu'il existe une grande disparité entre les femmes de niveau universitaire et les femmes n'ayant qu'un niveau primaire ou même sans instruction aucune. Ainsi, les femmes qui ont atteint un niveau universitaire ont 2,6 enfants en moyenne, contre 6,6 pour celles n'ayant jamais été à l'école en 2016.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

Les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2013 montrent qu'en Gambie, les femmes ont tendance à se marier relativement tôt. 16% des femmes âgées de 20 à 49 ans se sont mariées avant l'âge de 15 ans, et 41% avant l'âge de 18 ans. La proportion de femmes mariées avant l'âge de 15 et 18 ans augmente considérablement avec l'âge. Ainsi, l'âge médian du premier mariage chez les femmes de 20 à 49 ans est de 19 ans. Le taux de fertilité des adolescentes d'après la Banque mondiale (tableau 1) passe de 97‰ en 2010 à 82‰ en 2016, un niveau relativement inférieur au niveau moyen de l'Afrique subsaharienne (WDI, 2017).

2.2 Un niveau extrêmement faible de l'utilisation des méthodes contraceptives avec tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification

Les données de l'EDS de 2013 montrent que seulement 9 % des femmes actuellement mariées en Gambie utilisent une méthode contraceptive (8 % modernes contre 1 % traditionnelles). C'est l'une des prévalences les plus faibles au monde. Les besoins non satisfaits en matière de planification sont quant à eux légèrement élevés et s'évaluent de 21% à 25% entre 2010 et 2013 (tableau 1). En d'autres termes, en 2013, près de 4 femmes sur 10 veulent espacer leur prochaine naissance ou limiter, mais n'utilisent pas de méthodes de contraception.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevée

La probabilité pour un enfant de décéder avant son 5^e anniversaire est passé de 80‰ (2010) à 65‰ en 2016. C'est l'un des taux les plus modérés en Afrique subsaharienne. Ces progrès qui s'observent dans la réduction de la mortalité contribuent à l'amélioration progressive de l'espérance de vie à la naissance qui s'évalue à de 61 ans 2010 (Banque mondiale : WDI, 2017).

2.4 Un pays à faible développement humain

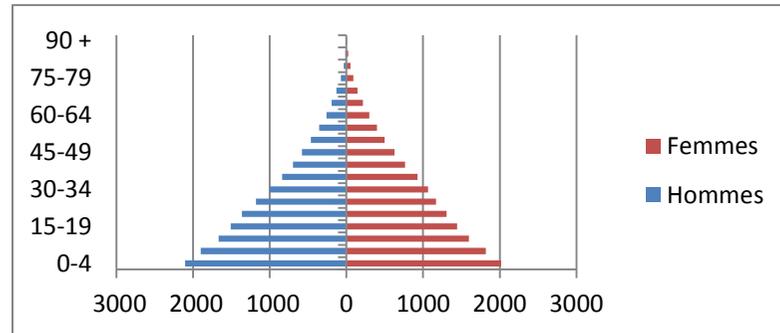
Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent (708\$ en 2016 contre 1.493\$ en Afrique). Le pays est caractérisé par une faible activité productive, avec un faible niveau de Développement Humain (IDH passant de 0,441 en 2010 à 0,442 en 2014) d'après le rapport du PNUD. La Gambie est classée 40^e sur les 53 pays africains en termes de développement humain derrière l'Ethiopie.

³⁴ Gambia Demographic and Health Survey

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec un taux de croissance démographique de 2,4 %, le Ghana est passé de 26 346,251 en 2013 à 28 833 629 habitants en 2017. Environ 50,17% sont des femmes et 49,83% d'hommes (WPP, 2017).

Graphique N°1 : Pyramide des âges du Ghana en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP³⁵, 2017

La pyramide des âges du Ghana témoigne d'une population jeune, avec environ 38 % de la population âgée de 0 à 15 ans et près de 55% âgée de 15 ans à 60 ans.

II Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Un pays au milieu de sa transition de fécondité

Le niveau de la fécondité des femmes au Ghana reste très inférieur au niveau du continent sur longue période (tableau 1). Le nombre d'enfants par femmes (ISF) est passé de 4,3 (2010) à 3,9 en 2016 comparé à un niveau africain qui passe de 5,2 à 4,8 (WDI, 2017). Ainsi le Ghana est caractérisé par une fécondité de mieux en mieux maîtrisée.

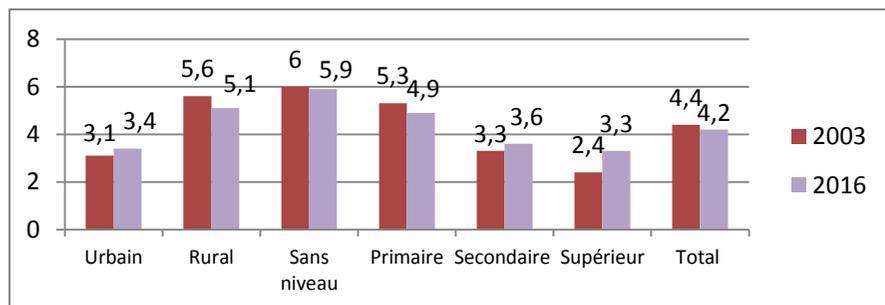
Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GHANA							
Fécondité ISF	4,3	4,2	4,2	4,1	4,1	4,0	3,9
Fécondité adolescentes (‰)	72,5	72,1	71,7	70,7	69,7	68,6	67,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	72,4	68,9	65,2	61,5	58	54,7	51,8
Age au 1^{er} mariage (filles)	21 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	26,4	..	37,2	29,9	29,6	32,3	26,4
PIB par habitant (\$ US)	1574	1629	2401	1987	1783	1950	2046
IDH	0,554	0,566	0,572	0,577	0,579	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Selon la figure N°2, il existe une disparité de la valeur de l'ISF selon le milieu de résidence : les milieux ruraux contribuent plus au niveau élevé de la fécondité avec un écart de 2,4 enfants par rapport au milieu urbain (respectivement 5,6 contre 3,1 enfants/femme) en 2003. Cet écart s'est réduit au fil du temps et se situe à 1,7 enfant/femme en 2016. Ce qui montre qu'un effort de réduction de la fécondité s'est aussi observé en milieu rural (5,6 à 5,1 entre 2003 et 2016)

³⁵ World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2003 et 2016



Sources : GDHS³⁶, 2003 et GDHS, 2016

La différence de fécondité est bien marquée entre les femmes ghanéennes sans aucun niveau d'instruction par rapport à celles ayant un niveau d'éducation supérieur. Ainsi les femmes de niveau universitaire ont 2,6 enfants de moins que celle sans aucune instruction en 2016.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : Une entrée tardive en mariage**

L'entrée en union des femmes ghanéennes se fait à un âge relativement tardif par rapport aux autres pays de l'Afrique occidentale. Ce qui réduit le risque de la fécondité des adolescentes dans ce pays. Une étude très récente (2017 Maternal Health Survey) révèle que 14% des adolescentes de 15 à 19 ans sont déjà mères ou enceintes de leur premier enfant. Les grossesses précoces diminuent avec l'augmentation du niveau d'instruction ; 35 % des jeunes femmes sans instruction ont commencé à avoir des enfants, comparativement à 4 % des jeunes femmes ayant fait des études secondaires/SSS/SHS. Ainsi, la fécondité des adolescentes contribue de façon modérée au niveau de l'Indice synthétique de fécondité au Ghana. D'après les données de la Banque mondiale (Tableau 1), le nombre de naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans est de 67. Cette valeur est largement en deçà de la moyenne du continent qui est de 101,6%.

2.2 Un niveau d'utilisation des méthodes contraceptives légèrement élevé et une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en contraception

Si le niveau de fécondité du Ghana est en phase de maîtrise, seulement 1 une femme sur quatre (25%) utilise les méthodes modernes de contraception (2017 Maternal Health Survey). Par ailleurs les besoins non satisfaits en matière de planification sont plus élevés au-delà de la moyenne du continent avec une tendance à la hausse en passant de 26,4% en 2011 à 32,3% en 2016 (Tableau 1). Autrement dit, en 2016, près d'une femme fécondes sur trois au Ghana n'utilisent pas la contraception, mais souhaitent espacer leur prochaine naissance ou veulent limiter.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile en phase de maîtrise avec une évolution en forte baisse

Comparé au niveau du continent, le Ghana a réalisé de très bon score en termes du niveau de la mortalité. Ainsi, en 2011, pendant qu'au niveau africain, 111 enfants sur 1000 naissances vivantes meurent avant leur 5e anniversaire, ce taux se limite à 72 au Ghana (Tableau 1). Il a également connu une baisse non négligeable et passe de 72 à 51 en 2016, faisant ainsi du Ghana, l'un des rares pays de la région avec un bas niveau de mortalité. En conséquence, l'espérance de vie à la naissance reste l'une des plus élevées de l'Afrique de l'Ouest et se situe à 63 ans en 2016 (WDI, 2017).

2.4 Un pays à développement humain moyen

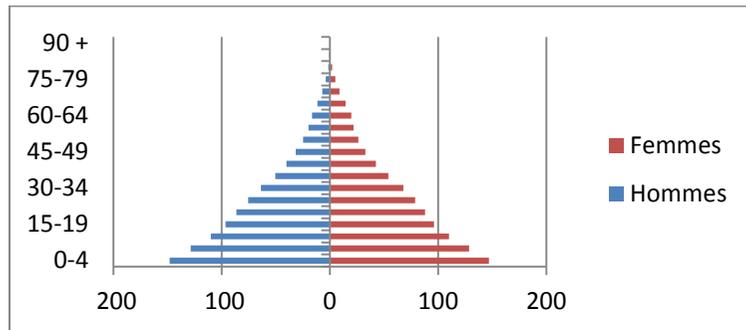
Le Ghana est au milieu de sa transition démographique. Parallèlement, les indicateurs économiques de ce pays montrent d'importantes avancées. Le Produit Intérieur Brut par habitant ne cesse de croître et s'établit à 2.046 \$ en 2016 (1,5 fois supérieur à la moyenne d'Afrique : 1.493\$). Le pays réalise donc d'importants progrès en termes de production (comparé à ses homologues d'Afrique de l'ouest). L'Indice de Développement Humain (IDH) estimé par le PNUD en 2016 est de 0,579 en 2014, et permet au Ghana de se classer au 16^e rang sur 53 pays d'Afrique sur 53, en termes de développement humain.

³⁶ Ghana Demographic Health Survey

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec un taux d'accroissement démographique moyen de 2,7% entre 2013 et 2017, la population de la Guinée Bissau, d'après les données des Nations Unies, est passée de 1.681.495 à 1.861.283 d'habitants. C'est le pays le moins peuplé de la zone UEMOA³⁷ avec de 50,80% de femmes contre 49,49% d'hommes en 2017.

Figure 1 : Pyramide des âges du Bénin en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

Sa pyramide des âges (Figure 1) se caractérise, comme la plus part des pays d'Afrique, par une base large (synonyme d'une forte natalité) et avec un sommet effilé, traduisant ainsi, la jeunesse de la population (plus de 41% de la population est âgée de 0 à 15 ans).

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) et de la fécondité des adolescentes

D'après les données de la Banque mondiale, (WDI 2017), le niveau de l'Indice Synthétique de Fécondité en Guinée Bissau est semblable à la moyenne

d'Afrique Subsaharienne, Passant de 5,0 enfants par femme en 2010 à 4,6 en 2016 (tableau 1) avec un niveau de fécondité qui reste encore élevé.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GUINEE BISSAU							
Fécondité ISF	5,0	4,9	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6
Fécondité adolescentes (‰)	107,5	102,8	98,0	95,38	92,6	89,9	87,2
Mortalité infanto-juvénile (‰)	113,8	108,2	103	98,4	94,5	90,7	87,4
Age au 1^{er} mariage (filles)	--						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	6	..	..	..	22,3	..	..
PIB par habitant (\$ US)	545,1	688,1	603,9	621,9	610,4	591,8	648,8
IDH	0,413	0,417	0,417	0,418	0,420	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111,0	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,447	0,452	0,455	0,459	..	..

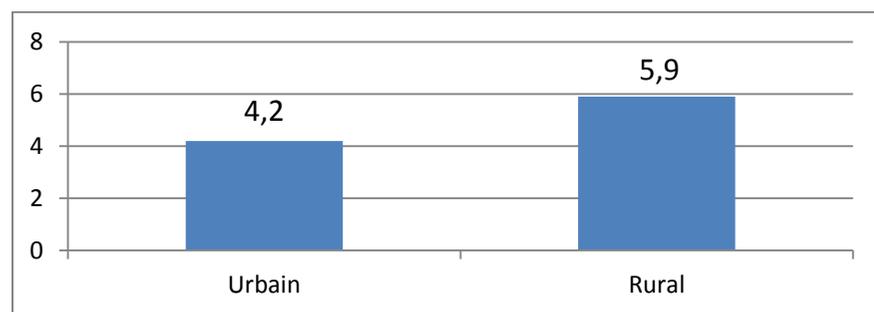
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016³⁸ et ICF, 2015 DHS Program

D'après le dernier Recensement Général de Population et de l'Habitat (RGPH, 2010, Figure 2)), il existe une différence de près de deux (1,7) enfants entre milieu rural et milieu urbain (5,9 contre 4,2), le milieu rural contribuant plus au niveau élevé de la fécondité dans le pays.

³⁷ Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

³⁸ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Nombre d'enfants par femme selon le milieu de résidence.



RGPH, 2010

La présence des filles dans le cycle secondaire des filles (Taux net de scolarisation) des filles entre 2008 et 2012 est faible et s'évalue à 19.9% (MICS³⁹, 2012).

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes**

En l'absence de données sur l'âge d'entrée en mariage, il est avéré qu'en Guinée-Bissau, dès leur plus jeune âge, les jeunes filles sont victimes de mariage forcé. D'après la ligue Bissau-guinéenne des Droits de l'Homme (LGDH), 41% en sont victimes. Ces jeunes filles, adolescentes pour la plus part âgées de 14 à 19 ans ne fréquentent pas l'école et leur entrée précoce en mariage impacte le niveau de fécondité qui reste encore élevé avec un taux de fertilité des adolescentes de 87,2‰.

2.2 Une utilisation faible de la contraception avec une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Seulement 16% des femmes en union utilisent les méthodes contraceptives (MICS, 2014). Les besoins non satisfaits en matière de planification connaissent une augmentation très importante pour se situer à 23%. En clair, moins de deux femmes sur dix utilisent les méthodes contraceptives pour des

besoins d'espace en 2014 et près d'une femme sur 4 veut espacer ou limiter les naissances, mais n'utilise pas de méthodes de contraception.

2.3 Un niveau de mortalité-infanto juvénile élevée avec tendance de baisse modérée

Selon le tableau 1, le taux de mortalité infanto-juvénile, passe de 114‰ en 2010 à 87‰ en 2016. Ainsi, la Guinée Bissau reste l'un des pays de la sous-région ouest africaine caractérisés par un taux de mortalité très élevé au-dessus de la valeur moyenne observée en Afrique subsaharienne. L'espérance de vie dans ce pays s'évalue à 56 ans en 2016, l'une des valeurs les plus basses de la région (Banque mondiale : World Development Indicators, 2017).

2.4 Un pays à faible développement humain

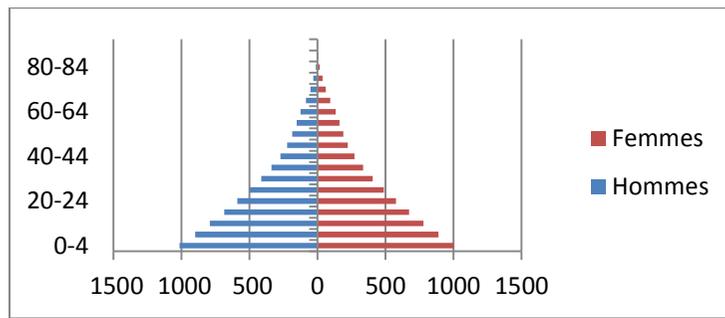
Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent en passant de 545\$ (2010) à 648\$ en 2016 (soit plus de deux fois inférieur à la valeur moyenne en Afrique qui est de 1.493\$). Le revenu par habitant reste très bas avec un faible niveau de productivité. Le PNUD évalue l'Indice de développement humain à 0,420 en 2014 qui classe la Guinée Bissau au 42e rang sur 53 Pays d'Afrique (PNUD, 2014).

³⁹ Enquête Indicateurs Multiple (UNICEF)

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

L'étude de la répartition par groupe d'âge de la population guinéenne témoigne, d'une situation de quasi similitude entre population masculine et féminine. Avec un taux d'accroissement naturel moyen de 2,7% en 2016, la population guinéenne, est passée de 11,5 millions (2013) à 12,7 millions en 2017 avec 49,86% de femmes contre 50,14% d'hommes (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Guinée en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges ci-dessus témoigne d'une base large et un sommet effilé, caractéristique d'un pays dont la population est majoritairement très jeune. La division de la population des Nations Unies sur la Guinée confirme une situation de forte natalité avec 42% de la population totale âgée entre 0 et 15 ans.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance de baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) et de la fécondité des adolescentes

Le nombre d'enfants par femme reste à un niveau relativement élevé en Guinée. Ainsi d'après les données de la Banque mondiale, (WDI 2017), l'ISF est de 5,3 enfants par femme en 2010 et passe à 4,8 en 2016 (tableau 1), un niveau semblable à celui d'Afrique subsaharienne.

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GUINEE							
Fécondité ISF	5,3	5,2	5,1	5,0	5,0	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	149,6	147,7	145,8	143,7	141,6	139,5	137,4
Mortalité enfants (‰)	108,8	105,1	101,6	98,2	94,9	91,7	88,7
Age au 1^{er} mariage (filles)	17,2 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	23,7	..	..	..	27,6
PIB par habitant (\$ US)	634,9	614,8	677,0	726,0	743,5	727,3	701,3
IDH	0,388	0,399	0,409	0,411	0,411	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111,0	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,447	0,452	0,455	0,459	..	..

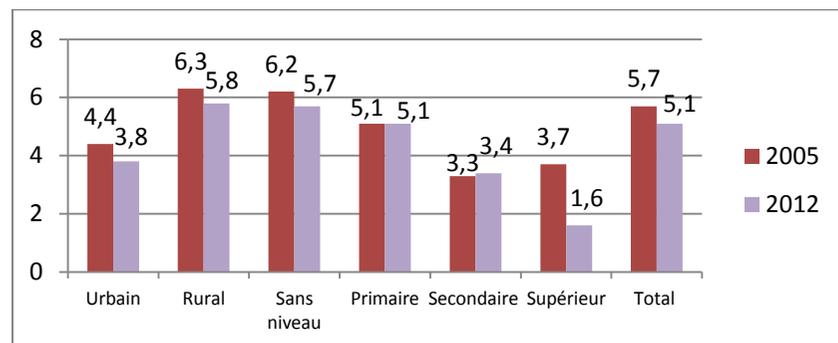
Sources: World Development Indicators, 2017; PNUD, 2016⁴⁰ et ICF, 2015 DHS Program

L'analyse montre qu'il existe des disparités de la fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Selon la figure 2, le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes résidant en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6,3 contre 4,4 en 2005 et 5,8 contre 3,8 en

⁴⁰ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

2012). Même si un scénario de baisse du nombre d'enfants s'observe entre les deux dernières Enquêtes Démographiques et de Santé de la Guinée (EDSG), on remarque tout de même que quelque soit l'année considérée, les femmes rurales ont en moyenne 2 enfants de plus que les femmes urbaines.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2005 et 2012 de la Guinée.



EDSG, 2005 et EDSG, 2012

L'analyse différentielle selon le niveau d'instruction montre également que les femmes ayant acquis un niveau d'éducation supérieure sont moins susceptibles d'avoir des enfants par rapport à leurs homologues sans instruction. En 2012, les femmes ayant atteint un niveau universitaire d'études ont 1,6 enfant/femme contre 5,7 pour celles qui ne sont jamais allées à l'école soit 3 enfants de moins. L'éducation des femmes est donc un principal levier de contrôle des naissances.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce au premier mariage**

Comme dans certains pays voisins du Sahel (Niger, Mali), la fécondité des adolescentes est très élevée au Guinée d'après les données de l'EDS 2013. L'âge d'entrée en union se trouve aussi être un facteur majeur de déscolarisation des filles. L'âge médian d'entrée en premier mariage est de 17 ans (Tableau 1). En d'autres termes, 50% des femmes âgées de 15 à 49 ans se marient avant l'âge de 17 ans. De plus, les données de la Banque mondiale (tableau 1) révèlent que le

même si le taux de fertilité des adolescentes passe de 150‰ (2010) à 137‰ en 2016, il demeure toujours assez élevé.

2.2 Une utilisation très faible de la contraception et une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La Guinée est aussi l'un des pays où l'utilisation des méthodes de contraception reste la plus faible au monde. D'après la Banque mondiale, seulement 8,5 % des femmes en union utilisent les méthodes contraceptives, soit moins d'une femme sur 10. Les besoins non satisfaits en matière de planification sont quant à eux élevés et caractérisés par une tendance à la hausse entre 2012 et 2016 (de 23,7% à 27,6% ; tableau 1). Ainsi, plus d'une femme sur 4 (27,6%) veulent espacer ou limiter les naissances, mais n'utilisent pas de méthodes de contraception.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile élevée mais en phase de baisse modérée

Le risque de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né en Guinée est de 108‰ en 2010 selon la Banque mondiale. Depuis, il existe une tendance à une baisse modérée avec une valeur estimée à 89‰ en 2016 (Tableau 1).

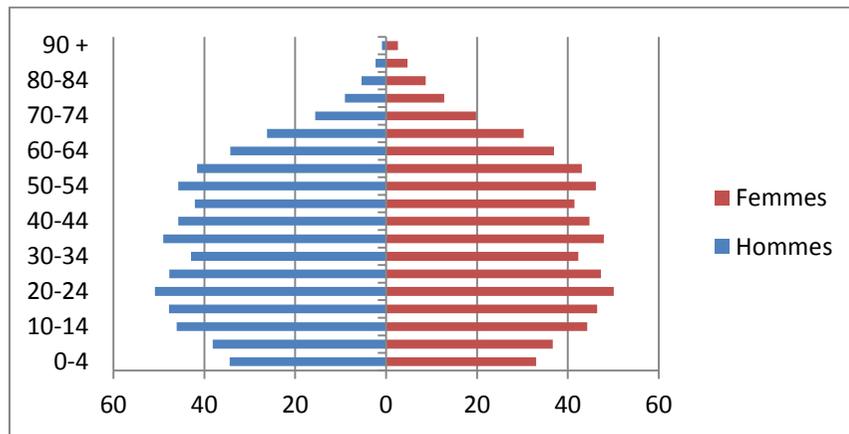
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent. Ses valeurs sont estimées à 634\$ en 2010 et à 701\$ en 2016 (soit plus de deux fois inférieures à la valeur moyenne en Afrique subsaharienne, 1.493\$). Ainsi, avec une fécondité et une mortalité élevées, un revenu par habitant qui reste faible (38% de la population sont à moins de 1,25\$ par jour), le pays est caractérisé par un niveau faible de développement humain. L'Indice de développement humain à 0,411 classe la Guinée au 40^e rang sur 53 Pays d'Afrique (PNUD, 2014).

I. Structure de la population : une population en processus de vieillissement avancé

Avec ses 1,3 millions d'habitants, l'Ile Maurice est l'un des pays les moins peuplés en Afrique. Caractérisé par un taux d'accroissement naturel de 0,38% (le plus bas en Afrique), ce pays est passé de 1,25 million en 2013 à près de 1,3 million en 2017.

Figure N°1 : Pyramide des âges de l'Ile Maurice en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges, à l'instar des pays occidentaux, montre que l'Ile Maurice voit sa population vieillir lentement puisque les moins de 20 ans ne représentent que 18% de la population aujourd'hui et plus de 10% ont 65 ans et plus. Toutefois la part des jeunes reste importante et la proportion des femmes mauriciennes est de 50,5% contre 49,5 d'effectif masculin.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité en phase post-transition.

L'Ile Maurice est l'un des rares pays d'Afrique à avoir achevé sa transition de fécondité. Le nombre d'enfants par femme (ISF) reste le plus faible du continent africain et est resté stationnaire entre 1,5 et 1,4 entre 2010 et 2016 (tableau 1) soit plus de 4 fois plus inférieur au nombre moyen d'enfants par femme estimé pour le continent d'après la Banque mondiale (WDI, 2017).

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ILE MAURICE							
Fécondité ISF	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4
Fécondité adolescentes (‰)	30,9	29,6	28,3	28,0	27,6	27,2	26,9
Mortalité infanto-juvénile (‰)	15	14,9	14,8	14,8	14,7	14,4	13,8
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	..						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	12,5	..	..
PIB par habitant (\$ US)	8000	9197	9291	9637	1015	9260	9681
IDH	0,756	0,762	0,772	0,775	0,777	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁴¹ et ICF, 2015 DHS Program

➤ **Age au mariage et fécondité des adolescentes**

L'île Maurice est pays où les femmes se marient le plus tardivement possible. Vu l'impact direct de l'âge d'entrée en union sur le calendrier de fécondité des femmes, on remarque en effet que cette entrée tardive en vie féconde dans ce pays influence considérablement la fécondité des adolescentes dont la prévalence est la plus faible du continent. La Banque mondiale estime qu'entre 2010 et 2017, le taux de fertilité des adolescentes a baissé de 31‰ à 27‰.

2.2 Une utilisation très forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'île Maurice est caractérisée par la plus haute prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique, avec des taux de 78% en 2002 et de 65% en 2014. En moyenne près de 7 femmes sur 10 ont recours à la contraception. Ainsi, la transition de la fécondité, effective dans ce pays depuis des décennies est résolument le fait d'une forte utilisation des méthodes de contrôle de naissance ainsi que d'un âge tardif d'entrée en vie fertile (26 ans chez les femmes). Les besoins non satisfaits en matière de planification sont quant à eux évalués à 12% (tableau 1).

2.3 Une mortalité en phase de post-transition

Le risque de mortalité infanto-juvénile de l'île Maurice reste également le plus bas en Afrique. D'après les données de la Banque mondiale (Tableau 1), la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, est de 13‰ en 2016, soit un niveau plus de cinq fois inférieur au niveau moyen observé en Afrique Subsaharienne. C'est la phase post-transitoire de la mortalité infantile caractéristique d'une pyramide des âges dont la base est très réduite. Maurice est aussi le pays où l'on vit le plus longtemps et

l'espérance de vie à la naissance y est de 74 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 14 ans de plus que la valeur estimée pour la moyenne subsaharienne.

2.4 Un pays développement humain élevé

L'île Maurice est en phase de post-transition. Cela se reflète à travers quelques indicateurs économiques. Le Produit Intérieur Brut par habitant est le deuxième du continent africain (derrière les Seychelles) et est évalué à près de 10.000 \$ en 2016, soit plus de sept fois supérieur à la moyenne africaine qui est de 1.493 \$. Le pays est caractérisé par une activité productive très importante. De même, l'Indice de Développement Humain (IDH) évalué par le PNUD en 2016 est le plus élevé du continent. Il est évalué à 0,777 en 2014, et permet à l'île Maurice de se classer au premier rang africain en termes de développement humain devant les Seychelles.

⁴¹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

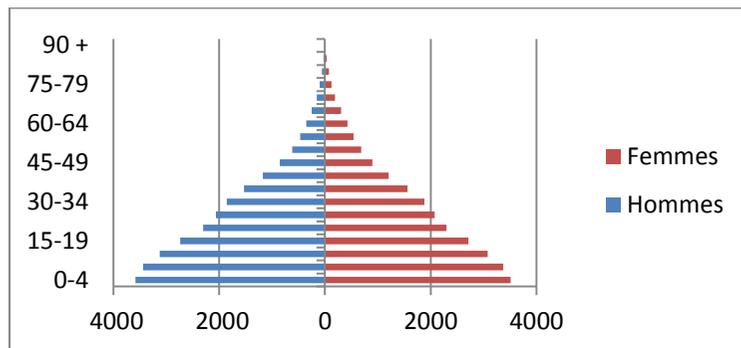
FICHE PAYS : KENYA

Un pays au milieu de sa transition démographique avec un niveau de Développement Humain moyen

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec près de 50 millions d'habitants, la population du Kenya est l'une des plus importantes du continent avec 50,3% de femmes et 49,7% d'hommes (WPP, 2017). Avec un taux de croissance démographique de 2,6 % (un taux équivalent à la moyenne du continent) cette population est passée de 44,8 millions en 2013 à 49,7 millions habitants en 2017.

Figure N°1 : Pyramide des âges du Kenya en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges caractérisée par une base large et un rétrécissement modéré vers le sommet, révèle une population majoritairement jeune, dont environ 40 % sont âgées de 0 à 15 ans. La forme de la pyramide représente un modèle de fécondité élevée et un niveau de la mortalité infantile moyennement élevé.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité modérée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le nombre d'enfants par femme (ISF) au Kenya est passé de 4,3 en 2010 à 3,8 en 2016 (tableau 1), soit l'une des valeurs les plus faibles de la zone d'Afrique de l'Est d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). La transition de la fécondité au Kenya est donc activement amorcée.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

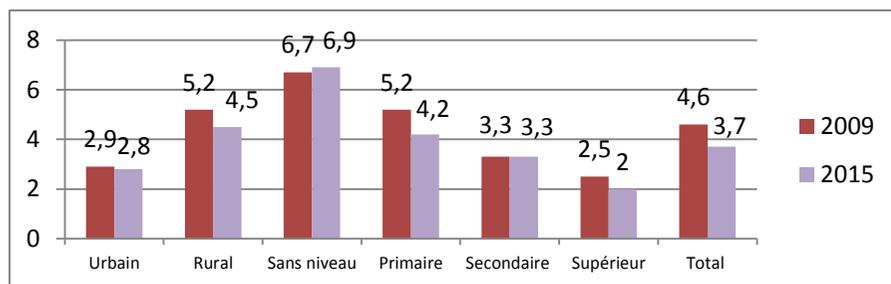
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
KENYA							
Fécondité ISF	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8
Fécondité adolescentes (‰)	91,0	89,0	87,0	85,6	84,3	83,0	81,7
Mortalité infanto-juvénile (‰)	58,4	56,3	54,4	52,3	50,5	48,7	47,1
Age au 1^{er} mariage (filles)	20,2 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	17,5	15,9	15,6
PIB par habitant (\$ US)	967,3	987,4	1155	1229	1335	1355	1462
IDH	0,529	0,535	0,539	0,544	0,548	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111,0	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,447	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources : World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁴² et ICF, 2015 DHS Program

Selon la Figure N°2, les milieux ruraux contribuent plus au niveau élevé de la fécondité avec un écart de 2,3 enfants que les milieux urbains (respectivement 5,2 contre 2,9 enfants/femme) en 2009 ; et un écart de 1,7 en 2015 (soit 4,5 enfants/femme en milieux ruraux contre 2,8 en milieu urbain). Ainsi, des efforts de réduction s'observent dans les milieux ruraux, une étape de grande importance dans le processus de transition de la fécondité.

⁴² Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2009 et 2015 au Kenya.



Sources : EDSK⁴³ 2008-2009 et MIS⁴⁴, 2015

Le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction des femmes. L'ISF passe de 6,9 chez les femmes sans aucun niveau d'instruction à seulement 2 enfants par femmes chez celles ayant atteint un niveau universitaire.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée tardive en mariage**

Le Kenya est l'un des pays du continent où l'âge d'entrée en première union reste tardif. Ainsi, d'après l'EDSK, l'âge médian d'entrée en union est de 20,2 ans (18 ans pour l'Afrique subsaharienne). Sachant que l'âge d'entrée en vie fertile détermine la fécondité et la descendance finale, on remarque que comparée à plusieurs autres pays africains (ex : les pays du Sahel où l'âge médian d'entrée est de 16 ans), la fécondité des adolescentes au Kenya est relativement modérée. D'après les données de la Banque mondiale, le taux de fertilité des adolescentes passe de 91‰ en 2010 à 81‰ en 2016.

2.2 Une utilisation forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Le Kenya est l'un des rares pays en Afrique caractérisé par une proportion élevée de l'utilisation des méthodes contraceptives. L'EDS du Kenya en 2014 a révélé que l'utilisation des méthodes modernes a connu une forte augmentation en

passant de 32% en 2003 à 53% en 2014 (EDSK, 2014). De plus les besoins non satisfaits en matière de planification sont à un niveau relativement bas. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception est de 15% en 2016, un niveau très faible par rapport à celui observé pour la région subsaharienne.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevée

D'après le tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 58,4‰ en 2010 à 47‰ en 2016, soit un niveau près de deux fois inférieur au niveau moyen africain. La transition de la mortalité est aussi bien avancée et cela impacte positivement l'espérance de vie à la naissance qui passe de 63 ans 2010 à 67 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 7 ans de durée de vie supplémentaire par rapport à la moyenne observée en Afrique.

2.4 Un pays développement humain moyen

La transition démographique est aussi liée à l'évolution des indicateurs économiques et de développement d'un pays. Le Produit Intérieur Brut par habitant au Kenya reste l'un des plus élevés de la région est-africaine et s'évalue à 1.462 \$ en 2016 (un niveau semblable à la moyenne africaine qui est de 1.493\$). Le pays est caractérisé par une activité de production moyenne. Avec un niveau de Développement Humain moyen (IDH passant de 0,529 en 2010 à 0,548 en 2014) d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD, le pays est classé au 19e rang sur 53 pays d'Afrique.

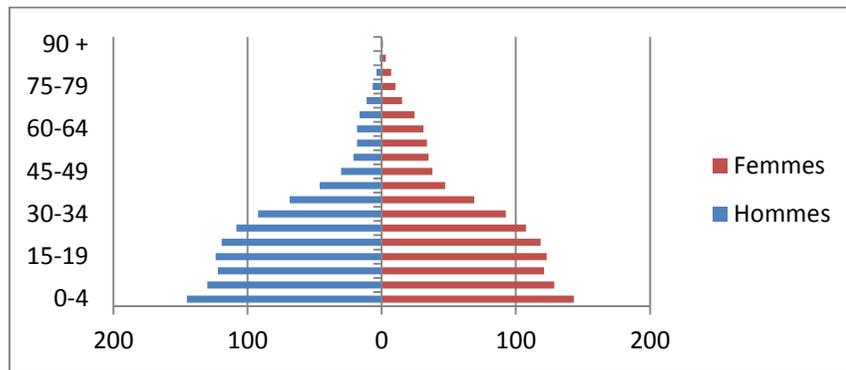
⁴³ Enquête Démographique et de Santé du Kenya

⁴⁴ Malaria Indicators Survey

I. Structure de la population : une population jeune et un début de processus de vieillissement.

Le Lesotho est l'un des pays les moins peuplés d'Afrique Australe. Avec un taux d'accroissement naturel de 1,5% il passe de 2.117.361 en 2013 à 2.233.339 d'habitants en 2017. La répartition par sexe évalue la proportion des femmes à 51,45% contre 48,55% d'hommes avec 35% de la population qui âgée de moins de 15 ans. (WPP⁴⁵, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Lesotho en 2017.



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base réduite, un rétrécissement très lent de vers le sommet et un élargissement vers le milieu. Ce graphique montre que le Lesotho est en processus de vieillissement et donc caractérisé par une fécondité et une mortalité relativement faibles.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une transition avancée de la fécondité.

Le niveau de la fécondité des femmes au Lesotho reste relativement faible et inférieur au niveau moyen observé sur le continent. Le nombre d'enfants par

femme (ISF) est passé de 3,3 en 2010 à 3,0 enfants/ femme en 2016 d'après les données de la Banque mondiale en 2017 (tableau 1)

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
LESOTHO							
Fécondité ISF	3,3	3,2	3,2	3,2	3,1	3,1	3,0
Fécondité adolescentes (‰)	91,7	91,1	90,4	90,2	90,1	89,9	89,7
Mortalité infanto-juvénile (‰)	99,2	98,4	97,4	95,8	94,7	93,8	88,9
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	20,4 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	23,3	..	..	..	18,4	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1157	1350	1281	1192	1218	1154	1054
IDH	0,472	0,480	0,484	0,494	0,497	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1 ^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

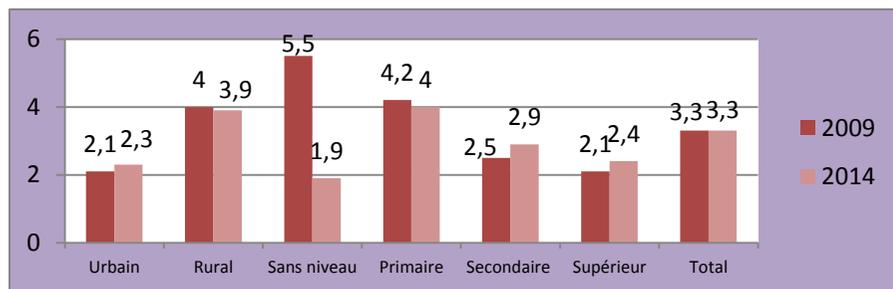
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁴⁶ et ICF, 2015 DHS Program

L'analyse des disparités selon le milieu de résidence révèle, que les milieux ruraux sont caractérisés par une fécondité plus élevée que les milieux urbains avec 2 enfants de supplémentaires en moyenne chez une femme qui réside en milieu rural (3,9 contre 2,3 enfants/femme) en 2014 (dernière Enquête Démographique et de Santé-EDS)

⁴⁵ World Population Prospects (Nation Unies)

⁴⁶ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Distribution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction entre 2009 et 2014.



LDHS⁴⁷, 2009 et LDHS 2014

En 2014, une femme du niveau d'instruction primaire a en moyenne 1,6 enfants de plus que son homologue ayant un niveau universitaire d'études (1,9 enfant chez les femmes non instruites).

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : Une entrée tardive en mariage**

La durée de l'exposition au risque de grossesse dépend principalement de l'âge auquel les femmes se marient pour la première fois. D'après l'EDS de 2014, le mariage reste un phénomène relativement tardif au Lesotho. L'âge médian au premier mariage des femmes de 20 à 49 ans est de 20,4 ans. Il a augmenté lentement mais régulièrement au fil du temps, passant de 19,1 ans en 2004 à 20,3 ans en 2014. Au cours de la même période, la proportion de femmes mariées avant l'âge de 18 ans est passée de 35 % à 25 %. D'après la Banque mondiale, la fécondité des adolescentes recule en 2017, et le taux de fertilité des adolescentes (naissances par 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans) est évalué à 89‰.

⁴⁷ Lesotho Demographic and Health Survey (Enquête démographique et de Santé EDS)

2.2 Une utilisation extrêmement poussée de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Le Lesotho est l'un des pays où la prévalence d'utilisation contraceptive est très élevée en Afrique. D'après l'EDS de 2014, le taux de prévalence contraceptive est de 60 % au Lesotho et presque toutes les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive moderne (60 %). L'utilisation moderne de contraceptifs chez les femmes actuellement mariées est la plus élevée (70 %) chez les femmes âgées de 35 à 39 ans. Parmi les femmes célibataires sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans, 72 % utilisent une méthode moderne (EDS, 2014). Cette situation est donc très favorable à la transition de la fécondité dans le pays.

2.3 Une transition de la mortalité à un rythme modéré

Selon le Tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, est de 89‰ en 2016, soit un niveau relativement élevé par rapport à celui des autres pays de la zone australe du continent africain. Des efforts restent donc à consentir pour faire avancer la transition de la mortalité infantile. L'espérance de vie à la naissance quant à elle reste la plus faible dans la sous-région et s'évalue à 54 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 6 ans de moins que la moyenne observée pour le continent en termes de durée de vie.

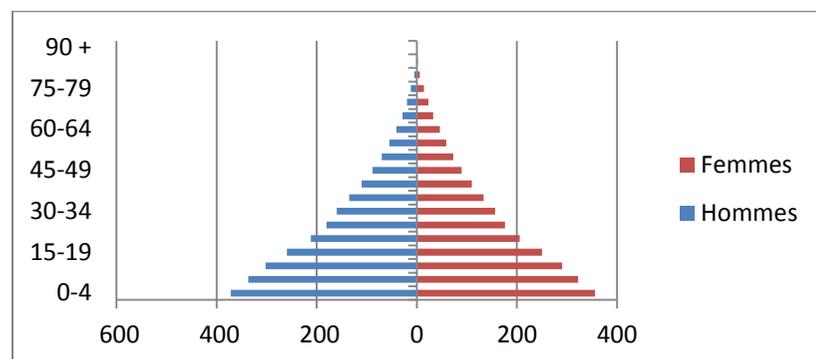
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles de la région Australe en se limitant à 1.050 \$ en 2016 (contre 1.493\$ en Afrique). Le pays est caractérisé par une faible activité productive. Avec un faible niveau de Développement Humain (IDH passant de 0,472 en 2010 à 0,477 en 2014) d'après le rapport du PNUD qui le classe au 29^e rang des pays africain.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Le Libéria est l'un des pays les moins peuplés d'Afrique. Avec un taux d'accroissement moyen de 2,7%, la population est passée de 4,2 millions en 2013 à 4,7 millions en 2017 (WPP, 2017). Près de 42% de la population est âgée de moins de 15 ans et les personnes âgées de 65 et plus ans ne représentent que 2,8% de la population totale.

Figure N°1 : Pyramide des âges du Libéria en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP⁴⁸, 2017

La structure par sexe du Libéria fait état de 49,5% de femmes et de 50,5% d'hommes. La pyramide des âges est caractérisée par une base large avec un rétrécissement rapide et régulier vers le sommet, synonyme d'un niveau encore élevé de la fécondité et de la mortalité.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec une tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le nombre d'enfants par femme (ISF) du Libéria est passé de 5,0 en 2010 à 4,5 en 2016 (tableau 1). Le Libéria est donc en phase modérée dans le processus de transition de sa fécondité.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
LIBERIA							
Fécondité ISF	5,0	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6	4,5
Fécondité adolescentes (‰)	137,1	135,5	133,9	132,6	131,3	130,0	128,7
Mortalité infanto-juvénile (‰)	97,5	93,4	89,7	86,3	83	80,1	77,4
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,8 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	32	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	506,0	589,1	650,7	715,5	716,0	706,0	710,4
IDH	0,405	0,414	0,419	0,424	0,430	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

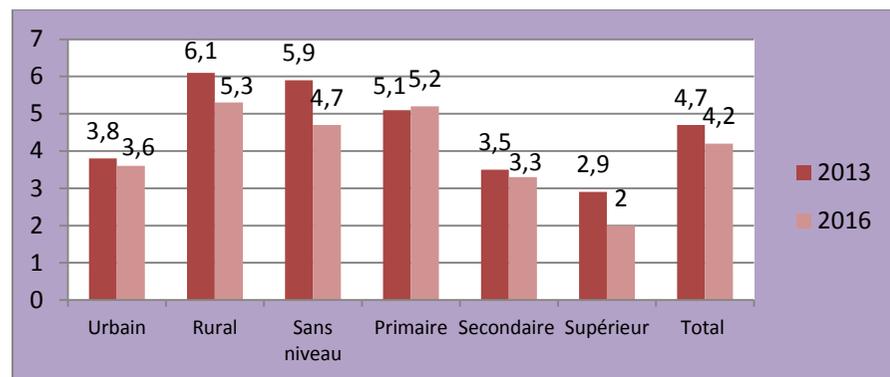
Sources : World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁴⁹ et ICF, 2015 DHS Program

Selon la Figure 2, le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes qui vivent en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6,1 contre 3,8 en 2013 et 5,3 contre 3,6 en 2016).

⁴⁸ World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

⁴⁹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2013 et 2016



Sources : EDSL⁵⁰, 2013 et MIS⁵¹, 2016

Le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi, les femmes qui ont atteint le niveau supérieur d'études ont 2 enfants en moyenne, contre 5,2 pour celles n'ayant jamais été à l'école.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

L'âge d'entrée en union est très lié à fécondité. Ainsi, les données de l'Enquête Démographique et de Santé-EDS de 2014 montrent qu'au Libéria, l'entrée en union et en vie fertile se fait à un âge médian de 19 ans. Ceci, impacte négativement l'éducation des filles au collège, mais aussi augmente fortement la probabilité d'entrer en vie féconde de façon précoce. On peut donc constater qu'il existe un fort taux de fertilité des adolescentes au Libéria. D'après la Banque mondiale (tableau 1), ce taux baisse relativement peu de 137‰ en 2010 à 129‰ en 2016 et reste d'une valeur très élevée par rapport à la moyenne de l'Afrique subsaharienne.

⁵⁰ Enquête Démographiques et de Santé du Libéria

⁵¹ Malaria Indicators Survey

2.2 Un niveau d'utilisation moyen de la contraception et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Un autre déterminant de cette transition lente de la fécondité reste l'utilisation des méthodes de planification familiale. Au Libéria, le taux de prévalence contraceptive (TPC) est de 31% pour toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (MIS, 2016). Par ailleurs, les besoins non satisfaits en matière de contraception (proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter leur prochaine naissance, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception) restent élevés. Ils sont estimés à 32% en 2016, et constituent un point d'achoppement important pour la baisse du niveau général de la fécondité dans le pays.

2.3 Une niveau de mortalité-infanto juvénile élevée

La probabilité pour un enfant de décéder avant son 5e anniversaire, est passée de 97‰ (2010) à 77‰ en 2016. C'est l'un des taux les plus élevés dans la région d'Afrique occidentale, mais des progrès importants s'observent en termes de réduction de la mortalité (plus de 20 points de pourcentage de baisse en 6 ans) et cela contribue à l'amélioration progressive de l'espérance de vie à la naissance qui passe de 60 ans en 2010 à 63 ans en 2016 (Banque mondiale : WDI, 2017).

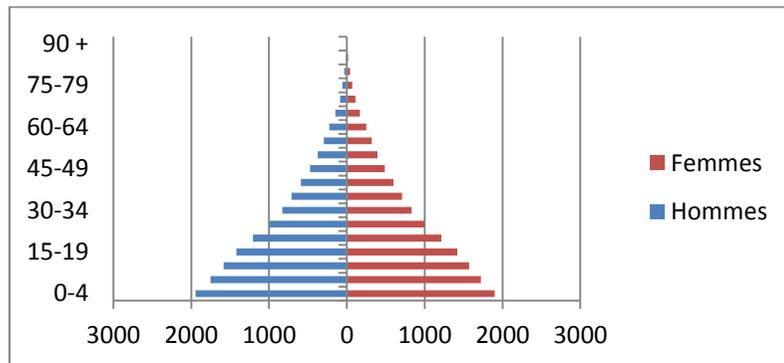
2.4 Un pays à faible développement humain

L'étape actuelle de la transition démographique et du développement au Libéria reflète la figure de certains indicateurs économiques à la lumière du Produit Intérieur Brut par habitant qui reste l'un des plus faibles du continent. Il est estimé à 506\$ en 2010 et à 710\$ en 2016 (soit deux fois inférieur à celui de l'Afrique subsaharienne qui est de 1.493\$). Le pays possède un niveau de développement humain faible. Le PNUD en 2014 évalue l'Indice de Développement Humain au Libéria à 0,430 et le classe au 42e rang sur 53 pays africains.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec un taux d'accroissement moyen de 2,71%, la population de Madagascar est passée de 23 millions en 2013 à 25,5 millions en 2017 (WPP, 2017). Près de 41% de la population est âgée de moins de 15 ans et les personnes âgées de 65 et plus ans ne représentent que 2,6% de la population totale.

Figure N°1 : Pyramide des âges du Madagascar en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP⁵², 2017

La structure par sexe nous montre que le Madagascar est composé de 50,1% de femmes et de 49,9% d'hommes. La pyramide des âges est caractérisée par une base large avec un rétrécissement rapide et régulier vers le sommet. Ceci est donc l'expression de taux de natalité et de mortalité encore élevés.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF).

Le nombre d'enfants par femme (Indice Synthétique de Fécondité) à Madagascar reste à un niveau moyennement élevé. Il est passé de 4,6 en 2010 à 4,1 en 2016 (tableau 1), d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). Le processus de transition de la fécondité est donc en phase d'évolution modérée.

⁵² World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

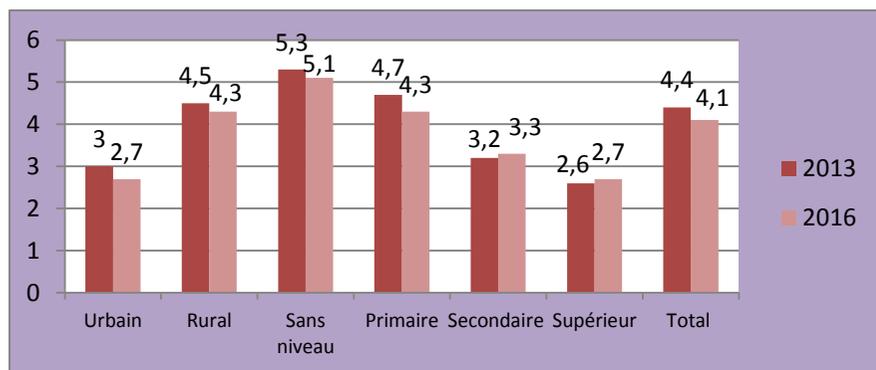
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MADAGASCAR							
Fécondité ISF	4,6	4,5	4,4	4,3	4,3	4,2	4,1
Fécondité adolescentes (‰)	125,7	122,8	120,0	117,9	115,8	113,7	111,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	61,8	58,3	55	52,3	49,9	47,8	45,9
Age au 1^{er} mariage (filles)	19 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	412,7	454,9	443,9	461,7	452,4	402,0	401,7
IDH	0,504	0,505	0,507	0,508	0,510	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁵³ et ICF, 2015 DHS Program

Selon la Figure 2, il existe des disparités en termes d'ISF selon le milieu de résidence. La dernière Enquête à Indicateurs Multiples sur le Paludisme (MIS), de 2016 a révélé que les milieux ruraux sont caractérisés par une fécondité légèrement plus élevée que les milieux urbains (4,3 contre 2,7 enfants/femme).

⁵³ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction entre 1996 et 2012



Sources : MIS⁵⁴ 2013 et MIS, 2016

Le niveau d'éducation des femmes influence aussi de façon différentielle l'indice de fécondité à Madagascar. En 2016, les femmes ayant atteint un niveau universitaire ont en moyenne 2,7 enfants/femme contre 5,1 pour celles qui ne sont pas instruites, soit en moyenne deux enfants supplémentaires.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

La précocité de l'âge d'entrée en union encourage le phénomène de déscolarisation des filles et la fécondité précoce en Afrique subsaharienne. Ainsi, à Madagascar, l'âge médian d'entrée en mariage s'établit en 2017 à 19 ans (Tableau1). La Banque mondiale en 2017 estime le taux de fertilité des adolescentes à 125‰ en 2010 et à 111‰ en 2017, un taux encore très élevé et au-dessus de la moyenne estimée au niveau du continent.

2.2 Une prévalence moyennement élevée de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La prévalence contraceptive, c'est à dire la proportion de femmes utilisatrices actuelles d'une méthode contraceptive est estimée à 40%. D'après la dernière EDS de Madagascar, deux femmes en union sur cinq ont déclaré utiliser une méthode quelconque de contraception au moment de l'enquête dont 29 % utilisaient une méthode moderne. Corrélativement, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale parmi les femmes en union continuent de diminuer passant de 26 % en 1997 à 24 % en 2003-2004 et à 19 % en 2016. On note peu d'écarts entre la proportion de femmes ayant des besoins pour espacer et la proportion de celles qui veulent limiter leur descendance (10 % contre 9 %).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile relativement faible

La transition de la mortalité n'est pas encore chose effective au Madagascar, mais elle est en phase dynamique. Selon le Tableau 1, le risque de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 61‰ en 2010 à 46‰ en 2016, un des niveaux les plus faibles observés dans le continent. L'espérance de vie à la naissance connaît une amélioration au cours du temps et s'évalue par la Banque mondiale à 65ans en 2016 (WDI, 2017), soit 5 ans de durée de vie supplémentaire par rapport à la moyenne observée en Afrique subsaharienne.

2.4 Un pays à faible développement humain

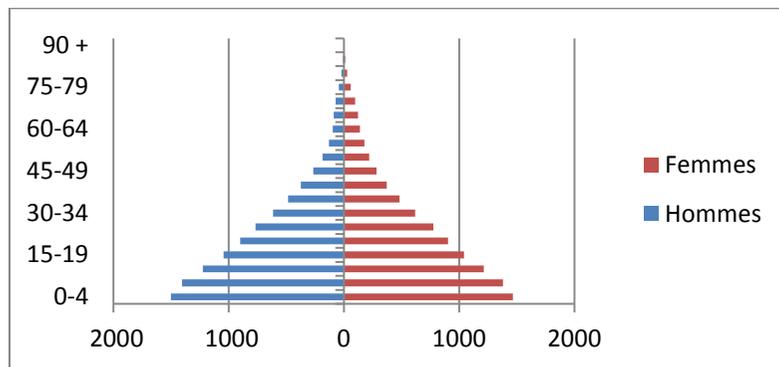
Madagascar reste un pays pauvre à faible développement humain. Le Produit Intérieur Brut par habitant est l'un des plus faibles du continent (synonyme d'une faible activité de production) et s'évalue à 401\$ en 2016, soit plus de trois fois inférieur à la moyenne africaine (1.493 \$). L'Indice de Développement Humain (IDH) quant à lui, reste aussi faible, passant de 0,501 en 2010 à 0,510 en 2014 d'après le rapport du PNUD, classant le pays au 25^e rang sur 53 africains

⁵⁴ Malaria Indicators Survey

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec un taux d'accroissement naturel de 3%, la population du Malawi passe de 16,6 millions (2013) à 18,6 millions d'habitants en 2017 dont 44% âgés de moins de 15 ans. (WPP, 2017). L'étude de la répartition par âge et par sexe de la population du Malawi révèle une population majoritairement jeune avec 50,5% de femmes et 49,5% d'hommes.

Figure N°1 : Pyramide des âges du Malawi en 2017.



Sources : Exploitation des données du WPP⁵⁵, 2017

La pyramide des âges est caractérisée par une base large avec un rétrécissement rapide et régulier vers le sommet, synonyme d'un niveau encore élevé de la fécondité et de la mortalité.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF).

Le nombre d'enfants par femme reste à un niveau assez élevé passant de 5,3 (2010) à 4,5 en 2016 (Tableau 1) d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). Le processus de transition de la fécondité est donc en phase d'évolution modérée.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MALAWI							
Fécondité ISF	5,3	5,1	4,9	4,8	4,7	4,6	4,5
Fécondité adolescentes (‰)	148,2	146,1	144,0	143,3	142,5	141,7	141,0
Mortalité infanto-juvénile (‰)	88,6	83,1	75,9	70,4	65,7	61,7	58,4
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,3 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	26,2	..	..	..	19,4	..	18,7
PIB par habitant (\$ US)	458,8	512,1	374,5	332,9	354,3	362,6	300,3
IDH	0,420	0,429	0,433	0,439	0,445	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

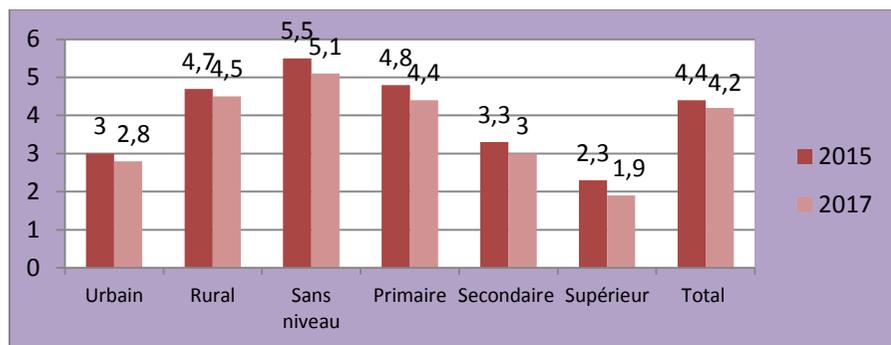
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁵⁶ ET ICF, 2015 DHS Program

La Figure 2 montre que le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes qui vivent en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (4,7 contre 3 en 2015 et 4,5 contre 2,8 en 2017).

⁵⁵ World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

⁵⁶ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction.



Sources : EDS⁵⁷, 2015 et MIS⁵⁸, 2017

Quant à la disparité liée au niveau d'instruction, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'éducation des femmes. La différence du nombre moyen d'enfants par femme en 2017 est de 3 pour les femmes sans aucun niveau d'instruction par rapport à leurs homologues ayant fait des études universitaires.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

La précocité de l'âge d'entrée en union encourage le phénomène de déscolarisation des filles et la fécondité précoce en Afrique subsaharienne. Au Malawi, l'âge médian d'entrée en mariage s'établit en 2017 à 18,3 ans (Tableau1). Selon la Banque mondiale, le taux de fertilité des adolescentes est 141‰ en 2016 (148‰ en 2010), catégorisant ce pays parmi ceux ayant un niveau de fécondité des adolescentes le plus élevé d'Afrique.

2.2 Un niveau élevé d'utilisation de la contraception avec une tendance de baisse régulière des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

D'après l'EDS 2016i, l'utilisation de contraceptifs modernes par les femmes en union a augmenté régulièrement au cours des 25 dernières années, passant de 7% en 1992 à 58% en 2015-16. C'est l'un des niveaux les plus élevés en Afrique. De plus, les besoins non satisfaits en matière de planification sont en baisse continue depuis 2010. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception est passée de 26% à 18,7% entre 2010 et 2018 (Tableau 1).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile relativement faible

La transition de la mortalité suit un processus dynamique au Malawi. D'après le tableau 1, le risque de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 88‰ (2010) à 58‰ en 2016, soit une baisse de 30 points de pourcentage en l'espace de 6 ans. L'espérance de vie à la naissance connaît une amélioration au cours du temps pour atteindre 63ans en 2016 (WDI, 2017), soit 3ans de durée de vie supplémentaires par rapport à la moyenne observée en Afrique subsaharienne.

2.4 Un pays à faible développement humain

Le Malawi reste l'un des pays les plus pauvres d'Afrique. Corrélativement l'indice développement humain (IDH) reste faible. Le Produit Intérieur Brut par habitant reste à un niveau très bas (synonyme d'une très faible activité de production) et est évalué à 300\$ en 2016, soit près de cinq fois inférieur à la moyenne africaine (1.493 \$). L'Indice de Développement Humain (IDH) quant à lui, reste aussi faible, passant de 0,420 en 2010 à 0,445 en 2014 d'après le rapport du PNUD, classant le pays au 39e rang africain.

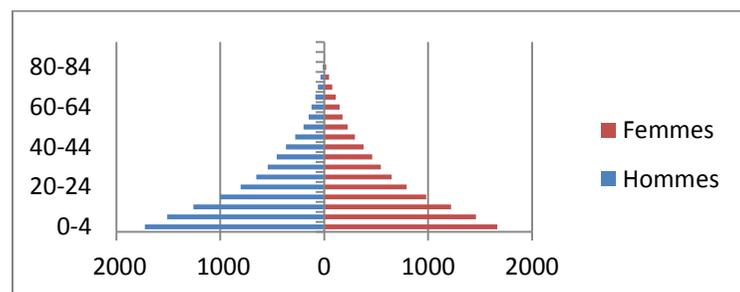
⁵⁷ Enquête Démographique et Santé

⁵⁸ Malaria Indicator Survey

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec un taux d'accroissement naturel moyen de 3,31% en 2016, la population malienne, est passée de 16.962.846 en 2014 à 18.541.980 habitants en 2017 avec 49,96% de femmes contre 50,04% d'hommes, (World Population Prospects de 2017)

Figure N°1 : Pyramide des âges du Mali en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges se caractérise donc par une base très large (caractéristique d'une natalité élevée) et l'évolution rapide vers le sommet effilé traduit, non seulement la jeunesse de la population avec un fort taux de natalité, mais également une mortalité élevée. Plus de 50% de la population totale malienne à moins de 20 ans.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité très élevée avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

D'après le Tableau 1, l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est passé de 6,5 en 2010 à 6 enfants/ femme en 2016 (WDI, 2017). Le rapport de l'EDSM⁵⁹ en 2012 indique que ce niveau encore élevé de la fécondité s'expliquerait par le fait que la majorité des femmes actuellement en union désire toujours vouloir plus d'enfants (69% des femmes désirent avoir des enfants supplémentaires contre 21 % qui ont

déclaré ne plus vouloir d'enfants). De plus, la proportion des femmes qui souhaitent espacer leur prochaine naissance a connu une baisse et passe de 34 % en 2006 à 28 % 2012 (EDSM-IV, 2012).

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MALI							
Fécondité ISF	6,5	6,4	6,3	6,3	6,2	6,1	6,0
Fécondité adolescentes (%)	181,5	180,2	178,9	176,9	174,9	173,0	171,0
Mortalité infanto-juvénile (‰)	135,7	130,7	125,9	121,6	117,7	113,7	109,6
Age au 1^{er} mariage (filles)	16,7 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	..	..	..	26	..	17,2	..
PIB par habitant (\$ US)	708,3	835,0	777,3	803,8	845,7	749,9	778,6
IDH	0,409	0,415	0,414	0,416	0,419	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁶⁰ et ICF, 2015 DHS Program

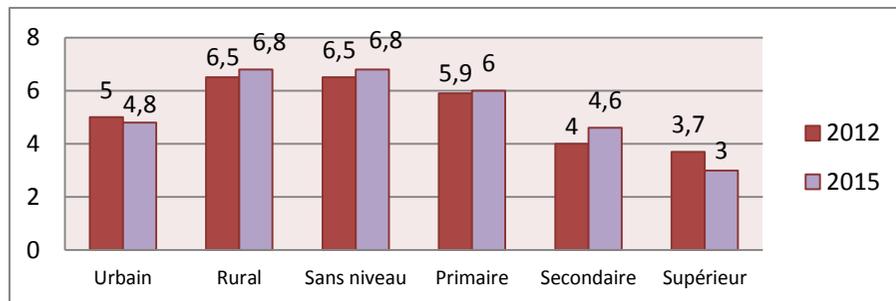
Selon la Figure 2, le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes résidentes en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6,5 contre 5 en 2012 et 6,8 contre 4,8 en 2015). Toutefois on remarque qu'entre 2012

⁵⁹ Enquête Démographique et de Santé du Mali

⁶⁰ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

et 2015, l'Indice Synthétique de Fécondité a augmenté en milieu rural (de 6,5 à 6,8 enfants /femmes) pendant qu'en milieu urbain il a baissé de 5 à 4,8 enfants/femme.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2012 et 2015



Sources : EDSM 2012 et MIS, 2015

Pour ce qui est du niveau d'instruction, on remarque que les femmes de niveaux d'éducation supérieure sont moins susceptibles d'avoir d'enfants par rapport à leurs homologues de niveau inférieur (6,8 enfants/femme pour celles qui ne sont jamais allées à l'école contre 3 enfants/femme pour celles ayant atteint les études universitaires).

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée très précoce en mariage**

L'âge à la première union est très précoce au Mali. 50% de la population totale des femmes se marient avant 16 ans. Ainsi, l'entrée en vie féconde très tôt reste l'un des grands défis majeurs de la transition de la fécondité dans ce pays. D'après la dernière EDS, 38% des jeunes filles de 15-19 ans sont en vie procréative. Autrement dit, près de 4 adolescentes sur dix ont déjà au moins un enfant. La Banque mondiale abonde dans le même sens et évalue le taux de fertilité chez les adolescents (naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) à 171,8 en 2016 (un taux record dans le monde après le Niger).

2.2 Une faible utilisation des méthodes contraceptives avec tendance à la baisse des besoins non satisfaits en matière de contraception

Le Mali reste l'un des pays où l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes de 15-49 ans en union reste l'un des plus faibles de la sous-région avec seulement 10 % des femmes qui ont déclaré utiliser une méthode contraceptive (EDSM, 2012). En 2017, d'après la Banque Mondiale, seulement 17% des femmes en union éprouvent le besoin d'utilisation des méthodes contraceptives pour espacer la prochaine naissance ou pour limiter mais n'arrivent pas à y accéder. La faible utilisation des contraceptions reste donc un facteur important dans l'évolution très lente de la transition de fécondité.

2.3 Un niveau de mortalité élevée avec une évolution en baisse modérée

Le Tableau 1 renseigne également que la mortalité infantile reste aussi à un niveau relativement très élevé au Mali par rapport à sa valeur sur le continent. Son évolution au cours du temps est caractérisée par une baisse progressive entre 2010 et 2017 de 135,7‰ à 106‰. L'espérance de vie à la naissance reste l'une des plus faibles du continent et sa valeur n'a que très peu évolué avec seulement un gain de 2 ans (de 55 ans à 57 ans) entre 2010 et 2016 (WDI, 2017).

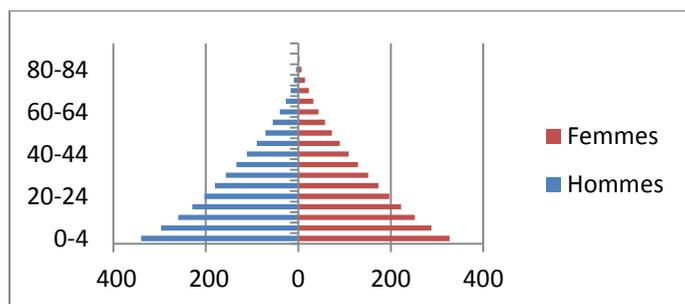
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent se limitant à 778\$ en 2016 (contre 1.493\$ en Afrique). Le pays est caractérisé par une faible activité productive, avec aussi un niveau de Développement Humain faible (IDH passant de 0,409 en 2010 à 0,419 en 2014) d'après le rapport du PNUD. Le Mali est donc classé au 44^e rang des 53 pays africains

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La Mauritanie est un des pays les moins peuplés d'Afrique occidentale et du G5 Sahel. Avec un taux d'accroissement moyen de 2,74%, la population mauritanienne est passée de 3.946.170 (2013) à 4.420.184 en 2017 (WPP, 2017) et plus de 50% de la population est âgée de moins de 20 ans.

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Mauritanie en 2017



Sources : Exploitation des données du WPP⁶¹, 2017

La pyramide des âges est caractérisée par une base large, signe d'une fécondité encore importante, et un rétrécissement rapide vers le sommet de la pyramide (synonyme d'un niveau élevé de la mortalité précoce et adulte) qui réduit donc rapidement les effectifs des populations au fur et à mesure que l'âge augmente.

II. Dynamique démographique et transition

2.1 Un niveau moyennement élevé de la fécondité avec une tendance à la baisse de l'Indice de fécondité (ISF)

Selon la Banque mondiale (WDI⁶² 2017), l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) est de 4,9 enfants par femme en 2010 au niveau national, et baisse à 4,6 en 2017 (Tableau 1). Ce niveau s'inscrit dans le schéma typique des

populations à fécondité encore élevée avec une entrée précoce des femmes en vie féconde et une sortie tardive.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MAURITANIE							
Fécondité ISF	4,9	4,9	4,8	4,8	4,7	4,7	4,6
Fécondité adolescentes (%)	87,1	86,3	85,6	84,3	83,0	81,7	80,5
Mortalité infanto-juvénile (%)	97,9	95	92,3	89,5	86,8	84,1	81,5
Age au 1^{er} mariage (filles)	19 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	..	31,1	..	..	..	33,6	..
PIB par habitant (\$ US)	1201	1389	1365	1450	1326	1158	1101
IDH	0,488	0,489	0,498	0,504	0,506	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (%)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁶³ et ICF, 2015 DHS Program

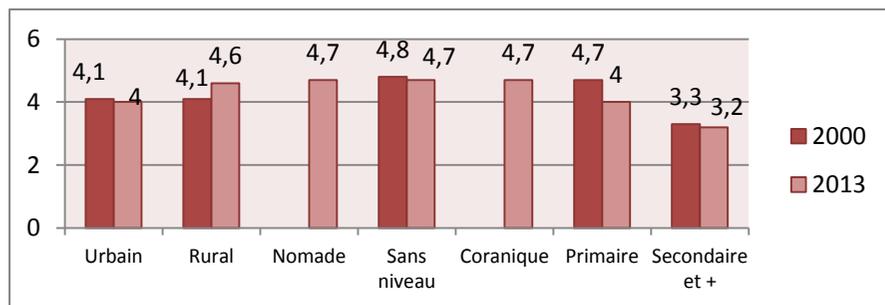
La fécondité présente de légères disparités entre milieux urbain et rural. Ainsi, il existe une différence de moins d'un enfant entre milieu rural et milieu urbain (4,6 contre 4) en 2013. Par ailleurs, le niveau de la fécondité en milieu nomade est semblable à celui des milieux ruraux en Mauritanie, donc légèrement plus élevé que ce qu'on observe en milieu urbain (Figure 2).

⁶¹ World Population Prospects (Division Population Nation-Unies)

⁶² World Development Indicator (Banque mondiale)

⁶³ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2000 et 2013.



Sources : Exploitation des données d'EDSM⁶⁴, 2000 et RGPH, 2013

La Figure 2 indique que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Les femmes qui ont atteint le niveau secondaire ou plus ont 3,2 enfants en moyenne, contre 4,1 pour celles de niveau primaire et 4,7 pour celles n'ayant jamais été à l'école ou ayant fait l'école coranique.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

La nuptialité est un phénomène précoce en Mauritanie. D'après l'EDS de 2000, les femmes se marient à un âge médian de 19 ans (soit 50% de la population féminine de 15 à 49 ans). Ainsi, 9% des adolescentes âgées de 10-19 ans sont déjà mères avec des disparités selon les milieux de résidence soit 7,3% en milieu urbain, 10,5% en milieu rural et 10,6% en milieu nomade (RGPH, 2013). Par ailleurs, les données de la Banque mondiale montrent que le taux de fertilité chez les adolescentes (naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) est de 87,5 en 2010, et de 80,1 en 2016. Ce qui montre que la contribution des adolescentes à la vie féconde en Mauritanie diminue et se situe à un niveau très inférieur à la prévalence subsaharienne en 2017 (101 pour mille).

⁶⁴ Enquête Démographique et de la Santé de la Mauritanie

2.2 Une utilisation faible de la contraception avec tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La pratique de la planification familiale a contribué également à la réduction, de l'ordre de 20%, des décès chez les enfants en Mauritanie (RGPH, 2013). Cependant on note une faible pratique des méthodes contraceptives par les populations (11,4%) et des besoins non satisfaits assez élevés en matière de planification familiale (37,2% RGPH, 2013). Les données de la Banque mondiale appuient ce résultat et on évalue la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas de méthodes contraceptives à 31% en 2011 et 34% en 2016

2.3 Une mortalité infanto-juvénile en phase de maîtrise

Les résultats obtenus lors du 4e RGPH⁶⁵ 2013 sont globalement plus positifs que ceux qui ont été déjà observés au cours des recensements précédents. L'espérance de vie à la naissance a augmenté de façon régulière en passant de 34 ans en 1965 à 60,3 ans en 2013 (Rapport RGPH, 2015). Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans serait passé de 182 pour 1000 naissances vivantes en 1995 (enquête MICS) à 116 en 2001 (EDSM 2001) puis est passé à 98‰ en 2010 et à 84‰ en 2016 (WDI, 2017).

2.4 Un pays à faible développement humain

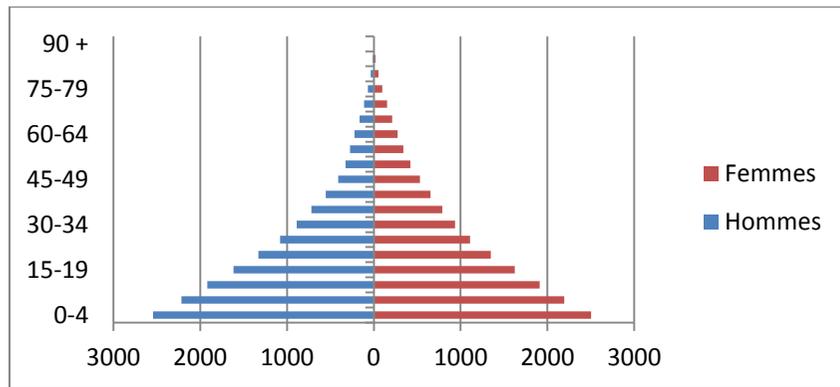
Le Produit Intérieur Brut par habitant est faible, mais reste le plus élevé du G5 Sahel (1.101\$ contre 1.493\$ en Afrique en 2016). Le pays est caractérisé par une activité productive moyenne. L'Indice de Développement Humain reste faible (IDH passant de 0,488 en 2010 à 0,506 en 2014) d'après le rapport du PNUD de 2016 classant ainsi la Mauritanie au rang de 26e pays africain sur 53.

⁶⁵ Recensement Général de la Population et de l'Habitat

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Le Mozambique est caractérisé par un taux d'accroissement naturel de 2,92% et sa population est passée de 26,4 millions en 2013 à près de 29,7 millions en 2017. La structure par âge et par sexe nous révèle qu'il existe une surreprésentation de la population féminine (51,2% contre 48,8 d'hommes) et près de 45% de la population est âgée de 0 à 15 ans

Figure N°1 : Pyramide des âges du Mozambique en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large (signe d'une forte natalité) et un rétrécissement très rapide vers le sommet, synonyme d'une mortalité encore élevée.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le Mozambique est l'un des pays d'Afrique caractérisés par une fécondité encore élevée. Le nombre d'enfants par femme, d'après la Banque mondiale, (WDI 2017), passe de 5,5 en 2010 à 5,2 en 2016 (Tableau 1).

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

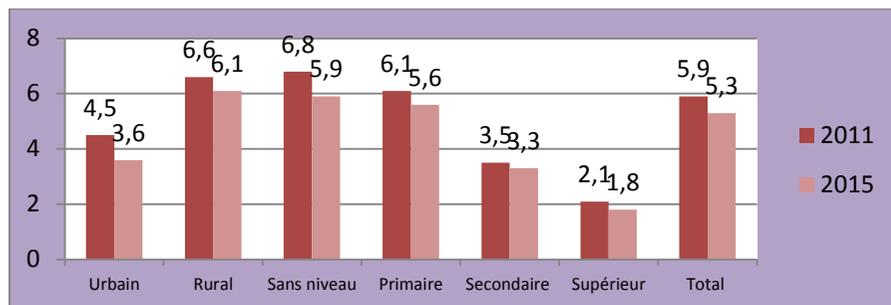
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MOZAMBIQUE							
Fécondité ISF	5,5	5,5	5,4	5,4	5,3	5,3	5,2
Fécondité adolescentes (‰)	161,6	157,7	153,7	150,0	146,3	142,6	138,9
Mortalité infanto-juvénile (‰)	103,1	97,6	92,2	87,2	83,2	78,6	74,8
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,1						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	23,9	..	..	..	23,1	..
PIB par habitant (\$ US)	419,2	526,5	566,0	605,9	623,2	528,3	380,9
IDH	0,401	0,405	0,408	0,413	0,416	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁶⁶ et ICF, 2015 DHS Program

La Figure 2 montre que le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes résidant en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6,6 contre 4,5 en 2011 et 6,1 contre 3,6 en 2015). Malgré en moyenne 2 enfants de supplémentaires chez une femme rurale, le niveau de l'ISF reste encore très élevé tant en milieu rural qu'en milieu urbain au Mozambique.

⁶⁶ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2011 et 2015



Sources : EDS, 2011 et AIS, 2015

Le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction (Figure 2). D'après l'Enquête sur les Indicateurs du SIDA (AIS) en 2015, les femmes qui ont atteint le niveau universitaire ont 1,8 enfant en moyenne, contre 5,9 pour celles n'ayant jamais été à l'école. On peut donc remarquer que la transition de la fécondité n'a pas débuté chez les catégories des femmes sans instruction ou de niveau d'instruction primaire et que l'éducation des femmes joue un rôle capital dans la maîtrise de la natalité.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

Le niveau de la fécondité des femmes reste très élevé au Mozambique et la contribution des adolescentes est non négligeable. Ainsi, l'EDS de 2015 montre que l'entrée en union et en vie fertile se fait à un âge médian de 18 ans. Ceci, impacte non seulement l'éducation des filles au collège, mais aussi augmente fortement la prévalence de la fécondité des adolescentes. Le taux de fertilité des adolescentes est extrêmement élevé au Mozambique (139‰ en 2016. Tableau 1). C'est le 3e taux le plus élevé en Afrique après le Niger et le Mali et une valeur largement au-dessus de la moyenne en Afrique subsaharienne.

2.2 Une utilisation modérée des méthodes contraceptives et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La prévalence de la contraception reste à un niveau modéré au Mozambique. Il est estimé par la Banque mondiale à 27,1% en 2015, soit trois femmes en union sur dix qui y ont recours. Les besoins non satisfaits en matière de planification sont quant à eux élevés et caractérisés par une tendance de baisse très légère entre 2010 et 2016 (de 23,9% à 23,1% .Tableau 1). Ainsi, seulement 2 femmes sur 10 veulent espacer leurs prochaines naissances ou les limiter, mais n'utilisent pas de méthodes de contraception. Ce qui constitue un frein important dans la transition lente de la fécondité dans ce pays.

2.3 Un niveau très élevé de la mortalité infanto-juvénile

La probabilité pour un enfant de décéder avant son 5e anniversaire reste préoccupante. Elle est passée de 103‰ (2010) à 75‰ en 2016. C'est l'un des taux les plus élevés en Afrique subsaharienne. Toutefois, une tendance à la baisse est observée (28 points de pourcentage en 6 ans.). L'espérance de vie à la naissance quant à elle reste l'une des plus faibles dans le continent et s'évalue à 58 ans en 2016 (2 ans de moins que la moyenne d'Afrique Subsaharienne) synonyme d'une mortalité adulte encore élevée. (Banque mondiale : WDI, 2017).

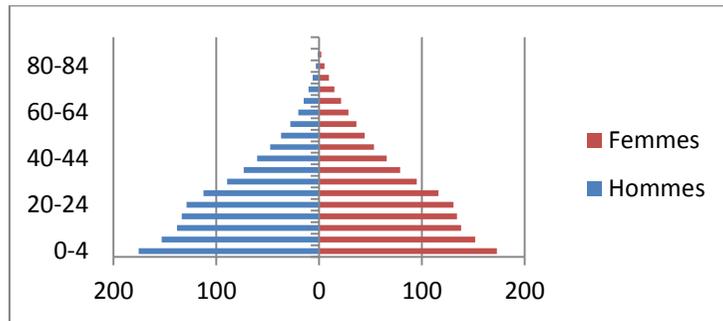
2.4 Un pays à faible développement humain

La transition démographique au Mozambique est en phase débutante et le pays reste l'un des plus pauvres d'Afrique. Son Produit Intérieur Brut par habitant reste très faible et est estimé à 381\$ en 2016 (soit quatre fois inférieur à la valeur moyenne en Afrique subsaharienne qui est de 1.493\$). Le PNUD en 2014 évalue l'Indice de Développement Humain à 0,416 et classe le Mozambique au 45e rang sur 53 pays d'Afrique.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

En 2017, la population namibienne s'élevait à 2,5 millions d'habitants. Ce pays est l'un des moins peuplés d'Afrique Australe avec un taux de croissance démographique annuel de 2,21% et 36% de sa population de moins de 15 ans (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Namibie en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

Avec une population féminine de 51,4% contre 48,6% d'hommes, la Namibie est l'un des pays caractérisés par une surreprésentation de la population féminine. La pyramide des âges est caractérisée par une base large avec un sommet rétréci, synonyme d'une mortalité adulte élevée.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Un niveau faible de la fécondité avec une tendance de stabilité de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le niveau de la fécondité des femmes reste relativement faible et inférieur au niveau moyen observé sur le continent. Ainsi, en 2017, le nombre d'enfants par femme (ISF) est passé de 3,6 (2010) à 3,4 en (Tableau 1). C'est donc une maîtrise et une stabilisation à 3 enfants par femme qui caractérise la démographie namibienne, un niveau légèrement au-dessus de la moyenne observée pour la zone Australe d'Afrique. La transition de fécondité est donc en phase avancée dans ce pays.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

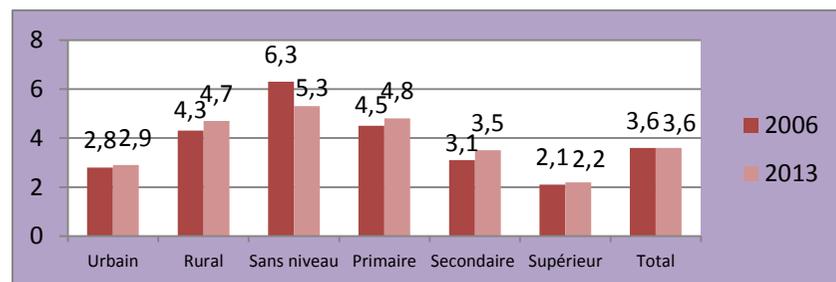
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NAMIBIE							
Fécondité ISF	3,6	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4	3,4
Fécondité adolescentes (‰)	79,7	79,7	79,7	78,5	77,3	76,1	75,0
Mortalité infanto-juvénile (‰)	53,4	52,3	52,1	50,5	49	47,2	45,2
Age au 1^{er} mariage (filles)	29 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	17,5	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	5191	5600	5749	5490	5392	4803	4549
IDH	0,611	0,621	0,623	0,626	0,628	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁶⁷ ET ICF, 2015 DHS Program

La figure N°2 montre que la valeur nationale de l'ISF cache des disparités selon le milieu de résidence. Ainsi, les milieux ruraux contribuent plus au niveau global de la fécondité avec un supplément de 2 enfants par rapport aux milieux urbains (respectivement 4,7 contre 2,8 enfants/femme) en 2013. Si le niveau de l'ISF n'a pas baissé entre les deux dernières EDS de la Namibie, il reste l'un des moins élevés du continent.

⁶⁷ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Répartition du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction entre 2006 et 2013



NDHS⁶⁸, 2006 et NDHS, 2013

La disparité est par ailleurs beaucoup plus accentuée selon le niveau d'éducation des femmes. Le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction et une femme n'ayant jamais fréquenté l'école en 2013 a en moyenne 3 enfants de plus que son homologue ayant un niveau universitaire d'études (5,3 contre 2,2). La transition de la fécondité reste encore un grand défi au sein de la catégorie des femmes non instruites dans le pays.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée tardive en première union**

L'âge au premier mariage a un effet majeur sur la procréation. Les femmes qui se marient tôt auront, en moyenne, une exposition plus longue aux grossesses et un plus grand nombre de naissances durant leur vie féconde. D'après le dernier rapport du NDHS, l'âge médian au premier mariage chez les femmes de 20 à 49 ans est de 29 ans. Toutefois, moins de 50 % des femmes et des hommes ont commencé à vivre avec leur conjoint.e ou partenaire pour la première fois avant le début du groupe d'âge. L'enquête indique aussi que seulement 14% des femmes âgées de 25 à 49 ans se sont mariées avant l'âge de 20 ans. L'entrée tardive en mariage est donc un phénomène relativement ancré. La fécondité des adolescentes reste donc moyennement faible et le taux de fertilité des adolescentes est évalué à 75‰ (Tableau1).

2.2 Une utilisation forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Une femme sur deux utilise les méthodes de planification familiale d'après l'EDS de 2013. C'est donc une des prévalences les plus élevées en Afrique. De plus, les besoins non satisfaits en contraception sont à un niveau bas. 52% des femmes namibiennes déclarent ne plus vouloir d'enfants, et parmi elles, seulement 17% n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits en contraception) en 2016 (Tableau 1).

2.3 Une transition de mortalité en phase avancée

Le risque de mortalité infanto-juvénile reste à un niveau relativement bas. La probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, est de 45‰ en 2016, soit un niveau très inférieur à celui observé en Afrique subsaharienne. La transition de la mortalité infantile est donc en phase avancée et l'espérance de vie à la naissance est évaluée à 64 ans en 2016 (WDI, 2017), soit en moyenne 4 ans supplémentaires par rapport à la moyenne du continent (60 ans).

2.4 Un pays à développement humain moyen.

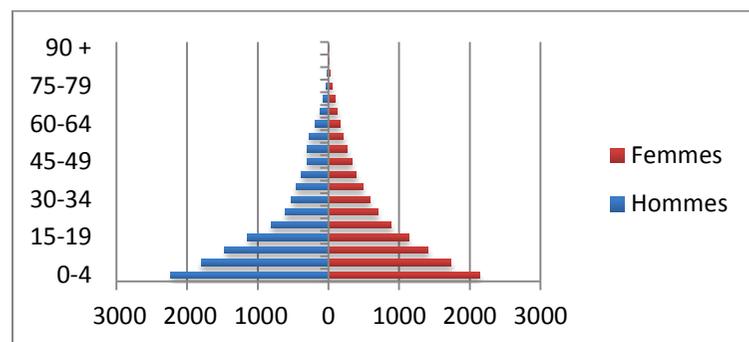
La transition démographique est en phase avancée en Namibie. Le Produit Intérieur Brut par habitant nous est évalué à 4.500 \$ en 2016 (plus de 3 fois supérieur à la moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). Le pays est caractérisé par une activité de production significative et l'Indice de Développement Humain (IDH) évalué par le PNUD en 2016 est l'un des plus élevés du continent. Il est de 0,628 en 2014, et permet à la Namibie de se classer 12e pays d'Afrique.

⁶⁸ Namibia Demographic Health Survey (Enquête Démographique et de Santé)

I-Structure de la population : une population extrêmement jeune

Le Niger est caractérisé par le taux d'accroissement naturel moyen le plus élevé en Afrique (3,85%). Ainsi l'effectif de la population totale est passé de 18.426.372 habitants de 2013 à 21.477.348 habitants en 2017 avec 50,1% d'hommes contre 49,9% de femmes (World Population Prospects, 2017)

Figure N°1 : Pyramide des âges du Niger en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges montre une base large (fécondité très importante) et un rétrécissement rapide vers le sommet (synonyme d'une mortalité infantile et adulte très élevée). C'est donc un pays caractérisé par une population extrêmement jeune, (plus de 20% de la population totale sont des enfants de 0 à 4 ans) et plus de 50% de la population a moins de 15 ans.

II. Dynamique démographique et transition et de développement

2.1 Une fécondité extrêmement élevée avec tendance de baisse très lente de l'Indice de fécondité (ISF).

La fécondité au Niger reste très élevée par rapport à son environnement africain. D'après la Banque mondiale, l'ISF⁶⁹ a baissé de très peu en passant de 7,4 enfants

/femmes en 2010 à 7,2 enfants par femme, en 2016 (tableau 1) ; un niveau très supérieur à la moyenne au niveau du continent subsaharien (5,2 en 2010 et 4,8 en 2016).

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NIGER							
Fécondité ISF	7,4	7,4	7,4	7,3	7,3	7,3	7,2
Fécondité adolescentes (%)	205,1	203,6	202,1	200,0	198,0	196,0	194,0
Mortalité infanto-juvénile (%)	123,6	116,4	109,9	104,1	98,6	93,5	88,7
Age au 1^{er} mariage (filles)	15,8 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	..	..	16	..	..	..	23,9
PIB par habitant (\$ US)	348,1	375,5	391,5	416,1	429,7	362,7	364,1
IDH	0,326	0,333	0,342	0,345	0,348	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (%)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁷⁰ et ICF, 2015 DHS Program

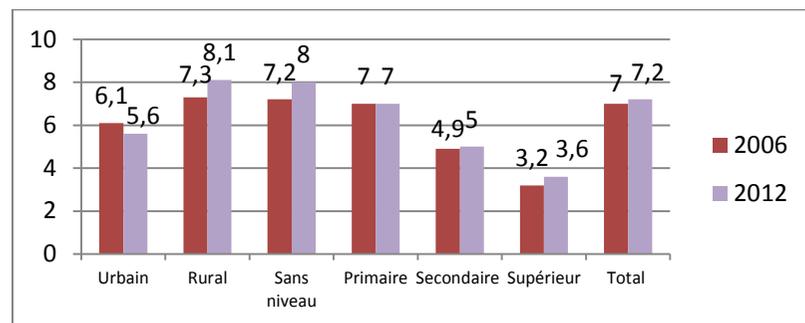
La Figure 2 ci-dessous montre qu'il existe de fortes disparités de la fécondité selon le milieu de résidence. D'après les données des deux EDS les plus récentes, le

⁶⁹ Indice synthétique de Fécondité

⁷⁰ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

nombre d'enfants par femme est toujours plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Le nombre d'enfants par femme continue d'augmenter dans les milieux ruraux (7,3 (2006) à 8,1 (2012)), contrairement aux milieux urbains où on constate une légère baisse de 6,1 à 5,6 enfants par femme.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2006 et 2012.



EDSN⁷¹, 2006 et EDSN, 2012

Quant à l'analyse selon le niveau d'éducation des femmes, on constate que ce dernier impacte considérablement la fécondité au Niger. Ainsi, en 2012, l'ISF est de 8 enfants/femme chez les femmes sans aucune instruction alors qu'il est de 3,6 chez la catégorie des femmes ayant fait des études universitaires, soit plus de 4 enfants supplémentaires chez une femme non instruite par rapport à son homologue universitaire.

- **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes** : une entrée très précoce en mariage.

Le niveau très élevé de la fécondité au Niger est déterminé aussi par l'entrée très précoce des filles en mariage. Ainsi, l'âge médian au premier mariage est de 15 ans d'après l'EDSN 2012 (50% se marient dans ce pays avant l'âge de 15 ans). Conséquence, la fécondité des adolescentes est extrêmement élevée au Niger. Plus de 40% des filles de 15 à 19 ans ont déjà un enfant ou sont enceintes (EDS, 2012). La Banque mondiale a estimé le taux de fertilité chez les adolescentes (naissances

par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) à 203‰ en 2010, et à 194,0‰ en 2016, taux record mondial (près du double de la prévalence moyenne de l'Afrique subsaharienne) (voir Tableau 1).

2.2 Une très faible utilisation des méthodes contraceptives avec une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Un autre facteur important du niveau élevé de la fécondité au Niger est la très faible utilisation des méthodes de contraception qui est estimée à 12% (une des plus faibles proportions en Afrique). Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale passent de 16% en 2012 à 24% en 2016 (Tableau 1). Ce qui signifie qu'en plus de la faible utilisation des méthodes contraceptives, la proportion des femmes qui en éprouvent le besoin pour des fins de limitation et d'espacement reste élevé et continue d'augmenter au cours de la période.

2.3 Une mortalité élevée avec une évolution en baisse importante

Le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans demeure très élevé au Niger. Sur 1000 naissances vivantes, 123 des nouveau-nés décèdent avant d'atteindre leur cinquième anniversaire en 2010. Six ans plus tard (2016), le niveau de la mortalité infantile a baissé considérablement et passe à 88 ‰ en 2016. Quant à l'espérance de vie à la naissance, elle s'évalue à 60 ans en 2016.

2.4 Un pays à très faible développement humain

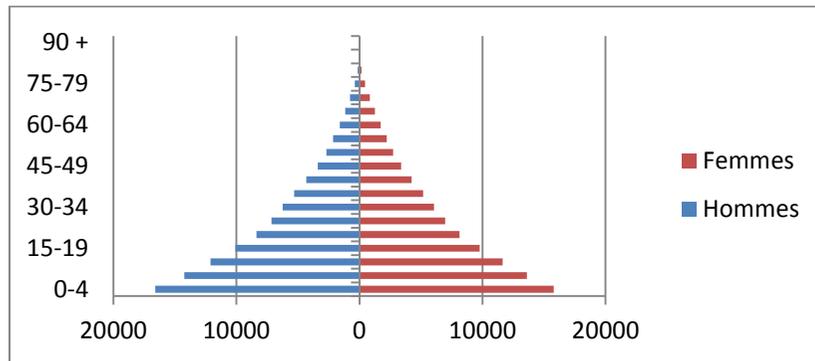
Le Niger est le seul pays au monde qui n'a pas débuté sa transition démographique. Par ailleurs, le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent africain et dans le monde en se limitant 364\$ en 2016 (contre 1.493\$, la moyenne d'Afrique Subsaharienne). Le pays est caractérisé par une très faible activité productive, avec un niveau de Développement Humain faible (IDH passant de 0,326 en 2010 à 0,346 en 2014) d'après le rapport du PNUD. Ce qui lui vaut une classification au rang de 53e pays africain sur 53 en termes de développement humain.

⁷¹ Enquête Démographique et de Santé du Niger

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La population du Nigéria avoisine les 200 millions en 2017. C'est le pays le plus peuplé du continent africain. Avec un taux de croissance démographique de 2,7 %, l'effectif de la population nigériane est passé de 171,8 millions en 2013 à 190,9 millions habitants en 2017 (WPP⁷², 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de l’Nigéria en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges illustrée est caractérisée par une base large, signe d'une fécondité encore élevée (avec 44% de l'effectif total âgés de moins de 15 ans) et un rétrécissement vers le sommet, synonyme d'une mortalité encore importante. Les femmes représentent 49,3% de la population totale.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Un niveau de fécondité élevé avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le Nigéria est l'un des pays d'Afrique de l'Ouest caractérisés par une fécondité élevée. Le nombre d'enfants par femme, selon la Banque mondiale, (WDI 2017), est passé de 5,8 en 2010 à 5,5 en 2016

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
NIGERIA							
Fécondité ISF	5,8	5,8	5,7	5,7	5,6	5,5	5,5
Fécondité adolescentes (‰)	119,5	118,2	117,0	115,1	113,1	111,2	109,2
Mortalité infanto-juvénile (‰)	129,6	124,7	119,9	115,6	111,6	107,5	103,8
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,3 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	18,9	..	16,1	..	..	28,9
PIB par habitant (\$ US)	2291	2519	2745	2996	3221	2729	2175
IDH	0,493	0,499	0,505	0,510	0,514	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁷³ ET ICF, 2015 DHS Program

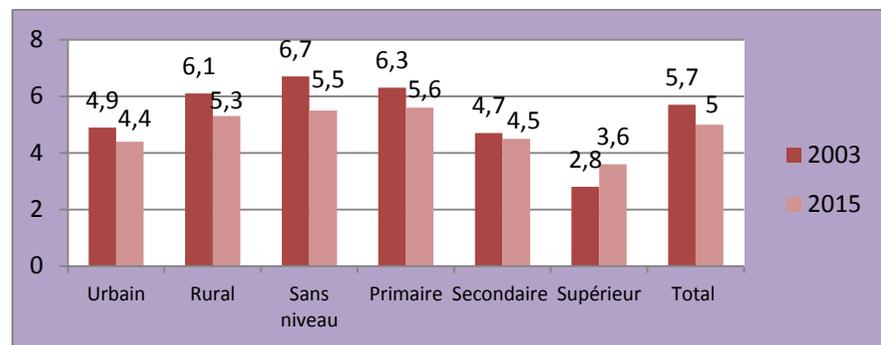
L'analyse des disparités selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction nous révèle (Figure 2), montre que le nombre d'enfants par femme reste élevé tant en milieu urbain qu'en milieu rural avec en moyenne un enfant supplémentaire chez une femme de zone rurale en 2016 (5,3 enfants par

⁷² World Population Prospects, (Nation Unies)

⁷³ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

femme en milieu rural contre 4,4 en milieu urbain). Malgré de légères baisses entre 2003 et 2016, la transition de la fécondité reste encore embryonnaire.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2003 et 2016.



Sources : NDHS⁷⁴, 2003 et MIS⁷⁵, 2016

L'analyse différentielle de la fécondité selon le niveau d'instruction (Figure 2), indique quant à elle, que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi, en 2016, les femmes qui ont atteint le niveau supérieur d'études ont 3,6 enfants en moyenne, contre 5,5 pour celles n'ayant jamais été à l'école.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

La précocité de l'âge d'entrée en union encourage le phénomène de déscolarisation des filles et la fécondité précoce en Afrique subsaharienne. De fait, au Nigéria, l'âge médian d'entrée en mariage s'évalue en 2017 à 18,3 ans (Tableau1). Cette entrée massive en mariage à l'âge de l'adolescence accentue considérablement le phénomène de la fécondité des jeunes filles dans ce pays. Ainsi, la Banque mondiale en 2017 estime le taux de fertilité des adolescentes à

120‰ en 2010 et à 109‰ en 2016, catégorisant le pays parmi ceux ayant un niveau de fécondité des adolescentes le plus élevé de la région Ouest africaine, un véritable frein à la transition de la fécondité.

2.2 Une utilisation très faible des méthodes contraceptives et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Le Nigéria détient l'un des plus faibles records d'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique. La dernière EDS de 2014 évalue à 15% la proportion des femmes en union qui utilisent une méthode contraceptive, une augmentation de seulement 2 points de pourcentage en 10 ans (par rapport à l'EDS de 2003). De plus, seulement 10% utilisent une méthode moderne. Ce qui pourrait être un des facteurs déterminants de premier ordre du niveau encore élevé de la fécondité et de sa transition qui peine à être effective. Les besoins non satisfaits sont aussi élevés même si entre 2013 et 2016, ils passent de 16 à 28%.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile très élevée

Au Nigéria, le risque pour un.e enfant de décéder avant son 5e anniversaire est passé de 129‰ (2010) à 103 en 2016 (Tableau 1). C'est l'un des taux les plus élevés au monde. Bien que ce taux soit encore alarmant, on peut observer une baisse importante entre 2010 à 2016 de 29 points de pourcentage. L'espérance de vie à la naissance reste de ce fait l'une des plus faibles dans la région et s'évalue à 53 ans en 2016, soit 7 ans de moins en termes de durée de vie que la moyenne observée pour le continent (Banque mondiale : WDI, 2017).

2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant est moyennement élevé et reste l'un des plus importants de la sous-région ouest africaine à 2.175 \$ en 2016 (contre 1.493 \$ en Afrique). Le pays est caractérisé par une activité productive importante, mais avec un faible niveau de Développement Humain (IDH passant de 0,493 en 2010 à 0,514 en 2014) d'après le rapport du PNUD, classant ainsi le Nigéria au rang de 23e pays africain sur 53.

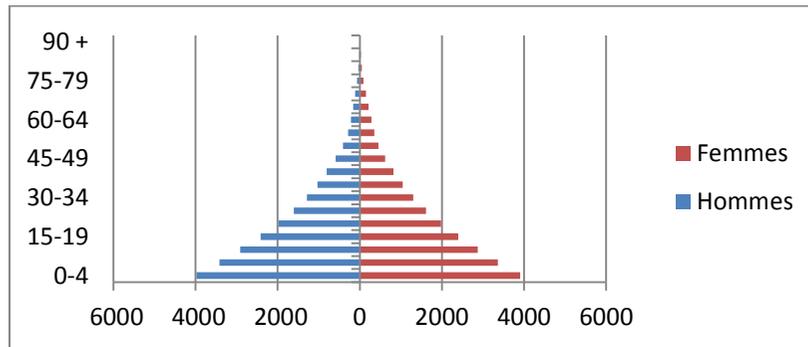
⁷⁴ Nigeria Demographic and Health Survey (Enquête Démographique et de Santé)

⁷⁵ Malaria Indicator survey (Enquête sur les indicateurs du Paludisme)

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

En 2017, la population ougandaise s'élevait à 42, 8 millions. Avec un taux de croissance démographique annuel de 3,4%, ce pays est caractérisé par le taux de croissance de la population plus élevé en Afrique, derrière celui du Niger. 48,1% de sa population à moins de 15 ans (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de l'Ouganda en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large témoignant d'une fécondité encore très élevée, qui baisse très légèrement, avec un rétrécissement très rapide vers le sommet, synonyme d'une mortalité adulte encore élevée.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité très élevée avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

L'Ouganda est l'un des pays d'Afrique de l'Est caractérisés par une fécondité très élevée comparable à celle des pays du G5 Sahel. Le nombre d'enfants par femme, d'après les données de la Banque mondiale, (WDI 2017), passe de 6,1 en 2010 à 5,5 en 2016 (Tableau 1).

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

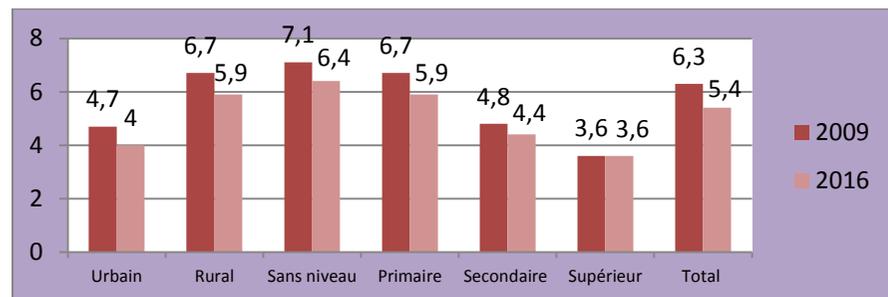
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
OUGANDA							
Fécondité ISF	6,1	6,0	5,9	5,8	5,7	5,6	5,5
Fécondité adolescentes (‰)	135	131	126	122	118	114	110
Mortalité infanto-juvénile (‰)	78	73	67,3	62,7	59	55,3	51,6
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,9 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	..	34	..	..	34,7	31,8	..
PIB par habitant (\$ US)	595	574	636	655	702	675	581
IDH	0,473	0,47	0,476	0,478	0,483	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁷⁶ ET ICF, 2015 DHS Program

La Figure 2 montre que le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes résidant en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6,7 contre 4,7 en 2009 et 5,9 contre 4 en 2016). Malgré 2 enfants supplémentaires en moyenne par femme rurale, on remarque que le niveau global de l'ISF reste encore élevé tant en milieu rural qu'en milieu urbain en Ouganda, bien que de légères baisses sont à notifier entre 2010 et 2016.

⁷⁶ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2009 et 2016.



Sources : EDSO⁷⁷ 2009 et EDSO, 2016.

Le niveau d'éducation des femmes influence aussi de façon différenciée l'indice de fécondité en Ouganda. Ainsi, en 2016, les femmes ayant atteint un niveau universitaire ont en moyenne 3,6 enfants/femme contre 5,9 pour celles qui ne sont pas instruites, soit plus de deux enfants supplémentaires par femmes attribué à l'absence d'instruction. L'éducation de la femme est donc un facteur potentiel de réduction de la fécondité en Ouganda.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

En Ouganda, l'âge médian d'entrée en première union s'établit en 2017 à 18,9 ans (Tableau1). Cette précocité influence la fécondité des adolescentes. Ainsi, la Banque mondiale en 2017 estime le taux de fertilité des adolescentes à 135‰ en 2010 et à 110‰ en 2016, l'un des niveaux de fécondité des adolescentes le plus élevé d'Afrique.

2.2 Une utilisation modérée des méthodes contraceptives et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'Ouganda est aussi l'un des pays qui a fait des progrès dans l'utilisation de la contraception. Sa prévalence s'est beaucoup améliorée et passe de 14% en 2000 à

34% en 2016 (EDSO, 2016). Les besoins non satisfaits en matière de planification sont quant à eux élevés et sont caractérisés par une tendance de baisse légère entre 2012 et 2016 (de 34% à 31% .Tableau 1). En d'autres termes, plus de 3 femmes sur 10 (31%) veulent espacer leurs prochaines naissances ou les limiter, mais n'utilisent pas de méthodes de contraception. Ceci constitue une limite importante la transition de la fécondité dans le pays.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile en phase de baisse importante

Comparé au reste du continent, l'Ouganda a réalisé d'important progrès en termes de niveau de mortalité. En 2011, pendant qu'au niveau africain, 78 enfants sur 1000 naissances vivantes mourraient avant leur 5e anniversaire, ce taux se limitait à 51 en Ouganda (Tableau 1).Le pays fait partie de ceux qui disposent en Afrique d'un niveau plus bas de mortalité infantile. Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance s'évalue en 2016 à 59 ans, un niveau bas comparé à celui de ces homologues de l'Afrique de l'Est (WDI, 2017), et qui signifierait que la mortalité des adultes est encore importante.

2.4 Un pays à faible développement humain

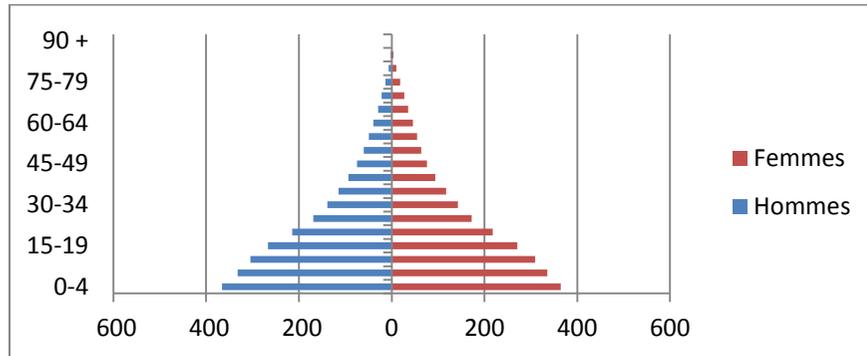
Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent. Cet indicateur est estimé à 595\$ en 2010 et à 581\$ en 2016 (soit plus de deux fois inférieur à la valeur moyenne en Afrique subsaharienne qui est de 1.493 \$). Ainsi, avec une fécondité élevée, un revenu par habitant qui reste faible (38% de la population ont à moins de 1,25\$ par jour), la population est caractérisée par un niveau développement humain faible. Le PNUD en 2014 évalue son Indice de Développement Humain à 0,411 et le classe en termes de développement humain, au 33e rang en Afrique sur 53 pays.

⁷⁷ Enquête Démographique et de Santé de l'Ouganda

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Avec un taux d'accroissement naturel moyen de 2,2% en 2016, sa population est passée de 4,5 millions en 2013 à 4,7 millions en 2017 avec 50,7% de femmes contre 49,3% d'hommes (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Centrafrique en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large, signe d'une forte fécondité. 16% de la population totale sont des nouveaux nés de 0-4 ans et 43% ont un âge compris entre 0 et 15 ans. De plus, on remarque un rétrécissement rapide vers le sommet de la pyramide, ce qui signifie un niveau encore élevé de la mortalité adulte et la mortalité précoce qui réduit rapidement les effectifs au fur et à mesure que l'âge augmente.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) et de la fécondité des adolescentes

Le nombre d'enfants par femme (ISF) reste à un niveau relativement élevé en Centrafrique. Selon la Banque mondiale (WDI 2017), l'ISF, qui est de 5,2 enfants par femme en 2010, passe à 4,8 en 2016 (tableau 1). La fécondité baisse donc mais de façon très légère.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

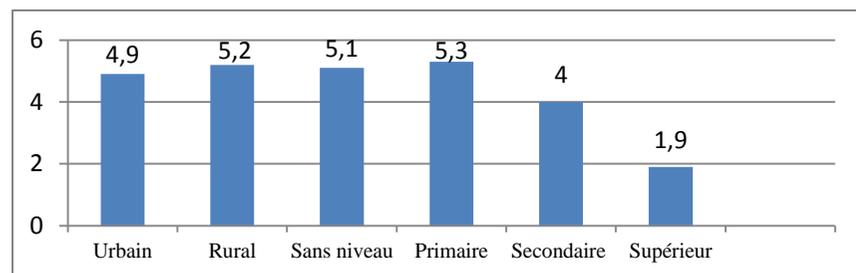
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE							
Fécondité ISF	5,2	5,1	5,1	5,0	5,0	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	114	114	113	111	109	107	105
Mortalité infanto-juvénile (‰)	150	146	142	139	134	130	125
Age au 1^{er} mariage (filles)	17,4 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	34	..	..	34,7	31,8	..
PIB par habitant (\$ US)	446	490	483	337	377	348	382
IDH	0,362	0,37	0,373	0,348	0,350	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁷⁸ ET ICF, 2015 DHS Program

Bien que la République Centrafricaine ne dispose pas de récentes Enquête Démographique et de Santé (EDS), la dernière qui date de 1995 nous montre qu'il existe des disparités selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction. Ainsi, la Figure 2 nous révèle que le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes résidant en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (5,2 contre 4,9).

⁷⁸ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2005 et 2012 de l'Ethiopie.



Sources : EDSC, 1995

La Figure 2 indique que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation de son niveau d'instruction. Ainsi, les femmes qui ont atteint le niveau supérieur d'études ont en moyenne 3 enfants de moins que leurs homologues qui n'ont pas été à l'école. L'éducation de la femme joue donc un rôle indispensable dans le processus de transition de fécondité.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes**

Le niveau de la fécondité des femmes reste élevé en Centrafrique. La contribution des adolescentes à la vie fertile y joue un rôle non négligeable. Ainsi, les données de la dernière Enquête Démographique et de Santé de la Centrafrique (EDSC) relatent que l'entrée en union des filles se fait à un âge médian de 17 ans. Ceci, impacte non seulement l'éducation des filles au collège (la participation à l'école secondaire des filles entre 2008-2012 est de 14.6%), mais aussi augmente fortement la probabilité d'entrer en vie féconde de façon précoce. On pourra donc constater que la Centrafrique dispose du taux de fertilité des adolescentes le plus élevé de la région de l'Afrique Centrale qui est de 105‰ en 2016 (114‰ en 2010).

2.2 Un niveau d'utilisation faible de la contraception et un niveau élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Un autre déterminant de cette transition lente de la fécondité reste l'utilisation très limitée des méthodes de planification familiale. Ainsi, la dernière EDSC de la Centrafrique révèle que seulement 12% des femmes utilisent les méthodes

modernes de contraception. Cette faible utilisation est accompagnée par une proportion très importante des besoins non satisfaits en matière de planification. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter leur prochaine naissance, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits en contraception) est de 34% en 2010 et passe 31% en 2016, un frein véritable frein pour la baisse du niveau de la fécondité dans ce pays.

2.3 Un niveau élevé de la mortalité infanto-juvénile

D'après le Tableau 1, le risque pour un nouveau-né de décéder avant 5 ans reste à un niveau élevé en Centrafrique. Largement au-dessus du niveau observé pour l'Afrique subsaharienne, la mortalité des enfants de moins de 5ans reste très élevée à 125‰ en 2016 (150‰ en 2010). L'espérance de vie à la naissance en 2016 est de 52 ans (Banque Mondiale, 2017), et reste l'un des plus bas en Afrique. Ceci est la conséquence d'une mortalité adulte très élevée, étroitement liée à la situation de guerre civile qui caractérise ce pays jusqu'à nos jours.

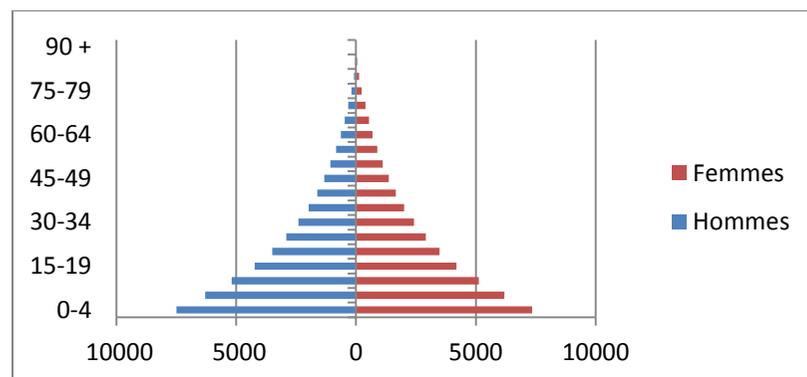
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant en Centrafrique est évalué à 382\$ en 2016 (soit trois fois inférieur à la valeur moyenne du continent africain : 1.493\$). Le développement humain du pays est le plus faible au monde, juste avant le Mali. L'Indice de développement humain (IDH) est de 0,350 en 2014, classant la Centrafrique au 52^e rang sur 53 pays africains.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La République Démocratique du Congo (RDC) est le quatrième pays le plus peuplé d’Afrique après le Nigéria, l’Ethiopie et l’Egypte. Fort d’un effectif de 81,3 millions en 2017, le taux de croissance démographique annuel de la RDC est de 3,31% avec 46% de sa population qui a moins de 15 ans (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de la RDC en 2017



La pyramide des âges est caractérisée par une base large et un rétrécissement très rapide vers le sommet, signe d’une fécondité et d’une mortalité encore élevées. La structure de la population révèle que les femmes représentent 50,1% de la population contre 49,9% d’hommes.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l’Indice synthétique de fécondité (ISF)

La RDC est l’un des pays caractérisés par une fécondité extrêmement élevée. Le nombre d’enfants par femme, selon la Banque mondiale (WDI 2017), est de 6,5 en 2010 et passe à 6,1 en 2016 (Tableau 1), un niveau bien au-dessus de la moyenne en Afrique sub-Saharienne.

Tableau 1 : Synthèse de l’évolution des indicateurs clés de la transition

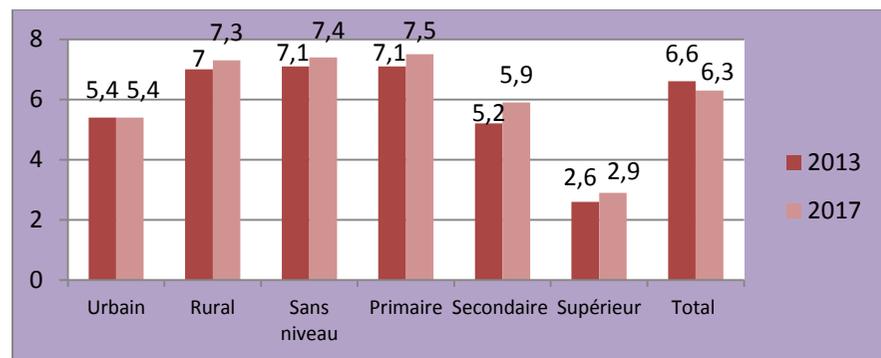
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO							
Fécondité ISF	6,5	6,4	6,4	6,3	6,2	6,2	6,1
Fécondité adolescentes (‰)	129	129	129	128	127	126	125
Mortalité infanto-juvénile (‰)	116	112	108	104	101	97,6	94,4
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,8 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	24,2	..	..	..	27,7	..	..
PIB par habitant (\$ US)	334	387	424	458	487	497	471
IDH	0,408	0,41	0,423	0,430	0,433	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁷⁹ et ICF, 2015 DHS Program

La Figure 2 montre qu’il existe une forte disparité entre milieu rural et milieu urbain. D’après la dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2017 de la RDC, une femme qui réside en milieu rural a en moyenne 7,3 enfants, soit deux enfants de plus que son homologue qui réside en milieu urbain (5,4 enfants). Ces données nous montrent donc que la RDC est le troisième pays en Afrique après le Niger et le Mali, où la fécondité reste toutefois élevée tant en milieu rural qu’en milieu urbain.

⁷⁹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2013 et 2017.



Sources : EDS, 2013 et EDS, 2017

La disparité selon le niveau d'instruction reste aussi très forte en RDC. La Figure 2, indique que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'élévation du niveau d'instruction en particulier des études secondaires et universitaires. Ainsi, les femmes qui ont atteint le niveau supérieur d'études ont 2,9 enfants en moyenne, contre 7,5 pour celles n'ayant jamais été à l'école, soit en moyenne plus de 4 enfants de moins.

➤ Age médian au mariage et fécondité des adolescentes

Le niveau très élevé de la fécondité pourrait être influencé positivement par la fécondité des adolescentes qui à son tour reste fondamentalement déterminée par l'âge d'entrée en union. Ainsi, la dernière EDS de 2017 relate qu'en RDC, l'entrée en union et en vie fertile se fait à un âge médian de 19 ans. Cet âge, bien qu'étant identique à la moyenne observée sur le continent reste précoce et encourage une activité sexuelle et une vie fertile précoce chez les adolescentes. Les données de la Banque mondiale révèlent à ce sujet que le taux de fertilité des adolescentes reste quasi stable passant de 129‰ en 2010 à 125‰ en 2016.

2.2 Un faible niveau d'utilisation de la contraception avec une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La prévalence contraceptive moderne en RDC, en 2017 est de 18%. D'après le Pan African Medical Journal, plusieurs femmes refuseraient d'utiliser les méthodes contraceptives modernes malgré l'information dont elles disposent à cause de leur désir de maternité, l'interdiction religieuse, l'opposition du conjoint et la crainte des effets secondaires. Par ailleurs, 27% en 2016 (Tableau 1) expriment des besoins non satisfaits en matière de contraception. Ainsi, en 2016, environ 3 femmes sur 10 ont une volonté d'espacer ou limiter leur prochaine naissance, mais n'utilisent pas de méthodes de contraception,

2.3 Une mortalité infanto-juvénile élevée

D'après le Tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 116‰ en 2010 à 94‰ en 2017, des niveaux encore élevés et relativement supérieurs à ceux observés en moyenne pour l'Afrique Subsaharienne. La transition de la mortalité est donc en phase débutante en RDC et l'espérance de vie à la naissance reste à un niveau sensiblement bas et s'évalue en 2016 à 59 ans d'après la Banque mondiale (WDI, 2017),

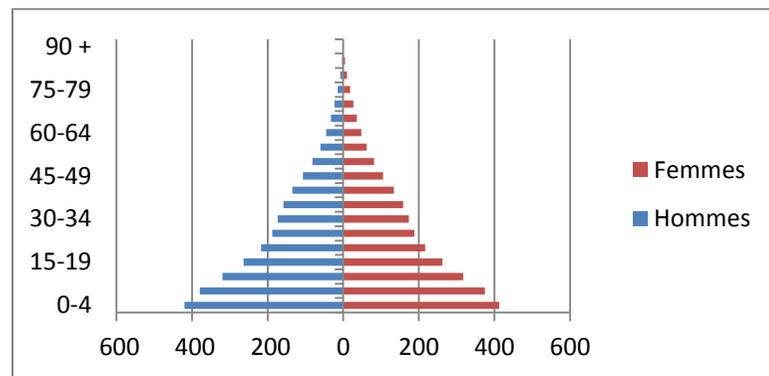
2.4 Un pays à très faible développement humain

La transition démographique en RDC reste en phase débutante. Cette dynamique de population est aussi corrélée à l'évolution des indicateurs économiques tels le Produit Intérieur Brut par habitant qui reste faible 471 \$ par habitant en 2016 (soit 3 fois inférieur au niveau moyen africain évalué à 1493 \$). Le niveau de développement humain est aussi faible (IDH passant de 0,408 en 2010 à 0,433 en 2014) d'après le rapport du PNUD (Tableau 1) classant ainsi la RDC au 41^e rang sur 53 pays africains.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

En 2017, la population de la République du Congo s'élevait à 5,3 millions d'habitants, avec un taux de croissance démographique annuel de 3,85% avec 42% de sa population qui a moins de 15 ans (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Congo en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

Avec une population féminine de 49,97% contre 50,03% d'hommes, la pyramide des âges en 2017 de la République du Congo est caractérisée par une base large (fécondité élevée) et un sommet rétréci, synonyme d'une mortalité adulte encore élevée.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité moyennement élevée avec une tendance en baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) et de la fécondité des adolescentes

Le niveau de la fécondité des femmes reste inférieur au niveau du continent. Ainsi le nombre d'enfants par femme (ISF) est passé de 4,9 (2010) à 4,6 en 2016 (tableau 1) comparé aux valeurs en Afrique subsaharienne qui respectivement se situent à 5,2 et 4,8 d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). La transition de la fécondité en République du Congo est donc en phase d'évolution modérée.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

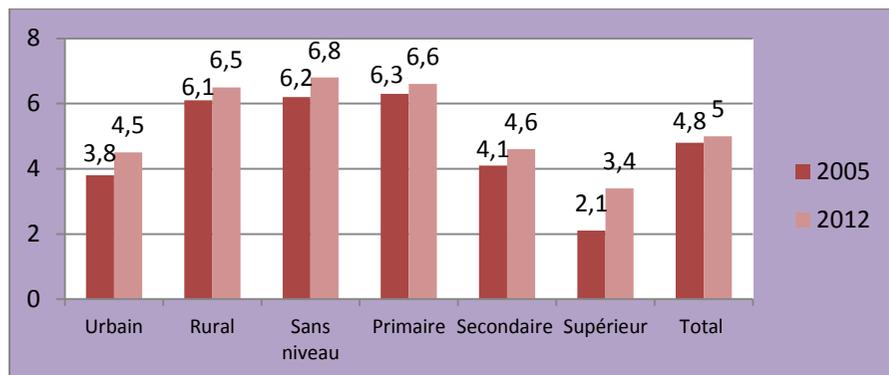
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RÉPUBLIQUE DU CONGO							
Fécondité ISF	4,9	4,9	4,8	4,8	4,7	4,7	4,6
Fécondité adolescentes (‰)	125	124	123	120	118	116	114
Mortalité infanto-juvénile (‰)	63,1	60,2	57,6	55,3	53,3	51,3	49,4
Age au 1^{er} mariage (filles)	19 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	18,4	..	..	17,9	..
PIB par habitant (\$ US)	2737	3196	2952	2964	2910	1712	1762
IDH	0,554	0,560	0,575	0,582	0,591	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016²⁵ ET ICF, 2015 DHS Program

La figure N°2 montre que la valeur au niveau national de l'ISF cache des disparités selon le milieu de résidence. Ainsi, les milieux ruraux contribuent plus au niveau élevé de la fécondité avec un écart de 2,3 enfants par rapport aux milieux urbains (respectivement 6,1 contre 3,8 enfants/femme) en 2009 ; et un écart de 2 enfants/femme en 2015 (soit 6,5 enfants/femmes en milieux ruraux contre 4,5 en milieu urbain). Ainsi, bien que le niveau de l'ISF soit modérément élevé au République du Congo, on remarque qu'entre les deux dernières EDS, il a augmenté légèrement (plutôt qu'au scénario de baisse souhaité) tant en milieu urbain que rural.

²⁵ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2009 et 2015 en République du Congo



EDSC, 2005 et EDSC, 2012

Quant à la disparité selon le niveau d'instruction, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi, l'ISF passe de 6,6 parmi les femmes sans aucun niveau d'instruction à 3,4 enfants par femmes chez celles ayant un niveau universitaire.

➤ Age médian au mariage et fécondité des adolescentes

L'entrée en mariage reste un phénomène précoce en République du Congo. La dernière enquête démographique du République du Congo évalue l'âge médian d'entrée en union à 19 ans et l'âge médian à la première naissance est de 19,6. Autrement dit, 50% des femmes âgées de 15-49ans ont déjà donné naissance à au moins un enfant. Sachant que l'âge d'entrée en vie fertile détermine la fécondité et la descendance finale, on remarque que tout comme c'est le cas de plusieurs pays africains, la fécondité des adolescentes reste élevée en République du Congo. Cette participation importante des adolescentes à la vie fertile est confirmée par les données de la Banque mondiale de 2016 qui évalue le taux de fertilité des adolescentes à 116%.

2.2 Une utilisation forte de la contraception ; un niveau faible avec tendance à la baisse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Selon la dernière EDS (2012), 44% des femmes en union ont recours aux méthodes de planification familiale, mais seulement 22% pour un moyen de type moderne. De plus, les besoins non satisfaits en contraception sont à un niveau relativement bas. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits en contraception) est de 18% en 2016, un niveau les plus faibles par rapport à celui observé pour l'Afrique au sud du Sahara.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevé, en phase de baisse

La probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 63% en 2010 à 49% en 2016, soit un niveau près de deux fois inférieur à celui évalué par la Banque mondiale pour l'ensemble de la zone subsaharienne. La transition de la mortalité est donc assez avancée en République du Congo et cela a un impact positif sur l'espérance de vie à la naissance qui passe 60 (2010) à 65 ans en 2016 (WDI, 2017), soit une durée moyenne de vie évalué à 5 ans de plus qu'au niveau africain.

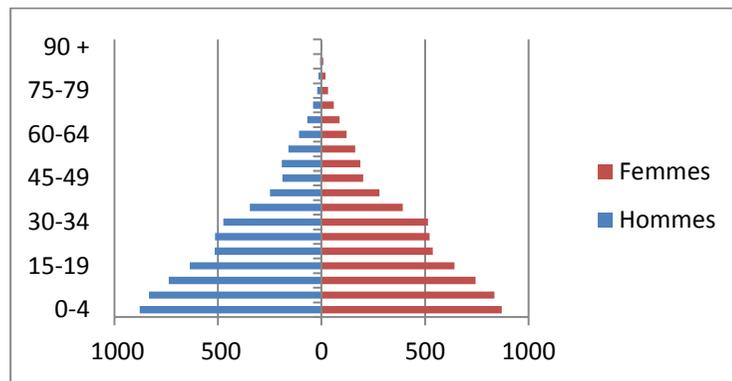
2.4 Un pays développement humain moyen

La République du Congo est en phase de transition démographique modérée. Le Produit Intérieur Brut par habitant se monte à 1.762 \$ en 2016 (un niveau supérieur à la moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). La République du Congo est caractérisée par une activité de production importante ; et un niveau de développement humain moyen en phase d'amélioration continue (IDH passant de 0,554 en 2010 à 0,591 en 2014) d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD. Le pays est ainsi classifié au 13e rang sur 53 en termes de développement humain en Afrique.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La population du Rwanda est l'une des plus faibles de la région d'Afrique de l'Est. Avec un taux d'accroissement naturel de 2,7%, il passe de 11 millions en 2013 à 12,2 millions d'habitants en 2017. La distribution par sexe évalue l'effectif des femmes à 51% contre 49% d'hommes avec 40% de population totale qui est âgée de moins de 15 ans. (WPP⁸⁰, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Rwanda en 2017.



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large et un rétrécissement lent vers le sommet. Ce graphique stipule ainsi que le Rwanda est caractérisé par une fécondité moyennement élevée et une mortalité en baisse importante.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Un pays au milieu de sa transition de fécondité

Le nombre d'enfants par femme (ISF) au Rwanda est passé de 4,5 en 2010 à 3,8 en 2016 (Tableau 1), soit l'un des niveaux de fécondité parmi les plus bas de la zone d'Afrique de l'Est selon la Banque mondiale (WDI, 2017). La transition de la fécondité au Rwanda est donc en phase active.

⁸⁰ World Population Prospects (Nation Unies)

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

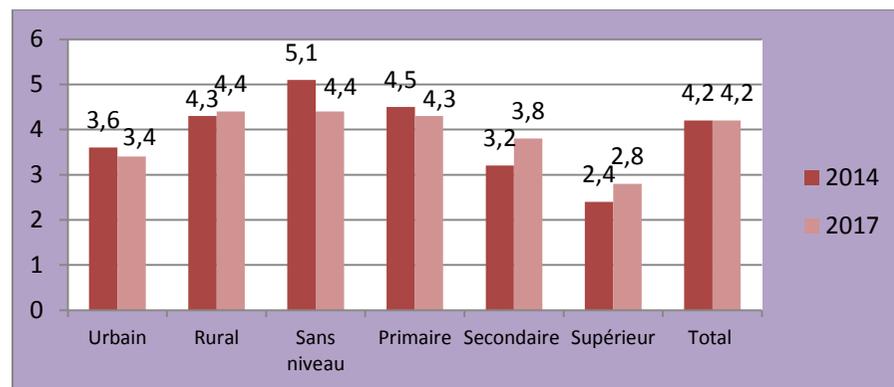
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
RWANDA							
Fécondité ISF	4,5	4,3	4,2	4,1	4,0	3,9	3,8
Fécondité adolescentes (‰)	34,7	32,8	30,9	29,9	28,8	27,8	26,7
Mortalité infanto-juvénile (‰)	64,4	57,5	52,2	48	44,7	42	39,8
Age au 1^{er} mariage (filles)	22 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	20,8	20,8	..	..	..	18,9	..
PIB par habitant (\$ US)	563,4	624,1	679,8	688,8	706,5	711,7	711,1
IDH	0,453	0,464	0,476	0,479	0,483	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁸¹ ET ICF, 2015 DHS Program

La figure N°2 montre qu'au niveau national, l'estimation de l'ISF cache des disparités selon le milieu de résidence. Le milieu rural contribue légèrement plus au niveau élevé de la fécondité avec un écart seulement de 1 enfant par rapport aux milieux urbains (respectivement 4,4 contre 3,4 enfants/femme) en 2017. Entre 2014 et 2017, on observe une baisse très légère de l'ISF en milieu rural et une tendance de stabilité en milieu urbain au cours de la même période.

⁸¹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2014 et 2017



Sources : EDS, 2014 et MIS, 2017

Quant à la disparité selon le niveau d'instruction des femmes, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi, l'ISF en 2017 passe de 4,4 chez les femmes sans aucun niveau d'instruction à seulement 2,8 enfants par femmes chez celles ayant atteint un niveau universitaire. La fécondité est donc en pleine phase de transition.

- **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes :** Une entrée tardive en première union.

L'âge d'entrée en première union des filles est tardif au Rwanda par rapport aux autres pays d'Afrique. D'après l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) du Rwanda de 2014, l'âge médian d'entrée en union est de 22 ans (soit 4 ans plus tard que l'âge médian évalué pour l'Afrique subsaharienne). Sachant que l'âge d'entrée en vie fertile détermine la fécondité, on remarque que comparée à plusieurs autres pays africains, la fécondité des adolescentes est restée à un niveau très faible. Le Rwanda est donc l'un des pays où l'entrée en premier mariage d'une adolescente est peu fréquente. Ainsi, selon la Banque mondiale, seulement 2 naissances sur 100 sont attribuées à une adolescentes 2016 (26 pour 1000).

2.2 Une utilisation forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Le Rwanda est l'un des rares pays en Afrique caractérisé par une proportion élevée de l'utilisation des méthodes contraceptives. D'après l'EDS de 2014, 53% des femmes en union utilisent des méthodes de contraception (EDSR, 2014). De plus, les besoins non satisfaits en contraception sont à un niveau relativement bas. Ainsi, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits) est de 19% en 2016, un niveau très inférieur à celui observé pour la région subsaharienne.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevée

D'après le Tableau 1, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 64‰ en 2010 à 40‰ en 2016, soit un niveau plus de deux fois inférieur à celui observé en moyenne pour l'Afrique subsaharienne. La transition de la mortalité est donc en phase avancée au Rwanda et cela a un impact positif sur l'espérance de vie à la naissance qui est de 67 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 7 ans de durée de vie supplémentaire par rapport à l'Afrique subsaharienne.

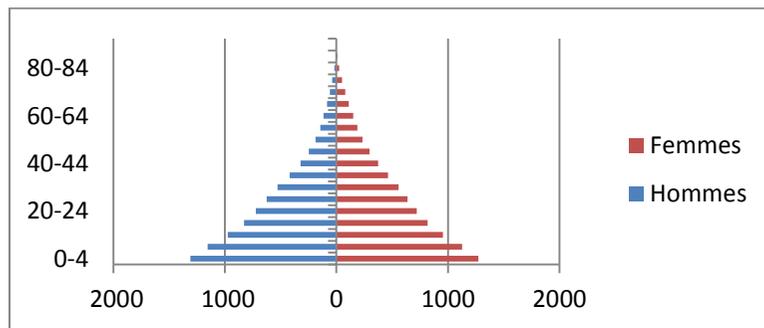
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Rwanda est au milieu de sa transition démographique. Parallèlement, ces indicateurs économiques et de développement restent encore faibles malgré les progrès observés au cours du temps. Ainsi on pourra remarquer par exemple que le Produit Intérieur Brut par habitant est passé de 563\$ en 2010 à 711\$ en 2016, (soit plus de 2 fois inférieur à la moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). Ainsi, ce pays est caractérisé par une activité de production encore faible ; avec un niveau de Développement Humain faible (IDH passant de 0,453 en 2010 à 0,483 en 2014) d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD. Le Rwanda est ainsi classé au 31^e rang sur 53 pays d'Afrique.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La population sénégalaise a connu un accroissement non négligeable au cours de ces dernières années. Evalué à 14 120 320 habitants en 2010, et avec un taux d'accroissement naturel moyen de 3,1%, cette population est passée à 15 850 567hbs en 2017 avec une part plus importante de la population féminine à hauteur de 51% contre 49% de celle masculine (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Sénégal en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges, montre une base large caractérisant une jeunesse importante : plus de la moitié de la population est âgée de moins de 20 ans (55% chez les hommes contre 52% chez les femmes).

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

La fécondité des femmes sénégalaises demeure encore élevée puisqu'une femme donne naissance, en moyenne, 5,1 enfants en 2010 en fin de vie féconde (Tableau 1). Au fil du temps, cet indicateur a connu une baisse modérée et est passé à 4,7 enfants/femme en 2016 (WDI, 2017). Comparé à la valeur moyenne au niveau subsaharien (5,2 en 2010 et 4,8 en 2016), cet indicateur montre que le Sénégal a commencé à obtenir de résultats appréciables dans le processus de transition de la fécondité.

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

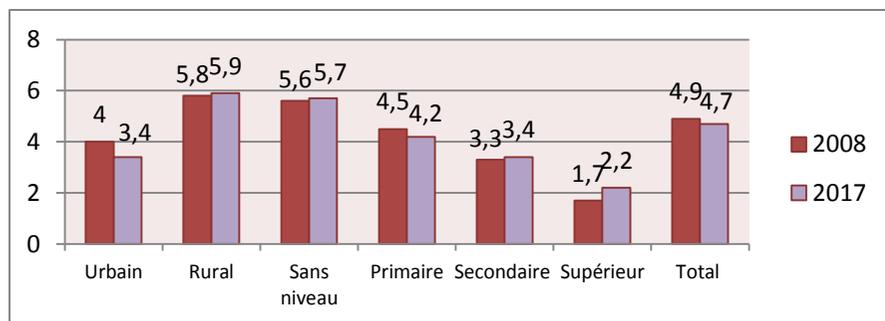
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
SENEGAL							
Fécondité ISF	5,1	5,0	5,0	4,9	4,9	4,8	4,7
Fécondité adolescentes (%)	87,5	85,5	83,6	81,4	79,2	77,0	74,8
Mortalité infanto-juvénile (‰)	66,5	62,6	59	55,6	52,6	49,8	47,5
Age au 1^{er} mariage (filles)	19,9 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	..	30,1	..	29,2	25,6	25,2	23,6
PIB par habitant (\$ US)	1255	1344	1300	1342	1359	1186	1231
IDH	0,456	0,458	0,461	0,463	0,466	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁸² et ICF, 2015 DHS Program

L'indice de fécondité au niveau national cache des disparités selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction de la femme (Figure 2). Ainsi, il existe une différence de près de deux enfants entre milieu rural et milieu urbain (5,8 contre 4) en 2008. Cette différence a connu une augmentation et est passé à 2,5 en 2017.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2008 et 2017

⁸² Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : MIS, 2008 et EDS-2018

En considérant le niveau d'instruction des femmes, l'écart en termes de nombre d'enfants entre une femme n'ayant jamais fréquentée et une femme de niveau d'étude universitaire est de 3 enfants (respectivement 5,6 contre 1,7) en 2012. L'éducation des femmes est un facteur de réduction de la fécondité au Sénégal. Cet écart est resté le même entre 2012 et 2017 bien que les niveaux de l'ISF aient légèrement augmenté.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en première**

Le niveau élevé de la fécondité est aussi lié à l'entrée précoce en première union des jeunes femmes au Sénégal (19,9 ans). Plusieurs études ont montré que les adolescentes, c'est-à-dire les jeunes femmes âgées de 15-19 ans, constituent un groupe à risque en matière de fécondité. Ainsi, le taux de fertilité chez les adolescents (c'est-à-dire le nombre de naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) est de 87,5 en 2010, et passe à 74,8 en 2016. Ce taux, bien qu'étant encore à un niveau élevé, est largement en dessous de la moyenne africaine de l'ensemble des pays subsahariens qui se situe encore à 102% en 2016. Ceci témoigne des avancées importantes que réalise le Sénégal en termes de réduction de la prévalence de la fécondité des adolescentes.

2.2 Une faible utilisation des méthodes contraceptives avec tendance à la baisse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

L'utilisation des méthodes contraceptives est faible au Sénégal. Environ 10 % des femmes utilisent actuellement une méthode contraceptive ; 9 % d'entre-elles ont

recours à une méthode moderne et 1 % à une méthode traditionnelle (EDS, 2012). Bien que l'utilisation actuelle de la contraception soit relativement faible, les besoins en matière de planification familiale sont assez importants chez les femmes en union. Plus de trois femmes en union sur dix (29 %) expriment le besoin mais essentiellement, pour l'espacement des naissances (22 %).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile légèrement élevée

Au Sénégal, le niveau de la mortalité des enfants de moins de cinq ans demeure élevé. Il était évalué à 66 ‰ en 2010. Cependant, au cours des 6 années suivantes, le niveau de la mortalité des enfants a baissé, le quotient de mortalité infanto-juvénile étant passé à 47‰, (près de 2 fois moins élevé qu'en Afrique subsaharienne - 78‰ en 2016). L'espérance de vie a connu au Sénégal une amélioration entre 2010 (64 ans) et 2016 (67 ans) contre 60 ans en 2016 en Afrique.

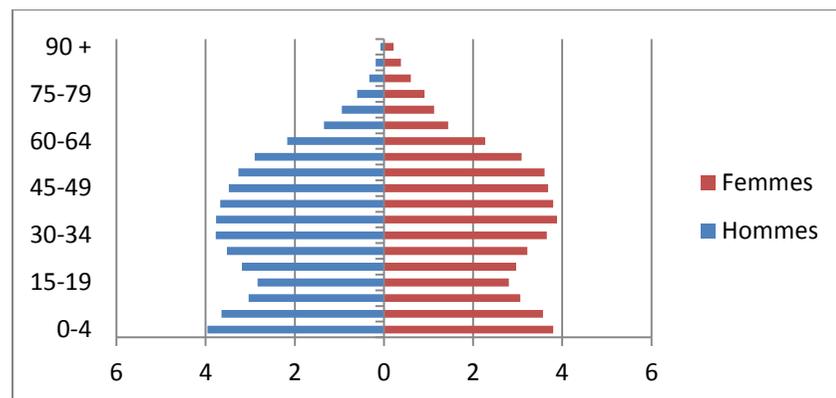
2.4 Un pays à faible développement humain

La transition démographique est au stade d'évolution modérée au Sénégal. Le Produit Intérieur Brut par habitant est de 1.231\$ en 2016, (un niveau avoisinant la moyenne africaine qui est de 1.493\$). Le pays est caractérisé par une activité de production moyenne et l'Indice de Développement Humain demeure encore faible (IDH passant de 0,456 en 2010 à 0,466 en 2014) d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD, classant ainsi le Sénégal au 35^e rang sur 53 pays d'Afrique.

I. Structure de la population : une population jeune en processus de vieillissement avancé

La population des Seychelles est la plus petite du continent africain. Les Seychelles sont caractérisées par un taux d'accroissement naturel de 1% et la population est passée de 92.765 en 2013 à près de 94.737 en 2017.

Figure N°1 : Pyramide des âges des Seychelles en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base restreinte avec un milieu large, signe d'une population en processus de vieillissement. Les moins de 20 ans ne représentent que 21 % de la population et près de 10% ont 65 ans et plus. La frange féminine de la population représente 51% pour 49% d'hommes.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité en phase de post-transition.

Les Seychelles sont l'un des rares pays d'Afrique subsaharienne à avoir achevé sa transition de fécondité. Le nombre d'enfant par femme (ISF) reste à un niveau très faible par rapport aux valeurs observées en Afrique.

Il est évalué en moyenne à deux enfants par femme entre 2010 et 2016 (Tableau 1) soit un niveau plus de 2 fois inférieur au nombre moyen d'enfants par femme estimé pour le continent d'après la Banque mondiale (WDI, 2017).

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ILE SEYCHELLES							
Fécondité ISF	2,1	2,3	2,4	2,3	2,3	2,4	2,7
Fécondité adolescentes (‰)	60,7	61,0	61,3	60,4	59,5	58,6	57,7
Mortalité infanto-juvénile (‰)	14,2	14,3	14,4	14,4	14,5	14,5	14,4
Age au 1^{er} mariage (filles)	..						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	10804	12189	12006	14765	14700	14745	15077
IDH	0,743	0,752	0,761	0,767	0,772	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁸³ ET ICF, 2015 DHS Program

⁸³ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

➤ **Age au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée très tardive en première union**

Les Seychelles tout comme l'île Maurice sont l'un des rares pays d'Afrique où les femmes se marient le plus tardivement possible. Cette entrée tardive en vie nuptiale serait l'une des raisons d'entrée tardive en vie féconde, expliquant ainsi la faible prévalence de la fécondité des adolescentes. Ainsi, entre 2010 et 2017, selon la Banque mondiale, le taux de fertilité des adolescentes a baissé de 60 ‰ à 57‰, ce qui représente un niveau faible comparé aux pays subsahariens, mais qui reste toutefois le double du niveau observé dans des pays de la même catégorie en terme de développement, de croissance économiques et de dynamique démographique tels que l'île Maurice. Des efforts restent donc à consentir pour une réduction plus importante de la fécondité des adolescentes.

2.3 Une mortalité en phase de post-transition

Le risque de mortalité infanto-juvénile des Seychelles reste le deuxième plus bas en Afrique après celui de l'île Maurice. D'après les données de la Banque mondiale (Tableau 1), la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, est de 14‰ en 2016, soit un niveau plus de cinq fois inférieur au niveau moyen observé en Afrique. Le pays est donc en phase post-transitoire de la mortalité infantile. De plus, tout comme l'île Maurice, la population des Seychelles vit plus longtemps en comparaison des autres pays africains. L'espérance de vie à la naissance est de 74 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 14 ans de plus que la valeur estimée pour la moyenne subsaharienne. Ceci signifierait donc que tout comme la mortalité infantile, celle des adultes est aussi faible. L'Unicef (2014) évalue le taux de mortalité dans sa globalité à 9% aux Seychelles, l'une des valeurs les plus faibles au monde avec pour conséquence une espérance de vie assez longue.

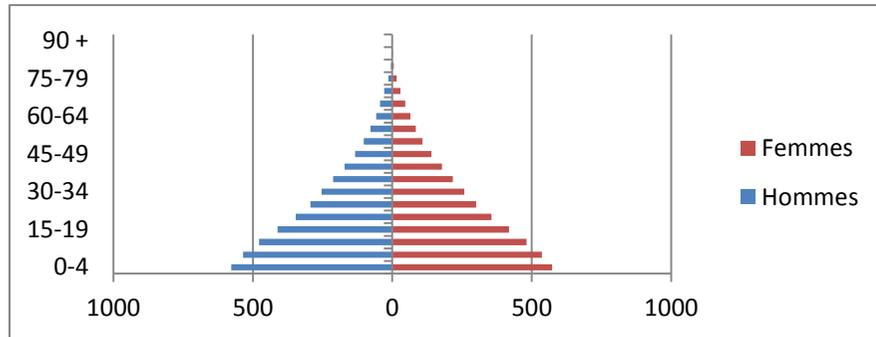
2.4 Un pays à développement humain élevé

Le Produit Intérieur Brut par habitant de ce pays est un des plus élevés sur le continent africain (devant l'île Maurice) et s'évalue, selon la Banque mondiale, à près de 15.000 \$ par habitant en 2016 (soit plus de dix fois plus que la moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). Le pays est caractérisé par une forte activité de production dont le tourisme. L'Indice de Développement Humain (IDH) des Seychelles est évalué par le PNUD à 0,772 en 2014, le classant 2^e derrière l'île Maurice et devant l'Algérie.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

En 2017, la population de la Sierra Leone s'élevait à 7,6 millions d'habitants, avec un taux de croissance démographique annuel de 2,3 et 42% de sa population qui a moins de 15 ans (World Population Prospects, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Sierra Leone en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large signe d'une fécondité encore importante, avec un rétrécissement régulier vers le sommet, synonyme d'une mortalité adulte encore importante. La structure par sexe indique que ce pays est composé de 50,5% de femmes contre 49,5% d'hommes.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le nombre d'enfants par femme (Indice Synthétique de Fécondité) en Sierra Leone reste à un niveau relativement élevé. Il est passé de 5,2 en 2010 à 4,4 en 2016 (tableau 1), d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). Le processus de transition de la fécondité est donc en phase modérée en Sierra Leone.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

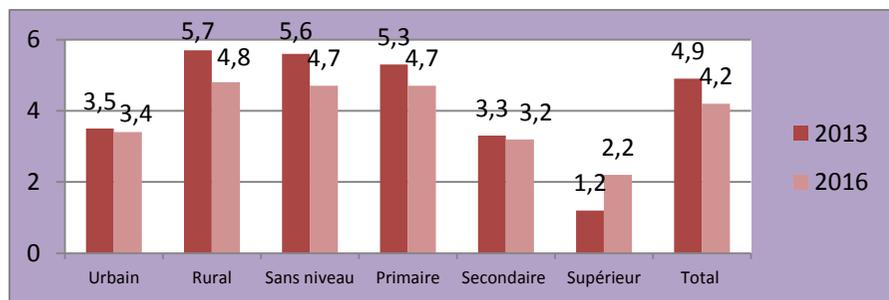
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
SIERRA LEONE							
Fécondité ISF	5,2	5,0	4,9	4,7	4,6	4,5	4,4
Fécondité adolescentes (‰)	134,3	130,4	126,5	123,8	121,0	118,3	115,5
Mortalité infanto-juvénile (‰)	163,2	154,3	145,6	137,3	129,4	122,2	115,9
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,2 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	27,4	..	..	25	..	..	..
PIB par habitant (\$ US)	399,1	445,0	561,8	710,8	708,4	582,9	480,7
IDH	0,388	0,394	0,397	0,408	0,413	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁸⁴ ET ICF, 2015 DHS Program

La Figure 2 montre que le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes qui vivent en milieu rural par rapport à leurs homologues des milieux urbains (5,7 contre 3,5 en 2013 et 4,8 contre 3,4 en 2016).

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction

⁸⁴ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : SLDHS⁸⁵, 2013 et MIS⁸⁶, 2016

Le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi, les femmes qui ont atteint le niveau supérieur d'études ont 2,2 enfants en moyenne, contre 4,7 pour celles n'ayant jamais été à l'école en 2016.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en première union**

Les données de l'Enquête Démographique et de Santé (2013) montrent que les femmes ont tendance à se marier relativement tôt. Une femme sur six âgée de 20 à 49 ans se marie avant l'âge de 15 ans, 48 % avant 18 ans et 64 % avant 20 ans. L'âge médian du premier mariage chez les femmes de 20 à 49 ans est de 18,2 ans. Ainsi l'entrée en union et en vie fertile est précoce. Ceci, impacterait non seulement l'éducation des filles au collège, mais aussi augmente fortement la fécondité élevée des adolescentes. Le taux de fertilité des adolescentes selon la Banque mondiale (Tableau 1) passe de 134‰ en 2010 à 115‰ en 2016, ce qui représente une valeur très élevée par rapport de celle évaluée en moyenne pour l'Afrique subsaharienne (WDI, 2017).

2.2 Un niveau d'utilisation très faible de la contraception et un taux élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

D'après l'Enquête Démographique et de Santé de 2013, la connaissance de la contraception est très répandue : 95 % des femmes déclarent connaître une méthode contraceptive. La prévalence des méthodes contraceptives modernes chez

les femmes mariées a doublé depuis 2008, passant de 7 % en 2008 à 16 % en 2013 (SLDHS, 2013). Elle reste toutefois l'une des prévalences les plus faibles en Afrique. Par ailleurs, les besoins non satisfaits en matière de contraception (proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter leur prochaine naissance, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception) restent élevés et sont estimés à 25% en 2013 ; ce qui constitue une véritable entrave pour la baisse du niveau de la fécondité.

2.3 Un niveau de mortalité infanto-juvénile très élevé

La Sierra Leone est l'un des pays caractérisés par une mortalité encore élevée. Ainsi, la probabilité pour un enfant de décéder avant son 5e anniversaire, est passée de 163‰ en 2010 à 115‰ en 2016. C'est le taux le plus élevé en Afrique après le Nigéria et le Niger. Toutefois, la baisse entre 2010 et 2016 est importante et s'évalue à près de 50 point de pourcentage en 6 ans, l'une des baisses les plus importantes par rapport aux autres pays africains au cours de la même période. L'espérance de vie à la naissance reste la plus faible en Afrique, soit 50 ans en 2016, 10 ans de moins que la moyenne du continent (Banque Mondiale, 2017).

2.4 Un pays à faible développement humain

La transition démographique en Sierra Leone est encore dans sa phase débutante. Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent. Il est estimé à 399\$ en 2010 et à 480\$ en 2016 (soit trois fois inférieur à la valeur d'Afrique subsaharienne qui est de 1.493\$). Le pays est caractérisé par un niveau très faible de développement humain. Le PNUD en 2014 évalue l'Indice de Développement Humain (IDH) en Sierra Leone à 0,413 et classe le pays au 46^e rang sur 53 pays africains.

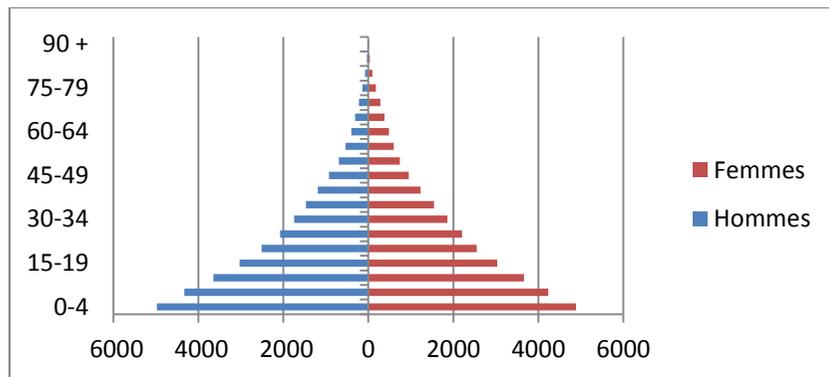
⁸⁵ Sierra Leone Demographic and Health Survey

⁸⁶ Malaria Indicators Survey

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

La dynamique de la population tanzanienne est caractérisée par un taux d'accroissement naturel moyen de 3,1% en 2016, avec un effectif qui est passé de 50,6 millions en 2013 à 57,3 millions en 2017 et 50,5% sont des femmes contre 49,5% d'hommes (WPP, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Tanzanie en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large, signe d'une forte fécondité et un rétrécissement rapide vers le sommet. Ceci peut s'expliquer par un niveau encore élevé de la mortalité des enfants et des adultes. La Tanzanie est donc caractérisée par une population jeune avec 17% de la population âgée de 0-4 ans et 45% entre 0 et 15 ans.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le nombre d'enfants par femme (ISF) reste à un niveau relativement élevé en Tanzanie. Selon la Banque mondiale, (WDI 2017), l'ISF est de 5,4 enfants par femme en 2010 et passe à 5,0 en 2016 (Tableau 1).

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

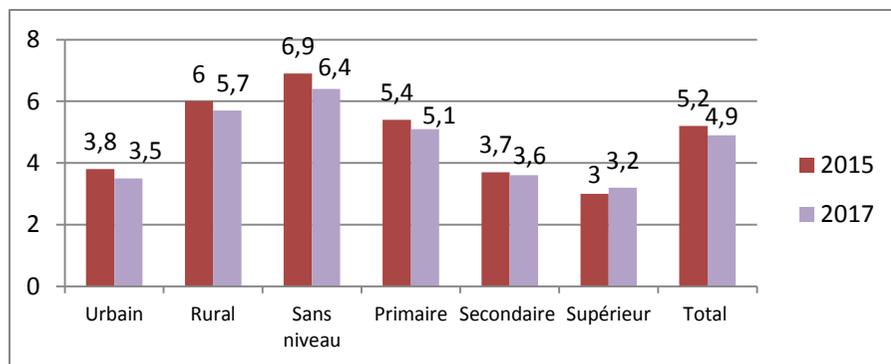
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TANZANIE							
Fécondité ISF	5,4	5,3	5,2	5,2	5,1	5,0	5,0
Fécondité adolescentes (‰)	125,8	124,2	122,7	121,1	119,6	118,1	116,5
Mortalité infanto-juvénile (‰)	73,4	69,5	66,2	63,6	61,3	58,3	56,1
Age au 1^{er} mariage (filles)	19,3 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	22,3	..	..	..	..	..	22,1
PIB par habitant (\$ US)	701,6	733,4	820,1	903,3	950,8	872,2	878,4
IDH	0,500	0,506	0,510	0,516	0,521	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111,0	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,447	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁸⁹ et ICF, 2015 DHS Program

La Figure 2 montre qu'il existe des disparités de la fécondité selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction : le nombre d'enfants par femme reste plus élevé chez les femmes qui vivent en milieux ruraux par rapport à leurs homologues des milieux urbains (6 contre 3,8 en 2015 et 5,7 contre 3,5 en 2017).

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2015 et 2017.

⁸⁹ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.



Sources : EDST, 2015 et EDST, 2017

Le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi, les femmes qui ont atteint le niveau supérieur d'études ont 3,2 enfants en moyenne, contre 6,4 pour celles n'ayant jamais été à l'école.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en mariage**

Le niveau de la fécondité des femmes reste élevé en Tanzanie. La contribution des adolescentes à la vie fertile y joue un rôle non négligeable. Ainsi, les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2014 montrent qu'en Tanzanie, l'entrée en union et en vie fertile se fait à un âge médian de 19 ans. Ceci, impacte non seulement l'éducation secondaire des filles, mais aussi augmente fortement la probabilité d'entrer en vie féconde de façon précoce. On constate un fort taux de fertilité des adolescentes en Tanzanie. Même si dernier est en légère baisse (Tableau 1) et passe de 125‰ en 2010 à 116‰ en 2016, il affiche une valeur très au-dessus de celle estimée en moyenne au niveau africain.

2.2 Un niveau d'utilisation moyen de la contraception avec une tendance de baisse légère des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Un autre déterminant de cette transition lente de la fécondité reste l'utilisation des méthodes de planification familiale. Ainsi, l'EDS de 2016 de la Tanzanie révèle que de plus en plus, les couples utilisent les méthodes modernes de contraception. Leur proportion est passée de 20% en 2004-05 à 32% en 2016. Par ailleurs, la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter leur prochaine naissance, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits en contraception) reste non négligeable. Cette dernière est passée de 22,3% en 2011 à 22,1% en 2016, et constitue un frein important pour la baisse du niveau de la fécondité dans ce pays.

2.3 Une mortalité infantile moyennement élevée

La probabilité pour un enfant de décéder avant son 5e anniversaire est passée de 73‰ en 2010 à 56‰ en 2016. C'est l'un des taux les plus modérés dans la région d'Afrique subsaharienne. Des progrès s'observent ainsi dans la réduction de la mortalité et cela contribue à l'amélioration progressive de l'espérance de vie à la naissance qui passe de 60 ans en 2010 à 65 ans en 2016 (Banque mondiale : WDI, 2017).

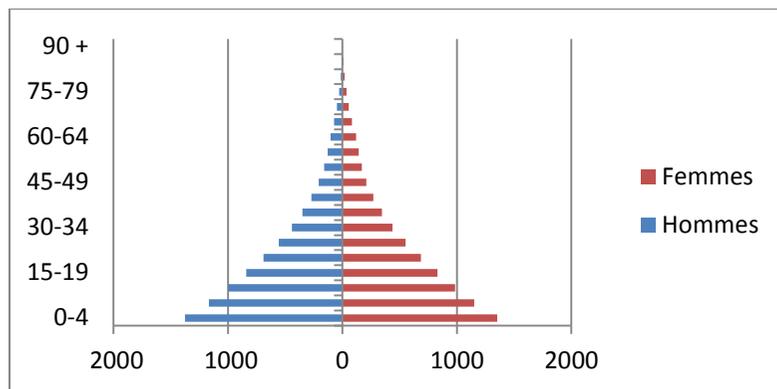
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant reste l'un des plus faibles du continent en se limitant à 878\$ en 2016 (contre 1.493\$ en Afrique). Le pays est caractérisé par une faible activité productive et un faible niveau de Développement Humain, l'IDH passant de 0,500 en 2010 à 0,521 en 2014 d'après le rapport du PNUD, classant le pays au 23e rang des 53 pays africains.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Selon la division de population de nations unies, la population tchadienne est passée de 13 133 589 en 2013 à 14 899 994 en 2017. Avec un taux d'accroissement naturel moyen de 3,12% cette population est composée de 49,94% de femmes et 50,06% d'hommes (World Population Prospects de 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Tchad en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges à base large et profil très effilé montre qu'en 2017, ce pays est caractérisé par une population extrêmement jeune avec près de 60% de la population qui sont âgés de moins de 20 ans ainsi qu'une mortalité élevée.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance de baisse légère de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

Le nombre d'enfants par femme (Indice Synthétique de Fécondité) du Tchad reste à un niveau très élevé. Il est passé de 6,5 en 2010 à 5,9 en 2016 (Tableau

1), d'après la Banque mondiale (WDI, 2017). Le processus de transition de la fécondité reste en phase débutante au Tchad.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TCHAD							
Fécondité ISF	6,5	6,4	6,3	6,2	6,1	6,0	5,9
Fécondité adolescentes (%)	185,3	181,7	178,2	174,7	171,3	167,9	164,5
Mortalité infanto-juvénile (%)	150,2	146,1	142,2	138,4	134,7	130,8	126,9
Age au 1^{er} mariage (filles)	16 ans						
Besoins de Contraception non satisfaits (%)	28,3	..	..	..	..	22,9	..
PIB par habitant (\$ US)	896,5	989,2	973,4	986,0	1025	781,3	698,2
IDH	0,371	0,382	0,386	0,388	0,392	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (%)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (%)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

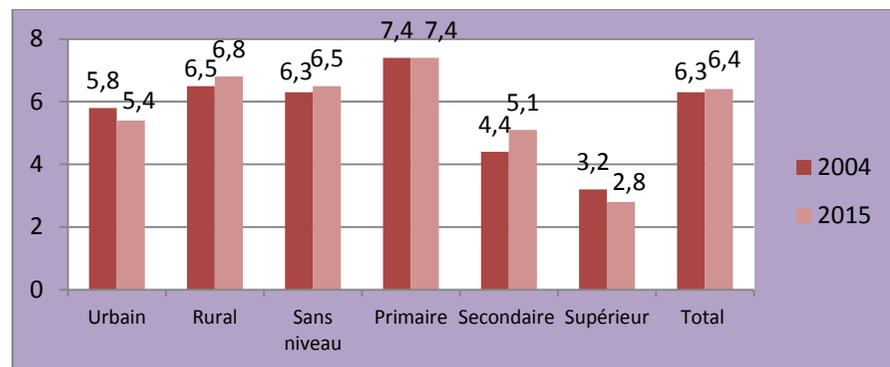
Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁹⁰ et ICF, 2015 DHS Program

L'indice de fécondité reste plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain en 2004 (6,5 contre 5,8 enfants/femme) et en 2015 (6,8 contre 5,4 enfants/femme). Par ailleurs au cours de la même période, cet indicateur

⁹⁰ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

connait une légère baisse en milieu urbain de 5,8 à 5,4 enfants/femmes, contrairement au milieu rural où il connait une augmentation de 6,5 à 6,8 enfants/femme.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction



Sources : EDS, 2004 ; EDS, 2014-2015

Le niveau d'instruction influence également l'ISF. De 6,5 chez les femmes sans aucun niveau d'instruction à 3,2 enfants/femme dans la catégorie des femmes ayant un niveau universitaire en 2004, le niveau de la fécondité, 10 ans après ne baisse que de façon légère et passe en 2015 à 6,3 chez les femmes non instruites et à 2,8 chez celles ayant atteint un niveau d'instruction universitaire.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée très précoce en mariage**

Le niveau élevé de la fécondité au Tchad est aussi déterminé par l'âge à la première union des femmes ainsi que la fécondité des adolescentes. Ainsi, la nuptialité est un phénomène très précoce au Tchad. 50% de la population féminine âgé de 20 à 49 a déclaré s'être mariée avant l'âge de 16 ans. Conséquence, la fécondité des adolescentes reste très élevée (38% des adolescentes ont déjà

commencé leur vie procréative en 2015). Autrement dit, près de 4 adolescentes (15-19 ans) sur dix ont déjà au moins un enfant au Tchad

2.2 Une très faible de l'utilisation des méthodes contraceptives avec un niveau relativement élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Il ressort de la dernière enquête démographique (EDS, 2015) du Tchad que seulement 5 % de l'ensemble des femmes utilisaient une méthode contraceptive au moment de l'enquête. C'est la prévalence la plus faible au monde. Toutefois, la proportion des femmes qui éprouvent des besoins de contraception pour des fins de limitation ou d'espacement est importante. Ainsi, en 2004, 25% des femmes urbaines éprouvent le besoin d'utiliser les méthodes de planification familiale sans y avoir accès, contre 19% en milieu rural. En 2015, ces proportions augmentent et passent respectivement à 26% et 22%.

2.3 Une mortalité infanto juvénile relativement élevée

La probabilité pour un enfant de décéder avant son 5e anniversaire, reste encore très élevée au Tchad, mais elle a connu une baisse importante entre 2010 et 2016 (150,2‰ à 127 ‰) selon la Banque mondiale. Ainsi, le Tchad est l'un des pays en Afrique où la durée de vie des populations est des plus courtes. Avec une espérance de vie à la naissance égale à 53 ans, les Tchadiens en moyenne ont 7 ans de durée de vie en moins que la valeur estimée en moyenne pour l'Afrique évaluée à 60 ans en 2016 (WDI, 2017).

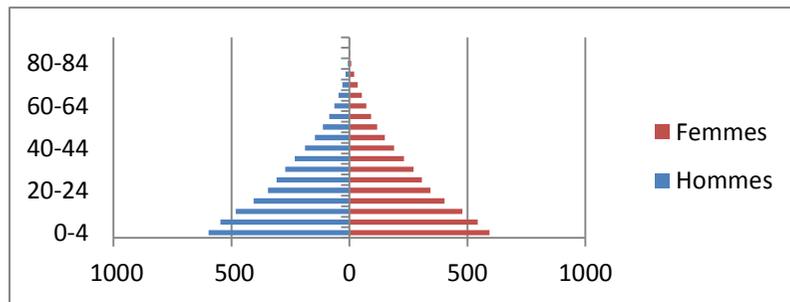
2.4 Un pays à très faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant évolue à la baisse de façon continue et reste l'un des plus faibles du continent africain et s'établit à 698\$ en 2016 (plus de deux fois inférieur à la moyenne d'Afrique Subsaharienne qui est de 1.493\$:). Avec un niveau de Développement Humain faible (IDH passant de 0,371 en 2010 à 0,392 en 2014) d'après le rapport du PNUD, le pays est classé parmi les 5 pays africains ayant le plus faible développement humain et 50e sur 53 pays africains.

I. Structure de la population : une population majoritairement jeune

Le Togo est caractérisé par un taux d'accroissement moyen de sa population de 2,65% qui est passée de 3 422 932 en 2013 à 3 742 547, dont 50,11% de femmes contre 49,85% d'hommes (WPP, 2017). Le Togo est le deuxième pays ayant un effectif de population le plus faible dans l'espace UEMOA⁹¹, derrière la Guinée Bissau.

Figure 1 : Pyramide des âges du Togo en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges présente une base large, signe d'une fécondité encore élevée et un rétrécissement rapide vers le sommet de la pyramide signe d'une mortalité élevée persistante. Le pays possède une population jeune dont plus de 40% de l'effectif total sont âgés de moins de 15 ans.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF).

Selon la Banque mondiale (WDI 2017), l'Indice Synthétique de Fécondité du Togo (4,8 enfants par femme en 2010) passés à 4,4 en 2016 (Tableau 1), un niveau qui reste tout de même inférieur aux valeurs de l'ISF de la moyenne d'Afrique subsaharienne.

⁹¹ Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et du développement

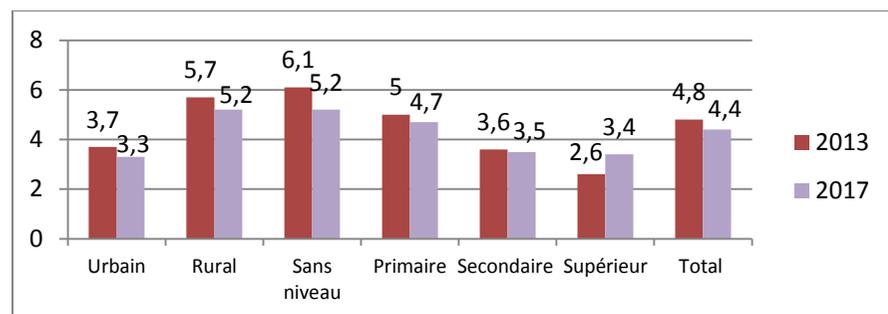
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
TOGO							
Fécondité ISF	4,8	4,7	4,7	4,6	4,5	4,5	4,4
Fécondité adolescentes (‰)	92,1	91,9	91,7	91,2	90,6	90,1	89,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	90,4	87,7	85,1	82,6	80,1	77,7	75,3
Age au 1^{er} mariage des filles	19,7 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	24,5	24,5	..	..	38,1	33	29,3
PIB par habitant (\$ US)	526,8	579,0	564,6	613,4	632,0	563,4	586,0
IDH	0,459	0,468	0,470	0,473	0,484	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111,0	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage des filles	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,447	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁹² et ICF, 2015 DHS Program

La fécondité s'observe de façon différentielle chez les femmes selon qu'elles résident en milieu urbain ou rural. Il existe une différence de 2 enfants entre milieu rural et milieu urbain (5,7 contre 3,7) en 2013 (Figure 2). Les milieux ruraux contribuent le plus aux naissances. Par ailleurs, cette différence reste constante entre 2013 et 2017, mais le niveau de l'ISF a tout de même baissé quelques soit le milieu de résidence considéré.

⁹² Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2013 et 2017.



EDST⁹³, 2013 et MIS⁹⁴, 2017

L'analyse selon le niveau d'instruction (Figure 2), fait ressortir que le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'élévation du niveau d'instruction. Ainsi, les femmes qui ont atteint un niveau d'études supérieures ont 3,4 enfants en moyenne, contre 5,2 pour celles n'ayant jamais été à l'école.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en première union**

L'entrée en vie de couple est un facteur prépondérant dans la détermination de l'entame d'une vie féconde. Dans le cas du Togo, on remarque d'après les données de l'EDS 2013 que l'âge médian d'entrée en première union des filles est de 19,7 ans contre 18,7 ans au niveau africain (sud du Sahara). Ceci impacte donc directement le taux de fertilité des adolescentes qui, d'après les données de la Banque mondiale, passe de 92,1‰ en 2010 à 89,6‰.

2.2 Une utilisation faible de la contraception avec une tendance à la hausse des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Seulement 17% des femmes en union au Togo utilisent les méthodes contraceptives (EDST, 2013). Cette faible utilisation est accompagnée par une

⁹³ Enquête Démographique et de Santé du Togo, 2013

⁹⁴ The DHS Program - Togo: Malaria Indicator Survey (MIS), 2017

proportion élevée et qui augmente avec le temps de la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits en contraception). Cette dernière est passée de 24% en 2011 à 29% en 2016. Ce qui impacte négativement la baisse désirée du niveau de la fécondité dans ce pays.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevée

D'après le Tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans, passe de 90,4‰ en 2010 à 75,3‰ en 2016. Ces valeurs sont inférieures aux moyennes évaluées pour l'Afrique subsaharienne au cours de la même période. L'espérance de vie à la naissance quant à elle connaît une amélioration lente, mais progressive et passe de 57 ans 2010 à 60 ans en 2016 (Banque mondiale : World Development Indicators, 2017).

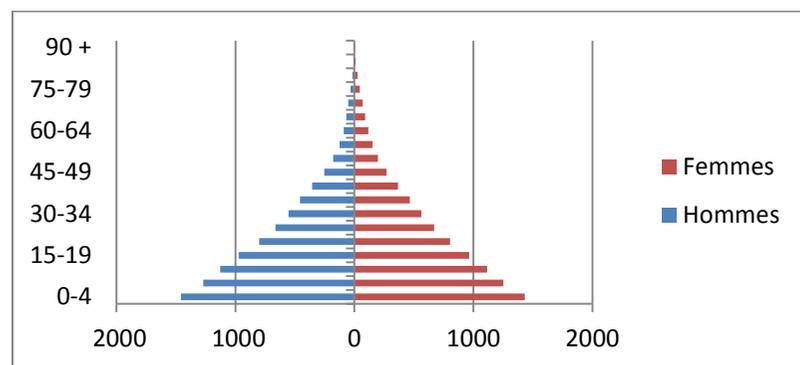
2.4 Un pays à faible développement humain

Le Produit Intérieur Brut par habitant au Togo reste l'un des plus faibles du continent en se limitant 586\$ en 2016 (plus de deux fois inférieur à la valeur moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). D'après le rapport du PNUD, avec un faible niveau de développement humain qui peine à s'améliorer avec le temps (IDH passant de 0,459 en 2010 à 0,484 en 2014), le Togo est classé au 28^e rang sur 53 pays africains.

I. Structure de la population : Une population majoritairement jeune

Avec un taux d'accroissement naturel moyen de 3,05% en 2016, la population zambienne est passée de 15,2 millions en 2013 à 17,1 millions en 2017 (WPP, 2017). L'étude de la structure par âge et par sexe de témoigne que la population zambienne compte 50,38% de femmes contre 49,62% d'hommes et que près de 45% de la population est âgée de 0 à 15 ans.

Figure N°1 : Pyramide des âges de la Zambie en 2017



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base large, signe d'une forte fécondité et d'un rétrécissement régulier et rapide vers le sommet témoignant d'un niveau de la mortalité encore élevé. La Zambie est donc un pays très majoritairement jeune avec un processus de vieillissement encore inexistant.

II. Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une fécondité élevée avec tendance à la baisse de l'Indice synthétique de fécondité (ISF)

La Zambie est l'un des pays d'Afrique caractérisés par une fécondité encore élevée au en Afrique de l'Est. Le nombre d'enfants par femme, d'après les données de la Banque mondiale, (WDI 2017), passe de 5,3 en 2010 à 5,0 en 2016.

Tableau 1 : Synthèse de l'évolution des indicateurs clés de la transition

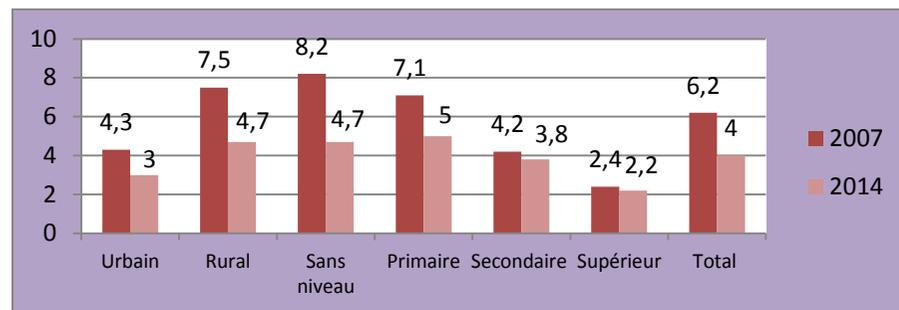
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ZAMBIE							
Fécondité ISF	5,3	5,3	5,2	5,1	5,1	5,0	5,0
Fécondité adolescentes (‰)	105	102	98,5	95,4	92,2	89,1	85,9
Mortalité infanto-juvénile (‰)	82,4	78,6	74,9	71,6	68	64,9	62,4
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,7 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	21,1	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1463	1644	1734	1850	1738	1313	1262
IDH	0,555	0,565	0,576	0,580	0,586	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁹⁵ ET ICF, 2015 DHS Program

L'analyse des disparités selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction (Figure 2), montre que le nombre d'enfants par femme est de 7,5 en milieu rural contre 4,3 en milieu urbain (2007) et respectivement de 4,7 contre 3 (2014). Ainsi, entre 2007 et 2014 l'ISF a baissé tant en milieu rural qu'en milieu urbain et la baisse est plus importante en milieu rural. Le nombre d'enfants supplémentaires en moyenne chez une femme rurale par rapport à son homologue urbaine est donc passé de 3 enfants en 2007 à 1,7 enfants en 2017.

⁹⁵ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2007 et 2014



Sources : EDS, 2007 et EDS, 2014

Quant à la disparité selon le niveau d'instruction des femmes, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. Ainsi, l'ISF en 2014 passe de 4,7 chez les femmes sans aucun niveau d'instruction (8,2 en 2007) 2,2 enfants par femmes chez celles ayant atteint un niveau universitaire.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée précoce en première union.**

Les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2014 montrent que le mariage a lieu relativement tôt en Zambie. Parmi les femmes âgées de 25 à 49 ans, 45 % se marient avant l'âge de 18 ans et 65 % avant l'âge de 20 ans. L'âge médian du premier mariage chez les femmes de 25 à 49 ans est de 18,4 ans. L'entrée en union et en vie fertile est donc encore assez précoce, impactant non seulement l'éducation des filles au cycle secondaire, mais aussi augmentant fortement la fécondité des adolescentes. Ainsi le taux de fertilité des adolescentes selon la Banque mondiale (Tableau 1) passe de 105‰ en 2010 à 86‰ en 2016. une valeur qui reste tout de même en dessous de celle évaluée en moyenne pour l'Afrique subsaharienne (WDI, 2017).

2.2 Une utilisation élevée de la contraception et un niveau légèrement élevé des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

La Zambie, comme la plupart des pays d'Afrique de l'Est est caractérisée par une proportion élevée de l'utilisation des méthodes contraceptives. Ainsi l'EDS de 2014 a révélé que 49% des femmes actuellement mariées utilisent une méthode de planning familial (45 % méthodes modernes et 4 % de méthodes traditionnelles). Quant aux besoins non satisfaits, ils s'évaluent à 21%, c'est-à-dire que la proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits) est de 21% en 2016, un taux relativement inférieur à celui observé pour la région subsaharienne.

2.3 Une mortalité infanto-juvénile élevée

D'après le Tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 82,4‰ en 2010 à 62,4‰ en 2016, un niveau légèrement inférieur à celui moyennement évalué pour l'Afrique Subsaharienne. La transition de la mortalité est donc en processus d'évolution modérée. L'espérance de vie à la naissance quant à elle passe 56 ans 2010 à 61 ans en 2016 (WDI, 2017).

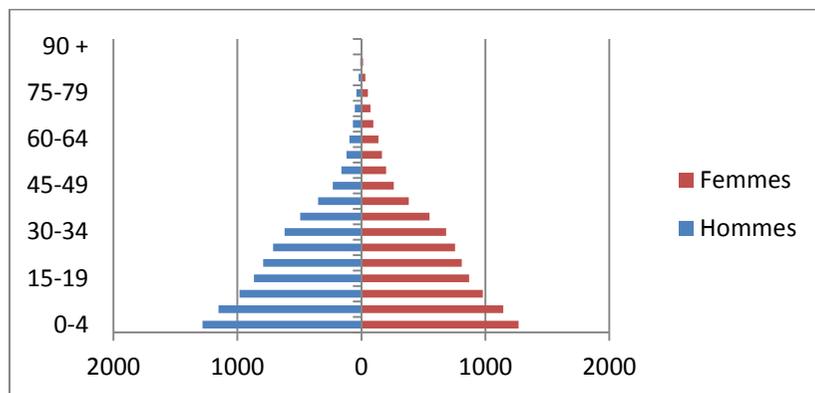
2.4 Un pays à développement humain moyen

La Zambie est en phase d'évolution modérée dans sa transition démographique. Le Produit Intérieur Brut par habitant est évalué à 1.262 \$ en 2016 (contre 1.496\$ en moyenne en Afrique subsaharienne). D'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD, le pays atteint un niveau moyen de Développement Humain (IDH passant de 0,555 en 2010 à 0,586 en 2014) et se trouve classé au 15e rang sur 53 pays d'Afrique.

I. Structure de la population : une population jeune en début du processus de vieillissement.

Avec un taux d'accroissement naturel de 2,6%, la population du Zimbabwe passe de 15 millions en 2013 à 16,5 millions d'habitants en 2017 constituant l'un des plus importants effectifs de la région australe de l'Afrique. La structure par âge et par sexe révèle que la population est composée de 51,3% de femmes contre 48,7% d'hommes avec plus de 41% de la population âgée de moins de 15 ans. (WPP⁹⁶, 2017).

Figure N°1 : Pyramide des âges du Zimbabwe en 2017.



Sources : Exploitation du World Population Prospects (WPP, 2017)

La pyramide des âges est caractérisée par une base plus ou moins large, un sommet rétréci avec un milieu en phase d'élargissement, témoignant d'une fécondité moyennement élevée et une mortalité relativement faible.

II Dynamique démographique, transition et développement

2.1 Une transition de fécondité en phase terminale

Le Zimbabwe fait partie des pays dont la fécondité est au milieu de sa transition. Le nombre d'enfant par femme (ISF) est de 4 en 2010 et passe à 3,7 en 2013.

Tableau 1 : Evolution des indicateurs clés de la transition et de développement

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
ZIMBABWE							
Fécondité ISF	4,0	4,0	3,9	3,9	3,9	3,8	3,7
Fécondité adolescentes (‰)	114,4	113,5	112,7	111,0	109,2	107,5	105,8
Mortalité infanto-juvénile (‰)	87,5	81,2	73,8	66,8	61,1	57	53,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	20 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	14,6	..	..	10,4	..	..
PIB par habitant (\$ US)	854,8	980,2	1163	1268	1264	1265	1272
IDH	0,461	0,474	0,491	0,501	0,509	..	..
AFRIQUE SUBSAHARIENNE							
Fécondité ISF (enfants/femme)	5,2	5,1	5,1	5,0	4,9	4,9	4,8
Fécondité adolescentes (‰)	112,8	111	109,2	107,2	105,4	103,5	101,6
Mortalité infanto-juvénile (‰)	100,9	96,3	92,1	88,2	84,7	81,4	78,3
Age au 1^{er} mariage (filles)	18,5 ans						
Besoins de contraception non satisfaits (%)	..	..	..	..	24,07	..	..
PIB par habitant (\$ US)	1556	1719	1761	1826	1866	1655	1493
IDH	0,441	0,44	0,452	0,455	0,459	..	..

Sources: World Development Indicator, 2017; PNUD, 2016⁹⁷ et ICF, 2015 DHS Program

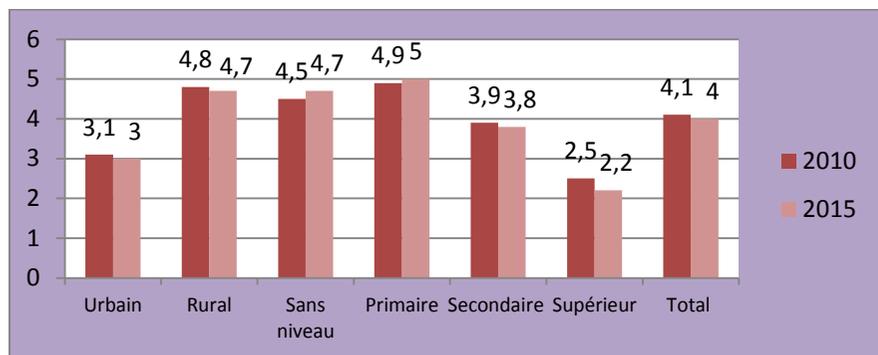
La Figure N°2 montre qu'il existe des disparités selon le milieu de résidence au Zimbabwe. La dernière Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2015 a révélé que les milieux ruraux sont caractérisés par une fécondité légèrement plus élevée que dans les milieux urbains (4,7 contre 3,0 enfants/femme). Par

⁹⁶ World Population Prospects (Nation Unies)

⁹⁷ Programme des Nations Unies pour le Développement, données sur le développement humain en Afrique 2016.

ailleurs, entre 2010 et 2015, le niveau de l'ISF est resté statique sans aucune baisse sensible tant en milieu urbain que rural (EDS, 2010 et EDS, 2015).

Figure N°2 : Evolution du nombre d'enfants/femme selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction en 2010 et 2015



Sources : EDS, 2010 et EDS, 2015

Quant à la disparité liée au niveau d'instruction, on remarque que le nombre moyen d'enfants diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction des femmes. La différence du nombre moyen d'enfants par femmes en 2015 est de 3 enfants supplémentaires chez une femme sans aucun niveau d'instruction par rapport à son homologue ayant fait des études universitaires.

➤ **Age médian au mariage et fécondité des adolescentes : une entrée relativement tardive en vie féconde**

A l'instar de ce qui se passe dans la majorité des pays d'Afrique Australe, les femmes zimbabwéennes se marient plus tardivement qu'ailleurs en zone subsaharienne. L'âge médian au premier mariage est de 20 ans, soit 2 ans de plus que la moyenne d'Afrique subsaharienne. Paradoxalement, malgré ce délai plus tardif d'entrée en union, la fécondité des adolescentes reste à un niveau très élevé dans la sous-région. En 2010 et 2017, la Banque mondiale évalue le taux de fertilité des adolescentes respectivement à 114‰ à 106‰.

2.2 Une utilisation forte de la contraception et un niveau faible des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Le Zimbabwe est l'un des pays d'Afrique caractérisé par une proportion très élevée de l'utilisation des méthodes contraceptives. Ainsi l'EDS de 2015, 67% pour cent des femmes actuellement mariées déclarent utiliser actuellement une méthode de planification familiale, et 66 % utilisent une méthode moderne. Un vrai record dans le contexte africain, ce qui crée une situation très favorable à la transition de la fécondité dans ce pays. De plus les besoins non satisfaits en contraception sont à un niveau très bas. La proportion des femmes qui veulent espacer ou limiter les naissances, mais qui n'utilisent pas les méthodes de contraception (besoins non satisfaits) est de 10% en 2016 (2 fois inférieur à celui observé pour la région subsaharienne).

2.3 Une mortalité infanto-juvénile moyennement élevée

D'après le Tableau 1, la probabilité de décès avant l'âge de 5 ans pour un nouveau-né, passe de 87‰ en 2010 à 53‰ en 2016. La transition de la mortalité est donc en plein essor au Zimbabwe et cela a un impact positif sur l'espérance de vie à la naissance qui passe 52 ans 2010 à 61 ans en 2016 (WDI, 2017), soit 9 ans de durée de vie supplémentaire entre 2010 et 2016.

2.4 Un pays à faible développement humain

Le Zimbabwe est au milieu de sa transition démographique. Le Produit Intérieur Brut par habitant est passé de 854\$ en 2010 à 1.272 \$ en 2016 (un niveau semblable à la moyenne d'Afrique qui est de 1.493\$). Toutefois, le niveau du Développement Humain des zimbabwéens reste faible. Ainsi d'après le rapport sur le développement humain en Afrique 2016 du PNUD, l'IDH passe de 0,461 en 2010 à 0,509 en 2014, classant le pays au 26^e rang sur 53 pays d'Afrique.