



Centre de recherche en démographie
Institut d'analyse du changement dans l'histoire
et les sociétés contemporaines
Université catholique de Louvain

La démographie de l'Afrique subsaharienne au 21^e siècle

Bilan des changements de 2000
à 2020, perspectives et défis
d'ici 2050

Dominique Tabutin
Bruno Schoumaker

Document de travail

10

janvier 2020
www.uclouvain.be/demo

La démographie de l'Afrique subsaharienne au 21^e siècle Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050

Dominique TABUTIN* et Bruno SCHOUMAKER*

Introduction

Des années 1950 au début des années 1980, l'Afrique subsaharienne (51 pays¹ aujourd'hui, 1,1 milliard d'habitants en 2020) était considérée par les démographes comme une région relativement homogène et résistante aux changements sociodémographiques en cours dans une grande partie du monde en développement. On parlait alors de retard, de situation exceptionnelle. À la fin des années 1970, on la considérait encore, à juste titre, comme représentative de l'Afrique tropicale, globalement caractérisée par des mariages précoces et universels, des fécondités très élevées, de fortes mortalités en dépit des premiers reculs dès les années 1960, et des croissances démographiques rapides. Les années 1980 et 1990 verront s'accroître les évolutions des dynamiques démographiques de la région, elles seront diversifiées entre sous-régions et pays, avec des baisses souvent notables de la mortalité, quelques premiers ralentissements de la fécondité, mais sans recul du rythme d'augmentation des populations. Ces années seront aussi celles du sida, de l'impact des crises économiques et des plans d'ajustement structurel, du maintien de la pauvreté et déjà des conflits politiques. L'Afrique était néanmoins entrée en début de transition démographique, à des rythmes certes divers selon les sous-régions ou les pays, mais avec une incertitude et une fragilité des progrès, et même parfois des retournements de situations, par exemple en Afrique australe (Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Tabutin et Masquelier, 2014). On était encore loin à la fin des années 1990 de changements aujourd'hui sans doute irréversibles et assurés dans la grande majorité des pays de la région.

Les objectifs

Qu'en est-il 20 à 30 ans plus tard, en 2020 ? Comment la démographie de l'Afrique subsaharienne a-t-elle évolué en ce début du 21^e siècle ? Quels sont les éléments majeurs du changement, les freins et résistances dans des sociétés qui évoluent, se sont ouvertes au monde, se sont scolarisées et urbanisées ? L'Afrique rattrape-t-elle les autres régions, et si oui dans quel domaine et comment ? Si on constate des évolutions dans les dynamiques démographiques ou de certains de leurs éléments, conduisent-elles à une diversité croissante des situations nationales et sous-régionales dans le continent, à plus d'inégalités dans les pays entre groupes sociaux ou milieux de résidence ? Quelles en sont les perspectives et les défis sociaux futurs ? Pourra-t-elle bénéficier d'un dividende démographique lié au recul de la

* Centre de Recherche en démographie, Institut IACCHOS, UCLouvain, Belgique.

Correspondance : Dominique Tabutin, Centre de recherche en démographie, 1, Place Montesquieu, 1348-Louvain-la Neuve, Belgique ; courriels : dominique.tabutin@uclouvain.be ; bruno.schoumaker@uclouvain.be

¹ 51 pays selon la dernière classification de la Division de la Population des Nations unies (Nations unies, 2019a), incluant les deux départements et régions d'outre-mer français (Mayotte et la Réunion) et l'île britannique de Sainte-Hélène. Le Soudan y est rattaché à l'Afrique du Nord, le Soudan du Sud créé en 2011 à l'Afrique de l'Est.

fécondité et au changement des structures d'âges qui en résulte (moins de jeunes, plus d'actifs), ce qui selon ce paradigme faciliterait la croissance économique (Guengant, 2011) ?

Notre objectif est de présenter et synthétiser les grands changements démographiques intervenus dans la région, les sous-régions et les pays qui la composent sur près de 20 ans, de la fin des années 1990 à la fin des années 2010. L'article est le prolongement de la synthèse publiée en 2004 sur la période 1950-2000 (Tabutin et Schoumaker, 2004). Afin d'assurer une comparabilité, nous en conservons les grandes lignes, mais en supprimant néanmoins quelques points (l'histoire lointaine, les systèmes d'informations, les inégalités en matière d'éducation), en en allégeant d'autres, en nous arrêtant davantage sur l'évolution des disparités sociales dans les pays et sur les perspectives et défis à venir. Après quelques mots sur le contexte socioéconomique africain par rapport à d'autres régions en ce début du 21^e siècle, seront abordés successivement : 1) les effectifs et croissances des populations, 2) les grands modèles de transition dans la région, 3) la nuptialité (âge au mariage, célibat, ruptures, polygamie), 4) la fécondité et ses variables intermédiaires, dont la contraception, 5) la mortalité (générale, infanto-juvénile, maternelle, causes de décès et notamment le sida), 6) les migrations internes et l'urbanisation, 7) les migrations internationales. Nous terminons par un aperçu des perspectives les plus récentes et des défis à relever d'ici 2050 en termes d'éducation, de santé et d'emploi, avant une synthèse générale intégrant quelques questions de recherche qui nous semblent prioritaires, suivie des références et d'une annexe statistique (8 tableaux).

La démarche et les indicateurs

Nous adoptons une démarche essentiellement descriptive : analyse des niveaux et tendances récentes de la région, des sous-régions et des pays, disparités spatiales entre pays, évolution des inégalités sociales (selon le sexe, l'instruction des femmes, le milieu d'habitat urbain/rural, le niveau de vie des ménages) dans une dizaine de pays. Nous donnerons néanmoins quelques grands éléments explicatifs des changements observés. Nous utiliserons notamment les indices classiques en démographie que sont le taux de natalité, de mortalité ou d'accroissement naturel, l'âge médian au premier mariage, l'indice synthétique de fécondité, les taux de fécondité par âge, la prévalence de la contraception, l'espérance de vie à la naissance, les quotients (risques) de mortalité entre divers âges, le taux de mortalité maternelle, le taux d'urbanisation, le taux de migration nette... Nous en rappellerons les définitions et méthodes de calcul. L'annexe statistique (8 tableaux) présente l'évolution de certains de ces indicateurs (de 1980 à 2000 et 2020) pour les 47 pays et les 4 sous-régions du continent, ainsi que des caractéristiques et déterminants récents de la fécondité, de la nuptialité et de la mortalité des enfants dans les 39 pays ayant effectué leur dernière enquête EDS dans les années 2010.

Les sources d'informations

Cette synthèse repose sur les résultats de la littérature scientifique récente sur l'Afrique (2000-2019), publiés dans les rapports d'institutions onusiennes (Division de la population des

Nations unies, OMS, Unicef), ou sous forme d'articles ciblés sur une thématique²; elle repose aussi sur l'exploitation spécifique de fichiers de données mis à disposition par les organismes internationaux (Division de la population, PNUD, OMS, Unicef, Banque mondiale...) ou par les programmes EDS (Enquêtes de démographie et de santé) de l'USAID (United States Agency for International Development) ou MICS (Multiple Indicator Cluster Surveys) de l'Unicef. De nombreuses enquêtes nationales de ce type ont été menées dans la région depuis les années 1980. De 2000 à 2018 près de 90 MICS ont été menées dans 32 pays africains, et plus de 90 EDS dans 42 pays. Ce sont essentiellement ces enquêtes qui permettent de connaître aujourd'hui les caractéristiques et les tendances de la fécondité, de la mortalité et de la santé des mères et des enfants dans un bon nombre de pays africains. Ces programmes internationaux ont particulièrement bien couvert l'Afrique au sud du Sahara depuis près de 40 ans. Par ailleurs, quasiment tous les pays ont effectué au moins un recensement depuis 2000, qui sert notamment à l'estimation des effectifs de population, à la mesure des migrations internes et de l'urbanisation, et à l'estimation plus ou moins directe de la mortalité et de la fécondité. En revanche, malgré les efforts entrepris depuis quelques années, l'état civil reste toujours incomplet au niveau national³, peu exploité et inutilisable dans la plupart des pays, en dehors de l'Afrique du Sud, Maurice ou Sao Tomé- et-Principe.

La géographie

L'Afrique subsaharienne compte 51 pays (selon la définition des Nations unies), regroupés en 4 sous-régions : l'Afrique de l'Ouest (16 pays), l'Afrique centrale (10 pays), l'Afrique de l'Est (20 pays) et l'Afrique australe (5 pays). Nous en retenons 47⁴.

Concernant l'examen particulier des inégalités spatiales (milieu d'habitat), socioéconomiques (instruction des femmes, niveau de vie des ménages) ou de genre, nous avons retenu une dizaine de pays représentatifs de la diversité sociale, économique et démographique des sociétés subsahariennes : le Nigeria (pays de loin le plus peuplé dont la transition de fécondité est à peine amorcée), le Rwanda (petit pays en transition rapide depuis 15 ans), le Ghana et le Kenya (transition en cours et sans à-coup depuis 35 ans), le Zimbabwe (un modèle perturbé par le sida depuis 25 ans), le Burkina Faso et le Niger (sans grand changement jusqu'à présent), le Cameroun et la Tanzanie (en transition de fécondité lente mais régulière depuis 1995) et l'Afrique du Sud (transition la plus avancée à tous points de vue, en dépit du sida). Le tableau 1 qui présente l'évolution des indicateurs démographiques au cours des années 2000 et 2010 (fécondité, espérance de vie, croissance) et socioéconomiques (IDH, revenu par habitant, alphabétisation, pauvreté) de ces dix pays illustre clairement la diversité des situations et des rythmes de progrès.

² Dans des revues aussi diverses que *Population and Development Review*, *African Population Studies*, *Population*, *Cahiers québécois de démographie*, *Demography*, *Population Studies*, *PLoS ONE*, *International Migration Review*...

³ Les estimations nationales des proportions de décès et naissances enregistrés à l'état civil (couvertures) vers 2017 sont disponibles sur le site de la Division statistique des Nations unies : <https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/crsv/>

⁴ Comme en 2004, nous avons exclu de l'article les deux pays très petits que sont les Seychelles (453 km², 97 000 habitants) et l'île Sainte-Hélène (122 km², 4 500 habitants), ainsi que les deux territoires français (Mayotte et la Réunion) qui ne sont pas des États.

II. L'Afrique dans le contexte mondial des années 2000 et 2010

Après deux ou trois décennies particulièrement difficiles sur le plan économique, social et sanitaire (récessions, crises financières, plans d'ajustement structurel, absence ou parfois même recul des progrès...)⁵, l'Afrique subsaharienne connaît, de l'avis de nombreux experts, un regain de dynamisme depuis le début des années 2000, en matière économique (avec des croissances annuelles du PIB souvent de 3 % à 5 %), sociale et sanitaire (croissance du niveau de vie moyen, recul de la mortalité des enfants, progression de la scolarisation...). Ces progrès sont évidemment variables d'un pays à l'autre. Globalement, l'afro-pessimisme, dominant dans les années 1980 et 1990, a fait place à un optimisme prudent et modéré chez nombre d'auteurs et dans la plupart des synthèses récentes sur la région (Nations unies, 2017a ; PNUD, 2017). Ils soulignent tous les améliorations en cours, mais s'attachent aussi aux insuffisances des politiques, à la croissance des inégalités tant spatiales que sociales dans les pays, à la pauvreté persistante. Quelles sont finalement les particularités de l'Afrique subsaharienne par rapport aux autres grandes régions en développement depuis 20 ans ? Le tableau 1 présente les principaux indicateurs des changements intervenus de 2000 à 2017 dans les 6 grandes régions du monde.

En matière démographique, l'Afrique subsaharienne conserve la croissance la plus rapide au monde depuis l'an 2000 (autour de 2,7 % par an contre 0,3 % à 1,9 % ailleurs), une fécondité très élevée bien qu'en léger déclin (4,7 enfants par femme en 2017 contre 1,7 à 2,9 ailleurs), la mortalité la plus forte (61 ans d'espérance de vie) mais en nette diminution (8 ans d'espérance de vie la sépare de l'Asie du Sud aujourd'hui, contre 12 ans en 2000). De 2000 à 2017, la population de l'Afrique a augmenté de 64 % et celle du monde entier de 23 %. Son poids est donc passé de 10 % en 2000 à 14 % de la population mondiale. Cette croissance demeure exceptionnelle dans l'histoire de l'humanité.

Sur le plan économique et social, la région demeure globalement la plus défavorisée du monde, en dépit des progrès réalisés (tableau 1). Certes son revenu national moyen par habitant (en parité de pouvoir d'achat) a doublé depuis 2000, mais il est de loin inférieur à celui des autres régions et les écarts se sont creusés : en 2017, il est de 43 % inférieur à celui de l'Asie du Sud, la région la plus proche sur ce point, contre 12 % en 2000 (Banque Mondiale, 2017). En matière de *développement humain* (IDH), toutes les régions du monde, dont l'Afrique subsaharienne, ont sensiblement progressé, mais de fortes inégalités demeurent : 36 pays de la région (sur 44 dans le monde) figurent en 2016 dans le groupe des pays à faible développement humain (Nations unies-CEA, 2017b). De même, dans le classement des pays selon leur niveau de pauvreté, la grande majorité des États africains demeurent parmi les derniers. La grande pauvreté (moins de 1,90 \$/jour) a reculé depuis 2000, mais relativement peu par rapport à l'Asie du Sud ou de l'Est (tableau 1). La pauvreté demeure un des grands défis sociaux de l'Afrique subsaharienne (Beegle et al., 2016). L'analphabétisme des adultes a

⁵ Pour avoir une présentation détaillée de leurs conséquences sur le plan macro-économique, sur les besoins des populations et sur les dynamiques démographiques, voir entre autres l'ouvrage collectif *Crise et population en Afrique*, sous la direction de J.Coussy et J.Vallin (1996).

lui aussi reculé, mais nettement moins vite qu'ailleurs. Éducation et niveaux de vie, dont on connaît l'influence sur les comportements démographiques des ménages et des individus, demeurent les deux grands défis du développement humain et des dynamiques démographiques en Afrique.

Tableau 1. Évolutions des caractéristiques sociodémographiques et économiques de 2000 à 2017 de l'Afrique subsaharienne, des autres grandes régions du monde et d'une sélection de 11 pays.

Régions et pays	Population (millions)		Indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme)		Espérance de vie à la naissance (en années)		Taux d'accroissement naturel annuel moyen (%)		Indicateur développement humain ^a		Revenu national par habitant ^b		Taux d'analphabétisme adulte (%) ^c		Taux de très grande pauvreté (%) ^c	
	2000	2017	1995-2000	2015-2020	1995-2000	2015-2020	1995-2000	2015-2020	2000	2015	2000	2017	2000	2017	1990	2015
Afrique subsaharienne	640	1 050	5,9	4,7	50	61	2,7	2,7	0,42	0,53	1 869	3 755	43	35	55	41
Afrique du Nord et Moyen-Orient	280	377	3,4	2,9	66	73	2,0	1,9	0,61	0,69	7 264	13 630	33	24	6	4
Amérique latine et Caraïbes	456	559	2,8	2,0	70	75	1,8	1,1	0,69	0,75	8 375	15 247	12	7	15	4
Asie du Sud	1 391	1 793	3,7	2,4	62	69	2,0	1,3	0,50	0,63	2 118	6 550	42	28	47	16
Asie de l'Est et Pacifique	1 844	2 103	1,9	1,9	69	75	1,0	0,7	0,60	0,72	3 246	14 838	9	4	61	2
Pays de l'OCDE	1 155	1 295	1,8	1,7	76	80	0,5	0,3	0,84	0,89	25 308	44 467	-	-	-	-
Niger	11,3	21,6	7,7	7,0	48	62	3,6	3,8	0,25	0,35	600	990	86	69	-	44
Nigeria	122,3	190,8	6,2	5,4	46	54	2,5	2,6	0,44	0,53	2 230	5 710	45	38	-	54
Burkina Faso	11,6	19,2	6,7	5,2	50	61	3,1	3,0	0,29	0,41	850	1 810	78	59	-	44
Cameroun	15,5	24,6	5,8	4,6	51	59	2,7	2,6	0,43	0,55	1 920	3 580	32	23	-	24
Tanzanie	33,5	54,7	5,8	4,9	50	65	2,7	3,0	0,40	0,53	1 230	3 020	31	22	-	49
Ghana	19,3	29,1	5,0	3,9	57	64	2,6	2,2	0,48	0,59	1 710	4 340	42	21	-	13
Kenya	32,0	50,2	5,3	3,5	52	66	2,8	2,3	0,45	0,59	1 700	3 230	18	18	-	37
Zimbabwe	11,9	14,2	3,9	3,6	47	61	1,7	2,3	0,44	0,53	2 220	2 580	-	11	-	21
Rwanda	7,9	12,0	5,9	4,1	45	68	2,5	2,7	0,33	0,51	630	2 040	35	27	-	55
Afrique du Sud	45,0	57,0	2,9	2,4	59	64	1,3	1,1	0,63	0,69	7 540	13 060	-	6	-	19
Monde entier	6 143	7 548	2,8	2,5	66	72	1,3	1,1	0,64	0,79	7 941	17 099	19	14	36	10

Note : Les dernières années pour lesquelles les données sont disponibles dans les bases de données du PNUD, de l'UNESCO ou de la Banque Mondiale, pour la plupart mises à jour en 2019, sont prises en compte.

Dans ce tableau, les régions sont définies suivant les critères de la Banque Mondiale, et excluent les pays à haut revenu (sauf pour l'indicateur de développement humain et le taux de très grande pauvreté, qui incluent l'ensemble des pays des régions).

^a Indicateur synthétique de mesure du développement humain (IDH) intégrant l'espérance de vie, les taux d'alphabétisation adulte et de scolarisation, et le PIB par habitant. Plus il est proche 1, meilleure est la situation au regard de ces variables. Les dates des estimations font référence à 2000 et 2015, sauf pour le Nigeria (2003 et 2015).

^b Revenu brut par habitant en parité de pouvoir d'achat (\$US) calculé par la Banque mondiale.

^c Proportions d'analphabètes parmi les 15 ans et plus. Les dates des estimations varient selon les pays : Niger (2001 et 2012), Nigeria (2003 et 2018), Burkina Faso (2003 et 2018), Cameroun (2000 et 2018), Tanzanie (2002 et 2015), Ghana (2000 et 2018), Kenya (2000 et 2018), Zimbabwe (2014), Rwanda (2000 et 2018), Afrique du Sud (2015).

^d Proportion de la population vivant avec moins de 1,90 dollar par jour. Les dates des estimations varient selon les pays : 2009 (Nigeria), 2011 (Tanzanie, Zimbabwe), 2014 (Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Niger), 2015 (Kenya), 2016 (Ghana, Rwanda).

Un tiret signifie une absence de données.

Rappelons aussi que certains pays du continent ont connu et connaissent encore depuis 20 ans des conflits ethniques, religieux ou régionaux, ou des crises sanitaires (sida, ebola,...) déstabilisant nombre de systèmes agricoles, sociaux ou sanitaires locaux. Le continent, notamment le Sahel, est également déjà particulièrement concerné par les dégradations environnementales (sécheresses, déforestation, déclin de la fertilité des sols...) et sous peu par le réchauffement climatique. Ces résultats globaux masquent la diversité des situations nationales, des progrès réalisés et des inégalités qui demeurent entre pays ou dans les pays.

III. Croissances et populations depuis 1995

Le rythme élevé de la croissance démographique de la région subsaharienne, qui contrairement au reste du monde s'était accéléré des années 1950 (2,2 % par an) aux années 1990 (2,7 %), se poursuit en ce début du 21^e siècle. Les chiffres sont basés sur la dernière révision des Nations unies de 2019⁶.

1. Les plus fortes croissances démographiques du monde

L'Afrique subsaharienne demeure la région du Sud dont la croissance démographique est de loin la plus rapide actuellement : environ 2,7 % par an contre 1,9 % dans le monde arabe et 1,3 % à 0,3 % ailleurs (tableau 1). À ce niveau macro-géographique, la région ne connaît aucun changement notable depuis le début des années 2000. En dehors de l'Afrique australe à croissance beaucoup plus lente (1,4 %), les trois autres grandes sous-régions (tableau 2) en sont encore à des rythmes annuels de 2,7 % ou plus (3,1 % en Afrique centrale) selon les dernières estimations de la période 2015-2020 des Nations unies (2019a)⁷. Ces quasi-constances résultent d'une natalité en moyenne toujours élevée, malgré de légères baisses, et d'une mortalité en recul sensible⁸.

⁶ Nations unies, 2019a, *World Population Prospects 2019*, <https://population.un.org>

⁷ Toutes les données présentées dans l'article sur la période 2015-2020 ou l'année 2020 sont issues de projections faites par la Division de la population des Nations unies à partir des estimations de population de la période 2010-2015 ou de l'année 2015.

⁸ Nous nous en tenons ici aux taux d'accroissement naturel (différences entre les taux bruts de natalité et de mortalité). En dehors de périodes de crises aiguës, de guerres et conflits importants conduisant à de vastes mouvements transfrontiers de population (réfugiés, exode), ils sont peu différents dans la plupart des cas des taux d'accroissement total (qui incluent le solde migratoire international).

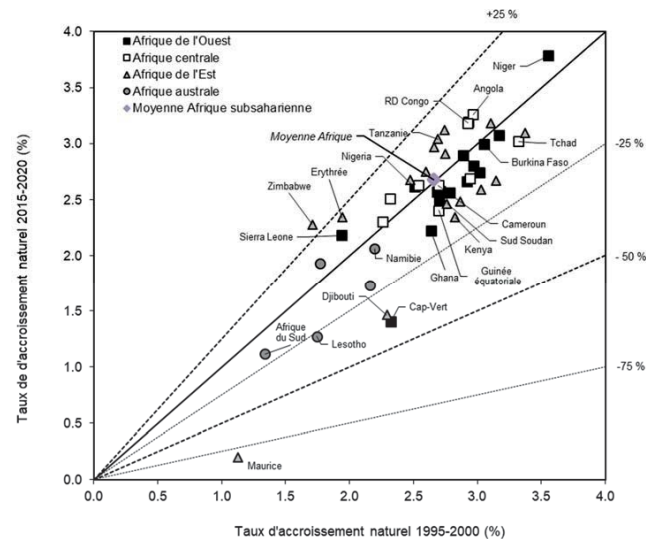
Tableau 2. Évolution des effectifs de population et des taux d'accroissement naturels de 1990 à 2020, des 4 sous-régions de l'Afrique et d'une sélection de 11 pays^a

Régions ou pays	Population (millions)				Rapports Populations 2020/2000	Taux d'accroissement naturel (%)		
	1990	2000	2010	2020		1995- 2000	2005-2010	2015- 2020
Afrique de l'Ouest (17)	180	235	307	403	1,71	2,6	2,7	2,7
Afrique centrale (9)	71	96	132	179	1,86	2,8	3,2	3,1
Afrique de l'Est (20)	197	258	339	457	1,77	2,8	2,8	2,7
Afrique australe (5)	42	51	58	68	1,33	1,7	1,3	1,4
Ensemble (51 pays)	490	640	836	1106	1,73	2,7	2,7	2,7
Nigeria	95,3	122,3	158,6	206,1	1,68	2,5	2,6	2,6
Ethiopie	48,0	66,2	87,6	112,8	1,70	3,0	2,8	2,6
RD Congo	34,6	47,1	64,5	89,5	1,90	2,9	3,3	3,2
Tanzanie	25,5	34,2	46,1	62,7	1,83	2,7	3,1	3,0
Afrique du Sud	37,6	45,7	51,6	58,7	1,28	1,3	1,0	1,1
Kenya	23,7	31,9	42,0	53,5	1,68	2,8	2,9	2,3
Ghana	14,9	19,3	24,8	30,7	1,59	2,6	2,4	2,2
Zimbabwe	10,4	11,8	12,7	17,7	1,50	1,7	1,8	2,3
Burkina Faso	8,8	11,6	15,6	20,9	1,80	3,1	3,2	3,0
Niger	8,0	11,4	16,4	24,1	2,11	3,6	3,8	3,8
Rwanda	7,3	8,0	10,1	13,1	1,64	2,5	2,7	2,7

^a les 5 premiers pays sont aujourd'hui les plus peuplés d'Afrique subsaharienne. Les autres ont été choisis pour la diversité des situations qu'ils représentent.
Source : Nations unies, Division de la population (révision 2019). Données en accès sur www.unpopulation.org

Les situations varient entre pays, même si les croissances demeurent le plus souvent rapides. Dans notre échantillon de 11 pays (tableau 2), en dehors de l'Afrique du Sud (1,1 %), les croissances annuelles vont, sur la période 2010-2015, de 2,2 % (Ghana) à 3,8 % (Niger), avec de légers ralentissements dans certains pays (Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Ghana), des stagnations dans d'autres (Nigeria, Rwanda, Niger) ou même certaines reprises au début des années 2000 (plus de 3 % en RD Congo et Tanzanie). La figure 1 qui compare les croissances naturelles en 1995-2000 et 2015-2020 de 47 pays confirme cette relative hétérogénéité des situations nationales.

Figure 1. Évolution des taux d'accroissement naturels annuels (%) de la population de 1995-2000 à 2015-2020 dans 47 pays africains



Note : les lignes correspondent aux rythmes de croissance et de déclin de 1995-2000 à 2015-2020.

Lecture : L'Afrique du Sud a connu une baisse d'un peu moins de 25% de son taux de croissance entre 1997 et 2017, le Zimbabwe une augmentation d'un peu plus de 25%.

Source : Nations unies, Division de la population (révision 2019) (figure construite par les auteurs).

D'un côté, on trouve une bonne vingtaine de pays (dont 8 d'Afrique de l'Ouest) qui ont connu une accélération ou un maintien de leur croissance, de l'autre une vingtaine de pays qui ont connu un léger ralentissement (de 10 % à 20 %), et enfin quelques petits pays à fléchissement important (dont Maurice, le Lesotho, le Cap Vert et Djibouti). Comme dans les années 1985-2000 (Tabutin et Schoumaker, 2004), il n'y a pas de relation claire entre les rythmes de déclin ces vingt dernières années et les niveaux de départ de 1995-2000.

2. Une augmentation importante des effectifs de population

Ces rythmes de croissance dans l'ensemble très élevés depuis 2000 conduisent évidemment à une augmentation considérable des effectifs de population dans la plupart des sous-régions et des pays (tableau 2) entre 2000 et 2020. La région est passée de 640 millions d'habitants en 2000 à 1 106 en 2020 (73 % d'augmentation). Si l'on écarte l'Afrique australe (33 %)⁹, les trois autres sous-régions sont au-delà de 71 % (86 % en Afrique centrale). Des poids-lourds

⁹ La fécondité y est plus basse, la mortalité plus élevée en raison du sida, et donc la croissance plus faible.

comme le Nigeria sont passés en 20 ans de 122 à 206 millions d'habitants (69 % d'augmentation), l'Éthiopie de 66 à 113 (70 %), la RD Congo de 47 à 90 millions (90 %); quant au Niger, il bat les records en passant de 11 à 24 millions d'habitants (114 %). Un pays plus petit et densément peuplé comme le Rwanda passe de 8 à 13 millions (64 %), en dépit de changements assez rapides dans sa dynamique démographique. Ce sont des évolutions exceptionnelles dans le monde en ce début du 21^e siècle, et plus conséquentes que ce que l'on prévoyait il n'y a guère que 15 ans.

3. Des croissances constamment revues à la hausse depuis 2000

La Division de la population des Nations unies dont sont extraites les données précédentes procède régulièrement à une révision de ses estimations passées et de ses perspectives de population pour le monde entier, les régions et tous les pays, sous la forme de rapports dénommés *World Population Prospects*, incluant tous les éléments de la dynamique démographique (effectifs, structures par âges, fécondité, mortalité, migration). Chaque révision réajuste, si besoin, les paramètres récents de la croissance et de ses composantes au vu des données nouvelles provenant notamment des dernières enquêtes nationales (EDS, MICS...) ou des recensements. Examinons quelques résultats pour l'Afrique sur la période 2000-2020¹⁰.

De 2000 à 2019, les sept révisions successives (2000, 2002, 2008, 2012, 2015, 2017 et 2019) ont modifié à la hausse les rythmes de croissance démographique du passé récent ou du futur de l'Afrique subsaharienne, de ses sous-régions et d'un bon nombre de pays. Par exemple, la croissance de la période la plus récente (2015-2020) est passée de 1,9 % dans l'estimation faite en 2002 à 2,2 % dès 2008, puis à 2,5 % en 2012, à 2,6 % en 2017 pour finalement être maintenue à 2,7 % dans le rapport de 2019 (Nations unies, 2019a). Selon ce dernier, l'Afrique connaît une quasi-stabilité de sa croissance démographique depuis 1985, autour de 2,6 % par an. La région dans son ensemble n'est pas encore entrée en ce début du 21^e siècle dans un processus de ralentissement démographique.

Ces réajustements à la hausse, qui concernent de nombreux pays, proviennent essentiellement d'une sous-estimation jusqu'en 2008 ou 2012 des reculs importants (et presque inattendus) de la mortalité que révèlent les enquêtes les plus récentes, et d'une surestimation de la baisse de la fécondité. En 2008, on estimait l'espérance de vie de la région en 2015-2020 à 55,5 ans ; elle est aujourd'hui estimée à 60,5 ans. De 120 décès pour 1 000 naissances prévus en 2008, le risque de mortalité des enfants (de 0 à 5 ans) a chuté à 78 % en 2017. Quant à la fécondité, des 4,2 enfants par femme prévus en 2008 pour 2015-2020, elle est aujourd'hui estimée à 4,7 enfants ; elle a certes reculé mais bien moins vite qu'envisagé il y a 10 ans.

Ces ajustements successifs des estimations de la croissance ont conduit au fil du temps à une réévaluation à la hausse des effectifs de population de la région. Projetée à 992 millions en 2002 (variante moyenne), est remontée à 1 081 millions en 2008 et finalement estimée à 1 106 millions en 2020. Les projections pour 2020 d'un pays comme le Nigeria passent de

¹⁰ Les résultats présentés sont ceux de la variante moyenne (la plus vraisemblable) des projections des Nations unies.

177 millions d'habitants dans la révision de 2002 à 193 millions dans celle de 2008, puis à 206 millions dans celle de 2019 (+ 29 millions au total, soit 16 %). Ce bref aperçu des évaluations successives faites au cours des années 2000 et 2010 montrent déjà l'incertitude des tendances et la prudence toujours requise en matière de prévisions.

4. Le poids grandissant de la population africaine¹¹ au niveau mondial

L'Afrique subsaharienne voit augmenter considérablement son poids dans la population mondiale depuis une trentaine d'années : de 9,2 % de la planète en 1990 à 10,5 % en 2000, 12,1 % en 2010 et 14 % prévus en 2020. Elle représentait 19 % de la croissance absolue de la population mondiale de 1990 à 2000, 25 % entre 2000 et 2010, et atteint 31 % ces 10 dernières années (35 % au sein du vaste groupe des pays dits en développement). Dans le monde, plus d'une naissance sur 4 est africaine aujourd'hui, contre 1 sur 6 dans les années 1990. En 2015-2020, les 5 pays les plus peuplés de la région (tableau 2) comptabilisent à eux seuls plus de deux fois plus de naissances (88 millions) que l'Europe entière (38 millions), et près de la moitié des naissances de la région. Ces chiffres vont encore progresser.

IV. La diversité des transitions démographiques en Afrique

Les travaux récents de synthèse sur les changements démographiques en Afrique s'accordent tous sur la diversité des rythmes et des intensités des phénomènes démographiques d'un pays à l'autre (voir entre autres, Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Ferry, 2007 ; Odimegwu et Kekovole, 2014 ; Groth et May, 2017), en particulier dans le champ de la fécondité. En 2004, nous évoquions déjà pour la période 1980-2000 « la diversification rapide et sans doute irréversible des régimes démographiques africains... la fragilité et l'incertitude de certains changements... la réversibilité potentielle de certains progrès » (Tabutin et Schoumaker, 2004, p. 585). L'Afrique est plurielle.

Même si la croissance naturelle reste élevée dans un grand nombre de pays, globalement la région confirme son entrée dans le processus de la transition démographique amorcée par une baisse de la mortalité depuis une cinquantaine d'années, voire plus dans certains pays. Durant la période récente, l'avancée dans la transition se poursuit avec le recul de la natalité de 1997 à 2017 (de 42,2 ‰ à 35,5 ‰), et surtout de la mortalité (de 15,6 ‰ à 8,7 ‰). Mais à l'intérieur de la région, de plus en plus de diversité et de disparités apparaissent entre sous-régions ou pays, en fonction des contextes économiques, sociaux, culturels et politiques.

La figure 2, basée sur les données les plus récentes des Nations unies de 2019, illustre cette variété des histoires transitionnelles (1950-2020) avec l'exemple de six pays illustratifs des diverses situations en Afrique. Nous dégageons cinq grands modèles :

- Le modèle encore quasi-traditionnel, illustré par le Mali et le Nigeria : une natalité toujours élevée en 2020 (autour de 40 ‰), une mortalité certes en recul mais plus forte qu'ailleurs,

¹¹ Dans cet article, lorsque nous parlons d'Afrique ou de population africaine, nous faisons référence à l'Afrique subsaharienne.

une croissance naturelle conséquente (2,5 % à 3 %). S'y rattache, comme à la fin des années 1990, une dizaine de pays, parmi les plus pauvres, de l'Ouest (Burkina Faso, Guinée, Niger), du Centre (Angola, RD Congo, Tchad) ou de l'Est (Burundi, Ouganda, Somalie, Soudan du Sud).

- Le modèle plutôt précoce et régulier illustré ici par le Ghana : une natalité (30 ‰ en 2020) et une mortalité (8 ‰) en recul assez régulier depuis quelques décennies, une croissance naturelle en légère baisse. On peut y rattacher le Sénégal et le Gabon.

- Le modèle fortement perturbé par le sida, comme celui du Zimbabwe et de l'Afrique du Sud : aujourd'hui une mortalité relativement basse, des reprises importantes de la mortalité dans les années 1990 (liées au sida) suivies de déclin sensibles, une natalité assez faible (entre 20 ‰ et 30 ‰ en 2017)¹². S'y rattachent notamment les pays d'Afrique australe.

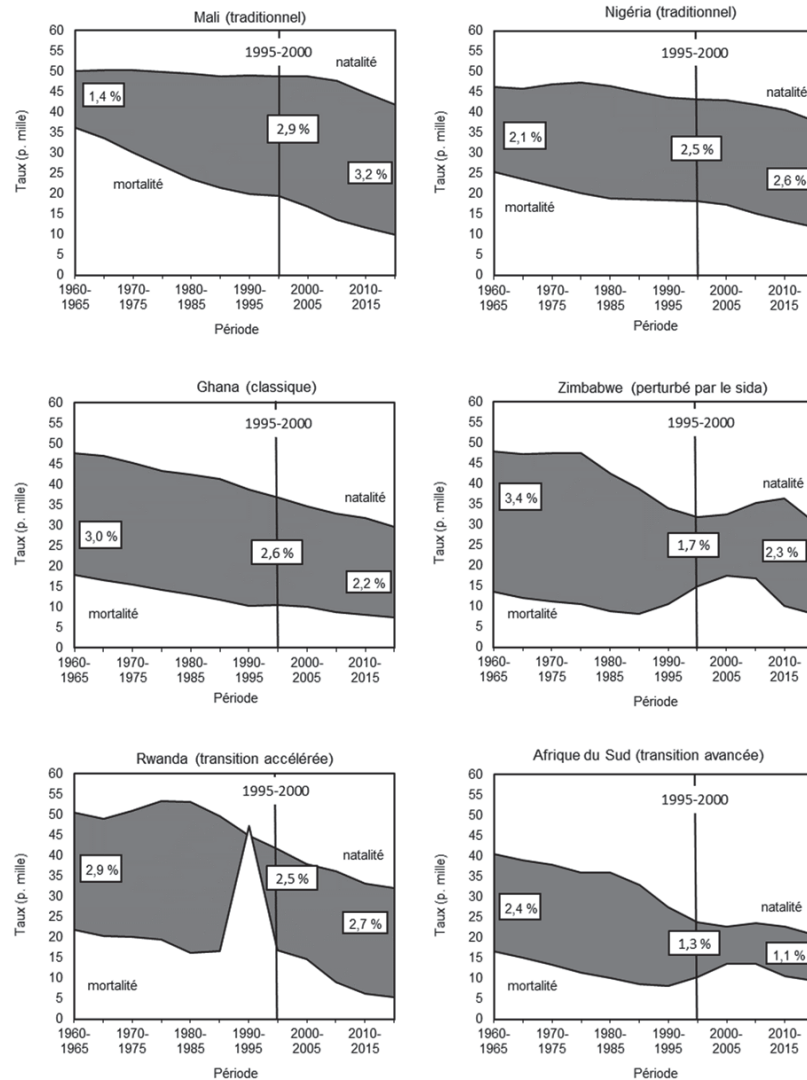
- Le modèle de transition accélérée, c'est notamment le cas du Rwanda en dépit du génocide de 1994 : un déclin rapide tant de la natalité que de la mortalité depuis 35 ans. On peut y rattacher le Botswana, l'Éthiopie et le Kenya.

- Le modèle de transition avancée, celui (non représenté ici) de petits pays ou d'îles (le Cap Vert, Maurice, les Seychelles...), connaissant une natalité de moins de 20 ‰, une espérance de vie élevée (supérieure à 70 ans) et une croissance naturelle faible (moins de 1,5 %). On peut aussi y rattacher l'Afrique du Sud, hormis pendant les 20 années de remontée de la mortalité du fait du sida.

La natalité, un des éléments moteurs de la croissance démographique, recule dans beaucoup de pays, mais à des vitesses variables. Le nombre de pays avec un taux de natalité supérieur à 40 ‰ passe de 32 (sur 47) en 1990-1994 à 6 en 2015-2020. Inversement, le nombre de ceux dont le taux de natalité se situe entre 35 ‰ et 40 ‰ augmente de 10 à 15 (tableau annexe A.2). Nous y reviendrons plus en détails dans l'examen des changements de fécondité depuis 2000 et de ses déterminants.

¹² Nous reviendrons sur la légère augmentation de la natalité du Zimbabwe de 1995 à 2010.

Figure 2 : Différents modèles types de transition démographique en Afrique sub-saharienne de 1950 à 2020



Source : Modèles construits à partir des données les plus récentes des Nations unies (2019a).

V. Mariage et familles

Outre les difficultés de mesures¹³, complexité, diversité, nouvelles modalités de formation des unions, pluralité des modèles matrimoniaux, sont des termes fréquents dans la littérature la plus récente sur les mariages et les familles en Afrique. Dans les années 1980 et 1990, si le mariage demeurait la règle et la polygamie se maintenait peu ou prou, les âges d'entrée en union commençaient à augmenter et à se diversifier. On voit clairement apparaître des modèles régionaux de nuptialité, avec d'un côté l'Afrique de l'Ouest (nuptialité précoce, mariage universel, polygamie importante, familles élargies...), et de l'autre l'Afrique australe (mariage tardif, célibat non négligeable, peu de polygamie, davantage de nucléarisation familiale...), avec entre les deux l'Afrique de l'Est (Lesthaeghe *et al.*, 1989a ; Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Hertrich, 2007).

Qu'en est-il depuis 2000 ? Les changements ont-ils été conséquents, se sont-ils accélérés ? Nous examinerons les évolutions de l'âge au mariage, des écarts d'âges entre époux, du célibat, de la polygamie, de la taille des familles, de la féminisation des chefs de ménages et du confiage des enfants. Nous nous en tenons à ces quelques éléments, importants dans la dynamique démographique et sociale et assez bien documentés dans la littérature¹⁴ et les enquêtes nationales. Nous le ferons sur la base, d'une part, des quelques travaux de synthèse récents (Marcoux et Antoine, 2014 ; Shapiro et Gebreselassie, 2014 ; Hertrich, 2017 ; Meekers et Gage, 2017 ; Calvès *et al.*, 2018b), d'autre part, à partir de l'évolution des indicateurs entre deux enquêtes EDS (l'une datant de la fin des années 1990, l'autre des années 2010) pour les 10 pays de référence. Quant au tableau annexe A.3, il présente la situation de la nuptialité dans les 39 pays qui ont effectué une EDS dans les années 2010¹⁵ : âge d'entrée en union des hommes et des femmes, écart d'âges entre époux, intensité de la polygamie, proportion de mariages précoces (à moins de 15 et 18 ans), célibat des femmes à 40-49 ans.

Le mariage/l'union demeure la norme

Nous pouvons maintenir ce que nous écrivions il y a 15 ans : « se marier demeure la norme sociale largement prédominante en Afrique subsaharienne, tant pour les femmes que pour les hommes » (Tabutin et Schoumaker, 2004, p. 535). En dehors de l'Afrique australe où le célibat définitif n'est plus du tout négligeable (plus de 30 % de femmes sont célibataires à 40-49 ans en Afrique du Sud), ailleurs presque tous les hommes et les femmes forment une union, mais un peu plus tard qu'auparavant. On le voit clairement à l'augmentation générale de la proportion de célibataires à 15-19, 20-24 ou même 25-29 ans chez les hommes (données non présentées). Le calendrier du mariage est en moyenne un peu plus tardif mais son intensité reste très élevée : le célibat féminin à 40-49 ans dépasse rarement 3% (tableau annexe A.3), celui des hommes 5 % à 6 %. Quand changement il y a, il survient en ville, notamment dans

¹³ Sur ce point que nous n'aborderons pas ici, voir par exemple Antoine (2002) ou Hertrich (2014).

¹⁴ Même si la nuptialité n'est toujours pas un sujet de recherche prioritaire en Afrique.

¹⁵ En dehors du Cap Vert (2005), de la Mauritanie (2001) et de l'Erythrée (2002).

les capitales (Dakar, Lagos, Ouagadougou, Abidjan, Yaounde, Kinshasa....) (Antoine et Marcoux, 2014 ; Calvès et N'Bouke, 2018a ; Nappa et *al.*, 2019).

Une lente augmentation de l'âge d'entrée en union

Les travaux de synthèse les plus récents¹⁶ s'accordent sur la progression généralisée de l'âge au 1^{er} mariage des hommes et des femmes, surtout en villes, dans les capitales en particulier, parmi les hommes et femmes des groupes sociaux les plus éduqués et favorisés. Antoine (2002) le mettait déjà en évidence pour les années 1980 et 1990. L'étude de Rutaremwa (2014) basée sur les recensements des années 1990 et 2000 d'une dizaine de pays va dans le même sens. Shapiro et Gebreselassie (2014) le confirment dans leur étude récente sur les changements survenus entre les années 1990 et 2000 dans 26 pays subsahariens. L'impact de la hausse du calendrier de la nuptialité sur la fécondité est ainsi beaucoup plus net en villes que dans les campagnes. Marcoux et Antoine (2014) mettent eux aussi en évidence le rôle de l'urbanisation dans cette hausse, dans le cas de 8 pays, du fait de la scolarisation des jeunes filles, des changements de normes et de comportements dans la constitution de la famille, mais aussi des difficultés rencontrées pour former un couple (accès à l'emploi ou à un logement).

Les données du tableau 3 sur l'évolution de l'âge médian¹⁷ au 1^{er} mariage des femmes dans les 10 pays de référence confirment la disparité des situations tant dans les années 1990 que dans les années 2010 : cet âge qui en dehors de l'Afrique du Sud allait de 15 à 21 ans va aujourd'hui de 16 ans (Niger) à 22 ans (Rwanda). Les évolutions sont là, peu fulgurantes dans l'ensemble et variables (faibles au Burkina Faso et au Niger, plus notables au Ghana, au Rwanda et au Nigeria). En dehors des situations extrêmes (ici le Niger à moins de 16 ans en 2012 et l'Afrique du Sud à plus de 31 ans en 2016), la plupart des pays subsahariens sont dans ces années 2010 voisins de l'Asie du Sud, dont l'âge médian des femmes va de 18 à 21 ans selon les pays (Ortega, 2014 ; Hertrich, 2017). Sur les 39 pays repris en tableau annexe A.3, 6 (tous sahéliens) montrent un âge médian de moins de 18 ans pour les femmes, 29 sont entre 18 et 21 ans, 4 seulement au-delà de 21 ans (outre l'Afrique du Sud, le Gabon, le Rwanda et le Cap Vert) ; pour les hommes, 28 pays sont au-delà de 24 ans, dont 15 à plus de 26 ans (le Sénégal atteignant 30 ans).

Un recul relatif du mariage des adolescentes¹⁸

L'Afrique a longtemps été considérée comme une région à nuptialité et activité sexuelle précoce, avec une partie non négligeable des unions survenant chez les femmes entre 13 et 18 ans, beaucoup plus tardivement pour les hommes. Le mariage précoce des jeunes filles diminue mais est loin d'avoir disparu. Sur 39 pays, 3 seulement (Afrique du Sud, Namibie et Rwanda) ont une proportion de femmes de 20-29 ans mariées avant 18 ans de moins de 15 %, 7 pays sont entre 15 % et 30 %, 29 sont au-delà de 30 %, dont 6 à plus de 50 % (Burkina Faso,

¹⁶ Pour une vision mondiale et régionale des tendances des âges au mariage et du célibat des années 1970 aux années 2000, voir Ortega (2014). Etude menée à partir de la vaste base de données établie par les Nations unies sur le mariage (United Nations, 2009).

¹⁷ Âge auquel 50 % des femmes sont déjà en union.

¹⁸ Un mariage d'adolescent (*child marriage*) est défini par les Nations unies comme un mariage survenant avant 18 ans. Certaines études sur le sujet distinguent les moins de 15 ans des 15-17 ans.

Guinée, Mali, Niger, Tchad et Mozambique) (tableau annexe A.3). Quant au mariage très précoce (avant 15 ans), il est toujours observé dans un grand nombre de pays : s'il a quasiment disparu en Afrique australe, au Rwanda et au Burundi, plus de 10 % des femmes de 20-29 ans ont été mariées avant 15 ans dans une vingtaine de pays (tableau annexe A.3). En dépit de l'augmentation de l'âge au 1^{er} mariage dans un bon nombre de pays, l'Afrique subsaharienne conserve globalement les plus fortes prévalences de mariages d'adolescentes. Distinguant les moins de 15 ans et les 15-17 ans, Koski et *al.* (2017) en ont évalué les niveaux récents et leur évolution depuis 1985 dans 31 pays de la région à partir des enquêtes EDS et des recensements disponibles : le mariage avant 18 ans recule dans l'ensemble mais dans plus d'un pays sur deux, plus d'un tiers des jeunes filles sont encore mariées avant l'âge adulte ; la diminution touche principalement les 15-17 ans. Cela en dépit des efforts fournis dans les pays pour lutter contre la pratique du mariage précoce et d'un âge légal au mariage de 18 ans dans 25 de ces pays sur 31.

Les données sur les 10 pays sélectionnés (tableau 3) précisent ces évolutions pour les jeunes générations de femmes (20-29 ans à l'enquête). On constate, d'une part, une diversité des situations : dans les années 2010, les prévalences d'unions avant 18 ans vont de 76 % au Niger à 39 % au Cameroun, 25 % au Kenya et 8 % au Rwanda ; d'autre part, le recul du mariage précoce est sans relation avec son niveau de départ, et est très différent d'un pays à l'autre : baisse presque nulle au Niger, au Kenya ou au Zimbabwe ; beaucoup plus nette au Rwanda, au Ghana ou au Burkina Faso. Quant au mariage avant 15 ans, il devient rare, nous l'avons dit, en Afrique australe et au Rwanda (entre 1 et 2 %). Il recule mais demeure entre 6 et 9 % en Tanzanie, au Ghana ou au Kenya. Il évolue peu et reste à près de 20 % au Nigeria comme en Guinée. L'Afrique subsaharienne dans son ensemble est loin d'avoir éliminé ces mariages de très jeunes femmes. Cela se traduit notamment par une fécondité des adolescentes plus élevée que dans les autres régions du monde¹⁹.

Des écarts d'âges toujours conséquents entre époux

Les âges d'entrée en union des hommes ont eux aussi augmenté, bien que déjà élevés (souvent 25 ou 26 ans dans les années 1990), mais un peu moins vite que chez les femmes. Les écarts d'âge entre conjoints en Afrique subsaharienne sont parmi les élevés du monde, suite aux différences d'âges d'entrée en première union entre hommes et femmes et à la présence de la polygamie. Vers 2010, sur 39 pays, 6 en ont des écarts de moins de 4 ans, 14 des écarts de 4 à 6 ans, et 18 des écarts supérieurs (la Gambie et le Sénégal atteignant 10 ans) (tableau annexe A.3). Ils n'avaient que légèrement baissé des années 1970 aux années 1990, de 6,1 à 5,6 ans en moyenne (Tabutin et Schoumaker, 2004). Depuis 40 ans, ces écarts sont particulièrement élevés en Afrique de l'Ouest et centrale (8,8 ans au Niger, 7,2 ans au Cameroun et 7,7 Burkina Faso) et plus bas en Afrique orientale et australe (5,8 ans au Zimbabwe et 3,3 ans au Rwanda) (tableau 3). Sur les 10 pays examinés, les situations ont dans l'ensemble peu changé ou légèrement à la baisse depuis le début des années 2000 (Cameroun, Tanzanie, Ghana, Kenya) mais quelques pays connaissent une hausse des écarts d'âge (Niger, Zimbabwe). Aucune tendance générale ne se dégage des résultats selon le milieu d'habitat.

¹⁹ Pour une présentation des lois sur l'âge minimum du mariage en Afrique et de leurs relations avec les prévalences du mariage précoce et de la fécondité des adolescentes, voir Maswikwa et *al.* (2016).

La polygamie en repli

La polygynie²⁰ (couramment dénommée polygamie) est toujours présente en Afrique, constituant un des piliers essentiels des structures familiales de la région, à côté d'autres types d'unions : « Même dans une société polygame, elle n'est pas la seule forme d'union possible, mais tous (hommes et surtout femmes) sont exposés au risque de connaître ce type d'union » (Antoine, 2002). Depuis longtemps, son intensité connaît d'importantes variations dans la région, entre sous-régions, entre pays voisins parfois, entre groupes sociaux ou ethniques au sein d'un pays²¹. Ses niveaux étaient et demeurent particulièrement élevés en Afrique de l'Ouest et sahélienne (50 % de femmes en union polygame à 35-44 ans vers 2000, un peu moindres en Afrique centrale (39 %), nettement plus bas en Afrique de l'Est (23 %), relativement faibles en Afrique australe (14 %) (Tabutin et Schoumaker, 2004). Le travail récent de Whitehouse (2017) sur l'évolution de la polygamie en Afrique de l'Ouest, mené sur 14 pays à partir des dernières enquêtes EDS, confirme l'importance de la pratique dans la sous-région. Dans les années 2010, sur 39 pays, seuls 6 (Burundi, Rwanda, Erythrée, Madagascar, Afrique du Sud et Lesotho) ont moins de 10 % des femmes en union polygame, 12 sont entre 10 % et 20 %, 21 sont à plus de 20 %, dont 8 (tous d'Afrique de l'Ouest) au-delà de 35 % (tableau annexe A.3).

²⁰ La forme de mariage où l'homme a plusieurs épouses à la fois.

²¹ À notre connaissance, aucune théorie ou explication, plus ou moins ancienne, proposée dans la littérature sur la diversité et l'évolution de la polygamie ne fait aujourd'hui consensus. Sur ce point, voir J. Fenske (2011). L'auteur teste empiriquement sur 31 pays certaines des grandes hypothèses, notamment d'ordre économique avancées depuis 30 ans : l'inégalité économique entre pays, la productivité agricole des femmes, la croissance économique, l'esclavagisme, l'éducation, la mortalité des enfants.

Tableau 3 : Evolutions (absolues) de l'âge au 1er mariage des femmes, de l'écart d'âges entre époux et de la polygamie des années 1990 aux années 2010, selon le milieu d'habitat, dans 10 pays africains

Pays et dates des enquêtes EDS		Age médian au 1er mariage ^a			% de femmes mariées avant ^b		Ecart d'âges entre époux ^c			% de femmes en polygamie ^d		
		Urbain	rural	Total	15 ans	18 ans	Urbain	rural	Total	Urbain	rural	Total
Niger	1998	15,8	15,0	15,1	79	38	8,8	6,3	7,0	39	38	38
	2012	17,9	15,6	15,7	76	29	9,8	8,4	8,8	31	37	36
	Evolution	+2,1	+0,6	+0,6	-3	-9	+1,0	+2,1	+1,8	8	-1	-2
Nigeria	1990	19,0	16,3	16,9	53	28	-	-	-	33	43	40
	2013	20,8	16,6	18,1	45	20	8,5	9,0	8,9	22	39	33
	Evolution	+1,8	+0,3	+1,2	-8	-8	-	-	-	-11	-4	-7
Burkina Faso	1993	18,6	17,5	17,6	63	10	8,0	7,4	7,6	30	58	54
	2010	19,2	17,6	17,8	52	10	8,2	7,5	7,7	21	48	44
	Evolution	+0,6	+0,1	+0,1	-11	0	+0,2	+0,1	+0,1	-9	-10	-10
Cameroun	1998	18,4	16,8	17,4	47	17	7,8	7,8	7,8	26	37	33
	2011	20,0	17,3	18,5	39	14	7,3	7,2	7,2	16	34	26
	Evolution	+1,6	+0,5	+1,1	-8	-3	-0,5	-0,6	-0,6	-10	-3	-7
Tanzanie	1996	18,7	18,2	18,3	39	7	6,9	6,5	6,6	20	30	28
	2016	20,4	18,7	19,2	31	6	5,6	4,7	5,1	12	21	19
	Evolution	+1,7	+0,5	+0,9	-8	-1	-1,3	-1,8	-1,5	-8	-9	-9
Ghana	1998	19,7	18,8	19,1	35	14	-	-	6,5	16	26	19
	2014	22,7	19,2	20,7	23	5	5,5	5,7	5,7	11	21	14
	Evolution	+3,0	+0,4	+1,6	-12	-9	-	-	-0,8	-5	-5	-5
Kenya	1998	21,0	18,8	19,2	27	8	-	-	5,6	11	17	16
	2014	22,5	19,5	20,2	25	6	4,4	5,3	5,1	7	14	12
	Evolution	+1,5	+0,7	+1,0	-2	-2	-	-	-0,5	-4	-3	-4
Zimbabwe	1999	20,0	18,8	19,3	30	5	4,7	5,5	5,2	8	20	16
	2015	21,2	19,1	19,8	31	4	5,0	6,1	5,8	7	14	11
	Evolution	+1,2	+0,3	+0,5	-1	-1	+0,3	+0,6	+0,6	-1	-6	-5
Rwanda	2000	21,5	20,5	20,7	19	1	5,6	3,4	3,6	9	13	12
	2015	23,2	21,7	21,9	8	1	5,0	3,1	3,3	5	8	7
	Evolution	+1,7	+1,2	+1,2	-11	0	-0,6	-0,3	-0,3	-4	-5	-5
Afrique du Sud	1998	24,8	22,9	24,2	14	4	-	-	-	10	17	13
	2016	-	-	31,4	9	2	-	-	2,6	2	4	2
	Evolution	-	-	+7,2	-5	-2	-	-	-	-8	-13	-11

Sources : Enquêtes EDS des années 1990 et 2010. Pays classés par ordre croissant de l'âge médian national au 1er mariage des femmes dans les années 1990. Cet ordre est conservé pour tous les autres tableaux.

^a Femmes en union à l'enquête âgées de 25 à 49 ans.

^b Femmes en union âgées de 20 à 29 ans à l'enquête.

^c Différences entre les âges médians au 1er mariage des femmes (25-49 ans);et des hommes (30-59 ans) .

^d Femmes en union âgées de 15 à 49 ans à l'enquête.

Les tirets correspondent à une absence de données

Au vu des enquêtes des années 2000 et 2010, on s'accorde sur le recul de la pratique polygamique en Afrique subsaharienne, mais que l'on peut qualifier de timide par rapport aux politiques et législations mises en œuvre, plus restrictives mais sans impact toujours

considérable, en dépit d'obligations ou contraintes dans certains pays. Par exemple, malgré son interdiction en Côte d'Ivoire depuis 1964 ou au Bénin depuis 2004, la polygamie y concerne encore respectivement 29 % et 39 % des femmes de 15-49 ans dans les années 2010. Les évolutions entre deux enquêtes EDS, à 15 ou 20 ans d'intervalle, des proportions de femmes de 15-49 ans en union polygame, confirment d'abord leur variabilité géographique tant dans les années 1990 que dans les années 2010 (tableau 3) : elles sont récemment (vers 2015) autour de 40 % au Burkina Faso et au Niger, de 20 % à 30 % au Cameroun et en Tanzanie, autour de 15 % au Ghana, Kenya et Zimbabwe, à 7 % au Rwanda (voir aussi en tableau annexe A.3 les données les plus récentes sur 39 pays). Ces données confirment par ailleurs le repli général, mais d'intensité variable, de cette pratique.

Dans ces 10 pays comme dans bien d'autres, le degré de polygamie est étroitement lié au milieu de résidence, au niveau d'instruction des femmes et au niveau de vie du ménage (données non présentées ici). Le recul de la polygamie est plus important en ville qu'en milieu rural (tableau 3). Quelques capitales comme Ouagadougou (Burkina Faso), Accra (Ghana), Lagos (Nigeria), et dans une moindre mesure Niamey (Niger) ont désormais des taux de polygamie un peu plus faibles que la moyenne du monde urbain, d'après des résultats des dernières enquêtes EDS. À l'avenir, la polygamie se concentrera sans doute de plus en plus en milieu rural. Dans tous les pays, et de très loin, les femmes illettrées sont plus souvent unies à un homme polygame, avec des écarts entre groupes extrêmes en termes d'instruction qui vont de 1 à 3 ou 4 selon les pays. Quant au niveau de vie, en dehors du Niger, le gradient est clair dans notre échantillon de pays : plus le niveau de vie du ménage est élevé, plus la polygamie est faible ; les ménages les plus pauvres (dernier quintile) sont de loin les plus polygames.

Divorce et remariage sont toujours aussi mal documentés

Polygamie, mais aussi divorce et veuvage, comme dans d'autres régions du monde, demeurent les grands « risques » matrimoniaux, notamment en milieu rural, pour les femmes les plus pauvres, les moins instruites, les plus dépendantes du conjoint ou de sa famille. Mariage arrangé, violences et mésentente entre époux, infécondité de la femme, différence d'âge parfois importante entre époux (notamment en système polygamique), sida, etc., peuvent conduire à une instabilité du mariage. Mais l'intensité et le calendrier du divorce, du veuvage et éventuellement du remariage demeurent globalement les éléments les moins bien documentés de la démographie africaine²².

Les quelques travaux menés sur le divorce dans les années 1970 et 1980 montraient tous sa fréquence importante et sa variabilité géographique, avec un divorce plus fréquent en Afrique de l'Ouest (souvent suivi d'un remariage rapide des femmes) qu'en Afrique de l'Est (Lesthaeghe *et al.*, 1989a ; Tabutin et Schoumaker, 2004). Une grande majorité des travaux menés depuis lors ont plutôt porté sur un seul pays ou sur des villes particulières, à partir d'enquêtes spécifiques (entre autres, Dial, 2007, sur Dakar et Saint Louis ; Antoine, 2006, sur Antananarivo, Dakar, Lomé et Yaoundé ; Calvès, 2016, ou Gnoumou Thiombiano et Legrand,

²² La mesure de ces événements requiert en effet des biographies matrimoniales complètes des hommes et des femmes, absentes des enquêtes EDS ou MICS et des recensements.

2014, sur le Burkina Faso). Mais récemment S. Clark et S. Brauner-Otto (2015) ont fait le point sur les ruptures d'union en Afrique : répartition géographique, évolution de la stabilité des unions dans le temps, facteurs associés. Leur étude, menée sur 33 pays à partir des enquêtes EDS des années 2000, confirme l'importance des ruptures d'union (33 % en moyenne régionale après 15 à 20 ans d'union, dont les trois quarts par divorce), la grande variabilité géographique du divorce (de moins de 12 % au Mali, Burkina Faso ou Nigeria à plus de 40 % au Liberia ou Congo Brazzaville), sa prédominance partout sur le veuvage²³. En revanche, contrairement à l'attente des auteurs et parfois à la littérature, aucun pays ne montre une augmentation claire. Le divorce aurait même reculé dans la moitié des pays (dont notamment le Bénin, le Ghana, le Liberia, Madagascar, le Malawi et le Niger). Dans « l'explication » au niveau agrégé des variations entre pays, le divorce est plus fréquent dans les pays les plus urbanisés, ceux où le taux d'activité des femmes est le plus élevé et où le mariage précoce est le plus fréquent, mais son intensité baisserait avec l'augmentation de l'instruction féminine. Ces relations seraient à vérifier au niveau individuel avec les enquêtes des années 2010.

Un léger repli de la taille des ménages

Sans entrer ici dans les concepts, mesures et définitions de la famille et du ménage²⁴, ni des différents facteurs variables d'un pays à un autre qui peuvent influencer sur leur taille (niveaux de fécondité et de mortalité, migrations, confiage des enfants, polygamie, règles de résidence et d'héritage, conditions d'accès au logement ...), nous constatons un léger recul ces dernières années de la taille des ménages dans les dix pays de référence (tableau 4, enquêtes EDS²⁵), autour de 0,3 personne par rapport à une taille en moyenne de 5,1 habitants dans les années 1990. Le recul est par ailleurs variable d'un pays à l'autre, très faible en RD Congo, en Tanzanie, au Kenya ou au Ghana, plus important au Cameroun ou au Rwanda, sans lien avec la taille de départ, ni avec le milieu d'habitat (en dehors du Rwanda et du Cameroun où il est faible en milieu rural et nettement plus important en villes).

Comme dans les années 1990 (Pilon et Vignikin, 2006), on en arrive à des situations et évolutions disparates avec des tailles de ménage qui aujourd'hui vont de moins de 4 personnes (Ghana, Kenya, Zimbabwe par exemple) à plus de 6 (Niger, Tchad, Sénégal...). Globalement, comme dans le passé, c'est en Afrique de l'Ouest, notamment sahélienne, que les ménages sont les plus importants, reflet de structures familiales de type plus étendu, et en Afrique de l'Est et australe qu'ils sont traditionnellement plus petits²⁶.

²³ En dehors de pays comme le Lesotho ou l'Eswatini très touchés par le sida dans les années 1990 et 2000.

²⁴ Voir entre autres à ce propos Pilon et Vignikin (2006), van de Walle (2006) ou Randall *et al.* (2011). Signalons simplement que les définitions du ménage peuvent varier entre enquêtes et recensements, entre pays ou encore évoluer dans le temps, ce qui conduit à des résultats parfois peu comparables ou difficiles à interpréter.

²⁵ Ces enquêtes EDS définissent la taille d'un ménage comme étant le nombre de personnes qui sont déclarées par le chef de ménage ou se déclarent vivant habituellement dans le ménage.

²⁶ On manque de travaux récents menés à partir des recensements sur l'évolution des structures familiales en Afrique subsaharienne. Pour les années 1990, voir le travail d'Ibismi et De Wet (2014) mené à partir des recensements de 7 pays (Mali, Rwanda, Kenya, Tanzanie, Ouganda, Malawi et Afrique du Sud).

Tableau 4 : Evolutions (absolues) de la taille moyenne des ménages, de la proportion de femmes chefs de ménages et des ménages avec enfants sans leurs parents, selon le milieu d'habitat, dans 10 pays africains

Pays et dates des enquêtes EDS		Taille moyenne des ménages			% de femmes chefs de ménage			% de ménages avec enfants sans parents ^a		
		Urbain	rural	Total	Urbain	rural	Total	Urbain	rural	Total
Niger	1998	6,2	5,8	5,9	15	13	13	22	23	23
	2012	5,9	5,9	5,9	15	16	16	20	22	21
	Evolution	-0,3	-0,1	0	0	+3	+3	-2	-1	-2
Nigeria	1990	4,8	5,6	5,4	18	13	14	7	7	7
	2013	4,2	4,9	4,7	23	17	19	15	17	16
	Evolution	-0,6	-0,7	-0,7	+5	+4	+5	+8	+10	+9
Burkina Faso	1993	6,1	6,8	6,7	13	5	7	27	20	21
	2010	5,1	5,9	5,7	15	8	10	26	16	19
	Evolution	-1,0	-0,9	-1,0	+2	+3	+3	-1	-4	-2
Cameroun	1998	5,4	5,5	5,5	26	21	22	24	22	22
	2011	4,6	5,4	5,0	27	24	25	27	28	27
	Evolution	-0,8	-0,1	-0,5	+1	+3	+3	+3	+6	+5
Tanzanie	1996	4,3	5,1	4,9	23	21	22	20	21	21
	2016	4,3	5,1	4,8	26	24	25	26	27	27
	Evolution	0	0	-0,1	+3	+3	+3	+6	+6	+6
Ghana	1998	3,3	3,8	3,6	39	35	37	15	16	16
	2014	3,1	3,9	3,5	37	30	34	16	17	17
	Evolution	-0,2	+0,1	-0,1	-2	-5	-3	+1	+1	+1
Kenya	1998	3,3	4,6	4,1	23	34	32	8	18	14
	2014	3,2	4,4	3,9	27	36	34	11	21	17
	Evolution	-0,1	-0,2	-0,2	+4	+2	+2	+3	+3	+3
Zimbabwe	1999	3,5	4,5	4,3	23	40	34	11	27	21
	2015	3,7	4,3	4,1	38	42	41	21	36	31
	Evolution	+0,2	-0,2	-0,2	+15	+2	+7	+10	+9	+10
Rwanda	2000	5,0	4,5	4,6	31	37	36	30	21	22
	2015	4,1	4,3	4,3	27	32	31	20	20	20
	Evolution	-0,9	-0,2	-0,3	-4	-5	-5	-10	-1	-2
Afrique du Sud	1998	3,9	4,7	4,2	36	50	42	17	34	24
	2016	3,1	3,8	3,4	38	52	44	16	36	22
	Evolution	-0,8	-0,9	-0,8	+2	+2	+2	-1	-2	-2

Sources : Enquêtes EDS des années 1990 et 2010.
^a Enfants confiés ou accueillis : enfants de moins de 15 ou 18 ans selon les enquêtes vivant dans un ménage dans lequel il n'y a ni leur mère ni leur père

Une augmentation des femmes chefs de ménage

Relevée dès les années 1980 et 1990 (Pilon *et al.*, 1997 ; Locoh *et al.*, 2008), la part croissante des femmes dans la direction de ménages se poursuit un peu partout : en dehors du Rwanda et du Ghana où partant de haut (autour de 36%) elle semble avoir un peu reculé tant en milieu urbain que rural, elle augmente ailleurs, de 3 à 7 points, dans les dix pays de référence (tableau 4). Là aussi sans une claire relation avec le niveau de départ, et sans grande différence entre villes et campagnes. On en est aujourd'hui, comme hier, à des proportions très variées entre

pays qui vont de 10-20% (Niger, Burkina Faso, Nigeria) à plus de 30% (Ghana, Kenya, Rwanda) ou même 40 % comme au Zimbabwe. Le tableau annexe A.3 en donne les intensités les plus récentes dans 39 pays.

Le fait, pour les femmes, de se déclarer « chef de ménage » dans les enquêtes ou les recensements, correspond à diverses histoires et situations (Delaunay *et al.*, 2018) : en dehors des femmes célibataires, elle est liée à leur histoire matrimoniale (séparation, divorce, veuvage, polygamie en résidence séparée des co-épouses), ou encore à la migration du conjoint (vers la ville ou l'étranger), parfois à leur degré d'autonomie économique, comme dans les pays du Golfe du Bénin. Le sida en Afrique australe et le génocide du Rwanda (1994) sont à l'origine d'une importante mortalité adulte masculine qui explique en partie les fortes proportions de femmes chefs de ménage dans ces deux pays. Il n'y a pas consensus dans la littérature sur la situation économique et sanitaire de ces ménages dirigés par des femmes, en termes de pauvreté, d'isolement social, de bénéfices pour les enfants, même si une grande partie des travaux constatent des situations plus défavorisées à divers points de vue (Milazzo et Van de Walle, 2017).

Un confiage des enfants toujours fréquent

En Afrique particulièrement et de longue date, la prise en charge des enfants ne relève pas toujours exclusivement des seuls parents biologiques. La famille au sens large (frères et sœurs aînés, oncles ou tantes, grands-parents...) y contribue par l'accueil d'enfants apparentés, pour des causes variées selon les pays, les époques et les groupes sociaux : maladie, décès, divorce des parents, conflits, aide domestique, scolarisation... La circulation et le confiage des enfants, qui vont parfois jusqu'à leur adoption, ne sont pas un phénomène propre à la région, mais « il en est un élément caractéristique des systèmes familiaux africains, répondant aux logiques de solidarités familiales, au système des droits et obligations... concourant au renforcement des liens familiaux et sociaux et également au maintien de comportements de forte fécondité » (Pilon et Vignikin, 2006, p.66).

Une mesure approchée du phénomène est la proportion de ménages qui accueillent des enfants de moins de 15 ans sans présence d'aucun de leurs deux parents biologiques. Les résultats par milieu d'habitat dans les dix pays de référence ne montrent pas de grands changements au cours des 15 à 20 dernières années (tableau 4) : la proportion des ménages qui incluent des enfants confiés se situe entre 16% (Nigeria) et 31% (Zimbabwe). Elle augmente au Nigeria, en Tanzanie et au Zimbabwe, sans doute en raison des orphelins du sida. Au Burkina Faso comme par exemple en RD Congo, la proportion d'enfants confiés ou accueillis est plus élevée en villes, tandis que c'est l'inverse au Kenya et au Zimbabwe. Le confiage des enfants reste fréquent. Il a des causes et des conséquences diverses, encore mal documentées faute d'informations spécifiques sur ce sujet dans les enquêtes nationales ou les recensements. Il a sans doute des effets positifs pour certains enfants (renforcement des liens familiaux, protection sociale et sanitaire, scolarisation...), beaucoup plus négatifs pour d'autres (négligence, maltraitance, exploitation au travail...). Ce devrait être une priorité de recherche dans le cadre de la protection de l'enfance dans des contextes de pauvreté et de conflits (Delaunay, 2009).

De nouveaux modèles familiaux ?

La question n'est pas neuve et alimente la littérature depuis une trentaine d'années, même si les recherches sur la famille ont été moins nombreuses que celles sur la fécondité, la mortalité ou aujourd'hui les migrations. Sans pouvoir ici entrer dans le détail, signalons simplement que les travaux les plus récents (Vignikin et Vimard, 2005 ; Marcoux et Antoine, 2014 ; Calvès *et al.*, 2018) dont un bon nombre sur l'Afrique de l'Ouest, s'accordent sur quelques points : la diversification des structures et dynamiques familiales (entre villes et campagnes, entre pays), l'évolution des solidarités familiales, communautaires et intergénérationnelles (toujours présentes mais souvent recentrées sur la famille proche et les amis), l'émergence de nouvelles formes d'entrée en union et sexualité (progression un peu partout des unions libres, notamment en villes), la montée d'un certain individualisme et détachement des aînés chez les jeunes générations. L'Afrique n'en est pas, et de loin, à la famille nucléaire, mais comme l'écrivent A.Calvès *et al.* (2018) « les structures et configurations familiales changent et les liens conjugaux et familiaux, tout comme la place et le statut des individus au sein des familles se redéfinissent ».

VI. La fécondité et ses déterminants

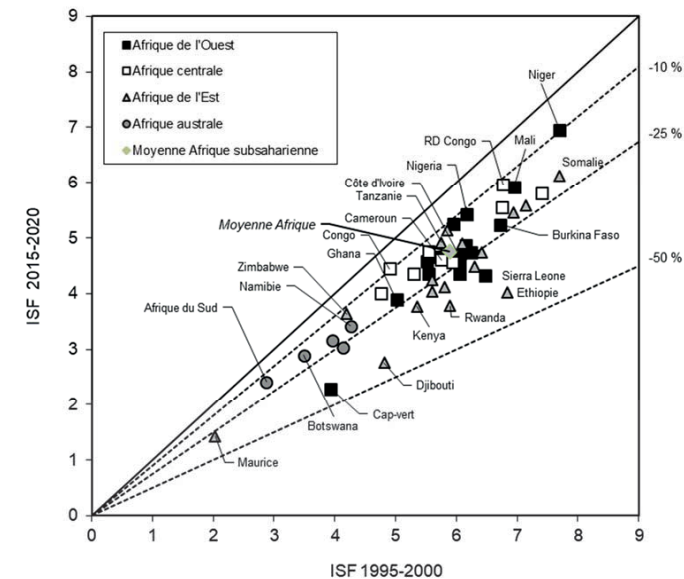
La fécondité a une influence considérable sur la taille et la structure par âge de la population, et son évolution dans les prochaines décennies sera cruciale pour la démographie de l'Afrique sub-saharienne (Gerland *et al.*, 2017 ; Schoumaker, 2017a). Les années 1980 et 1990 n'ont vu des reculs notables de la fécondité que dans quelques pays, notamment d'Afrique australe ; à la fin des années 1990, la majorité des pays avaient encore entre 6 et 7 enfants par femme (5,9 enfants en moyenne régionale). L'Afrique a-t-elle accéléré sa transition de fécondité depuis 2000, et rattrapé les autres régions en développement ? Observe-t-on des changements notables de calendrier ? Quels sont les grands déterminants de ces changements (contraception, demande d'enfants...) ? Nous synthétisons les grandes tendances de la fécondité, nous décrivons l'hétérogénéité entre pays et entre groupes sociaux, et mettons en évidence quelques facteurs associés aux niveaux et changements de fécondité. Les analyses reposent sur les estimations les plus récentes des Nations unies (2019a) pour les tendances d'ensemble et sur les enquêtes démographiques et de santé des 10 pays retenus pour l'évolution des inégalités spatiales et sociales. Le tableau annexe A.4 illustre l'évolution de 1970 à 2020 de la fécondité et de la pratique contraceptive dans 47 pays. Le tableau annexe A.5, lui, présente les caractéristiques de la fécondité dans les années 2010 à partir des dernières enquêtes EDS de 39 pays (indice synthétique de fécondité, nombre d'enfants à 45 ans, nombre idéal d'enfants, âge à la première naissance, fécondité des adolescentes, intervalles entre naissances).

Une baisse tardive et à des rythmes variables

La baisse de la fécondité en Afrique sub-saharienne a débuté bien plus tard que dans les autres régions du monde, et le rythme de déclin y a été dans l'ensemble plus lent qu'ailleurs (Bongaarts, 2017 ; Bongaarts et Casterline, 2013 ; Shapiro et Tambashe, 2008 ; Tabutin et

Schoumaker, 2004). À la fin des années 1980, seuls quelques pays de la région (Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Kenya, Maurice, Zimbabwe) avaient entamé leur transition de fécondité, et à l'échelle du continent le recul de la fécondité était modeste (6,5 enfants en 1985-1990, contre 6,8 enfants 10 ans plus tôt). Le mouvement s'est un peu accéléré à partir des années 1990 et, aujourd'hui, la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne ont connu une baisse de fécondité. À la fin des années 1990, l'indice synthétique de fécondité était d'un peu moins de 6 enfants par femme, et est estimé à 4,7 enfants pour la période 2015-2020 (tableau 5 ; figure 3). La fécondité reste toutefois sensiblement plus élevée que dans les autres régions en développement où, à l'exception de l'Afrique du Nord, la transition de fécondité est achevée ou en voie de l'être (tableau 5).

Figure 3 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité (nombre d'enfants par femme) de 1995-2000 à 2015-2020 dans 47 pays africains.



Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a).

Note : les lignes correspondent aux rythmes de déclin indiqués.

Lecture : de 1995-2000 à 2015-2020, l'indice synthétique de fécondité a diminué d'environ 25% au Ghana et de près de 50% au Cap-Vert.

Au cours des 20 dernières années, la fécondité a donc baissé d'environ un demi-enfant par décennie pour l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne. Néanmoins, les changements se sont produits à des rythmes variables. Dans quelques pays, la baisse n'a débuté que très récemment et timidement. C'est le cas du Niger, du Tchad et du Mali par exemple, mais aussi de quelques gros pays comme le Nigeria et la RD Congo, dont la fécondité reste élevée (entre 5 et 6 enfants par femme) et ne diminue que doucement (pays à baisse tardive et timide, figure 4). D'autres pays, comme le Sénégal, la Tanzanie et la Côte d'Ivoire, ont débuté leur transition un peu plus tôt et ont connu des baisses relativement régulières, avec une diminution d'environ 1,5 enfant depuis le début des années 1990 (pays à baisse régulière, figure 4). Ils se situent aujourd'hui dans la moyenne africaine (figure 3). Les pays précurseurs (figure 4), dont l'Afrique du Sud, la Namibie et le Zimbabwe, ont aussi actuellement des niveaux de fécondité plus faibles qu'à la fin des années 1990 et sont plus avancés que d'autres, mais connaissent depuis quelques années un ralentissement sensible de leur transition (Schoumaker, 2019b)²⁷. Ces ralentissements, dont les causes ne sont pas entièrement élucidées, se produisent à des niveaux de fécondité de 3 à 4 enfants par femme en Namibie et au Zimbabwe, soit bien au-delà du niveau de remplacement des générations. Enfin, certains pays ont connu des baisses sensibles et soutenues de la fécondité, parfois très rapides (pays à baisse récente et rapide, figure 4). Le Rwanda en est un bon exemple. Alors que la fécondité dépassait encore 8 enfants par femme au début des années 1980, elle a diminué rapidement à partir du milieu des années 1990 pour passer sous les 4 enfants au cours de la période 2015-2020 (figure 4). L'Éthiopie a également connu une baisse assez rapide qui, comme au Rwanda, est en partie à attribuer au renforcement des programmes de planification familiale (Tsui *et al.*, 2017). À moins de 3 enfants par femme, à côté de l'Afrique du Sud et du Botswana, se trouvent des petits pays (Djibouti), souvent des îles (Cap-Vert, les Seychelles, Maurice). Ces petits pays insulaires ont en moyenne un indice de développement plus élevé que les autres, ce qui explique en partie leur plus faible fécondité. Mais ils ont malgré tout une fécondité plus faible que des pays à niveau de développement comparable. A Maurice, la baisse rapide dès la fin des années 1960 résulte notamment d'investissements dans des programmes de planification familiale, mais également d'un recul de l'âge au mariage (Xenos, 1991). Peu de travaux approfondis sont néanmoins disponibles sur la fécondité dans ces îles, et les facteurs explicatifs de cette plus faible fécondité varient sans doute selon les pays.

²⁷ Les données de Nations unies indiquent, pour la période la plus récente, une reprise de la baisse de fécondité dans ces pays. Une récente analyse des tendances de fécondité basée sur de multiples sources montre toutefois que la fécondité continue de stagner dans plusieurs pays, dont le Zimbabwe et la Namibie (Schoumaker, 2019b). Il importe donc d'être prudent dans l'interprétation des tendances récentes.

Tableau 5 : Indice synthétique de fécondité, prévalence de la contraception moderne et fécondité des adolescentes en 1997, 2007 et 2017, par sous-régions de l'Afrique

Sous-région	Indice synthétique de fécondité ^a				Prévalence de la contraception moderne ^b				Taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans (%) ^c			
	1997	2007	2017	Evolutio n 1997- 2017	1997	2007	2017	Evolutio n 1997- 2017	1997	2007	2017	Evolutio n 1997- 2017
Afrique de l'Ouest	6,2	5,7	5,2	-16 %	7	10	18	+157 %	139	127	112	-19 %
Afrique centrale	6,5	6,2	5,5	-15 %	5	8	13	+150 %	153	146	129	-16 %
Afrique de l'Est	6,1	5,4	4,4	-28 %	13	24	38	+187 %	131	111	89	-32 %
Afrique australe	3,0	2,7	2,5	-17 %	52	58	56	+8 %	82	61	47	-43 %
Afrique sud-Sahara	5,9	5,4	4,7	-20 %	12	18	27	+126 %	133	119	101	-24 %
Afrique du Nord	3,5	3,1	3,2	-9 %	41	48	49	+20 %	49	46	42	-14 %
Asie de l'Est	1,6	1,6	1,6	0 %	81	82	81	+0 %	9	7	6	-33 %
Asie du Sud	3,6	2,9	2,4	-33 %	39	46	47	+22 %	79	50	32	-60 %
Asie du Sud-Est	2,7	2,4	2,2	-19 %	49	55	57	+16 %	43	44	44	+2 %
Amérique latine et Caraïbes	2,6	2,2	2,0	-23 %	61	67	69	+13 %	84	70	61	-27 %
Pays en développement	3,0	2,7	2,6	-13 %	53	56	56	+6 %	65	52	48	-26 %
Monde	2,8	2,6	2,5	-11 %	54	57	57	+6 %	59	49	44	-25 %

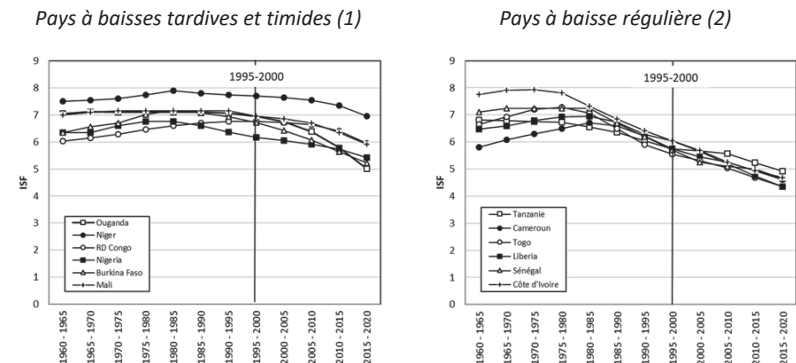
Sources : dernières estimations disponibles par région en 2018. Pour les indices synthétiques de fécondité et les taux de fécondité des adolescentes : Nations unies, Division de la population, 2019a; pour la contraception: Nations unies, Division de la population, 2019b.

^a Somme des taux de fécondité par âge observés à un moment donné. L'ISF peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants par femme, si les femmes connaissaient durant leur vie fécondité les conditions de fécondité du moment et survivaient jusqu'à 50 ans.

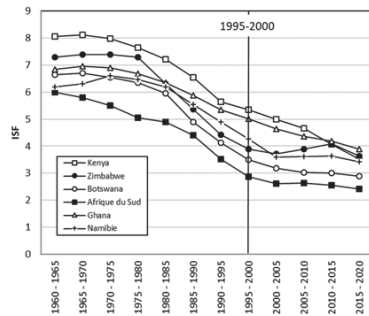
^b Proportion de femmes en union utilisant une méthode contraceptive moderne.

^c Nombre de naissances au cours d'une année pour 1000 femmes âgées de 15 à 19 ans révolus.

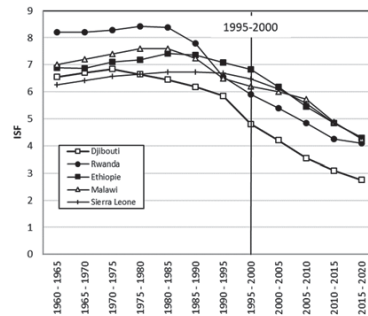
Figure 4 : Evolutions de la fécondité (ISF) depuis les années 1960 dans 23 pays africains



Pays précurseurs (3)



Pays à baisse récente rapide (4)



Source des données : Nations unies (2019a).

- (1) Autre pays à baisse tardive et timide : Angola, Burundi, Centrafrique, Gambie, Guinée équatoriale, Mozambique, Ouganda, Somalie, RD Congo, Tchad ;
 (2) Autres pays à baisse régulière : Comores, Eryhrée, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Madagascar, Mauritanie, Sud-Soudan, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie, Zambie ;
 (3) Autres pays précurseurs : Maurice, Lesotho, Eswatini, Cap-Vert ;
 (4) Pas d'autres pays dans cette catégorie. Quelques pays sont difficiles à classer, comme le Congo, qui a connu une baisse dans les années 1980, mais dont la fécondité semble stagner depuis une vingtaine d'années.

Développement et fécondité : une corrélation élevée mais imparfaite

Au niveau macro, les facteurs associés à la fécondité en Afrique sub-saharienne sont globalement les mêmes que dans les autres régions en développement. La fécondité est plus faible en moyenne dans les pays les plus urbanisés, les pays les plus avancés au niveau économique et social, et dans les pays à faible mortalité (Bongaarts, 2017). La corrélation assez élevée (0,70 en 2017²⁸) entre l'indice synthétique de fécondité et l'indice de développement humain (IDH)²⁹ résume assez bien le lien entre développement et fécondité (figure 5). Les pays les plus développés (comme l'Afrique du Sud) ont clairement des niveaux de fécondité plus faibles, et les pays les moins développés ont bien une fécondité plus élevée, à l'image du Niger, du Mali, ou encore de la RD Congo (Romaniuk, 2011). Néanmoins, pour un même IDH, la fécondité peut varier sensiblement d'un pays à l'autre. Le Rwanda et le Nigeria, par exemple, ont des IDH semblables, mais la fécondité est de 2 enfants plus faible au Rwanda qu'au Nigeria. Le Niger et la Centrafrique sont aussi séparés de plus de 2 enfants, pour des IDH comparables. Cette relation imparfaite résulte peut-être en partie d'erreurs de mesure sur ces variables mais indique également l'influence d'autres facteurs sur les différences de fécondité entre pays. L'un est la demande d'enfants qui varie aussi

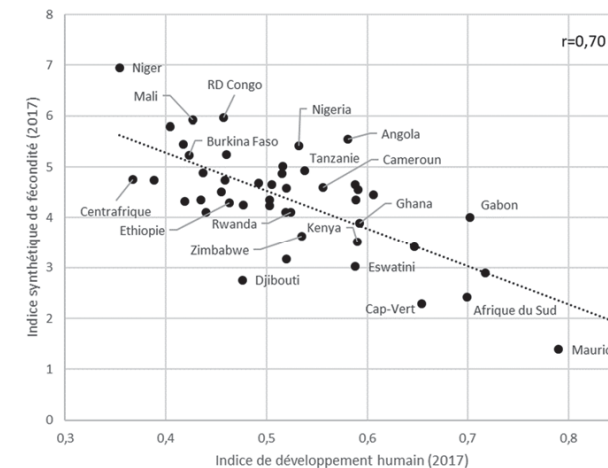
²⁸ Cette corrélation s'est un peu renforcée par rapport à 2001, où elle était estimée à 0,62 (Tabutin et Schoumaker, 2004), mais n'a pas fondamentalement changé.

²⁹ Qui combine les dimensions économiques (PIB/habitant), éducatives (taux alphabétisation et de scolarisation) et sanitaires (espérance de vie à la naissance).

sensiblement entre pays. Par exemple, nous le verrons plus loin, le nombre idéal d'enfants est près de deux fois plus élevé au Nigeria (6,5 enfants) qu'au Rwanda (3,5 enfants) selon les dernières EDS (tableau 7). La mise en œuvre des programmes de planification familiale varie aussi entre pays, de même que les besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

Si la fécondité diminue globalement avec le développement économique et social, en Afrique comme ailleurs, la fécondité de l'Afrique sub-saharienne est néanmoins plus élevée d'environ 1 enfant que dans les pays à niveaux de développement comparables d'autres régions (Bongaarts, 2017). Cet « effet Afrique » serait dans une large mesure le reflet d'une demande d'enfants plus élevée qu'ailleurs, et d'une plus faible pratique contraceptive.

Figure 5 : Relation entre l'indice de développement humain (IDH) et l'indice synthétique de fécondité (ISF) en 2017 dans 46 pays africains



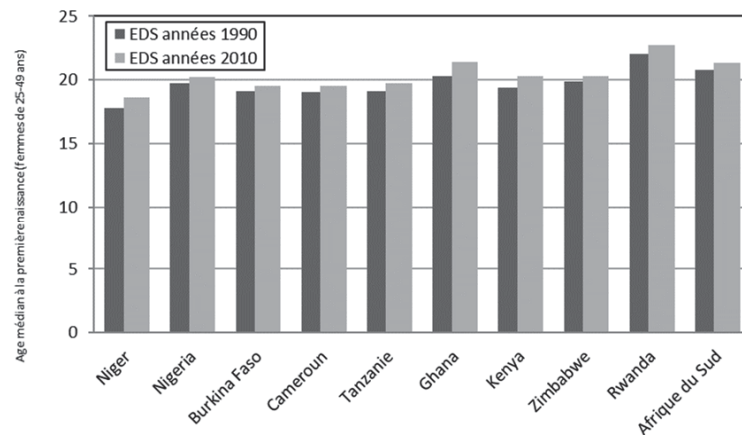
Source des données : Nations unies (2019a) pour l'ISF et PNUD (2018) pour l'IDH. Seuls 46 pays sont repris, l'IDH n'étant pas disponible pour la Somalie.

Une fécondité dans l'ensemble toujours précoce mais de légers changements de calendrier

La fécondité en Afrique subsaharienne est traditionnellement précoce (Tabutin et Schoumaker, 2004). L'âge médian à la première naissance, c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des femmes d'une génération a déjà donné naissance, est souvent inférieur à 20 ans (Kinziunga et Schoumaker, 2018 ; tableau annexe A.5). Dans la plupart des pays, les femmes entrent en union jeunes (Hertrich, 2017), et ont rapidement leur premier enfant. Dans certains pays où l'entrée en union est plus tardive (Afrique du Sud ou Namibie), les naissances hors union sont fréquentes et les femmes ont malgré tout leur premier enfant assez jeunes (Clark

et al., 2017). Ainsi, l'âge médian à la première naissance est d'un peu plus de 20 ans en Afrique du Sud. Même si l'âge au premier enfant a un peu augmenté au cours des deux dernières décennies, les changements restent modestes (figure 6), et les naissances avant l'âge de 20 ans sont fréquentes. Autre indicateur de cette fécondité précoce, les taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans) sont toujours élevés (tableau annexe A.5). Vers 2018, le taux était d'environ 100 naissances pour 1000 femmes de 15-19 ans en Afrique sub-saharienne, contre environ 60 ‰ en Amérique latine et Caraïbes, et un peu plus de 30 ‰ en Asie du Sud. Bien que la fécondité des adolescentes ait diminué au cours des dernières décennies, elle reste donc sensiblement plus élevée que dans les autres régions du monde (tableau 5). L'augmentation de l'instruction devrait continuer à faire baisser la fécondité des adolescentes, mais si l'accès à l'éducation secondaire des filles ne s'améliore pas dans de nombreux pays, les changements risquent d'être lents. Un meilleur accès aux méthodes contraceptives parmi les adolescentes, en particulier parmi les jeunes qui ne sont pas mariées, sera aussi un facteur important dans la réduction de la fécondité des adolescentes et des avortements provoqués (Sánchez-Páez et Ortega, 2018).

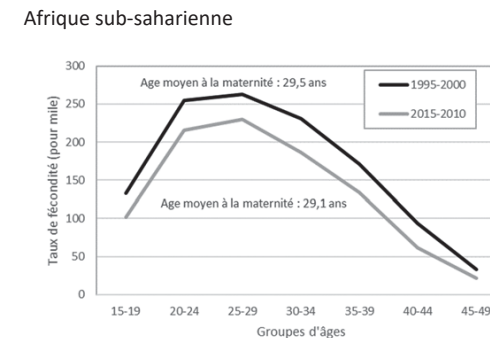
Figure 6 : Evolution de l'âge médian à la première naissance (femmes de 25-49 ans) dans 10 pays africains



Alors que l'âge médian à la première naissance a un peu augmenté, l'âge moyen à la maternité a en revanche légèrement baissé. Ce rajeunissement du calendrier de la fécondité résulte d'une baisse un peu plus rapide des taux de fécondité aux âges élevés qu'aux jeunes âges (figure 7). Pour l'ensemble de la région, les changements de calendrier sont toutefois très légers : l'âge moyen à la maternité est passé de 29,5 ans en 1997 à 29,1 ans en 2017, et les courbes de taux de fécondité par âge ont des formes fort semblables à ces deux dates pour l'Afrique dans son ensemble (figure 7). Cette baisse de la fécondité relativement similaire aux

différents âges est, comme l'avaient suggéré Caldwell et al. (1992), différente de celle observée en Asie et en Amérique latine, où la fécondité a baissé plus rapidement aux âges élevés. Les changements de fécondité par âge ne sont toutefois pas homogènes au sein de l'Afrique, et reflètent des différences dans les évolutions de l'entrée en vie reproductive, des durées d'intervalles entre naissances, et dans les comportements d'arrêt de fécondité (Casterline et Odden, 2016). Au Rwanda par exemple, les taux de fécondité ont diminué rapidement à tous les âges, y compris parmi les adolescentes, mais les baisses ont été plus prononcées au-delà de 30 ans³⁰, comme on s'y attend avec le développement de comportements d'arrêt. Cela s'y traduit par une diminution d'une année de l'âge moyen à la maternité. Dans d'autres pays, comme le Cameroun, la fécondité a davantage baissé aux jeunes âges (avant 30 ans), résultat d'un retard de l'entrée en vie reproductive ; l'âge moyen à la maternité y a par conséquent un peu augmenté, passant de 28,3 ans à 28,9 ans. Les intervalles entre naissances se sont aussi allongés dans de nombreux pays d'Afrique, contribuant également de manière substantielle à la baisse de fécondité (Casterline et Odden, 2016 ; Moultrie et al., 2012 ; Timaeus et Moultrie, 2013³¹). Les intervalles sont aujourd'hui particulièrement longs dans plusieurs pays d'Afrique australe (durées médianes de 55 mois en Afrique du Sud, 45 mois en Namibie et au Lesotho), un des signes que les transitions de fécondité en Afrique pourraient être très différentes de celles observées dans d'autres régions du monde (Moultrie et al., 2012 ; Hayford et Agadjanian, 2019).

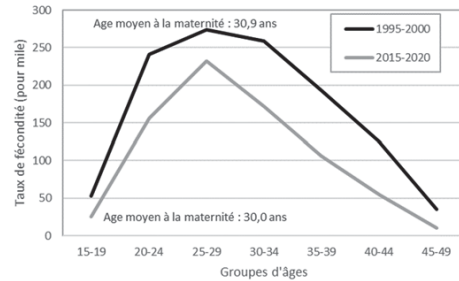
Figure 7 : Evolution des taux (%) de fécondité par âge en Afrique sub-saharienne, au Rwanda et au Cameroun



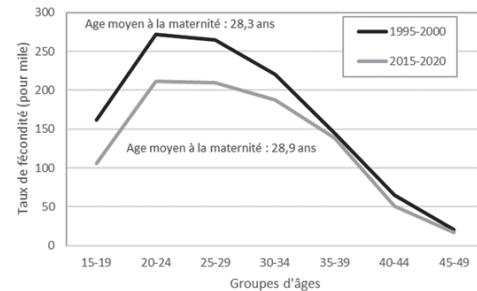
³⁰ Avec, à ces âges, une forte progression de la pratique contraceptive.

³¹ Mais les intervalles s'allongent également dans les pays du Sahel, où la fécondité est stable ou diminue lentement (Spoorenberg, 2019).

Rwanda



Cameroun



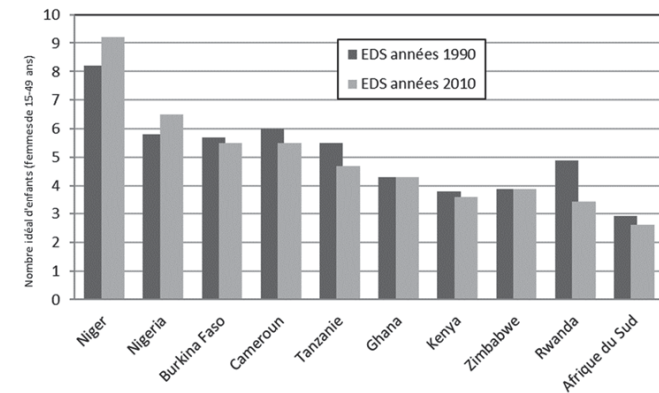
Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a).

Une demande d'enfants qui reste élevée et évolue lentement

L'Afrique sub-saharienne se caractérise par une demande d'enfants élevée, plus forte que dans d'autres régions du monde, y compris si on la compare avec des pays à niveaux de développement économique et social équivalents (Bongaarts, 2017). A niveau de développement comparable, le nombre idéal d'enfants par femme y est en effet de l'ordre de 1,2 enfant de plus que dans les autres pays en développement. C'est l'un des facteurs qui contribue à une fécondité élevée (Bongaarts, 2017 ; Bongaarts et Casterline, 2013 ; Leridon, 2015), et cette demande d'enfants n'évolue que très lentement. Parmi les 10 pays de référence repris sur la figure 8, le nombre idéal d'enfants n'a baissé de manière substantielle entre les années 1990 et les années 2010 que dans deux pays, la Tanzanie et le Rwanda. La baisse a été particulièrement spectaculaire au Rwanda, où ce nombre est passé de 4,9 à 3,4

en l'espace d'une quinzaine d'années. Elle s'est produite dans le contexte d'une politique de planification familiale volontariste, qui semble-t-il eut des effets non seulement sur la pratique contraceptive, mais aussi sur la demande d'enfants (Bongaarts, 2011). Dans les autres pays, on assiste plutôt à des baisses modérées ou des stagnations, voire des augmentations, comme au Niger ou au Nigeria. Mais cette augmentation est à interpréter avec prudence, dans la mesure où la proportion de femmes ne donnant pas de réponse numérique à la question sur le nombre idéal d'enfants a baissé depuis les années 1990 ; ces femmes, qui ne donnaient pas de réponses numériques, ont un profil socioéconomique correspondant aux femmes ayant une demande d'enfants élevée (Shapiro, 2019). Près de trois quarts des pays ont un nombre idéal d'enfants supérieur à quatre (tableau A.5), faisant écho à des discussions dans les années 1980 et 1990 sur la 'résistance' de l'Afrique sub-saharienne à passer sous le seuil des quatre enfants par femme (Casterline et Bongaarts, 2017 ; Lestaege, 1989b ; Cohen, 1998). Le lien étroit entre la demande d'enfants et la fécondité suggère en effet que globalement les changements de fécondité pourraient être relativement lents dans les prochaines années.

Figure 8 : Evolution du nombre moyen idéal d'enfants par femme dans 10 pays africains



Instruction, milieu d'habitat et niveau de vie : des différentiels importants

La fécondité des femmes est loin d'être homogène au sein des pays sub-sahariens. Comme cela a été de nombreuses fois documenté (Jejeebhoy, 1995 ; Bongaarts, 2010 ; Shapiro, 2012, 2017 ; Schouamker, 2017a ; Tabutin et Schoumaker, 2004), l'instruction des femmes est fortement associée à leur fécondité. Les femmes ayant atteint le niveau primaire ont déjà une fécondité plus faible que les femmes sans instruction, mais c'est surtout à partir du niveau secondaire que le nombre d'enfants par femme diminue de manière sensible (Shapiro, 2012). Dans les 10 pays du tableau 6, les femmes les plus instruites ont souvent de l'ordre de 2 à 3

enfants de moins que les femmes sans instruction. Les femmes les plus ‘riches’ ont aussi une fécondité sensiblement plus basse que les femmes les plus pauvres, souvent de l’ordre de 3 enfants. Enfin, partout les femmes urbaines ont une fécondité plus faible que les femmes rurales, comme le montrent toutes les enquêtes démographiques et de santé. Les raisons de ces différences de fécondité entre groupes sociaux et régions de résidence sont multiples. L’instruction des femmes est l’un des déterminants de la fécondité les plus importants, dont les influences se font à travers de multiples mécanismes : un recul de l’entrée en union, une demande d’enfants plus faible, un coût d’opportunité plus élevé du travail des mères, une meilleure connaissance et un meilleur accès à la contraception (Shapiro, 2012), pour n’en citer que quelques-uns. Le niveau de vie des femmes est aussi un déterminant classique de la fécondité. Parmi les femmes les plus pauvres, la fécondité serait plus élevée pour diverses raisons : une demande d’enfants liée à la sécurité pour la vieillesse, la contribution économique du travail des enfants, une moindre connaissance et un moindre accès à la contraception, une plus forte mortalité des enfants, etc. (Schoumaker, 2004). Ces mécanismes sont en partie les mêmes que ceux mis en avant pour l’influence de l’instruction, et également pour expliquer les différences de fécondité entre milieux de résidence. Néanmoins, bien que ces variables (instruction, niveau de vie et milieu de résidence) soient corrélées entre elles (les femmes les moins instruites sont en moyenne plus pauvres que les plus instruites) et qu’une partie de leurs effets est commune, elles ont également des influences propres (Schoumaker, 2004). Par exemple, même parmi les femmes les plus pauvres, les plus instruites ont très souvent une fécondité plus faible que les femmes les moins instruites.

Tableau 6 : Evolution de la fécondité^a des années 1990 aux années 2010 selon quelques caractéristiques des femmes dans 10 pays africains

Pays et dates des enquêtes EDS		Total	Milieu d’habitat		Instruction			Niveau de vie du ménage ^b		
			Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Moyen	Le plus élevé
Niger	1998	7,2	5,6	7,6	7,5	6,2	4,8	8,4	7,8	5,7
	2012	7,6	5,6	8,1	8,0	7,0	4,9	8,2	8	6,1
	Evolution %	+ 6%	0 %	+7%	+7%	+13%	+2%	-2%	+3%	+7%
Nigeria	1990	6,0	5,0	6,3	6,5	6,3	4,4	6,6	5,9	4,7
	2013	5,5	4,7	6,2	6,9	6,1	4,2	7	5,7	3,9
	Evolution %	-8%	-6%	-2%	+6%	-3%	-5%	+6%	-3%	-17%
Burkina Faso	1993	6,5	4,6	7,0	6,8	5,6	3,1	7,5	7,1	4,6
	2010	6,0	3,9	6,7	6,6	4,9	3,1	7,1	6,7	3,7
	Evolution %	-8%	-15%	-4%	-3%	-13%	0%	-5%	-6%	-20%
Cameroun	1998	4,8	3,8	5,4	6,1	5,0	3,6	5,9	5	3,6
	2011	5,1	4,0	6,4	6,8	5,9	3,8	7,0	5,6	3,3
	Evolution %	+6%	+5%	+19%	+11%	+18%	+6%	+19%	+12%	-8%
Tanzanie	1996	5,8	4,1	6,3	6,4	5,6	3,2	7,8	6,4	3,9
	2016	5,2	3,8	6,0	6,9	5,4	3,6	7,5	5,7	3,1
	Evolution %	-10%	-7%	-5%	+8%	-4%	+13%	-4%	-11%	-21%
Ghana	1998	4,4	3,0	5,3	5,7	5,0	3,5	6,1	5,1	2,4
	2014	4,2	3,4	5,1	5,9	4,9	3,6	6,1	4,2	2,9
	Evolution %	-5%	+13%	-4%	+4%	-2%	+3%	0%	-18%	+21%
Kenya	1998	4,7	3,1	5,2	5,8	5,0	3,5	6,5	4,7	3,0
	2014	3,9	3,1	4,5	6,5	4,4	3,0	6,4	3,8	2,8
	Evolution %	-17%	0%	-13%	+12%	-12%	-14%	-2%	-19%	-7%
Zimbabwe	1999	4,0	3,0	4,6	5,2	4,5	3,3	4,9	4,5	2,6
	2015	4,0	3,0	4,7	4,7	5,0	3,7	5,6	4,5	2,4
	Evolution %	0%	0%	+2%	-10%	+11%	+12%	+14%	0%	-8%
Rwanda	2000	5,8	5,2	5,9	6,2	5,8	4,9	6,0	5,9	5,4
	2015	4,2	3,6	4,3	5,1	4,5	3,0	5,1	4,1	3,3
	Evolution %	-28%	-31%	-27%	-18%	-22%	-39%	-15%	-31%	-39%
Afrique du Sud	1998	2,9	2,3	3,9	4,5	3,7	2,5	4,8	2,7	1,9
	2016	2,6	2,4	3,1	2,8	3,4	2,6	3,1	2,7	2,1
	Evolution %	-10%	+4%	-21%	-38%	-8%	+4%	-35%	0%	+11%

Sources : Enquêtes EDS des années 1990 et 2010.
^a Indice synthétique de fécondité calculé sur les 3 années précédant l’enquête, soit le nombre moyen d’enfants par femme de 15 à 49 ans.
^b 1^{er} (le plus bas), 3^{ème} (moyen) et dernier quintile (le plus élevé) de richesse. Depuis la fin des années 1990, les enquêtes EDS/MICS permettent d’estimer un « indicateur de bien-être économique d’un ménage », construit à partir de divers biens possédés par le ménage et de quelques caractéristiques du logement. C’est un proxy du niveau de vie ou du degré de pauvreté économique.

Les changements selon les groupes sociaux et les zones de résidence sont très variables d’un pays à l’autre (tableau 6) . Au Nigeria, la baisse de fécondité concerne surtout les femmes urbaines, de niveau secondaire et plus, et du quintile le plus riche. Au Rwanda, les changements ont aussi été plus prononcés (en termes relatifs) parmi les femmes les plus

favorisées, mais les femmes les plus pauvres et les moins instruites ont aussi connu des déclin substantiels de leur fécondité. Dans d'autres pays, la baisse a davantage touché les femmes de niveau de vie intermédiaire (par exemple au Ghana et au Kenya), et en Afrique du Sud elle est concentrée parmi les femmes rurales, peu instruites et à faible niveau de vie. La fécondité augmente aussi dans certains groupes, et parfois même à l'échelle du pays. Il est difficile de généraliser ces résultats à l'ensemble de l'Afrique, ni d'en extraire un schéma simplifié. On se limitera ici à relever que la baisse de fécondité peut toucher tous les groupes sociaux, notamment dans les pays en fin de transition (l'Afrique du Sud) ou dans lesquels les changements démographiques et sanitaires sont rapides (le Rwanda), notamment sous l'effet des politiques de santé et de planification familiale. On soulignera aussi que la fécondité peut rester élevée parmi les groupes les plus favorisés dans certains contextes. Par exemple, au Nigeria, les femmes les plus instruites comme les femmes urbaines ont plus de 4 enfants en moyenne, et les femmes du quintile le plus riche en ont environ 4. Au Niger, les femmes les plus instruites ont même près de 5 enfants. En dehors des pays ayant déjà une basse fécondité, comme l'Afrique du Sud, la fécondité des femmes urbaines, instruites ou du quintile le plus riche reste souvent supérieure à 3 enfants, voire plus. Le tableau 7 montre que la demande d'enfants est plus faible parmi les femmes urbaines, instruites et de niveau de vie élevé. Néanmoins, le nombre idéal d'enfants reste encore élevé dans ces groupes les plus favorisés (entre 3 et 4 enfants, en dehors de l'Afrique du Sud où il est nettement plus bas), expliquant en partie la relative importance de leur fécondité.

Tableau 7 : Evolution du nombre moyen idéal d'enfants des années 1990 aux années 2010 selon quelques caractéristiques des femmes dans 10 pays africains

Pays et dates des enquêtes EDS	Total	Milieu d'habitat		Instruction			Niveau de vie			
		Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Moyen	Le plus élevé	
Niger	1998	8,2	6,3	8,7	8,6	6,8	5,2	9	8,6	6,4
	2012	9,2	7,4	9,6	9,6	8,3	6,6	9,7	9,8	7,8
	Evolution %	12%	17%	10%	12%	22%	27%	8%	14%	22%
Nigeria	1990	5,8	5	6,3	6,9	5,9	4,8	6,5	6,4	5
	2013	6,5	5,6	7,2	8,6	6,5	5	8,7	6,6	4,7
	Evolution %	12%	12%	14%	25%	10%	4%	34%	3%	-6%
Burkina Faso	1993	5,7	4,3	6,2	6,1	4,6	3,6	6,6	6,6	4,4
	2010	5,5	4,3	6	6	4,7	3,7	6,6	5,8	4,3
	Evolution %	-4%	0%	-3%	-2%	2%	3%	0%	-12%	-2%
Cameroun	1998	6	5,1	6,6	8	6,2	4,8	7,4	6,2	4,9
	2011	5,5	4,8	6,4	7,7	6	4,5	7,5	5,6	4,3
	Evolution %	-8%	-6%	-3%	-4%	-3%	-6%	1%	-10%	-12%
Tanzanie	1996	5,5	4,5	5,8	6,8	5,1	4	6,3	5,7	4,3
	2016	4,7	3,9	5,2	6,2	4,8	3,7	5,8	5,1	3,7
	Evolution %	-15%	-13%	-10%	-9%	-6%	-8%	-8%	-11%	-14%
Ghana	1998	4,3	3,7	4,6	5,4	4,2	3,7	5,3	4,2	3,5
	2014	4,3	4	4,7	5,7	4,6	3,9	5,5	4,2	3,7
	Evolution %	0%	8%	2%	6%	10%	5%	4%	0%	6%
Kenya	1998	3,8	3,2	4	5,2	3,9	3,2	4,7	3,9	3,1
	2014	3,6	3,2	3,9	7	3,7	3	5,1	3,5	3,1
	Evolution %	-5%	0%	-3%	35%	-5%	-6%	9%	-10%	0%
Zimbabwe	1999	3,9	3,2	4,4	5,7	4,6	3,3	4,7	4,3	3,1
	2015	3,9	3,4	4,3	6,3	4,7	3,6	4,8	4,1	3,3
	Evolution %	0%	6%	-2%	11%	2%	9%	2%	-5%	6%
Rwanda	2000	4,9	4,3	5	5,2	4,9	4,1	5,1	5,1	4,4
	2015	3,4	3,3	3,4	3,9	3,4	3	3,4	3,4	3,3
	Evolution %	-31%	-23%	-32%	-25%	-31%	-27%	-33%	-33%	-25%
Afrique du Sud	1998	2,9	2,6	3,3	4,3	3,3	2,6	3,5	2,8	2,4
	2016	2,6	2,5	2,8	3,3	2,9	2,6	2,7	2,6	2,4
	Evolution %	-10%	-4%	-15%	-23%	-12%	0%	-23%	-7%	0%
Sources : Enquêtes EDS des années 1990 et 2010.										

Sources : Enquêtes EDS des années 1990 et 2010.

Une pratique contraceptive qui progresse

Depuis la fin des années 1990, la pratique contraceptive qui partait de niveaux bas a sensiblement augmenté en Afrique sub-saharienne (Cleland et al., 2011 ; Garenne, 2014). La prévalence contraceptive (méthodes modernes), qui dépassait à peine 10% il y a 20 ans, y est estimée à 27% en 2017 (tableau 5). Elle reste bien en-deçà des autres régions du monde, où elle varie entre 50 et 80%, mais - en termes relatifs comme en termes absolus - c'est en Afrique que sa progression a été la plus rapide au cours des 20 dernières années (tableau annexe A.4). Cette augmentation a bien sûr contribué à la baisse de la fécondité. Toutefois, la relation entre la proportion de femmes utilisant une contraception moderne et la fécondité

est loin d'être parfaite (Choi, Short Fabi et Adetunji, 2018), et de niveaux de fécondité équivalents peuvent être associés à des prévalences contraceptives très différentes (tableau annexe A.4). Par exemple, la prévalence est d'environ 30% au Ghana et de près de 70% au Zimbabwe, deux pays qui ont une fécondité d'environ 4 enfants par femme.

Ces changements de pratique contraceptive, qui se sont accélérés depuis 2005, sont en partie le résultat de programmes internationaux de planification familiale impliquant des acteurs publics et privés (Tsui et al., 2017)³². Les bailleurs internationaux ont notamment soutenu le financement des implants, qui sont aujourd'hui en forte croissance et sont, avec les injectables³³, parmi les méthodes les plus fréquemment utilisées en Afrique (Lesthaeghe, 2014 ; Staveteig *et al.*, 2015 ; Tsui *et al.*, 2017). Au Rwanda et au Kenya, par exemple, selon les dernières EDS, la moitié des utilisatrices de contraception utilisent des injectables, et entre 15 et 20% des implants. Ces méthodes, qui ont un effet de longue durée (jusqu'à 3 mois pour les injectables, de 3 à 5 ans pour les implants), sont notamment encouragées pour limiter le risque de discontinuité contraceptive qui est élevé en Afrique sub-saharienne (Castle et Askew, 2015 ; Izugbara *et al.*, 2018 ; Staveteig *et al.*, 2015).

Dans la plupart des pays, la pratique contraceptive est plus fréquente en milieu urbain, parmi les femmes instruites et de niveau de vie élevé (tableau 8)³⁴. Néanmoins, dans certains pays (comme en Tanzanie, au Zimbabwe ou au Rwanda) la progression de l'utilisation de la contraception a été nettement plus rapide parmi les femmes rurales, peu instruites et pauvres, sans doute en partie en raison de programmes d'action ciblés (Izugbara *et al.*, 2018). Les écarts entre groupes sociaux ou milieux de résidence se sont donc sensiblement réduits, voire parfois inversés (comme au Ghana). En Tanzanie, la prévalence contraceptive parmi les femmes les moins instruites est passée de 5% à 24% en une vingtaine d'années, alors qu'elle n'évolue que peu parmi les plus instruites (de 31% à 33%). Deux tiers de cette augmentation de la pratique contraceptive parmi les femmes moins instruites est due à l'augmentation des injectables et implants. On peut donc s'attendre dans ces pays à une réduction des écarts de fécondité entre groupes sociaux dans les années à venir.

³² Le sommet de Londres, en 2012, a notamment donné lieu au mouvement *Family Planning 2020*, qui concerne 69 pays en développement (dont 36 d'Afrique sub-saharienne), et regroupe des acteurs privés et publics (ONG, gouvernements, fondations, bailleurs) dans le but de développer l'offre et l'utilisation de la contraception (<https://www.familyplanning2020.org/>).

³³ Méthodes contraceptives administrées par injection.

³⁴ Voir notamment Gourbin et al. (2017).

Tableau 8 : Evolution de la prévalence de la contraception moderne^a des années 1990 aux années 2010 selon quelques caractéristiques des femmes, dans 10 pays africains

Pays et années des enquêtes EDS		Total	Milieu d'habitat		Instruction			Niveau de vie		
			Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Moyen	Le plus élevé
Niger	1998	4.6	18.6	2.1	3.0	13.0	32.4	0.8	2.2	18.1
	2012	12.2	27.0	9.7	10.4	18.4	30.0	8.7	8.3	23.7
Nigeria	1990	3.5	9.6	1.9	1.3	5.4	13.7	0.5	1.7	12.2
	2013	9.8	16.9	5.7	1.7	13.6	19.5	0.9	9.1	23.4
Burkina Faso	1993	4.2	17.1	1.5	1.9	12.7	31.6	0.8	1.0	16.4
	2010	15.0	30.8	10.8	11.2	25.2	44.2	7.1	9.7	33.6
Cameroun	1998	7.1	13.1	4.5	1.8	7.4	14.4	1.4	6.1	16.6
	2011	14.4	20.8	8.7	3.3	12.5	25.1	2.4	13.8	25.7
Tanzanie	1996	13.3	26.6	9.8	5.2	16.6	31.2	4.9	10.0	28.9
	2016	32.0	35.2	30.6	24.2	34.0	33.2	20.3	35.8	35.4
Ghana	1998	13.3	17.4	11.4	8.9	12.9	16.8	7.8	13.8	18.0
	2014	22.2	19.8	24.6	17.4	26.8	23.1	21.2	24.0	19.5
Kenya	1998	31.5	41.0	29.0	16.1	28.2	46.3	12.6	30.7	50.1
	2014	53.2	56.9	50.9	15.3	55.7	59	29.2	59.5	57.7
Zimbabwe	1999	50.4	61.8	43.9	35.2	44.4	59.3	41.1	42.8	67.4
	2015	65.8	70.7	63.2	49.3	60.7	68.3	61.8	63.1	72.3
Rwanda	2000	5.7	16.1	3.9	3.2	4.8	18.8	2.4	3.5	14.6
	2015	47.5	51.1	46.7	40.7	48.8	49.1	44.9	48.1	50.0
Afrique du Sud	1998	55.1	62.8	43.7	30.4	46.3	63.6	34	54.5	70.3
	2016	54.0	54.6	52.5	29.6	42.0	56.3	53.6	53.3	55.1

Sources : Les dernières enquêtes EDS des années 1990 et 2010.

^a Définie comme la proportion de femmes de 15-49 ans en union utilisant une méthode moderne.

... et une insusceptibilité postpartum qui recule

Si l'augmentation de la pratique contraceptive ne se traduit pas toujours par une baisse marquée de la fécondité, c'est en partie parce que la période d'insusceptibilité postpartum³⁵ se raccourcit (figure 9). Elle a en effet reculé entre 2 à 6 mois des années 1990 aux années 2010 dans de nombreux pays sub-sahariens, et se situe aujourd'hui entre 12 et 16 mois (figure

³⁵ Cette période, aussi appelée période d'infécondabilité post-partum, est la période suivant l'accouchement au cours de laquelle il n'y a pas de conception possible, soit par absence de relation sexuelle (abstinence post-partum) soit par absence d'ovulation. La durée d'insusceptibilité est, au niveau individuel, mesurée par la durée d'aménorrhée postpartum (elle-même influencée par la durée d'allaitement) ou, si elle est plus longue, par la durée d'abstinence post-partum.

9)³⁶. Les durées d'insusceptibilité ayant davantage diminué dans les pays où elles étaient particulièrement longues, les écarts entre pays sont aujourd'hui plus modérés que par le passé (figure 9). Cette réduction est surtout due à un raccourcissement de la durée de l'abstinence sexuelle postpartum (figure 10), mais aussi, dans une moindre mesure, à une diminution de la durée d'allaitement et d'aménorrhée (figure 11).

Ces durées d'abstinence et d'allaitement, traditionnellement longues et courantes en Afrique sub-saharienne (Page et Lesthaeghe, 1981 ; Tabutin et Schoumaker, 2004), ont longtemps contribué à limiter la fécondité. À l'inverse, le raccourcissement de ces périodes favorise un accroissement de la fécondité. On estime ainsi qu'une baisse de trois mois de l'insusceptibilité, telle qu'observée dans de nombreux pays, a un effet équivalent sur la fécondité à une réduction de la prévalence contraceptive de l'ordre de 5-6%³⁷. Si ce recul de l'insusceptibilité postpartum se confirme, la poursuite de la baisse de fécondité nécessitera une augmentation encore plus prononcée de la pratique contraceptive.

³⁶ Elle est parfois bien plus longue, comme en Guinée (22 mois en 2012). En dehors de l'Afrique, elle est généralement plus courte, souvent en dessous de 10 mois.

³⁷ Cette estimation est basée sur le modèle de Bongaarts (2015), qui permet d'estimer l'effet sur la fécondité de la durée d'insusceptibilité postpartum, et de le comparer à celui de la prévalence contraceptive.

Figure 9 : Evolution de la durée d'insusceptibilité postpartum (en mois) des années 1990 aux années 2010 dans 10 pays africains

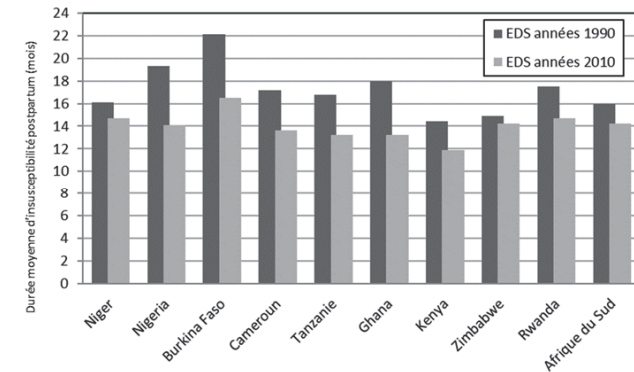


Figure 10 : Evolution de la durée d'abstinence postpartum (en mois) des années 1990 aux années 2010 dans 10 pays africains

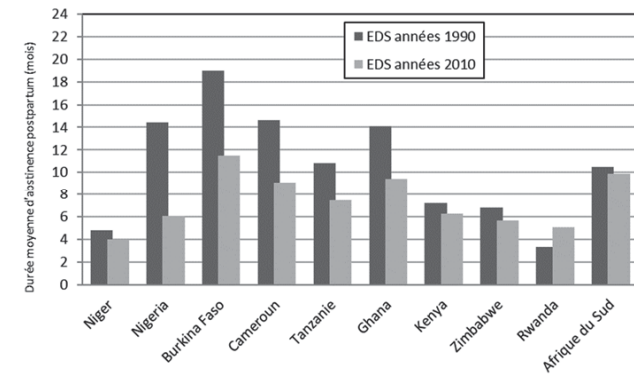
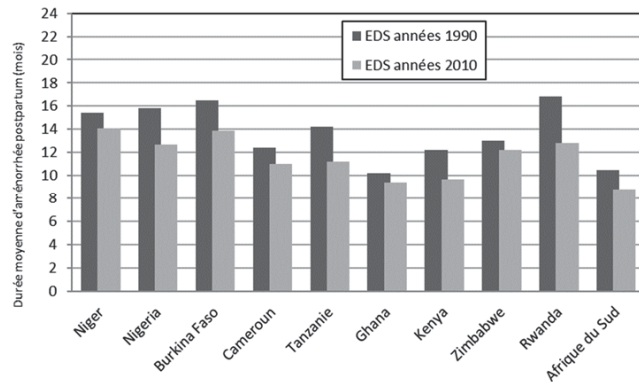


Figure 11 : Evolution de la durée d'aménorrhée postpartum (en mois) des années 1990 aux années 2010 dans 10 pays africains



Des avortements provoqués fréquents et à risque

Comme l'ont récemment souligné Guillaume et Rossier (2018), l'avortement reste illégal dans la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne, et les législations n'ont pas beaucoup évolué depuis les indépendances³⁸. Il n'en demeure pas moins que l'avortement est assez largement pratiqué en Afrique. Bien que la connaissance du phénomène soit très imparfaite, les estimations existantes indiquent que les taux d'avortement se situent dans la moyenne mondiale. Autour de 2012, le taux d'avortement était estimé à 34 avortements pour 1000 femmes de 15-44 ans, à peu près identique dans les quatre sous-régions, mais sans recul depuis 1992 (contrairement à l'Asie et à l'Europe), reflétant des besoins non satisfaits en matière de contraception. Ce taux est égal environ à un cinquième du taux global de fécondité générale (nombre de naissances pour 1000 femmes par année). Autrement dit, il y a environ en moyenne 1 avortement pour 5 naissances vivantes en Afrique. Une grande part de ces avortements se font dans des conditions peu sécurisées, exposant les femmes africaines à des risques pour leur santé bien plus élevés que dans les autres régions du monde (Guillaume et Rossier, 2018).

Et la fécondité des hommes ?

On a l'habitude de caractériser la fécondité à travers l'expérience des femmes. Cela s'explique en partie par les données plus nombreuses, plus aisément accessibles et de meilleure qualité pour les femmes que pour les hommes. Si dans de nombreux pays du monde, le nombre

³⁸ En 2017, seuls 5 pays sub-sahariens (Cap vert, Afrique du Sud, Mozambique, Sao Tomé-et-Principe et Angola), représentant 9% des femmes africaines d'âge fécond, l'autorisent à la demande de la femme durant le premier trimestre de grossesse. Il est autorisé dans 11 pays si la vie de la femme est en danger. Il est totalement interdit dans 9 pays, et soumis à diverses conditions dans les autres (Guillaume et Rossier, 2018).

moyen d'enfants par femme n'est pas sensiblement différent du nombre d'enfants par homme, ce n'est pas le cas en Afrique sub-saharienne. Les hommes ont souvent une fécondité nettement plus élevée que les femmes, en particulier dans les pays où les écarts d'âges entre conjoints sont importants, et où la polygamie et l'instabilité conjugale sont fréquentes (Donadjé et Tabutin, 1994 ; Schoumaker, 2019a). Par exemple, au Sénégal vers 2010, l'indice synthétique de fécondité des hommes (11 enfants) est deux fois plus élevé que celui des femmes (5,5 enfants) ; dans le continent, la fécondité des hommes est souvent d'environ 50 % plus élevée que celle des femmes, et les hommes ont leurs enfants en moyenne 10 ans plus tard que les femmes (Schoumaker, 2019a). Ces écarts entre fécondité des hommes et des femmes sont un des indicateurs des expériences reproductives et matrimoniales très différentes entre les sexes en Afrique (Hertrich, 2017), avec pour les hommes une demande d'enfants le plus souvent bien supérieure à celle des femmes. Si l'on peut s'attendre à une convergence à terme de la fécondité des hommes et des femmes³⁹, la fécondité des hommes devrait toutefois rester bien supérieure à celle des femmes dans les prochaines décennies (Schoumaker, 2019a).

VII. La mortalité

Dans les années 2000 et 2010, la mortalité des pays à moyen et faible revenus a dans l'ensemble sensiblement reculé, de façon variable selon les régions et les pays (Tabutin et Masquelier, 2017). Où en est l'Afrique sub-saharienne par rapport aux autres régions ? A-t-elle un peu rattrapé les autres pays ? Observe-t-on une certaine convergence entre sous-régions et pays du continent tant en matière d'espérances de vie que de mortalité des enfants ? Où en sont le sida et la mortalité maternelle ? Où en est la transition épidémiologique ? Par ailleurs, lors de cette période récente de progrès sanitaires, comment ont évolué les inégalités sociales dans les pays ? Comme pour la fécondité, nous utilisons les données les plus récentes des Nations unies (2019a) pour les tendances et les enquêtes EDS (des années 1990 et 2010) de 10 pays pour l'examen de l'évolution des inégalités sociales (milieu d'habitat, instruction et niveau de vie)⁴⁰. Le tableau A.6 présente pour 47 pays l'évolution au niveau national des espérances de vie et de la mortalité des enfants (0-5 ans) de 1962 à 2017. Le tableau A.7 donne pour 39 pays (dernières enquêtes EDS) les niveaux vers 2010 des mortalités néonatale (à moins d'un mois), infantile (à moins d'un an) et infanto-juvénile (à moins de 5 ans), ainsi que les conditions d'accouchement des mères et de santé des enfants (vaccinations, retards de croissance).

³⁹ Les différences importantes de fécondité entre hommes et femmes sont possibles par la combinaison d'une pyramide des âges jeunes et d'écarts d'âges entre époux élevés. La transition démographique, en modifiant la forme de la pyramide des âges, réduit également la différence de fécondité entre hommes et femmes, même si les écarts d'âges entre époux restent élevés (Schoumaker, 2019a).

⁴⁰ Rappelons la difficulté de mesure de la mortalité générale et par âge, de ses causes dans la région où fort peu de pays ont un état civil complet. Sur ces questions de sources et de méthodologie dans les pays à moyen et bas revenu, voir par exemple Tabutin et Masquelier (2017).

La situation de la mortalité africaine dans le monde : progrès conséquents, inégalités persistantes

Le tableau 9 présente l'évolution au cours des 20 dernières années⁴¹ des espérances de vie, de la mortalité maternelle et de la mortalité des enfants dans les grandes régions du monde en développement et les quatre sous-régions sub-sahariennes. Les progrès sont dans l'ensemble importants, mais diversifiés. C'est en Afrique sub-saharienne que *les espérances de vie* ont le plus augmenté, avec un gain moyen de 11 ans entre 1997 et 2017 - de 5 ans en Afrique australe à 14 ans en Afrique de l'Est -, contre 6,7 ans pour le monde entier et 7 ans pour les pays en développement. Ces différences de gains absolus conduisent à un léger recul des inégalités spatiales entre ces grands espaces géographiques, mais on est encore loin d'une véritable convergence : l'Afrique, avec son espérance de vie à la naissance de 60,5 ans en 2017, garde 9 ans de retard sur l'Asie du Sud, 12 ans sur l'Afrique du Nord, 15 ans sur l'Amérique Latine, et 17 ans sur l'Asie de l'Est. De même, 7 années séparent encore l'Afrique de l'Ouest (espérance de vie à la naissance de 57 ans en 2017) de l'Afrique de l'Est ou australe (64 ans) contre 10 ans en 1997.

L'espérance de vie des pays africains progresse, y compris dans les pays les plus pauvres, mais sans véritable convergence spatiale. Les inégalités entre pays demeurent importantes (tableau annexe A.6) : en 2017, près de 13 ans séparent des pays comme la Côte d'Ivoire, le Tchad ou le Nigeria (autour de 54 ans d'espérance de vie, parmi les plus basses du monde), du Sénégal, de l'Éthiopie ou du Rwanda (autour de 67 ans). Notons les récupérations rapides des pays les plus touchés par le sida (pays d'Afrique australe notamment) qui, après des reculs spectaculaires, reviennent ou dépassent même leurs espérances de vie de 1990. Notons aussi la progression remarquable de l'espérance de vie au Rwanda, depuis le génocide de 1994.

Cette hausse de l'espérance de vie est en bonne partie due au recul important de *la mortalité des enfants*, y compris dans les pays ou sous-régions les plus pauvres et à structures sanitaires fragiles (Tabutin et Masquelier, 2017), recul qui s'est accéléré depuis 2005 : en 20 ans, la baisse a été de 53 % en Afrique et de 51% au niveau mondial. Au Nigeria, au Burkina Faso comme dans d'autres pays à mortalité élevée, le recul de la mortalité avant 5 ans a contribué pour près de 75 % à l'augmentation de l'espérance de vie entre 1990 et 2015 (Tabutin et Masquelier, 2017). La mortalité entre 0 et 5 ans est passée en Afrique sub-saharienne de 166 décès pour 1000 naissances en 1997 à 78 en 2017. Pour autant, ces progrès n'ont pas permis d'atteindre l'Objectif du Millénaire pour le Développement en la matière (OMD 4), certes ambitieux, qui prévoyait une réduction des deux tiers de la mortalité des enfants de 1990 à 2015. La région reste la plus à risque pour la survie des enfants : un nouveau-né y présente environ 8 fois plus de risques de décéder avant 5 ans qu'en Asie de l'Est et 2 fois plus qu'en Inde. Les progrès sont là, mais les inégalités perdurent.

⁴¹ Les Nations unies présentant les données par période quinquennale (1995-2000, 2005-2010, 2015-2020), nous centrons les résultats sur le centre de classe (1997, 2007, 2017).

Les avancées concernent aussi *la mortalité maternelle*⁴² mais sans atteindre là non plus l'Objectif du Millénaire pour le Développement. À l'échelle de la planète, la réduction espérée était de 75 % de 1990 à 2015. D'après les données onusiennes, de 1997 à 2017 la baisse ne serait que de 48 %. L'Afrique sub-saharienne a globalement progressé (déclin de 41 % de la mortalité maternelle)⁴³ mais pas plus vite que les autres régions (tableau 9). Elle concentre aujourd'hui à elle seule environ les deux tiers des décès maternels survenant chaque année dans le monde et demeure la région la plus à risque pour les mères (OMS, 2018b). L'amélioration de la couverture des soins et suivis prénataux, de l'assistance médicale à l'accouchement, et le recul de l'accouchement à domicile sont un peu partout à l'origine des progrès (OMS, 2015 ; Rutstein *et al.*, 2016).

⁴² Les décès maternels sont les décès de femmes survenus pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de grossesse, indépendamment de sa durée.

⁴³ Exception faite de l'Afrique australe en raison du sida.

Tableau 9 : Espérances de vie à la naissance, mortalité des enfants et mortalité maternelle à différentes dates, par sous-régions de l'Afrique et du monde

Sous-région	Espérances de vie (sexes réunis, en années)				Taux de mortalité maternelle ^a (p.100 000)			Quotients de mortalité de 0 à 5 ans ^b (‰)			
	1997	2007	2017	Gain en années 1997-2017	1995	2015	Evolutio n 1995- 2015 (%)	1997	2007	2017	Evolution 1997-2017 (%)
Afrique de l'Ouest	48,4	52,6	57,3	8,9	1050	675	-35	187	132	91	-51
Afrique centrale	48,5	53,9	59,4	11,8	978	650	-33	186	135	96	-48
Afrique de l'Est	49,2	56,1	64,2	15,0	906	424	-53	150	94	60	-60
Afrique australe	58,2	54,0	63,3	5,1	115	167	45	70	70	39	-44
Afrique sud-Sahara	49,4	54,0	60,5	11,1	928	546	-41	166	115	78	-53
Afrique du Nord	66,4	69,8	72,3	5,9	141	70	-50	63	43	31	-51
Asie de l'Est	71,7	74,9	77,8	6,1	71	27	-62	40	20	11	-73
Asie du Sud	62,0	65,9	69,4	7,4	461	176	-62	99	67	44	-56
Asie du Sud-Est	66,7	69,6	72,5	5,8	241	110	-54	53	36	25	-51
Amérique Latine	70,3	73,5	75,6	5,3	107	60	-44	38	23	17	-55
Pays en développement	63,7	67,1	70,7	7,0	409	239	-42	90	63	44	-51
Monde	65,6	68,9	72,3	6,7	369	216	-41	82	57	40	-51

Sources : dernières estimations disponibles par région en 2019. Pour les espérances de vie et les quotients de mortalité des enfants : Nations unies, Division de la Population, 2019; pour la mortalité maternelle: OMS et al, 2015.

^a Le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ces niveaux sont à prendre avec la plus grande prudence car la mortalité maternelle est difficile à estimer. L'OMS présente toujours ces taux avec des intervalles de confiance non négligeables.

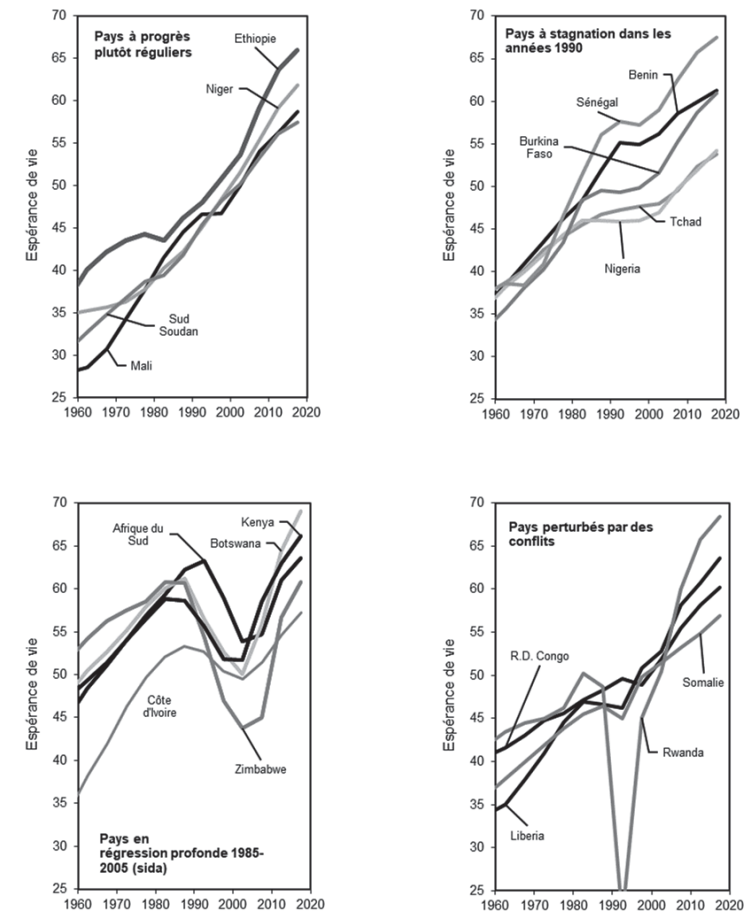
^b Probabilité pour 1000 naissances vivantes de décéder avant le 5^{ème} anniversaire.

Les espérances de vie : reprise des hausses

Si les années 1990 furent, en Afrique, une période de ralentissement des progrès, voire de stagnations parfois des espérances de vie (7 pays sur 48), et même souvent de reculs (dans une vingtaine de pays) en raison des situations de crises économiques, politiques et sanitaires (Tabutin et Schoumaker, 2004), les reprises sont là depuis une quinzaine d'années.

Construite à partir des données les plus fiables et récentes des Nations unies (2019a) sur un échantillon de 18 pays, la figure 12 illustre à la fois ces reprises récentes des progrès depuis 2000 ou 2005 et la diversité des histoires sanitaires depuis 1960.

Figure 12 : Quelques exemples de la diversité des transitions africaines de la mortalité depuis 50 ans



Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a).

En termes de différences entre les sexes, si l'on se fie aux dernières données des Nations unies (2019a)⁴⁴, comme dans le reste du monde les espérances de vie féminines en Afrique sont meilleures que celles des hommes ; l'avantage féminin se confirme, avec un écart entre sexes de 3,5 ans en moyenne⁴⁵ qui n'a guère changé depuis les années 1990. Quant aux inégalités sociales, à notre connaissance aucun pays africain ne dispose de tables de mortalité par milieu d'habitat, région ou groupe social permettant de les mesurer précisément.

Des reculs importants de la mortalité des enfants

Pour l'Afrique comme ailleurs, la mortalité des enfants de 0 à 5 ans est de loin la plus documentée dans la littérature, la mieux connue tant pour la mesure de ses niveaux et tendances que pour ses déterminants, grâce à la grande quantité de données collectées auprès des mères depuis plus de 30 ans dans les enquêtes EDS ou MICS. Elle est toujours considérée comme l'un des meilleurs indicateurs du développement social et des inégalités de santé. Compte tenu de ses niveaux élevés dans les années 1990 et 2000 et de son poids dans l'espérance de vie, on lui a accordé beaucoup d'attention dans les programmes de recherche⁴⁶ et d'action. Rappelons aussi que la baisse de la mortalité infanto-juvénile était l'un des objectifs phares⁴⁷ des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 4), comme elle l'est aujourd'hui dans les Objectifs du Développement Durable pour 2015-2030⁴⁸. Dans les années 2000 et 2010, elle a fait l'objet de nombreuses publications et de quelques grandes synthèses au niveau international, incluant l'Afrique sub-saharienne (UN IGME, 2017; Nations unies, 2013; Houweling et Kunst, 2010 ; Mejia *et al.*, 2019).

La figure 13 illustre les rythmes de baisse de la mortalité à moins de 5 ans entre 1995-2000 et 2015-2020 dans 47 pays de la région. Elle montre à la fois la diversité des situations et des progrès réalisés en une vingtaine d'années. Ils sont dans l'ensemble importants, avec une baisse entre 40 et 60 % dans une majorité de pays, mais les progrès ont varié de 25 à 60 %, et sans relation claire avec la sous-région ou le niveau de 1997. La diversité des situations, présente dans les années 1980 et 1990 (Tabutin et Schoumaker, 2004), est un peu moins prégnante. Les risques de mortalité avant 5 ans entre groupes de pays extrêmes allaient au début des années 1990 de 250 ‰ et plus, soit plus d'un enfant sur 4 qui décédait avant son cinquième anniversaire (Mali, Sierra Leone, Niger, Soudan du Sud) à moins de 60 ‰, soit moins d'un sur 16 (Maurice, Afrique du Sud, Cap Vert, Botswana) ; ils sont actuellement entre 120 ‰ et plus (plus d'un enfant sur 8 en Centrafrique, Tchad, Somalie) à moins de 50 ‰ (moins d'un sur 20 au Cap Vert, Maurice, Botswana, Kenya, Madagascar, Rwanda, Afrique du Sud)

⁴⁴ Les estimations nationales des espérances de vie par sexe de la Division de la population des Nations unies sont à considérer avec prudence car elles sont construites à partir de modèles et d'hypothèses en l'absence de données directes de qualité suffisante.

⁴⁵ Contre 6,4 ans en Amérique Latine, 4,0 ans en Afrique du Nord, 6,0 ans en Asie du Sud-Est, 6,4 ans en Asie de l'Ouest.

⁴⁶ Avec par exemple la création en 2004, sous les auspices de l'UNICEF, de l'OMS, de la Banque Mondiale et des Nations unies de l'UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) qui rassemble un ensemble d'experts internationaux chargés de mesurer et suivre l'évolution de la mortalité des jeunes (0-14 ans) dans le monde.

⁴⁷ Un objectif ambitieux de réduction de deux tiers entre 1990 et 2015, que seuls dans le monde 24 pays à revenu faible ou intermédiaire de la catégorie inférieure sur 78 sont parvenus à atteindre.

⁴⁸ La cible qui nous semble là encore assez ambitieuse est de faire passer la mortalité des moins de 5 ans en deçà de 25 décès pour 1 000 naissances en 2030.

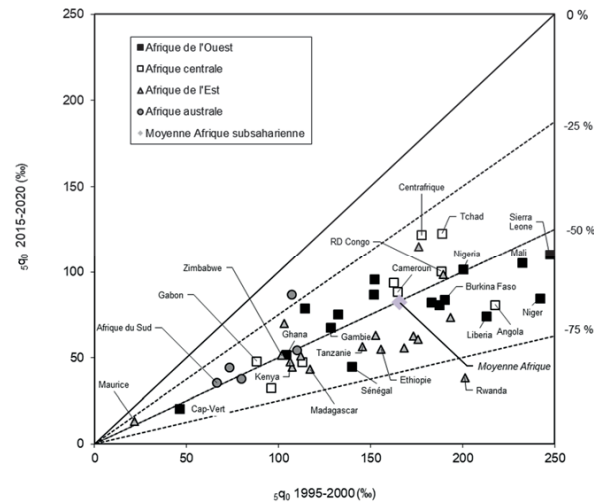
(UN IGME, 2017 ; voir aussi tableau annexe A.7)⁴⁹. Le nombre absolu de décès de jeunes africains de moins de 5 ans a sensiblement diminué depuis 25 ans (de 3,9 millions en 1990 à 2,9 en 2016) mais leur part relative dans le total mondial augmente car si les risques ont diminué, les effectifs d'enfants ont crû rapidement. Cette part passe, pour les moins de 5 ans de 31 % en 1990 à 51 % en 2016, pour les 5-14 ans de 36 % à 55 % (UNIGME, 2017). La région progresse en termes de risques, mais concentre de plus en plus les décès de jeunes survenant dans le monde.

La figure 14 illustre l'évolution de la mortalité infanto-juvénile dans les dix pays de référence et confirme l'hétérogénéité actuelle des situations qui partent de niveaux bien différents dans les années 1990 : des progrès des plus remarquables au Niger⁵⁰, au Rwanda, en Tanzanie ou au Kenya, plus lents au Burkina Faso et au Nigeria, faibles au Cameroun, Zimbabwe et Afrique du Sud, sans doute en partie en raison du sida.

⁴⁹ Les pays extrêmes étaient en 1997 les Seychelles (17 ‰) et le Niger (329 ‰), en 2017 Maurice (14 ‰) et la Somalie (133 ‰).

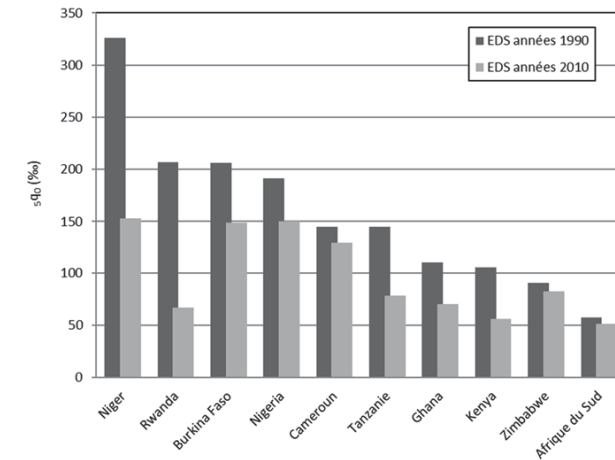
⁵⁰ Nous n'avons pas trouvé de réelle explication à ce recul conséquent au Niger, qui partait de très haut et rejoint maintenant le Burkina Faso et le Nigeria. La vaccination des enfants a certes fort progressé (de 18 à 52%), mais son niveau en 2012 n'a rien d'exceptionnel par rapport aux autres pays ; par ailleurs la malnutrition des enfants y demeure des plus élevée (tableau annexe A.7).

Figure 13 : Evolution des quotients de mortalité des enfants 0 à 5 ans (‰) de 1995-2000 à 2015-2020, dans 47 pays africains



Source des données : Nations unies (2019a)

Figure 14 : Evolution des quotients de mortalité des enfants 0 à 5 ans (‰) des années 1990 aux années 2010, dans dix pays africains



Source des données : EDS (dernière enquêtes des années 1990 et des années 2010)

Dans les transitions de mortalité, aucun changement conséquent des niveaux de mortalité aux jeunes âges ne survient sans modification du calendrier des risques aux tout premiers âges de la vie : mortalité néonatale (à moins d'un mois, liée notamment aux conditions de la grossesse et de l'accouchement), mortalité infantile (à moins d'un an) et mortalité juvénile (entre 1 et 4 ans). Les inégalités entre pays tant dans les niveaux que dans les rythmes de baisse persistent (tableau annexe A.3 ; IGME, 2017). Cela dit, l'Afrique suit dans son ensemble un schéma classique en la matière. C'est entre 1 et 5 ans, aux âges les plus sensibles aux progrès (comme d'ailleurs aux crises) que les reculs ont été les plus importants (65 % en moyenne) grâce à l'amélioration du contrôle des maladies infectieuses et respiratoires, des diarrhées et du paludisme, et à moins d'un mois que les progrès ont été les plus lents (38 %). Comme ailleurs, ces différences de rythmes selon l'âge conduisent à une concentration progressive de la mortalité des enfants dans les premiers mois ou semaines de vie : en moyenne régionale, la part relative des décès néonataux dans le total des décès à moins de 5 ans passe de 26 % en 1990 à 36 % en 2016. À l'échelle des pays, elle passe par exemple de 17 à 30 % au Niger, de 24 à 32 % en RD Congo, de 28 à 44 % au Rwanda ou au Sénégal (nos calculs à partir des données de l'IGME, 2017). Cela n'est pas sans conséquences sur les stratégies et moyens de lutte à mettre en œuvre contre la mortalité qui doivent de plus en plus se concentrer aux tout jeunes âges.

La fin de la surmortalité des petites filles ?

Préoccupation ancienne dans la littérature, les différences de mortalité entre garçons et filles⁵¹ ont fait l'objet de travaux ces deux dernières décennies tentant d'en dégager leurs évolutions au niveau mondial (Nations unies, 2011 ; Sawyer, 2012 ; Alkema *et al.*, 2014a) ou encore en Afrique (Tabutin *et al.*, 2007; Tabutin et Masquelier, 2017). En les synthétisant, il apparaît qu'aucune région du monde n'a été totalement épargnée par des comportements défavorables aux filles ayant un effet sur leur santé et leur morbidité, pouvant conduire jusqu'à leur surmortalité. En Afrique sub-saharienne, région longtemps considérée comme épargnée par cette surmortalité des filles entre 1 à 5 ans, les enquêtes EDS et MICS des années 1990 mettaient clairement en évidence une surmortalité systématique des garçons à moins d'un an, mais dans près d'un pays sur deux de comportements discriminatoires à l'égard des filles (Tabutin *et al.*, 2007). Avec le déclin de la mortalité depuis 20 ans, lié notamment au recul des maladies infectieuses entre 1 et 5 ans (plus susceptibles de comportements discriminatoires en matière de soins de santé) et par ailleurs au poids croissant des maladies congénitales ou périnatales en début de vie (plus défavorables aux garçons), dans la plupart des pays du monde (en dehors notamment de l'Inde et de la Chine) le désavantage des filles recule, et la surmortalité des garçons augmente. C'est le cas en Afrique sub-saharienne : dans les années 2000 et 2010, tous les pays affichent une nette surmortalité des garçons à moins d'un an (de l'ordre en moyenne de 20%) et à moins de 5 ans (de l'ordre de 15%). Entre 1 et 5 ans, elle n'est cependant que de 3% en moyenne régionale, soit moins qu'attendu (autour de 15%) compte tenu des niveaux de mortalité atteints (Alkema *et al.*, 2014a) .

L'examen de l'évolution des années 1990 aux années 2010 des différences entre garçons et filles dans notre échantillon de 10 pays confirme ce mouvement général : au milieu des années 2010, le rapport des quotients de mortalité (masculins/féminins) vont de 107 (Burkina Faso et RD Congo) à plus de 120 pour 100 (Ghana, Zimbabwe, Rwanda) à moins de 5 ans, et de 110 (Burkina Faso, Congo RD) à 130 pour 100 (Rwanda) à moins d'un an. Aucun de ces pays ne présente plus de surmortalité des petites filles (elle était là par exemple au Burkina Faso, Cameroun, Niger et Ghana), du moins au niveau national car il resterait à voir ce qu'il en ait à un niveau géographique ou social plus fin. Un problème délicat en l'absence d'un état civil exhaustif.

Des inégalités sociales persistantes

Les inégalités sociales et spatiales au sein des pays, déjà importantes dans les années 1980 et 1990, persistent dans les années 2000 et 2010. Où en est-on par rapport aux décennies précédentes ? Qui des riches ou pauvres, éduqués ou illettrés, urbains ou ruraux ont le plus profité des progrès réalisés ?

⁵¹ Rappelons brièvement que les différences de mortalité entre garçons et filles dans la petite enfance dépendent à la fois de facteurs biologiques et socio-culturels. En l'absence de comportements discriminatoires de la part des communautés ou des familles vis-à-vis des petites filles (attention, alimentation, recours aux soins préventifs ou curatifs...), on observe de tout temps une surmortalité « biologique » des garçons en raison de leur moindre résistance et plus grande vulnérabilité à nombre de maladies congénitales, périnatales ou infectieuses. Une surmortalité des petites filles, qualifiée souvent de « surmortalité sociale », est un indicateur de discrimination. Celle-ci survient le plus souvent entre 1 et 5 ans.

Toutes les synthèses récentes menées sur les inégalités de mortalité et de santé des enfants dans les pays en développement (Houweling et Kunst, 2010 ; Bendavid, 2014 ; OMS, 2015 ; Tabutin et Masquelier, 2017)⁵² s'accordent sur leur importance, variables d'un pays à un autre, mais ne dégagent pas un schéma d'évolution d'ensemble. Les pays s'orienteraient vers une certaine convergence (réduction des inégalités), mais avec des modalités différentes entre pays, au sein parfois d'une même région. Le tableau 10 présente les évolutions des années 1990 aux années 2010 de la mortalité des enfants des dix pays de référence en fonction de trois caractéristiques socio-démographiques classiques des mères : l'instruction, le niveau de vie du ménage et le milieu de résidence.

L'instruction des mères est reconnue depuis longtemps, dans les travaux de santé publique et de démographie, comme ayant un rôle en lui-même très positif sur la santé et la mortalité des enfants. Dans une étude macro-géographique menée sur 175 pays, Gakidou *et al.* (2010) vont jusqu'à attribuer 51 % du recul de la mortalité des enfants entre 1970 et 2010 aux progrès de l'instruction féminine entre 15 et 50 ans. Celle-ci est en étroite relation avec le statut de la femme, son pouvoir de décision dans le ménage, son ouverture sur l'extérieur, sa capacité de discussion et de négociation avec les services de santé, ses connaissances... (Caldwell, 1986), mais son impact est aussi lié aux conditions de vie de son ménage et sans doute au milieu de résidence. Dans son étude menée sur 50 pays à partir des enquêtes EDS (2003-2013), réexaminant le poids des grands déterminants de la survie des enfants au niveau individuel, Gaigbe-Togbe (2015) montre qu'après contrôle des autres variables (niveau de vie, milieu de résidence...), l'instruction des mères joue toujours un rôle propre et non négligeable sur les risques de mortalité. Toutefois, le passage de l'illettrisme au niveau primaire jouerait moins en Afrique qu'en Asie ou en Amérique Latine. Dans les dix pays de référence, les inégalités de survie des enfants selon le niveau d'instruction apparaissent clairement, tant vers la fin des années 1990 que plus récemment (tableau 10). Les écarts entre les niveaux extrêmes d'instruction vont de 1 à 3 : plus les mères ont été scolarisées, plus la mortalité de leurs enfants est faible. Avoir fréquenté ne serait-ce que l'école primaire conduit presque partout à une meilleure survie des enfants. Les inégalités sont donc toujours là, avec parfois un peu moins d'intensité, mais les schémas d'évolution diffèrent selon les pays. Au Niger, en Tanzanie ou au Kenya, ce sont les femmes illettrées ou de niveau primaire qui ont connu les plus fortes baisses ; c'est l'inverse au Nigeria tandis qu'au Burkina Faso, Ghana ou Rwanda les progrès ont touché tous les groupes de mères de façon identique. Le Zimbabwe, fortement affecté par le sida (avec transmission à l'enfant) est un cas particulier, avec une augmentation de la mortalité des enfants dont les mères sont les moins instruites et un recul parmi ceux dont les mères sont les plus éduquées.

Le niveau de vie des ménages est un autre déterminant essentiel de la santé et de la mortalité des enfants, envisagé dans la plupart des études nationales ou internationales. Dans toutes celles menées au niveau mondial, plus un ménage est riche, plus la mortalité des enfants y est faible. Ces inégalités suivent un gradient social, plus ou moins linéaire du quintile le plus pauvre au quintile le plus favorisé (Houweling et Kunst, 2010). Tant l'étude récente de Bendavid (2014) sur 54 pays que celle de l'OMS (2015) sur 86 pays confirment le rôle du niveau

⁵² Etudes menées pour la plupart par comparaison des résultats des enquêtes EDS des années 1990, 2000 et 2010.

de vie (ou de la pauvreté) sur la mortalité à moins de 5 ans, et concluent à un recul des inégalités d'ordre économique dans une majorité de pays en développement. On irait globalement vers une certaine convergence, mais néanmoins loin d'être universelle. Le tableau 10 montre l'importance des disparités entre trois groupes économiques de ménages (le plus faible, moyen, le plus favorisé) et leur évolution sur 15 à 20 ans dans les 10 pays de référence. Comme ailleurs dans le monde, la mortalité diminue du groupe le plus pauvre au groupe le plus riche dans la plupart des pays, mais avec des écarts très variables entre pays, sans relation avec le niveau de mortalité : dans les années 2010, la surmortalité des plus pauvres va de 20 à 30 % au Niger et au Kenya à environ 100 % au Rwanda et au Zimbabwe, et dépasse les 150 % au Nigeria et au Cameroun. Par ailleurs, ces progrès ont diversement touché les sous-populations : au Nigeria, Burkina Faso, Cameroun et Zimbabwe, ce sont les groupes les plus favorisés qui ont connu les reculs les plus rapides (d'où un accroissement relatif des inégalités), tandis qu'en Tanzanie, au Kenya ou au Ghana, ce sont les plus pauvres qui ont le plus progressé, ce qui a conduit à une réduction des inégalités. En revanche, en 2000 comme en 2015, les différences entre groupes économiques sont moins marquées au Rwanda : les progrès ont touché quasiment l'ensemble de la population. Là non plus en Afrique, comme pour l'instruction il n'y a pas de schéma général des évolutions des inégalités selon le statut économique des ménages.

Tableau 10 : Evolutions des quotients de mortalité de 0 à 5 ans (‰) des années 1990 aux années 2010 selon quelques caractéristiques des mères, dans 10 pays africains

Pays et années des enquêtes EDS		Total	Milieu d'habitat		Instruction			Niveau de vie		
			Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Moyen	Le plus élevé
Niger	1998	302	178	327	314	225	130	-	-	-
	2012	153	83	163	158	121	91	144	168	114
	Evolution %	-53	-60	-52	-53	-48	-9	-	-	-
Nigeria	1990	191	130	208	210	161	113	240	188	120
	2013	150	100	167	180	128	86	190	127	73
	Evolution %	-21	-23	-20	-14	-20	-24	-21	-32	-39
Burkina Faso	1993	206	148	214	212	160	87	199	220	157
	2010	149	104	156	156	110	62	175	144	97
	Evolution %	-28	-30	-27	-26	-31	-29	-12	-34	-38
Cameroun	1998	145	111	160	198	128	90	199	136	87
	2011	129	93	153	175	125	77	184	120	72
	Evolution %	-11	-16	-4	-12	-2	-14	-7	-12	-17
Tanzanie	1996	145	122	151	162	138	89	140	148	98
	2016	78	86	75	83	79	60	78	73	73
	Evolution %	-46	-30	-50	-49	-43	-33	-44	-51	-26
Ghana	1998	110	77	122	131	112	87	134	122	55
	2014	70	64	75	92	72	55	92	61	64
	Evolution %	-36	-17	-39	-30	-36	-37	-31	-50	+16
Kenya	1998	105	88	109	123	118	60	136	92	61
	2014	56	57	56	51	60	51	57	54	47
	Evolution %	-47	-35	-49	-58	-49	-15	-58	-41	-23
Zimbabwe	1999	90	69	100	119	94	72	99	102	62
	2015	82	60	92	140	106	64	102	96	52
	Evolution %	-9	-13	-8	+15	+11	-11	+3	-6	-16
Rwanda	2000	207	141	216	233	200	117	246	210	154
	2015	67	51	70	89	65	38	84	68	40
	Evolution %	-68	-64	-68	-62	-68	-68	-66	-68	-74
Afrique du Sud	1998	59	47	72	84	67	46	87	49	22
	2016	42	38	49	-	-	-	-	-	-
		-28	-19	-32	-	-	-	-	-	-

Sources : Rapports des enquêtes EDS des années 1990 et 2010. Ces quotients (risques de mortalité de la naissance à l'âge de 5 ans) sont estimés sur une période de 10 ans précédents l'enquête.

Le milieu d'habitat est aussi de longue date un grand facteur de disparités. Des nombreuses études menées depuis 40 ans sur les différences de survie des enfants selon leur résidence, il ressort que la mortalité du monde rural a toujours été sensiblement supérieure à celle du monde urbain dans les pays à faible et moyen revenu, dont l'Afrique sub-saharienne (Günther et Harttgen, 2012 ; Tabutin et Masquelier, 2017). En Afrique, les deux milieux ont connu d'importants progrès (tableau 10). Les villes (en particulier les capitales) ont par exemple été privilégiées au Niger, Nigeria, Cameroun ou Zimbabwe (croissance des inégalités). En Tanzanie, au Ghana et au Kenya par contre, les campagnes ont le plus progressé, et les inégalités entre milieux se sont réduites, comme souvent ailleurs (Garenne, 2010 ; OMS, 2015), avec partout en revanche un net avantage des capitales. Cette diversité des

changements entre pays est fonction du type et du rythme de l'urbanisation, des caractéristiques socioéconomiques des deux milieux (éducation, niveau de vie...) ainsi que des politiques sociales et sanitaires mises en place (en faveur notamment du milieu rural).

Depuis quelque temps, il y a débat sur la situation et l'avenir du milieu urbain, et notamment des métropoles, en matière de santé et de mortalité dans les régions du Sud (Brocknerhoff et Brennan, 1998), débat auquel n'échappe pas l'Afrique. Pour les uns, peut-être minoritaires aujourd'hui, l'urbanisation rapide devrait conduire à une accélération des transitions de mortalité; pour d'autres, cette urbanisation souvent incontrôlée, avec l'extension des quartiers périphériques et des bidonvilles, une pauvreté récurrente, l'insuffisance des services de santé et de contrôle de l'environnement (eau, déchets, pollutions...) conduirait à de fortes inégalités intra-urbaines (Rossier *et al.* 2019), à une détérioration des conditions de santé d'une partie des citoyens⁵³, certains allant jusqu'à craindre l'émergence d'une surmortalité des grandes villes. On n'en est pas là : dans nos 10 pays selon les résultats des dernières enquêtes EDS, les capitales présentent un avantage certain, même si les écarts avec les autres villes ne sont pas toujours conséquents. Utilisant les recensements, Soura (2009) a montré l'importance des inégalités de mortalité et de santé des enfants entre grands quartiers à Ouagadougou. Dans leur étude menée sur 10 pays africains à partir des EDS, Günther et Harttgen (2012) aboutissent à une surmortalité moyenne des enfants vivant en bidonvilles de 65 % par rapport à ceux vivant en villes en habitat formel, et conclut que les inégalités sont plus grandes dans les villes qu'entre le monde rural et les bidonvilles. Avec la ségrégation spatiale en cours dans la plupart des grandes villes, ces disparités à l'intérieur des villes sont un thème d'importance pour les responsables des politiques et des actions sanitaires au niveau local (Fink *et al.*, 2014), auquel la recherche se devrait d'accorder plus d'attention. On pourrait en dire de même pour les milieux ruraux, loin d'être homogènes (Streatfield *et al.*, 2014).

Vaccinations, assistance à l'accouchement : des progrès en cours

Ces deux déterminants importants des risques de mortalité des enfants ont fait l'objet depuis l'an 2000 de programmes spécifiques d'action dans de nombreux pays, notamment en Afrique.⁵⁴ Le tableau annexe A.7 en présente les niveaux atteints vers 2010 dans 39 pays pour la vaccination et les conditions de l'accouchement. En matière de *vaccination*, l'ensemble de la région a connu des avancées notables. La proportion d'enfants de 12-23 mois ayant reçu l'ensemble des 8 vaccins de base⁵⁵ a sensiblement augmenté dans une majorité de pays : de la fin des années 1990 aux années 2010, elle passe par exemple de 18 à 52% au Niger, 35 à 81% au Burkina Faso, de 36 à 53% au Cameroun, de 76 à 93% au Rwanda. Bien qu'en

⁵³ Sur cette question de l'avantage urbain, des conséquences de la pauvreté et des migrations sur la santé et la survie des enfants en villes, voir entre autres Anyamele (2009), Bocquier *et al.* (2011), Maiga et Bocquier (2016), USAID (2013, 2016).

⁵⁴ Pour la vaccination, après le PEV (Programme élargi de vaccination) lancé par l'OMS dès 1974, il s'agit du GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunization) lancé en 2000, sur financements internationaux (dont celui notamment de la fondation Bill-et-Melinda-Gates) et l'appui de l'OMS, de l'UNICEF et de la Banque mondiale.

⁵⁵ Selon les recommandations de l'OMS, il s'agit d'une dose de BCG, trois doses de vaccin contre la poliomyélite, trois doses de DTCq (diphthérie, tétanos, coqueluche) et une dose du vaccin contre la rougeole. Ces vaccins sont à administrer avant l'âge de 12 mois.

augmentation (de 13 à 25%), elle reste faible au Nigeria. Dans les années 2010, dans des pays comme l'Angola, la Centrafrique, le Tchad, l'Éthiopie, le Gabon, la Somalie ou le Nigeria, la prévalence de la vaccination ne dépasse pas 40% (tableau annexe A.7). Par ailleurs, toujours d'après les enquêtes EDS/MICS, les inégalités sociales ont reculé dans de nombreux pays, les campagnes de vaccination ayant notamment bénéficié aux populations les plus pauvres et au monde rural. Mais, en Afrique comme ailleurs, l'ampleur des inégalités varie d'un pays à un autre (Restrepo-Mendez *et al.*, 2016).

En matière d'*assistance médicale* à l'accouchement ou au suivi post-natal (tableau annexe A.7), la plupart des pays ont aussi sensiblement progressé depuis une vingtaine d'années. Prenons la proportion des naissances survenant dans un établissement sanitaire comme indicateur de la couverture sanitaire (données disponibles dans les enquêtes EDS/MICS)⁵⁶. Dans les dix pays de référence, elle s'accroît fortement des années 1990 aux années 2010 : de 15 à 30% au Niger, de 32 à 66% au Burkina Faso, de 44 à 63% en Tanzanie et de 27 à 91% au Rwanda. En revanche elle ne progresse que très peu dans certains pays, que le taux de couverture soit encore bas ou déjà important : c'est le cas du Nigeria (32 à 36%), du Cameroun (de 61 à 62%), ou du Zimbabwe (72 à 77%). Les progrès qui, dans l'ensemble, ont notamment touché les milieux ruraux et les populations les plus défavorisées sont effectifs, mais une part encore importante des femmes ne bénéficient pas d'accouchement sécurisés. L'accouchement à domicile, le plus à risque, sans assistance qualifiée, n'a pas disparu (tableau annexe A.7), en particulier dans les campagnes (là il est autour de 20% au Bénin et en RD Congo, de 50% au Mozambique, en Côte d'Ivoire ou au Kenya, de plus de 70% en Éthiopie, au Niger, au Nigeria ou au Tchad).

Recul modéré de la mortalité des adultes

Longtemps négligée par les démographes en Afrique comme ailleurs en raison du manque de données, l'étude de la mortalité des adultes connaît un regain d'intérêt avec le recul de la mortalité des enfants, l'émergence de nouvelles maladies dont le VIH-sida, et le suivi de la mortalité maternelle⁵⁷. De 1990 à 2015, la mortalité adulte a reculé dans toutes les régions de la planète, mais trois fois moins vite (à un rythme moyen annuel de 1,2%) que la mortalité des enfants (3%) (calculs de Tabutin et Masquelier, 2017), avec d'importantes disparités entre régions⁵⁸. L'Afrique sub-saharienne se démarque des autres régions à revenu faible ou intermédiaire non seulement par sa forte surmortalité (écarts en 2015 d'environ 1 à 2 avec l'Asie du Sud et centrale, de 1 à 4 avec l'Asie de l'Est), mais aussi par la relative faiblesse des progrès entre 1990 et 2015. En 25 ans les risques de mortalité de 15 à 60 ans n'y ont baissé que de 16% (de 366 à 310 ‰, sexes réunis) contre 25 à 35% ailleurs (par exemple de 32% en

⁵⁶ D'autres indicateurs disponibles comme le type d'assistance à l'accouchement ou le nombre de visites prénatales conduisent à des résultats du même ordre.

⁵⁷ Des estimations de la mortalité des 15-60 ans sont régulièrement mises à jour pour l'ensemble des pays du monde dans le cadre de l'enquête *Global Burden of Disease* (GBD collaborators, 2016). Pour la mortalité maternelle, voir par exemple Alkema *et al.* (2016). Quant à la mortalité au-delà de 60 ans, elle est toujours difficile à estimer et peu documentée.

⁵⁸ Pour une synthèse récente de l'évolution de la mortalité adulte dans les régions et pays du Sud, voir Tabutin et Masquelier (2017, p.265-280). Pour la méthodologie et des synthèses sur l'Afrique, voir Timaeus et Jasseh (2004), Reniers, Masquelier et Gerland (2011) ou Masquelier, Reniers et Pison (2014).

Asie du Sud, passant de 250 à 170 ‰). Cela a conduit à une accentuation des inégalités entre grandes régions dans le monde : en 2015, le risque de mortalité de 15 à 60 ans (sexes réunis) est d'environ 310 ‰ en Afrique, 175 ‰ en Asie du Sud et centrale, 135 ‰ en Amérique Latine et de 82 ‰ en Asie de l'Est, autour d'une moyenne mondiale de 145 ‰ (Tabutin et Masquelier, 2017).

Les disparités sont aussi là à l'intérieur du continent, tant dans les niveaux que dans les rythmes des progrès. Utilisant les données de 72 enquêtes EDS sur la survie des enfants et des frères et sœurs des femmes enquêtées, Masquelier *et al.* (2014) ont retracé l'évolution sur trois décennies à la fois de la mortalité des enfants (0-5 ans) et de la mortalité adulte (15-60 ans) dans 34 pays subsahariens. Si dans la région la mortalité des jeunes connaît une certaine convergence depuis 1990, les auteurs mettent en évidence une hétérogénéité croissante des niveaux de mortalité adulte, avec une concentration des risques les plus élevés en Afrique de l'Est et du Sud, conséquence de l'impact massif de l'épidémie de VIH/sida. Le sida mais aussi les conflits politiques ont perturbé les tendances à la baisse dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et centrale (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Nigeria, Liberia...). En 2015, une quinzaine de pays africains en sont encore à leur niveau de mortalité adulte de 1990 (Tabutin et Masquelier, 2017).

Contrairement à la mortalité des enfants, les études sur les inégalités sociales aux âges adultes dans les pays africains sont rares, en dehors de quelques-unes sur les pays très touchés par le sida (voir section suivante). Quant aux disparités spatiales, elles ne sont guère mieux documentées, car difficiles à mesurer en l'absence d'un bon état civil. Même les simples différentiels urbains/ruraux ne peuvent dans la plupart des pays être estimés que par une approche indirecte⁵⁹. Dans leur étude menée sur 14 pays sub-sahariens, Günther et Hartten (2012) confirment ainsi les niveaux dans l'ensemble très élevés de la mortalité adulte, leur variabilité entre pays et leur augmentation du milieu des années 1990 au milieu des années 2000 en lien notamment avec la prévalence du sida. Mais, peut-être plus inattendu, ils dégagent aussi une surmortalité des villes par rapport aux campagnes dans 11 des 14 pays⁶⁰. L'environnement défavorable des villes sur la santé (densités de population, bidonvilles, pollutions, accidents...) contrebalancerait l'effet positif du niveau de vie et de la présence d'infrastructures sanitaires, bien meilleurs qu'en milieu rural. Avec un modèle inverse pour la mortalité aux jeunes âges où l'avantage urbain est partout de mise, ils en concluent que la mortalité des enfants est un piètre prédicteur de la mortalité adulte.

Quant aux inégalités entre sexes, on observe en Afrique sub-saharienne une surmortalité des hommes entre 15 et 60 ans, en 1990 comme en 2015. Calculée en moyenne sur 42 pays, elle s'élève respectivement à 16% en 1990 (397 ‰ pour les hommes contre 335 pour les femmes) et 13% en 2015 (329 contre 286 ‰) (Tabutin et Masquelier, 2017). Contrairement aux autres

⁵⁹ A partir par exemple des déclarations des femmes dans les enquêtes EDS/MICS sur la survie de leurs frères et sœurs. Cette approche suppose, entre autres, que toute la fratrie d'une femme qui a vécu toute sa vie en milieu rural y vivait elle aussi (de même pour une femme interrogée en milieu urbain). Une hypothèse forte négligeant la migration (Lankoande, 2016).

⁶⁰ De 5 à 10% en Tanzanie, au Zimbabwe, au Sénégal ou au Mozambique, de 30% et plus au Burkina Faso, en Ethiopie ou au Kenya.

régions du monde, les progrès y ont été un peu moins rapides chez les femmes (-15%) que chez les hommes (-17%) : le sida et la mortalité maternelle en sont en partie à l'origine.

Le VIH/sida : « un long chemin reste à parcourir »

Ce titre d'un récent rapport pour l'Afrique de l'ONUSida⁶¹ nous semble résumer la situation. Les progrès sont là, mais le fléau est loin d'avoir disparu. Tant les prévalences de l'infection au VIH que la mortalité liée au sida ont diminué dans le monde depuis 10 à 15 ans, mais de façon variable. L'Afrique sub-saharienne, particulièrement touchée, n'est pas en reste avec une prévalence moyenne de 4,5% en 2018 parmi les 15-49 ans (7,0% en Afrique de l'Est et australe, 1,5% en Afrique de l'Ouest et du Centre, contre 0,2% en Asie et en Europe-Amérique du Nord, 1,2% dans les Caraïbes, 0,4% en Amérique Latine). On est loin en Afrique de la cible proposée par ONUsida d'une élimination de la maladie pour 2030.

Dans la plupart des pays africains touchés, le nombre annuel de nouvelles infections au VIH augmente rapidement de 1985 à 1997 avant de sensiblement diminuer (de 30% de 2010 à 2017 en Afrique australe et de l'Est selon les données de l'ONUSida, 2018) suite aux premiers programmes de sensibilisation et de prévention. Parallèlement, le nombre de décès dus au sida a aussi augmenté rapidement, atteignant un pic vers 2004 (1 290 000 décès), avant de diminuer de 75% de 2005 à 2018, après notamment l'introduction des traitements antirétroviraux⁶². En dépit de ces avancées, l'Afrique sub-saharienne (14% de la population mondiale) regroupe toujours en 2018 68% des personnes vivant avec le VIH (26 millions sur 38 au niveau mondial), 65% des nouvelles infections (1,1 million sur 1,7 au total), 61% des décès liés au sida (470 000 sur 770 000 au total), des proportions voisines de celles du début des années 2000. Le combat est loin d'être terminé.

La diversité est de mise entre régions et pays, tant dans les niveaux que dans les tendances (ONUSida, 2018). L'Afrique de l'Est et australe a connu les plus gros progrès, 66% de la population infectée accédant aux antirétroviraux, mais les prévalences du VIH, certes en recul, y sont encore très élevées⁶³ : elle rassemble en 2017 près de 53% de la population vivant avec le VIH dans le monde et 45% des nouvelles infections. L'Afrique de l'Ouest et du Centre présente des prévalences en moyenne nettement plus basses⁶⁴ et en légère diminution, pesant néanmoins en 2017 pour 17% des personnes vivant avec le VIH dans le monde et pour 21% des nouvelles infections. La couverture des femmes enceintes et des enfants par les antirétroviraux y est souvent assez faible. Reflet des politiques menées, des priorités et investissements sanitaires, les changements récents divergent sensiblement d'un pays à un

⁶¹ Les estimations des nombreuses données régulièrement mises à jour, les rapports et publications, au niveau régional ou national, sont disponibles sur le site de l'ONUSida : www.unaids.org. La littérature sur le VIH/Sida est particulièrement abondante.

⁶² En Afrique australe, la prévalence de l'usage des traitements antirétroviraux a crû de 42% entre 2010 et 2017.

⁶³ Définies comme la proportion de séropositifs dans la population générale enquêtée (15-49 ans), selon les données EDS les plus récentes elles s'élèvent, sexes réunis, à 21% en Afrique du Sud (2016), 14% au Zimbabwe (2015), 14% en Namibie (2013), 25% au Lesotho (2014), 13% au Mozambique, 5% en Tanzanie (2011), 6% au Kenya (2009).

⁶⁴ Allant selon les enquêtes EDS d'environ 1% au Burkina Faso, en RD Congo, au Mali ou en Ethiopie, 2% en Angola, à près de 4% au Cameroun (2011) ou en Côte d'Ivoire (2012).

autre : par exemple de 2010 à 2017, le nombre de nouvelles infections au VIH se maintient en Côte d'Ivoire, mais recule de 5% au Nigeria et même de 35% en RD Congo. Au cours de ces 7 années, le recul de la mortalité par sida va de 19% au Nigeria à 56 % au RD Congo.

Si depuis 30 ans dans l'ensemble des pays sub-sahariens, les femmes ont été et sont encore sensiblement plus infectées que les hommes⁶⁵, ce que confirment les dernières enquêtes EDS, elles ont connu des déclin de mortalité plus importants que les hommes de 2005 à 2016 (respectivement de 58% et 43% de décès en moins). Masquelier et Reniers (2018) l'attribuent à de meilleurs tests de dépistage chez les femmes, à un contact plus fréquent avec les services de soins prénatals (dans le cadre notamment des programmes de prévention de la transmission mère-enfant), à une meilleure couverture et suivi des traitements antirétroviraux. Il n'en reste pas moins selon l'ONUSida (2018) qu'en Afrique subsaharienne, les trois-quarts des nouvelles infections en 2017 parmi les jeunes de 15-19 ans concernaient des jeunes filles, et que leur prévalence du VIH à 15-24 ans serait le double de celle des jeunes hommes.

Les inégalités sociales en matière du VIH/sida font toujours l'objet d'une attention particulière. Les résultats vont dans des sens divers, dépendant de la période étudiée car les groupes sociaux ou les communautés peuvent avoir réagi différemment aux campagnes menées en faveur des changements de normes et de comportements sexuels (Hargreaves *et al.*, 2008 ; Glynn *et al.*, 2004 ; Fox, 2010). Globalement au vu des enquêtes (EDS) les plus récentes, dans les pays à prévalence faible (moins de 2% ou modérée (de 2 à 4%)), les groupes sociaux les plus instruits ou favorisés, et les habitants des villes sont encore davantage touchés par l'infection. En Afrique australe, à des niveaux de prévalence beaucoup plus élevés, les disparités sont moins évidentes. Quant aux inégalités à l'intérieur des pays, elles sont souvent très importantes, le VIH/sida n'étant nulle part uniformément répandu (Kharsany et Karim, 2016). Dans une étude portant sur les provinces de 12 pays de différents continents dans les années 2000 (ONUSida, 2013), le rapport entre les prévalences extrêmes allait de 1 à 5 au sein d'un même pays. Plus récemment, de nouvelles méthodologies et approches cartographiques menées à partir des enquêtes EDS permettent de descendre à un niveau géographique relativement fin. Elles confirment l'hétérogénéité des situations dans les pays⁶⁶, et précisent la localisation des actions sanitaires à mener en priorité (Larmarange *et al.*, 2011 ; Larmarange et Bendaud, 2014).

La mortalité maternelle : des progrès mais loin du compte

Parmi tous les indicateurs de mortalité, un des plus complexes à mesurer en l'absence d'un bon état civil fournissant les causes de décès, est sans conteste le rapport de mortalité maternelle (le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances)⁶⁷. Toutes les estimations

⁶⁵ En raison d'une activité sexuelle plus précoce, avec des partenaires (dont en grande majorité des conjoints) souvent plus âgés et à multiples expériences parallèles ou antérieures, et d'une probabilité de transmission du VIH plus élevée de l'homme à la femme que l'inverse.

⁶⁶ Une douzaine de rapports, sous la direction de J.Larmarange, seront publiés par UNUSida (Zimbabwe, Tanzanie, Malawi, Guinée, Côte d'Ivoire, Cameroun, Burundi, Burkina Faso, Ouganda, Rwanda, Lesotho, Haïti).

⁶⁷ Comme pour la mortalité des enfants (l'IGME), l'OMS, l'UNICEF, la Banque Mondiale et les Nations unies ont chargé un panel d'experts scientifiques d'en estimer les évolutions et niveaux dans tous les pays du monde (the Maternal Mortality Estimation Inter-agency Group, MMEIG).

qui en sont faites, les plus récentes soient-elles sur le plan méthodologique, doivent être considérées avec prudence, notamment pour l'Afrique.

Partant de niveaux très élevés dans les années 1990, la mortalité maternelle a reculé dans la région mais moins vite qu'en Asie ou en Afrique du Nord. Avec 546 décès pour 100 000 naissances (autour d'un décès pour 200 naissances), elle est vers 2015 bien au-dessus de la moyenne des pays en développement (239), loin derrière l'Asie du Sud (176), les Caraïbes (175) ou l'Asie du Sud-Est (110). Avec ses 201 000 décès de mères en 2015 (contre 529 000 en 2000), elle représente environ 66% des décès maternels mondiaux (contre 44% en 2000) (Tabutin et Masquelier, 2017). Exprimées sous la forme du risque de décéder de cause maternelle au cours de sa vie reproductive, une femme d'Afrique sub-saharienne de 15 ans, compte tenu (entre autres) de son nombre élevé de naissances, y avait encore récemment un risque de décéder de un sur 36 (un sur 16 en 2000) contre un sur 210 en Asie du Sud, un sur 450 en Afrique du Nord, un sur 2 300 en Asie de l'Est et un sur ... 4 900 dans les pays développés (OMS *et al.*, 2015). Ces quelques chiffres illustrent les risques qu'encourent toujours en Afrique les mères au cours de leur vie reproductive.

Si globalement la situation de la région n'est pas des meilleures, on note une relative diversité entre pays. La grande majorité ont, vers 2015, entre 450 et 650 décès pour 100 000 naissances. À un extrême, quelque pays ont une mortalité maternelle relativement faible, inférieure à 130 p.100 000 (Maurice, Cap Vert, Afrique du Sud, Botswana), à l'autre extrême certains connaissent un niveau extrêmement élevé, supérieur à 650 p.100 000 (Guinée, Libéria, Nigeria, Tchad, et le Sierra Leone qui détient le record depuis 25 ans, à 1 360 aujourd'hui). Cette diversité entre pays et les inégalités entre groupes sociaux ou milieux d'habitat dans les pays sont liées à la couverture des soins prénatals, au type d'assistance à l'accouchement, au suivi post-natal et aussi au niveau de la fécondité. Meilleurs ils sont, meilleur est le contrôle des complications de la grossesse ou de l'accouchement (hémorragies, infections, hypertension...). Le sida n'est pas non plus sans conséquence sur les risques de décès maternel : c'est une cause indirecte de 2% des décès maternels dans l'ensemble de la région, et de plus de 20% dans les pays particulièrement touchés (OMS *et al.*, 2015).

La santé reproductive des femmes est également mise en danger par des grossesses volontairement non menées à terme, dans une région où la grande majorité des pays ont des lois restrictives à l'égard de l'avortement, et une offre de services légaux quasi-inexistante. Les femmes sont conduites à des pratiques clandestines, par définition dangereuses : Sedgh *et al.* (2016) ont estimé à 97% en 2008 la proportion d'avortements qui en Afrique se font dans l'illégalité. Dans leur synthèse, Guillaume et Rossier (2018) soulignent que là où l'Afrique se démarque véritablement des autres régions du monde, c'est dans le degré de sécurité des avortements, lié aux méthodes utilisées : près de 50% y sont estimés à risque grave (contre 14% en moyenne mondiale, 17% en Amérique latine, 13% en Asie du Sud, 1% en Asie de l'Est), avec une situation particulièrement mauvaise en Afrique centrale (69%). Conséquence de cette faible sécurité et de l'insuffisance des services d'urgences obstétricales, le taux de létalité (rapport du nombre de décès au nombre d'avortements) est élevé : estimé vers 2008 à 220 pour 100 000 avortements au niveau mondial (1 décès pour 455 avortements), à 150 en Asie du Sud, à 30 en Amérique latine, il atteignait 520 en Afrique sub-saharienne (1 décès pour

190 avortements). Les avortements et les risques de morbidité et de mortalité qui s'en suivent touchent particulièrement des femmes jeunes (15 à 24 ans), non encore en union, utilisant peu la contraception, et les femmes des groupes sociaux les plus défavorisés (Chae *et al.*, 2017). Même si la prudence est requise dans toutes les estimations proposées, l'avortement et la mortalité maternelle demeurent des problèmes essentiels de santé publique dans la région.

Un double fardeau épidémiologique avec la montée des maladies non transmissibles

En Afrique comme ailleurs, l'augmentation notable de l'espérance de vie depuis 30 ou 40 ans s'accompagne de profonds changements dans les causes de décès sous-jacentes, suite au recul des maladies infectieuses ou liées à la nutrition (notamment chez les plus jeunes) et à une progression des maladies chroniques et non transmissibles (aux âges adultes et avancés, davantage liées aux modes de vie et de consommation). Mais mesurer et suivre ces transitions épidémiologiques demeure en Afrique un exercice des plus délicats en l'absence d'états civils fiables et complets précisant les maladies conduisant au décès (en dehors de quelques pays, comme l'Afrique du Sud, Maurice ou Sao Tomé-et-Principe). On ne dispose que d'études menées sur des villes ou des capitales (par exemple Antananarivo à Madagascar, Masquelier *et al.*, 2014) et des données d'observatoires de population, utilisant le plus souvent en milieu rural la technique des autopsies verbales⁶⁸. Dans leur analyse de 22 observatoires d'Afrique et d'Asie, Streatfield *et al.* (2014) dégagent une extrême diversité des profils épidémiologiques des divers sites, y compris entre ceux d'un même pays. À défaut, la modélisation est requise si l'on veut disposer d'informations comparables entre pays, ce que réalise depuis quelques années l'équipe internationale de chercheurs du projet GBD (Global Burden of Disease) (GBD collaborators, 2016)⁶⁹.

Comparant ces données GBD entre 1990 et 2013, Masquelier et Kanté (2017) confirment la pleine entrée de l'Afrique sub-saharienne dans la transition épidémiologique : sur l'ensemble de la région par exemple, la proportion de décès féminins dus aux maladies infectieuses, nutritionnelles ou du nouveau-né recule de 72% à 62%, celle liée aux maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires et du sang, diabète, cancers...) augmente de 24% à 32%. Ces chiffres varient bien sûr sensiblement d'un pays à un autre (GBD collaborators, 2016). À un niveau local, le suivi depuis 1983 de la population rurale du site de Niakhar au Sénégal (30 villages, 46 000 personnes en 2015) montre une transition épidémiologique bien avancée, avec une espérance de vie à la naissance estimée à 70 ans en 2014. Des années 1985-1989 aux années 2005-2009, le recul des décès infanto-juvéniles liés aux diarrhées, aux infections -en particulier aux infections respiratoires aiguës -et à la malnutrition a été important, mais la mortalité par paludisme s'est maintenue. Chez les adultes (15-49 ans), on a une diminution des maladies diarrhéiques et des accidents, une augmentation notable des maladies non transmissibles (cancer, diabète, cirrhose) et un quasi-doublement (de 34 à 62%) de la proportion des décès masculins liés aux maladies chroniques (Delaunay, 2017). On

⁶⁸ Consistant à interroger des proches du décédé sur les symptômes de la maladie l'ayant conduit à la mort.

⁶⁹ Le dernier rapport statistique de l'OMS de 2018 donne aussi un grand nombre d'indicateurs de santé et de mortalité par pays pour chacune des régions du monde (WHO, 2018).

trouve ce type de changements dans d'autres sites ruraux africains ou des capitales comme Accra, Antananarivo ou Ouagadougou, même si chaque entité a son histoire et ses spécificités.

Cela dit, le poids des maladies infectieuses, parasitaires et transmissibles reste important au niveau national dans de nombreux pays africains. Selon un classement des principales causes de décès dans 10 pays en développement (dont 3 d'Afrique) (Tabutin et Masquelier, 2017), les maladies diarrhéiques, des voies respiratoires inférieures et autres infections (méningite, rougeole) demeurent en 1990 comme en 2015 la première cause de mortalité au Burkina Faso et au Nigeria ; le paludisme reste en seconde position, suivi des maladies associées à la période néonatale. N'y arrivent qu'ensuite, dans ces deux pays, les maladies cardiovasculaires et les cancers. « La région a connu des progrès significatifs en matière de santé. Mais les défis sont encore là face aux maladies infectieuses » (Whiteside et Zebryk, 2017, p.311).

Conformément au modèle proposé par Frenk *et al.* (1989), la transition épidémiologique suivie par l'Afrique depuis 20 ans peut être qualifiée de « prolongée et polarisée » (*protracted and polarized*). Elle est « prolongée » en ce que les différentes étapes du processus se chevauchent pendant un certain temps, avec la coexistence des maladies infectieuses ou nutritionnelles et la montée des maladies non transmissibles qui provoquent des décès prématurés. Ce « double fardeau » se retrouve notamment dans les grandes villes sub-sahariennes, où pauvreté et problèmes environnementaux (eau, air, déchets...) freinent la maîtrise des maladies infectieuses, et où par ailleurs émergent de nouveaux comportements à risque (alimentation, sédentarité, alcool dans certains pays...) favorisant l'hypertension, le diabète ou l'obésité. Elle est « polarisée » en ce que le modèle conduit souvent à un élargissement des inégalités de santé et de mortalité, dans un pays ou entre groupes sociaux dans les villes. D'un côté, les groupes les moins favorisés avec une mortalité plus élevée imputable notamment aux maladies infectieuses; de l'autre, les groupes plus « riches », les classes moyennes, davantage exposés aux maladies non transmissibles. Agyei-Mensah et de Graft Aikins (2010) en décrivent bien la situation à Accra (Ghana), Zeba *et al.* (2012) au Burkina-Faso, Rossier *et al.* (2019) à Ouagadougou (Burkina Faso). Ce modèle bipolaire est déjà et demeurera un défi pour les divers acteurs de la santé publique car il conduit à une compétition des ressources, à des stratégies et priorités d'actions à (re)définir, dans des contextes où il y a peu de programmes de prévention, où l'offre de soins ne permet guère de prendre en charge les troubles chroniques et coûteux, les handicaps...

VIII. Urbanisation et migrations internes

L'urbanisation et les migrations internes sont les deux grands éléments, au niveau national, de la recomposition des territoires dans un pays, d'une nouvelle géographie éventuelle du peuplement, sources aussi de changements dans les comportements démographiques (Mercandilli et Losch, 2017). Quels en sont les grandes évolutions depuis les années 2000 ?

Une forte croissance urbaine, mais une urbanisation plus lente que prévue

L'Afrique sub-saharienne a connu une urbanisation relativement soutenue depuis les années 1960. Alors que seulement 15% de la population vivait en ville dans les années 1960, le taux

d'urbanisation atteint 27% au début des années 1990, et est d'environ 41% actuellement. Selon les dernières projections des Nations unies (2018), l'urbanisation devrait se poursuivre, pour atteindre 50% vers 2035 et 58% en 2050 (tableau 11). Entre 1990 et 2020, la population urbaine a été multipliée par plus de 3 (passant de 136 millions à 459 millions) alors que la population rurale n'a fait que doubler. Plus de 1,25 milliard d'africains vivraient en ville en 2050. L'Afrique sub-saharienne s'urbanise donc clairement, et les villes absorberaient près de 80% des habitants supplémentaires du continent d'ici 2050⁷⁰. La population de la région reste toutefois globalement moins urbanisée (41%) que celle des autres régions du monde qui à part l'Asie du Sud (37%), ont des niveaux d'urbanisation qui vont de 53% (Afrique du Nord) à 81% (Amérique Latine) (tableau 11).

Tableau 11 : Évolution du taux d'urbanisation (%) et de la population urbaine par sous-régions d'Afrique et dans le monde de 1990 à 2020, et projections jusqu'en 2050

Sous-régions	Taux d'urbanisation						Population urbaine (millions)					
	1990	2000	2010	2020	2035	2050	1990	2000	2010	2020	2035	2050
Afrique de l'Ouest	30,2	34,5	41,1	47,7	56,3	63,8	55	81	127	192	329	517
Afrique centrale	34,0	39,7	45,2	50,6	59,0	67,0	24	38	59	91	160	257
Afrique de l'Est	18,0	21,0	24,4	29,0	37,5	47,1	36	55	85	132	247	418
Afrique australe	48,8	53,8	59,4	64,6	71,6	77,2	21	28	35	44	56	66
Afrique sud-Sahara	27,5	31,4	36,1	41,4	49,8	58,1	136	202	306	459	792	1 258
Afrique du Nord	45,7	48,3	50,5	52,5	57,2	64,1	65	83	103	129	174	231
Asie de l'Est	33,9	42,0	54,4	64,8	75,7	81,4	471	636	868	1 078	1 264	1 291
Asie du Sud	26,5	29,0	32,5	36,6	44,6	53,8	316	422	555	709	988	1 282
Asie du Sud-Est	31,5	37,9	44,3	50,0	58,3	66,0	140	199	265	334	438	527
Amérique latine	70,7	75,5	78,6	81,2	84,7	87,8	315	397	470	539	627	685
Pays en développement	34,9	40,1	46,1	51,7	59,0	65,6	1 460	1 984	2 641	3 375	4 485	5 556
Pays développés	72,4	74,2	77,2	79,1	82,7	86,6	830	884	954	1 004	1 071	1 124
Monde	43,0	46,7	51,7	56,2	62,5	68,4	2 290	2 868	3 595	4 379	5 556	6 680

Source : Nations unies, *World Urbanization Prospects* (2018).

Au sein du continent, les niveaux d'urbanisation sont néanmoins très variables (tableau 11). L'Afrique australe (et principalement l'Afrique du Sud) est de loin la sous-région la plus urbanisée. Avec près de deux-tiers de sa population vivant dans des villes, et environ trois quarts d'urbains projetés en 2050, son niveau d'urbanisation est bien au-dessus de la moyenne même des pays en développement. À l'opposé, l'Afrique de l'Est est encore très majoritairement rurale, avec moins de 30% de citoyens. Selon les projections, elle restera majoritairement rurale dans les prochaines décennies (47% de citoyens en 2050). L'Afrique de

⁷⁰ Entre 2020 et 2050, environ 800 millions de citoyens supplémentaires sont projetés en Afrique sub-saharienne, sur un total d'environ 1 milliard d'habitants en plus.

l'Ouest et l'Afrique centrale occupent une position intermédiaire, avec actuellement des taux d'urbanisation d'environ 50%, projetés autour de 65% en 2050.

Bien que l'urbanisation ait progressé, et que les effectifs de population urbaine aient augmenté et augmenteront encore rapidement, les projections d'urbanisation ont été revues sensiblement à la baisse par rapport à celles que nous publions dans notre précédente chronique (Tabutin et Schoumaker, 2004). Dans les perspectives urbaines des Nations unies faites en 2002, la proportion de population urbaine était projetée à 54% pour 2030, alors que les plus récentes (Nations unies, 2018) l'estiment autour de 47% à cette date.

Des travaux récents montrent en effet que, dans de nombreux pays africains (notamment l'Éthiopie, le Malawi, le Mozambique, le Soudan, le Togo, le Nigeria), l'urbanisation a été dans l'ensemble assez lente au début des années 2000 (UN Habitat, 2014) ; on a même observé des phénomènes de désurbanisation dans certains pays comme la Zambie et la Côte d'Ivoire à la fin des années 1990 (Potts, 2016 ; Beauchemin, 2004 ; Beauchemin et Bocquier, 2004 ; UN-Habitat, 2014), ou le Zimbabwe dans les années 2000 (Potts, 2016). Un des facteurs semble en être la diminution des migrations rurales-urbaines et/ou l'augmentation des migrations du milieu urbain vers le milieu rural (UN Habitat, 2014), en réponse notamment aux difficultés économiques (emploi, logement...) dans les villes (Potts 2016). De récentes estimations basées sur les recensements indiquent que la contribution des migrations⁷¹ à l'urbanisation a diminué sensiblement depuis les années 1980, et est même devenue négative en Afrique australe (Bocquier et Schoumaker, 2018 ; Menashe-Oren et Stecklov, 2017). À l'échelle de l'Afrique, l'urbanisation résulte aujourd'hui davantage du différentiel de croissance naturelle (l'accroissement naturel des villes est plus élevé que celui des campagnes) que des migrations (Bocquier et Schoumaker, 2018 ; Hommann et Lall, 2019 ; Jedwab *et al.*, 2017 ; UN Habitat 2014).

Les rythmes d'urbanisation de l'Afrique dans le futur sont donc incertains, et dépendront des évolutions en matière de migrations entre villes et campagnes, de la reclassification de localités rurales en localités urbaines, et du différentiel de croissance naturelle entre milieux de résidence. La stagnation de la fécondité observée en milieu urbain africain dans de nombreux pays au cours des dernières années (Bocquier et Schoumaker, 2018) contribue à un différentiel de croissance naturelle en faveur des villes, et donc à l'urbanisation. Mais celle-ci pourrait encore ralentir si la fécondité urbaine diminuait plus rapidement, et si les migrations nettes vers les villes poursuivaient leur recul. Chaque pays aura son histoire.

Des mégapoles plus grandes et plus nombreuses

Parallèlement à l'urbanisation et à la croissance rapide de la population urbaine, les grandes villes poursuivent également leur progression. Le nombre d'agglomérations urbaines de plus d'un million d'habitants a triplé entre 1990 et 2020, passant de 17 à 54, et ce nombre pourrait dépasser les 80 villes en 2030 (Nations unies, 2018). Alors qu'aucune ville ne comptait plus de 10 millions d'habitants en 2000, deux villes d'Afrique sub-saharienne ont dépassé cette taille aujourd'hui (Lagos et Kinshasa), et deux autres (Luanda et Dar Es Salaam) devraient compter

⁷¹ Et des reclassifications de localités rurales en localités urbaines.

plus de 10 millions d'habitants en 2035 (tableau 12). Le poids de ces villes dans les systèmes urbains varie sensiblement entre pays. À l'image de Kinshasa, Luanda et Abidjan, ces grandes villes peuvent concentrer plus d'un tiers de la population urbaine du pays. À l'inverse, des villes comme Lagos et Johannesburg, malgré leur grande taille, ne concentrent qu'environ 15% de la population urbaine du Nigeria et de l'Afrique du Sud. Comme le soulignait Dubresson (2003) il y a une quinzaine d'années, il n'y a donc pas en Afrique de modèle unique macrocéphale, même si dans certains pays la capitale ou la plus grande ville concentre une part très importante de la population.

Tableau 12 : Evolution de la population de 1990 à 2035 des dix agglomérations urbaines d'Afrique sub-saharienne les plus peuplées en 2020.

Agglomération	Population (millions)					% de la population urbaine du pays vivant dans l'agglomération (2020)	Taux d'urbanisation du pays en 2020
	1990	2000	2010	2020	2035		
Lagos (Nigeria)	4 764	7 281	10 441	14 368	24 419	13 %	52%
Kinshasa (RD Congo)	3 683	6 140	9 382	14 342	26 682	35 %	46%
Luanda (Angola)	1 474	2 829	5 300	8 330	14 495	38 %	67%
Dar es Salaam (Tanzanie)	1 474	2 272	3 870	6 702	13 383	30 %	35%
Johannesburg (Afrique du Sud)	1 879	3 046	4 249	5 783	7 461	15 %	67%
Abidjan (Côte d'Ivoire)	2 102	3 007	3 954	5 203	8 393	38 %	52%
Cape Town (Afrique du Sud)	2 155	2 785	3 604	4 618	5 845	12 %	67%
Nairobi (Kenya)	1 380	2 214	3 237	4 735	8 499	32%	28%
Addis Ababa (Ethiopie)	1 791	2 377	3 126	4 794	8 939	20 %	39%
Kano (Nigeria)	2 095	2 602	3 221	3 999	6 579	4 %	52%

Source : Nations unies, *World Urbanization Prospects* (2018).

La taille de ces villes continuera sans aucun doute d'augmenter, comme ce sera le cas de la population urbaine en général en Afrique. Il est toutefois difficile de projeter l'évolution de la population de ces grandes villes, et l'on ne peut que recourir à des hypothèses. Les perspectives des Nations unies reposent sur l'hypothèse qu'elles croîtront environ au même rythme que la population urbaine du pays dans son ensemble, et que leur poids dans la population urbaine sera donc, en 2035, pratiquement identique à celui de 2020. Mais Kinshasa continuera-t-elle à croître à plus de 4% par an, pour dépasser 26 millions d'habitants en 2035 (12 millions de plus en 15 ans) ? La croissance de Lagos ou d'Abidjan s'accroîtra-t-elle par rapport à la période la plus récente, comme le suggèrent les perspectives des Nations unies ? Rien ne garantit évidemment que ce sera le cas, et on peut imaginer que leur rythme de croissance ralentira. L'analyse de recensements dans 14 pays (dont la Tanzanie, le Kenya, et l'Afrique du Sud) montre en effet que le taux de migration nette dans les capitales africaines a fortement diminué depuis les années 1970 (Bocquier et Schoumaker, 2018), et que la croissance démographique de ces capitales devrait en conséquence ralentir. Plusieurs observateurs notent également que le gros de l'accroissement de population urbaine se produit dans les villes secondaires et les petites villes (UN-Habitat, 2014).

Des défis multiples

La croissance des villes, même si elle s'avère plus lente que prévue, se traduira par plusieurs centaines de millions de citadins supplémentaires en Afrique sub-saharienne dans les trente prochaines années. Cette urbanisation, bien qu'elle ait clairement des aspects positifs comme en témoignent les avantages du milieu urbain par rapport au milieu rural dans la santé ou l'éducation, comporte aussi des défis. Nous nous en tenons brièvement au logement, à l'approvisionnement en eau et électricité et à la pollution.

Bien que la proportion d'urbains d'Afrique sub-saharienne vivant dans des quartiers informels (*slums*⁷²) ait diminué depuis les années 2000⁷³, cette proportion reste très élevée (supérieure à 50 %), et le nombre absolu de personnes y vivant continue de croître. L'accès à l'eau potable dans le logement ou la cour, s'il est bien plus élevé dans les villes qu'en milieu rural, reste un enjeu important (Dos Santos, 2006). Dans les dix pays de référence, la part des ménages urbains disposant d'un robinet dans le logement ou la cour est le plus souvent inférieure à 50% dans les années 2010 (en dehors du Zimbabwe à 58% et de l'Afrique du Sud à 86%), et elle a même diminué dans plusieurs d'entre eux (au Cameroun, en Tanzanie, au Ghana, au Kenya ou au Zimbabwe, tableau 13)⁷⁴, illustrant bien la difficulté des villes africaines à investir dans des infrastructures coûteuses dans un contexte de croissance rapide de la population. L'accès à l'électricité a en revanche sensiblement augmenté depuis 25 ans, en particulier dans les villes où les proportions de ménages qui récemment y ont accès vont de 49% au Burkina Faso à 68% au Kenya, dépassant les 80% au Cameroun, au Ghana, au Zimbabwe et au Nigeria (tableau 13). Ce progrès contribuera à réduire la pollution intérieure liée à l'utilisation de bois, charbon, pétrole pour l'éclairage, la cuisine et le chauffage (UNEP, 2016). Cela dit, de très fortes inégalités entre pays et à l'intérieur des pays selon les milieux d'habitat (partout le monde rural est en retrait), sont toujours là en matière d'approvisionnement en eau et électricité.

⁷² Le terme *slum* est généralement utilisé dans les rapports de UN-Habitat. Pour la traduction française, nous préférons le terme de quartier informel à celui de bidonville.

⁷³ Selon les Nations unies (2015), elle est passée de 65% à 55% entre 2000 et 2014.

⁷⁴ La diminution sensible au Ghana est liée à une augmentation très importante de la consommation d'eau en sachets, peut-être liée à une détérioration de la qualité de l'eau courante ou des dysfonctionnements du réseau d'adduction.

Tableau 13 : Evolution dans 10 pays des proportions de ménages disposant d'eau et d'électricité des années 1990 aux années 2010 , selon le milieu d'habitat

Pays des enquêtes EDS	Années	% de ménages utilisant un robinet dans le logement ou la cour comme source d'eau de boisson			% des ménages disposant de l'électricité		
		Urbain	rural	Total	Urbain	rural	Total
Niger	1998	26,6	0,1	4,9	36,5	0,2	6,7
	2012	38,6	1,1	9,9	61,8	5,2	14,4
Nigeria	1990				-	-	-
	2013	6,7	2,7	4,3	83,6	34,4	55,6
Burkina Faso	1993	32,6	0,1	6,7	29,4	0,6	6,1
	2010	41,9	0,6	12,9	48,5	1,4	13,1
Cameroun	1998	28,4	2,9	11,2	79,0	22,0	40,7
	2011	26,5	2,4	14,7	87,5	18,5	53,7
Tanzanie	1996	31,7	2,0	8,7	35,5	1,8	9,4
	2016	25,3	4,4	11,3	56,4	5,9	22,5
Ghana	1998	41,5	3,5	16,9	82,4	20,9	42,6
	2014	16,1	1,9	9,7	90,8	63,0	78,3
Kenya	1998	58,3	12,3	23,2	47,5	4,3	14,5
	2014	45,5	15,0	27,8	68,4	12,6	36,0
Zimbabwe	1999	90,9	6,1	38,4	87,4	8,3	38,4
	2015	58,3	5,9	23,5	81,2	9,7	33,7
Rwanda	2000	33,5	0,9	5,4	38,9	0,9	6,2
	2015	42,2	2,7	9,5	72,9	12,4	22,8
Afrique du Sud	1998	87,0	26,6	62,3	84,2	37,1	64,9
	2016	86,2	37,8	70,8	91,6	86,6	90,0
Source : calculs des auteurs à partir des EDS.							

L'assainissement, la pollution et de manière plus générale l'environnement de ces villes sont également des problématiques cruciales (UNEP, 2016). Par exemple, la pollution de l'air, liée notamment au transport motorisé, aux combustibles domestiques et aux industries, s'est globalement aggravée dans les villes africaines (UNEP, 2016 ; Amegah et Agyei-Mesha, 2017). Une meilleure offre de transports urbains permettrait de limiter la pollution et d'améliorer la mobilité dans les villes, mais elle semble plutôt se réduire dans de nombreuses villes (Tembe et al., 2018). Mobilité, emploi, sécurité, autant de domaines qui, dans des villes de plus en plus nombreuses et densément peuplées, sont déjà et devront être au cœur des politiques urbaines des années prochaines.

La gestion de ces croissances urbaines, notamment des plus grandes villes, sont déjà et seront de plus en plus un enjeu majeur de la croissance économique et du bien-être de leur population. Mais le seul ralentissement des flux ne suffira pas à résoudre les grands défis qui

s'y présentent en termes sociaux, sanitaires, environnementaux ou de sécurité, et à en faire des villes ouvertes, sûres, résilientes et durables (Objectif de Développement Durable 11).

IX. Les migrations internationales

Le champ est d'actualité depuis une vingtaine d'années au niveau mondial, en particulier pour l'Afrique. Il fait l'objet de plus en plus de travaux scientifiques, remettant parfois en cause nombre d'opinions ou de présupposés.

Un champ encore insuffisamment documenté

Comme nous le soulignons déjà il y a une quinzaine d'années (Tabutin et Schoumaker, 2004), la migration internationale reste le phénomène démographique le plus mal mesuré et le moins bien connu, en particulier en Afrique sub-saharienne. Si des progrès indéniables ont été enregistrés dans les connaissances en matière de migrations africaines, notamment à travers quelques projets internationaux tels que le projet MAFE (Migration between Africa and Europe, voir Beauchemin, 2015 ; Beauchemin et al., 2013) et le projet DEMIG (DEMIG, 2015), on est loin de disposer de données sur les mouvements migratoires et leurs facteurs dans un grand nombre de pays.

Les principales données permettant des comparaisons internationales font référence aux stocks de migrants, c'est-à-dire aux effectifs de personnes nées dans un autre pays que leur pays de résidence. Ces données sont la plupart du temps issues de recensements, via une question sur le pays de naissance (Nations unies, 2017d). Les statistiques sur les réfugiés (UNHCR) sont dans les pays du Sud généralement additionnées aux données de recensements pour estimer ces stocks de migrants (Nations unies, 2017d). Ces deux sources d'information sont exploitées par la Division de la population des Nations unies pour produire, pour la plupart des pays du monde, des estimations de stocks bilatéraux de migrants depuis le début des années 1990⁷⁵, c'est-à-dire des estimations du nombre de migrants dans chaque pays classé en fonction de leur pays de naissance. Ces données sont toutefois imparfaites, en particulier en Afrique sub-saharienne⁷⁶, et reposent en partie sur des extrapolations pour les années les plus récentes ; dans certains pays ne disposant d'aucune donnée (Somalie, Erythrée par exemple), elles sont modélisées à partir de l'expérience de pays comparables.

Les flux migratoires sont encore nettement moins documentés. Le projet DEMIG (DEMIG, 2015) a compilé des données sur les flux vers 34 pays de destination provenant de plus de 200 pays, ce qui permet de mieux connaître aujourd'hui l'ampleur et l'évolution des migrations de l'Afrique vers les autres régions du monde. Ces données ne comprennent en revanche que peu d'informations sur les mouvements migratoires vers le continent africain et à l'intérieur de l'Afrique. La question des migrations de retour, par exemple, est très mal documentée.

⁷⁵ 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 et 2017.

⁷⁶ Selon la Division de la population des Nations unies, environ un pays d'Afrique sur cinq (y compris du Nord) n'a pas fourni d'information sur le nombre total de migrants depuis 2000, et un pays sur trois n'a pas publié depuis cette date de données sur les migrants internationaux par pays d'origine.

Enfin, les informations sur les caractéristiques des migrants et les facteurs de la migration sont encore plus limitées. Si les recensements peuvent être exploités dans certains contextes pour traiter ces questions (comme au Sénégal), ce sont surtout les enquêtes par sondage qui offrent des données originales et de qualité sur ces questions. Les enquêtes spécifiquement axées sur les migrations internationales sont toutefois rares. Nous illustrerons, à partir de résultats du projet MAFE, quelques apports de ces enquêtes à la connaissance des migrations internationales en Afrique⁷⁷.

Nous exploitons ces différentes sources de données pour broser les grands traits des migrations internationales africaines depuis les années 1990, et discuter de leurs perspectives, qui depuis plusieurs années, sont au cœur de débats à la fois politiques et scientifiques en Europe (voir notamment Héran, 2018).

Une augmentation des migrants et une diversification des destinations

En 2017, environ 25 millions de personnes nées dans un pays d'Afrique sub-saharienne vivaient en dehors de leur pays de naissance, soit un peu plus de 2,5% de la population d'Afrique sub-saharienne (tableau 14). Cette proportion est plus faible que la proportion de migrants au niveau mondial (257 millions de migrants, soit 3,4 % de la population mondiale), illustrant bien que l'Afrique sub-saharienne n'est pas exceptionnellement mobile. Par ailleurs, même si le nombre de migrants sub-sahariens est passé de 15 à 25 millions entre 1990 et 2017, sa croissance a été plus faible que celle de la population de la région dans son ensemble, qui a doublé sur cette période. Certes, les données sont imparfaites et laissent sans doute de côté une partie des migrants africains, mais elles montrent qu'on est loin d'une explosion de la migration sub-saharienne vers des pays étrangers.

⁷⁷ Les enquêtes du projet MAFE ont concerné Dakar (Sénégal), Kinshasa (RD Congo) et Accra et Kumasi (Ghana) et 6 pays de destination (France, Italie, Espagne, Royaume-Uni, Pays-Bas, Belgique). Les résultats de ces enquêtes, aussi riches soient-ils, ne peuvent donc être généralisés à l'ensemble de l'Afrique.

Tableau 14 : Effectifs de migrants subsahariens selon leur région de résidence de 1990 à 2017

Région de résidence des migrants nés dans un pays d'Afrique sub-saharienne	1990	2000	2010	2017	Taux de croissance annuel moyen (1990-2017)
<i>Afrique de l'Ouest</i>	4 070 000	4 715 000	5 268 000	5 981 000	1,4%
<i>Afrique australe</i>	915 000	847 000	1 641 000	2 402 000	3,6%
<i>Afrique centrale</i>	1 186 000	1 391 000	1 526 000	2 603 000	2,9%
<i>Afrique de l'Est</i>	5 255 000	3 879 000	3 792 000	6 016 000	0,5%
Total Afrique sub-saharienne	11 426 000	10 832 000	12 227 000	17 002 000	1,5%
Europe	1 654 000	2 326 000	3 724 000	4 144 000	3,4%
Amérique du Nord	399 000	823 000	1 529 000	1 904 000	5,8%
Asie	224 000	273 000	518 000	670 000	4,1%
Afrique du Nord (sauf Soudan)	38 000	129 000	159 000	183 000	5,8%
Afrique du Nord (avec Soudan)	1 380 000	868 000	694 000	873 000	-1,7%
Océanie	114 000	178 000	357 000	440 000	5,0 %
Autre	9 000	13 000	32 000	44 000	5,9%
Total hors Afrique sub-saharienne	3 779 000	4 479 000	6 855 000	8 075 000	2,8%
Total des migrants subsahariens dans le Monde	15 205 000	15 311 000	19 082 000	25 077 000	1,9%
% du total vivant en Afrique sub-saharienne	75%	71%	64%	68%	

Source des données : Nations unies (2017). Les chiffres ont été arrondis aux milliers.

Les données font référence aux effectifs de personnes nées dans un autre pays que leur pays de résidence.

Les migrants sub-sahariens restent aussi toujours en large majorité à l'intérieur du continent, comme cela a déjà été maintes fois souligné (Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Flahaux et de Haas, 2016). Parmi les 25 millions de migrants sub-sahariens en 2017, 17 millions vivaient en effet dans un autre pays d'Afrique sub-saharienne. Néanmoins, la part des migrant vivant en Afrique a diminué au cours des dernières décennies, passant de 75% au début des années 1990 à 68% en 2017 (tableau 14). Cette baisse poursuit en réalité une tendance de long terme depuis les années 1960, sans doute en partie liée à des restrictions plus fortes à la mobilité entre pays au sein de la région (Flahaux et de Haas, 2016). Corollairement, la part des migrants dans les autres régions du monde a sensiblement augmenté, avec une croissance importante de leurs effectifs.

À l'intérieur de l'Afrique, les évolutions sont très contrastées. Si la mobilité a marqué le pas en moyenne, ce n'est pas le cas partout. En particulier, le nombre de migrants sub-sahariens en Afrique australe, principalement en Afrique du Sud, a augmenté à un rythme nettement plus élevé que dans les autres régions d'Afrique sub-saharienne. La fin de l'Apartheid au milieu des années 1990 s'est accompagnée d'une croissance importante de l'immigration, en provenance de nombreux pays sub-sahariens⁷⁸. Les effectifs de migrants en Afrique de l'Est

⁷⁸ Par exemple, l'enquête du projet MAFE à Kinshasa a montré une forte augmentation des émigrations depuis la RD Congo vers l'Afrique du Sud entre les années 1990 et 2010, alors que les départs vers l'Europe avaient tendance à ralentir (Schoumaker *et al.*, 2018a ou b ?).

ont d'abord diminué (avec une forte diminution de ceux originaires du Mozambique), pour ensuite augmenter rapidement depuis 2010. Dans les autres régions, les évolutions ont dans l'ensemble été modérées, avec néanmoins toujours des disparités entre pays. Compte tenu des limites des données disponibles, il est toutefois difficile de dresser un portrait précis de la mobilité à l'intérieur du continent. Toujours est-il que les évolutions dans le temps peuvent être importantes pour certains pays, notamment du fait de mouvements de réfugiés et de changements de politiques migratoires.

La part des migrants sub-sahariens dans les autres régions du monde a augmenté d'un tiers entre 1990 et 2017 (de 25% à 32%), et leur nombre a plus que doublé au cours de cette période. En dehors de l'Afrique, l'Europe est toujours de loin la principale destination, avec un peu plus de 4 millions de migrants sub-sahariens en 2017 (environ 17% du total). Viennent ensuite l'Amérique du Nord (près de 2 millions), l'Asie (près de 700 000), l'Océanie (plus de 400 000 personnes) et l'Afrique du Nord (un peu moins de 200 000 personnes si l'on exclut le Soudan). En valeurs absolues, l'Europe et l'Amérique du Nord ont enregistré une progression importante du nombre de migrants, passant d'environ 2 millions au début des années 1990 à 6 millions en 2017. La croissance a été particulièrement rapide en Amérique du Nord, où le nombre de migrants sub-sahariens a été multiplié par 5 au cours de cette période, mais également en Océanie et en Asie, où les effectifs ont aussi été multipliés par 4 à 5 en une trentaine d'années. Ces fortes progressions des effectifs de migrants résultent à la fois de la croissance démographique rapide de l'Afrique sub-saharienne, d'une augmentation de la propension à quitter la région mais aussi, du moins pour certains pays, d'une diminution des retours (Schoumaker *et al.*, 2018a ; Beauchemin *et al.*, 2015).

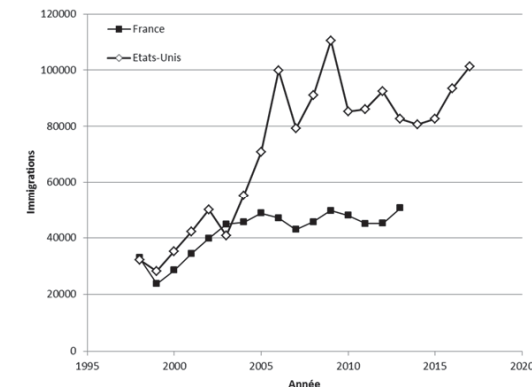
Les migrations en dehors de l'Afrique varient fortement selon les pays d'origine. L'augmentation des effectifs de migrants vivant en Europe a été particulièrement marquée pour les personnes originaires du Nigeria, du Ghana, de Somalie, d'Erythrée, d'Afrique du Sud, du Sénégal et de Côte d'Ivoire⁷⁹. Cette augmentation s'est aussi accompagnée d'une évolution dans les destinations habituelles des migrants. Par exemple, les migrations sénégalaises, traditionnellement orientées vers la France, se font de plus en plus à destination de l'Espagne et de l'Italie (Schoumaker *et al.*, 2018 ; Beauchemin *et al.*, 2018). Les migrations ghanéennes, bien que toujours en grande partie orientées vers le Royaume-Uni, se développent aussi ailleurs, notamment en Allemagne et au Pays-Bas (Schoumaker *et al.*, 2018). En Océanie, et principalement en Australie, les augmentations sont principalement dues aux migrations au départ de l'Afrique du Sud et du Zimbabwe depuis les années 2000 (Lucas et Edgar, 2015). L'Amérique du Nord a aussi connu une importante augmentation des migrants d'Afrique sub-saharienne (Capps *et al.*, 2012), principalement en provenance du Nigeria, de l'Ethiopie, du Ghana, du Kenya et de l'Afrique du Sud (plus de la moitié des migrants sub-sahariens provenant de ces 5 pays) mais aussi, du Libéria, de Somalie, de Tanzanie et du Zimbabwe. Les effectifs de migrants en Asie ont également augmenté. Une grande partie de ceux enregistrés en Asie vivent dans les pays du Golfe, mais les données sous-estiment sans doute leur effectif vivant ailleurs en Asie, en particulier en Chine. La présence de commerçants africains dans le sud de la Chine (en particulier à Guangzhou) est par exemple fréquemment attestée dans la

⁷⁹ Et dans une moindre mesure du Cameroun, de la RD Congo, du Mali, de Madagascar et de Guinée.

presse, bien que peu documentée par des travaux scientifiques (Lan, 2015). Enfin, si l'on exclut le Soudan, l'Afrique du Nord a aussi enregistré une augmentation des migrants depuis les années 1990. Par exemple, le Maroc, encore considéré comme un pays de transit il y a quelques années, est de plus en plus envisagé comme une destination (Mourji *et al.*, 2016).

Cette augmentation des stocks de migrants est la conséquence d'un nombre d'entrées (immigrations) supérieur aux sorties (émigrations). Les entrées et les sorties sont toutefois bien moins documentées que les stocks (Beauchemin et Lessault, 2014). Il néanmoins souvent possible de reconstituer les entrées en provenance d'Afrique sub-saharienne dans les pays du Nord. Nous reprenons ici les chiffres pour deux destinations: les Etats-Unis et la France (figure 15). Les données ne sont pas tout à fait comparables⁸⁰, mais montrent, dans les deux cas, une augmentation sensible des arrivées au début des années 2000, suivie d'un certain tassement. Ces situations ne sont sans doute pas représentatives de l'ensemble des flux au départ de l'Afrique, et dépendent en partie des politiques migratoires dans les pays d'accueil, mais elles nuancent néanmoins l'idée de leur augmentation continue.

Figure 15 : Immigrations en provenance de l'Afrique sub-saharienne vers les Etats-Unis et la France



Source des données : Albis et Boubtane (2015) pour la France ; Office of Immigration Statistics (2019) pour les Etats-Unis

L'immigration en Afrique sub-saharienne en provenance d'autres régions du monde a sensiblement diminué, bien qu'elle semble avoir augmenté pour certains groupes, en particulier les migrants chinois en Afrique (Cook *et al.*, 2015). Cette migration est toutefois peu documentée.

⁸⁰ Pour la France, il s'agit de statistiques de délivrance de titres de séjour pour une durée d'un an. Les immigrations pour des durées plus courtes ne sont donc pas comptabilisées. Aux Etats-Unis, ces statistiques n'incluent que les personnes obtenant le statut de résident permanent. Les entrées pour des périodes courtes ne sont donc également pas reprises dans ces données.

Qui migre et comment vers les pays du Nord ?

Les caractéristiques des migrants africains, les circonstances et les facteurs explicatifs de ces migrations varient sensiblement en fonction des pays d'origine et de destination (Schoumaker *et al.*, 2018). Les données étant parcellaires, il est illusoire d'en dresser un portrait précis. On peut néanmoins relever quelques grandes caractéristiques de ces migrations, qui d'ailleurs s'appliquent aussi souvent aux mouvements migratoires de personnes issues d'autres régions du monde.

Premièrement, les migrants sub-sahariens dans les pays du Nord sont souvent plus instruits que les personnes restées au pays d'origine. Les bases de données sur la 'fuite des cerveaux' couvrant les années 1990 montraient déjà que les chances de quitter l'Afrique étaient sensiblement plus élevées parmi les personnes disposant d'un niveau d'instruction élevé (Artuc *et al.*, 2013). Les enquêtes réalisées dans le cadre du projet MAFE au Sénégal, au Ghana et en RDC vers 2010 le confirment (Gonzalez-Ferrer *et al.*, 2018). Plus le niveau de diplôme est élevé, plus les chances de migrer vers l'Europe le sont. Dans certains pays d'origine, le personnel de santé est particulièrement concerné par ces migrations, conduisant à d'importantes pénuries de personnel qualifié (Clemens et Pettersson, 2008). Les chances de migrer augmentent aussi souvent avec le niveau de vie, comme cela a été mis en évidence dans les enquêtes du projet MAFE (Gonzalez-Ferrer *et al.*, 2018). Et à un niveau macro, la propension à émigrer est aussi plus forte depuis les pays les plus développés (Flahaux et de Haas, 2015), illustrant qu'il est sans doute un peu illusoire de s'attendre à ce que le développement des pays d'origine conduise, au moins à court terme, à un ralentissement sensible de l'émigration.

Le capital social à destination est aussi un élément fondamental : le fait d'avoir de la famille, et plus largement des réseaux de connaissance, dans les pays de destination facilite la migration et influence fortement le choix de la destination (Schoumaker *et al.*, 2018). Une part importante des migrations en provenance d'Afrique sub-saharienne se fait d'ailleurs dans le cadre du regroupement familial. Par exemple, aux Etats-Unis, plus de la moitié des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ayant obtenu le statut de résident permanent en 2017 sont arrivées par ce biais (Office of Immigration Statistics, 2019).

Qu'en est-il des migrations forcées ? Les migrations d'asile représentent une part importante des entrées de personnes originaires d'Afrique sub-saharienne dans les pays du Nord, reflétant les situations de conflits, menaces et persécutions fréquentes dans la région. Aux Etats-Unis, en 2017, les migrations d'asile représentent environ un quart des immigrations permanentes en provenance d'Afrique sub-saharienne. En Belgique, près de 40 % des migrants originaires d'Afrique francophone présents en 2017 avaient déposé une demande d'asile, et une personne sur cinq avait obtenu le statut de réfugié (Demart *et al.* 2017). En France, un peu moins de 40 000 premières demandes d'asile de personnes originaires d'Afrique sub-saharienne ont été enregistrées en 2018 (OFPRA, 2018), soit environ un tiers de

l'ensemble des demandes d'asile⁸¹. Au sein de l'Afrique, les réfugiés représentent également une part substantielle des migrants internationaux, de l'ordre de 20% en 2018 (UNHCR, 2018).

Les migrations dites irrégulières sont par nature difficiles à documenter. Des estimations issues de diverses sources montrent qu'elles sont globalement fréquentes, sans être non plus majoritaires. Aux Etats-Unis, en 2007, on estimait qu'environ 20% des immigrés sub-sahariens y vivaient de manière irrégulière (Capps *et al.*, 2017). Selon les enquêtes MAFE réalisées dans plusieurs pays européens, environ 30% des congolais (RD Congo) en Belgique et au Royaume-Uni, et 30% des Sénégalais en France, Italie et Espagne étaient 'sans-papier' dans leur première année de séjour⁸², mais cette proportion est apparue bien plus faible sur l'ensemble des migrants à l'enquête en 2009 (16% pour les Sénégalais, 11% pour les Congolais) (Schoumaker *et al.*, 2018). En France, Lessault et Beauchemin (2009) proposent une estimation « maximaliste » de 11% d'immigrés sub-sahariens en situation irrégulière à la fin des années 1990. Des travaux à partir des enquêtes MAFE montrent que les situations d'irrégularité sont diverses, qu'elles se produisent à différents moments des trajectoires individuelles, et que les facteurs associés au statut irrégulier sont également variés. Elles sont aussi en partie le produit de politiques qui « produisent de l'irrégularité » (Vickstrom, 2014).

Quel futur ?

Même s'il est difficile de prévoir l'évolution des migrations, plusieurs éléments suggèrent que les effectifs de migrants africains dans les pays occidentaux continueront d'augmenter dans les prochaines décennies. À propension au départ constante, la croissance démographique de l'Afrique conduirait à une augmentation des flux migratoires. L'amélioration des conditions de vie en Afrique sub-saharienne, même si elle est souvent perçue dans les politiques migratoires comme une condition pour réduire les flux migratoires, pourrait au contraire conduire à une augmentation de la propension à émigrer (Flahaux et de Haas, 2016), et contribuer à une croissance des flux. Les retours pourraient augmenter dans les prochaines décennies, mais il est vraisemblable qu'ils restent à court terme bien inférieurs aux immigrations, et que les effectifs de migrants africains dans les pays occidentaux continuent à croître. Néanmoins, plusieurs auteurs estiment que l'augmentation devrait être modérée et progressive (Héran, 2018), contredisant les travaux alarmistes sur une immigration massive en provenance de l'Afrique, notamment vers les pays européens.

De nombreuses incertitudes pèsent toutefois sur les perspectives de migration. Les migrations forcées sont par nature difficiles à prévoir, et il est possible que celles-ci augmentent si les situations politiques et sécuritaires se détériorent. Les migrations liées à l'environnement, et notamment au réchauffement climatique, sont également susceptibles d'augmenter, l'Afrique risquant d'être fortement affecté par ces changements climatiques (Freeman, 2017). Néanmoins, les relations entre environnement et mobilités sont complexes, les adaptations aux changements climatiques multiples, et les effets des changements climatiques sur les

⁸¹ En 2018, environ un quart des demandeurs d'asile sub-sahariens obtiennent le statut de réfugié ou la protection subsidiaire en France (OFPRA, 2018).

⁸² Cette proportion indique que 30% des personnes ont déclaré, à un moment donné de leur première année de séjour, ne pas disposer d'un permis de séjour.

migrations, et en particulier sur les migrations internationales, sont loin d'être évidents (Borderon *et al.*, 2019).

X. Les effectifs et les structures d'âges : évolutions et perspectives

Après la présentation des divers éléments des dynamiques démographiques récentes, venons-en aux effectifs des populations de la région, de ses 4 sous-régions et des pays ainsi que de leurs structures par âge. Si de 1995 à 2015 les estimations sont établies, les projections faites à l'horizon 2050 ou surtout 2100 par la Division de la population des Nations unies en 2019 sont par nature à prendre avec toute la prudence requise⁸³, comme dans tout exercice de ce genre. Le tableau annexe A.1 présente l'évolution des densités et des effectifs de population pour 47 pays de 1980 à 2050. Le tableau annexe A.8 en présente les structures par grand groupe d'âges, les âges médians et les rapports de dépendance en 1980, 2000 et 2020.

Une croissance des plus rapides des populations du continent tout au long du 21^{ème} siècle

La figure 16 illustre l'évolution de la population de l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne de 1995 à 2015, puis de 2015 à 2050 et 2100 selon les trois variantes de projection retenues par les Nations unies⁸⁴.

Avec un taux de croissance quasi-constant de 1995 à 2015 (de l'ordre de 2,7% par an, voir section III), la région est passée de 561 millions à 959 millions d'habitants, soit une augmentation en une vingtaine d'années de 398 millions (+70%). De 1995 à 2020 (1094 millions), on en est à un doublement de la population, une croissance exceptionnelle en un quart de siècle. La figure 16 montre à la fois la poursuite de cette croissance, mais aussi, en présentant les trois variantes, le rôle crucial de l'évolution de la fécondité d'ici 2100, notamment à partir de 2050. Si *selon la variante moyenne* (la plus raisonnable) elle reculait de 5,1 enfants par femme en 2015 à 3,2 en 2050 et atteignait 2,2 (seuil de renouvellement des générations) en 2100, la population de la région passerait de 959 millions d'habitants en 2015 à 2,1 milliards en 2050 (+120% en 35 ans), puis de 2,1 milliards à 3,8 milliards en 2100 (+78% en 50 ans). Elle ferait plus que doubler en 35 ans (2015-2050), un peu moins que doubler encore à la fin du siècle (2050-2100) ; finalement elle quadruplerait en 85 ans (2015-2100).

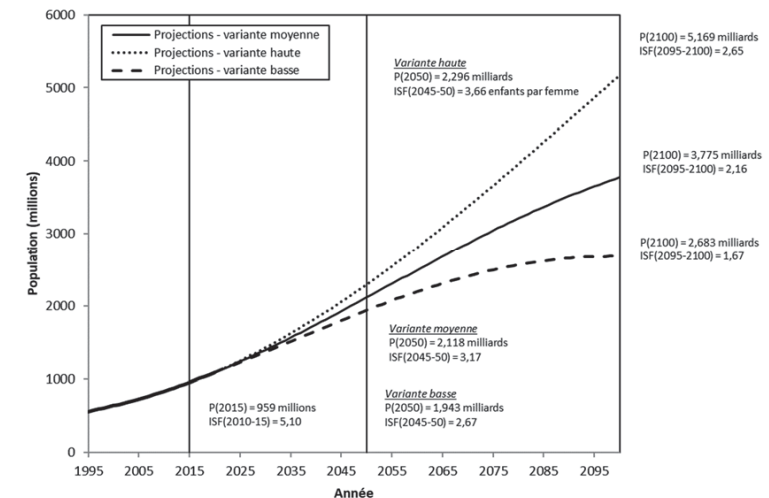
Les deux autres variantes conduisent à des augmentations assez différentes de la population d'ici 2050 et surtout 2100. La variante haute, la plus pessimiste, qui suppose une baisse de la fécondité assez lente, conduit à 178 millions d'habitants de plus que la variante moyenne en

⁸³ Rappelons brièvement qu'une perspective de population au niveau national ou régional repose sur des hypothèses d'évolution future de la fécondité et de la mortalité. En particulier, plus la fécondité baisse rapidement, plus les changements (ralentissement des rythmes de croissance, rythme du vieillissement) sont importants. Plus l'échéance de la perspective est lointaine, plus l'incertitude est grande, nous en verrons un exemple. Les Nations unies travaillent toujours selon plusieurs variantes : haute (la fécondité baisse lentement), basse (elle baisse rapidement) et moyenne, la plus raisonnable, celle que nous utiliserons.

⁸⁴ Pour une présentation complémentaire de la situation récente et des perspectives démographiques du continent africain (Nord et Sud) d'ici 2050, voir aussi Pilon et Pison (2020). Outre des données, l'article est illustré de cartes sur la fécondité, la mortalité infantile, la croissance, les effectifs, les migrations et l'urbanisation.

2050, pour atteindre 1,4 milliard de plus en 2100. La variante basse, peut-être la plus improbable (déclin rapide de la fécondité), ralentit le processus : 175 millions de moins en 2050 que dans la variante moyenne, 1,1 milliard de moins en 2100, mais néanmoins, même dans ce scénario la population de la région doublerait entre 2015 et 2050. Ces chiffres confirment le poids crucial de la fécondité, et donc de la planification familiale, dans la dynamique démographique prochaine de la région : par exemple, entre scénarios extrêmes (figure 16), un enfant par femme de différence en 2050 (3,66 contre 2,67) conduit à un écart de 353 millions d'habitants, un enfant de différence en 2100 (2,65 contre 1,67) à près de 2,5 milliards ! L'incertitude est là, notamment pour les échéances lointaines, mais quel que soit le scénario retenu, l'Afrique sub-saharienne connaîtra une pression démographique certes plus ou moins importante mais des plus inéluctables dans les prochaines décennies.

Figure 16 : Evolutions de la population de l'Afrique sub-saharienne de 1995 à 2100 selon trois scénarios d'évolution de la fécondité



Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a).

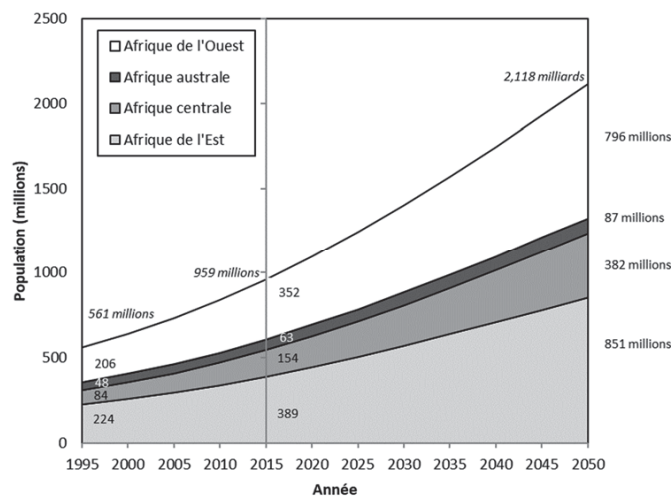
Légende : P : Population totale ; ISF : Indice synthétique de fécondité des 5 années précédant la date (nombre moyen d'enfants par femme). Scénarios moyens d'évolution de la fécondité de 2015 à 2050.

Une seule région à ralentissement notable d'ici 2050 : l'Afrique australe

La figure 17 présente l'évolution de la population des 4 grandes régions sub-sahariennes d'ici 2050 (variante moyenne). L'augmentation de la population de l'Afrique australe n'a été que de 31% de 1995 à 2015, contre plus de 71% en Afrique de l'Ouest et de l'Est et 83% en Afrique centrale (voir en tableau 2 les différentiels des taux de croissance de 1995 à 2020). La région australe qui partait d'une fécondité déjà plus basse en 1995 a connu une baisse plus rapide

qu'ailleurs ensuite ; l'impact du sida sur la mortalité y a également conduit à un ralentissement de la croissance. De 2015 à 2050, en 35 ans, les effectifs seront multipliés par 2,3 en Afrique de l'Ouest (de 352 à 796 millions) et centrale (de 154 à 387 millions), par 2,2 en Afrique de l'Est (de 389 à 851 millions), par 1,3 en Afrique australe (de 63 à 87 millions) qui verrait aussi baisser son poids relatif dans la région.

Figure 17 : Evolutions des effectifs des populations des quatre sous-régions de l'Afrique de 1995 à 2050



Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a). Les chiffres en italiques donnent la population totale de la région en 1995, 2015 et 2050. Les 4 autres chiffres sont aux mêmes dates celle des 4 grandes sous-régions. Scénarios moyens d'évolution de la fécondité de 2015 à 2050.

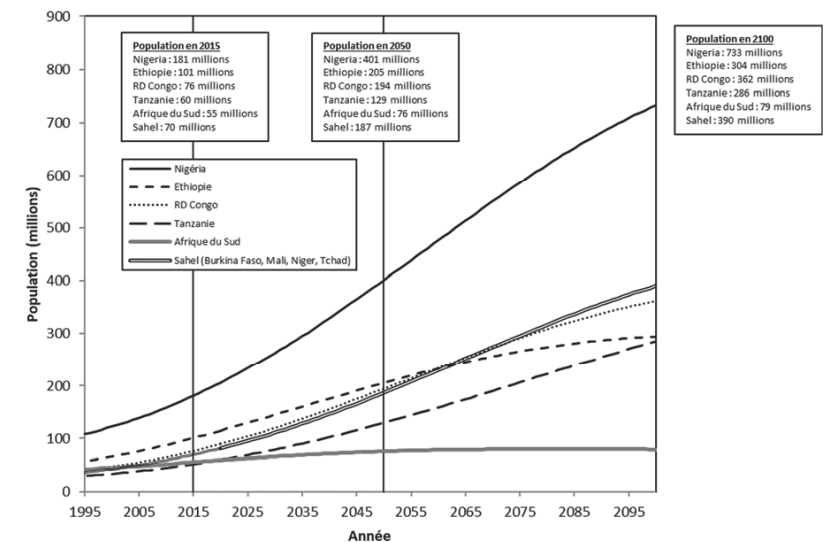
L'impressionnante croissance des pays les plus peuplés et du Sahel d'ici 2050 et 2100

Sur les 51 pays de la région, cinq présentent démographiquement pour près de 50% du total sub-saharien en 1995 comme en 2015 : le Nigeria (181 millions en 2015), l'Ethiopie (101 millions), la RD Congo (76 millions), la Tanzanie (51 millions) et l'Afrique du Sud (63 millions). La figure 18 présente l'évolution probable de leurs effectifs d'ici 2050 et possible d'ici 2100 (variante moyenne des Nations unies). Nous y avons ajouté un groupe de 4 pays sahéniens, encore peu peuplés mais particulièrement défavorisés (Mali, Burkina Faso, Niger et Tchad). En dehors de l'Afrique du Sud, tous ont connu des croissances rapides depuis 25 ans, autour de 2,8% par an (tableau 2).

Selon les projections, la population des 5 pays les plus peuplés passerait d'un total de 472 millions en 2015 à près de 1 milliard en 2050 (facteur multiplicateur de 2,1), puis de 1,0 milliard à 1,8 milliard en 2100 (facteur multiplicateur de 1,8). Leur poids dans la région ne diminuerait que légèrement, de 48% en 2015 à 47% en 2050 et 45% en 2100. Le Nigeria qui deviendra le 3^{ème} pays le plus peuplé de la planète dès 2030 connaît une fulgurante croissance, comme la RD Congo et la Tanzanie (figure 18). Seuls l'Afrique du Sud et plus tard l'Ethiopie verront une certaine stabilisation de leurs populations d'ici la fin du siècle.

Sans surprise vu la lenteur des changements en cours, le groupe des pays pauvres sahéniens connaîtrait le processus le plus rapide et les pressions les plus fortes (près d'un triplement de la population entre 2015 et 2050, suivi d'un doublement entre 2050 et 2100). Le Niger dont la fécondité est la plus élevée, sans changement récent, passerait de 20 millions d'habitants vers 2015 à 66 millions dès 2050 et pourrait atteindre... 165 millions en 2100 à moins d'un recul très rapide de sa fécondité ou d'intenses migrations internationales. Un scénario difficile à imaginer ! Le Mali et le Burkina Faso passeraient chacun d'environ 18 millions d'habitants en 2015 à 44 millions en 2050 et 82 millions en 2100, soit plus d'un quadruplement en 85 ans. Nous verrons quelques défis que posent déjà et poseront ces croissances démographiques.

Figure 18 : Evolutions des populations des cinq pays africains les plus peuplés et de 4 pays sahéniens, 1995 à 2100



Source des données : Nations unies (2019a). Scénarios moyens d'évolution de la fécondité.

Un monde de plus en plus africain

Résultat bien connu de ces évolutions récentes ou projetées, l'Afrique sub-saharienne est déjà et sera de plus en plus le premier régulateur de l'évolution de la démographie de la planète. Son poids relatif sur la planète passerait de 13% en 2015 à 22% en 2050 pour, si l'on peut encore une fois se fier à des perspectives aussi lointaines, atteindre 35% en 2100 (Nations unies, 2019a, variante moyenne). La contribution de la région dans l'augmentation de la population mondiale s'accroîtra encore considérablement, passant de 11% entre 1960 et 1980 à 16% entre 1980 et 2000, puis à 28% entre 2000 et 2020, pour atteindre près de 50% entre 2020 et 2050. De 2050 à 2100, l'augmentation absolue de la population de l'Afrique pourrait atteindre près de 1,7 milliard (soit 2,12 à 3,78 milliards d'habitants) alors que la population du reste du monde reculerait de 52 millions (de 7,62 à 7,10 milliards).

Dans les trois scénarios des projections, la fécondité baisse, plus ou moins vite, mais le nombre de femmes en âge de fécondité, lui, ne cesse de croître rapidement, de générations en générations, conséquence des fortes fécondités des 30 à 40 dernières années (voir ci-après). Si le nombre estimé de naissances dans le monde ne changera guère de 2015 à 2050 (environ 700 millions par période quinquennale), il ne fera que croître rapidement dans la région subsaharienne en dépit du recul de la fécondité : 128 millions de naissances en 1995-2000 (20% des naissances mondiales, avec un ISF de 5,9 enfants), 182 millions en 2015-2020 (26%, ISF de 4,7), 223 millions en 2030-2035 (32%, ISF de 3,8), 255 millions en 2045-2050 (36%, ISF de 3,2). Ces quelques chiffres donnent une première idée des immenses besoins à venir en matière de santé infantile et maternelle.

Des populations qui resteront longtemps les plus jeunes du monde

Conséquence d'une baisse plus lente qu'ailleurs de la fécondité, l'Afrique sub-saharienne était en 1995 comme en 2015 la région de très loin la plus jeune du monde (tableau 15), et le demeurera, avec même un accroissement des écarts avec les autres régions. L'âge médian de sa population passerait de 18,2 ans aujourd'hui à 23,9 ans en 2050 contre 27,7 ans à 34,9 ans en moyenne pour les pays en développement. L'examen des structures par grand groupe d'âges conforte le constat d'une jeunesse exceptionnelle de la populations sub-saharienne qui s'atténuera mais sera encore importante en 2050 (passant de 43% de moins de 15 ans en 2015 à 33%). Corrolairement, la proportion d'adultes passerait de 54 à 62% en 2050. Quant à la part relative des personnes âgées (65 ans et plus), elle n'augmentera que de 3 à 5% d'ici 2050. Mais le nombre de personnes âgées s'amplifiera très rapidement (nous y reviendrons). Seule l'Afrique australe, partant d'une plus basse fécondité dès 1990, connaît une évolution de sa structure par âge proche de la moyenne des pays en développement.

On observe bien sûr une certaine variabilité des structures par âge entre pays, liée à leur histoire au cours des dernières décennies (tableau annexe A.8). Si en dehors de l'Afrique du Sud les 9 autres pays de notre échantillon (tableau 16) ne connaissent que de légers changements entre 1995 et 2015, ceux-ci s'accroîtront d'ici 2050 en fonction de l'évolution de la fécondité. En dehors des deux extrêmes que sont le Niger (qui demeurera le pays le plus

jeune de la planète) et de l'Afrique du Sud déjà vieillissante, les proportions de jeunes qui allaient de 39% (Ghana) à 46% (Burkina Faso) en 2015 passeront à des proportions moindres mais avec des écarts de même ampleur qui iraient de 29% (Rwanda) à 36% (Tanzanie) en 2050. Quant aux proportions des 65 ans et plus, faibles et homogènes en 2015 (3%), elles varieront du simple au double en 2050 : de 3-4% (Niger, Nigeria) à 6-7% (Kenya, Rwanda). Dans les pays insulaires, à transition de fécondité plus précoce et rapide, le vieillissement est beaucoup plus avancé (par exemple à Maurice 19% de jeunes, 10% de personnes âgées dès 2015).

Tableau 15 : Ages médians et structures par grand groupe d'âges (%) par sous-régions africaines et du monde en 1995, 2015 et 2050.

Sous-régions	Age médian			%<15 ans			% 15-64 ans			%65 ans et +		
	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050
Afrique de l'Ouest	17,4	17,9	22,7	45	44	35	52	53	61	3	3	4
Afrique Centrale	17,0	17,0	22,2	46	46	36	51	51	60	3	3	4
Afrique de l'Est	16,9	18,0	24,9	46	43	32	51	54	63	3	3	5
Afrique Australe	20,8	25,8	33,5	38	30	22	58	65	68	4	5	10
Afrique sud-Sahara	17,4	18,2	23,9	45	43	33	52	54	62	3	3	5
Afrique du Nord	19,9	24,8	31,1	39	32	26	56	62	64	4	5	11
Asie de l'Est	28,1	37,7	48,3	26	17	14	67	72	59	7	11	27
Asie du Sud	21,0	26,0	36,9	38	30	20	58	65	67	4	5	13
Asie du Sud-Est	22,6	28,8	38,4	35	27	19	61	67	65	4	6	16
Amérique latine	22,9	29,1	41,0	34	26	17	61	66	64	5	8	19
Pays développement	22,9	27,7	34,9	35	28	22	60	66	64	5	6	14
Pays développés	35,8	41,0	46,0	20	16	15	67	66	58	14	18	27
Monde	25,1	29,6	36,2	31	26	21	62	66	63	7	8	16

Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a). Scénarios moyens d'évolution de la fécondité pour les projections à l'horizon 2050.

Tableau 16 : Age médian, structure par grand groupe d'âges et rapport de dépendance en 1995, 2015 et 2050, dans 10 pays d'Afrique.

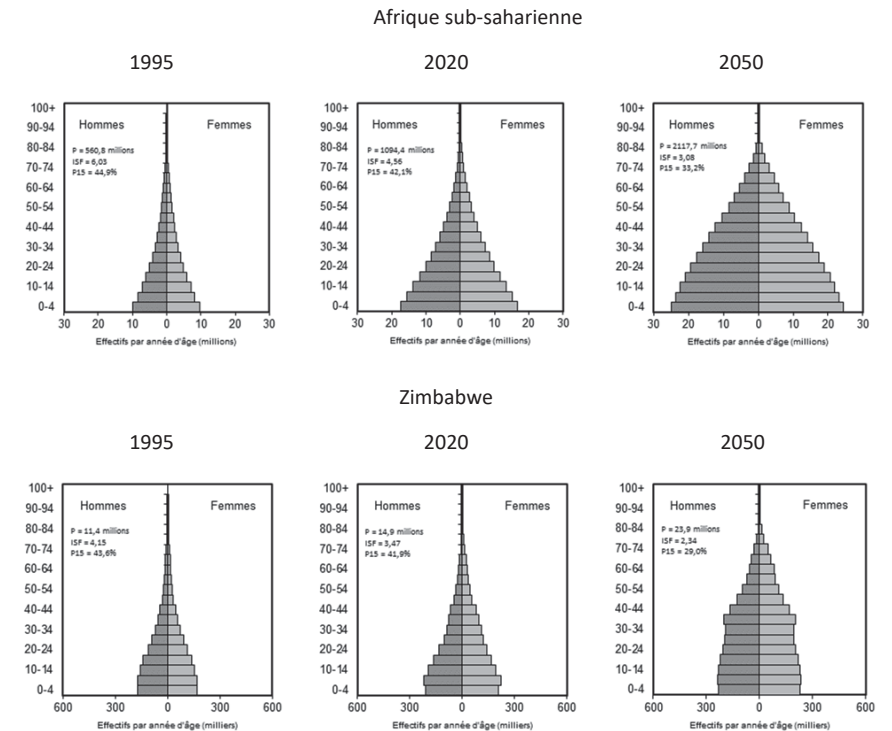
Pays	Age médian			% < 15 ans			% 15-64 ans			% 65 ans et +			Rapports de dépendance ^a (%)		
	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050
Niger	15,9	14,9	19,0	48	50	41	50	47	56	2	3	3	100	113	79
Nigeria	17,7	17,9	22,4	44	44	35	53	53	61	3	3	4	88	88	64
Burkina Faso	16,3	17,0	22,8	47	46	35	50	52	61	3	2	4	100	96	64
Cameroun	16,9	18,3	24,0	46	43	33	50	54	62	4	3	5	100	85	61
Tanzanie	17,0	17,6	22,3	45	45	36	52	52	59	3	3	5	92	92	69
Ghana	18,1	20,7	26,9	43	39	30	54	58	64	3	3	6	85	72	56
Kenya	16,4	19,0	28,1	47	41	28	51	57	66	2	2	6	96	75	52
Zimbabwe	17,6	18,4	26,9	44	43	29	53	55	66	3	3	5	89	82	52
Rwanda	18,3	19,4	27,2	42	41	29	55	56	64	3	3	7	82	79	56
Afrique du Sud	21,3	26,4	34,0	37	29	22	59	66	68	4	5	10	69	52	47
Afrique sud-Sahara	17,4	18,2	23,9	45	43	33	52	54	62	3	3	5	92	86	62
Le Monde	25,1	29,6	36,2	31	26	21	62	66	63	7	8	16	61	53	59

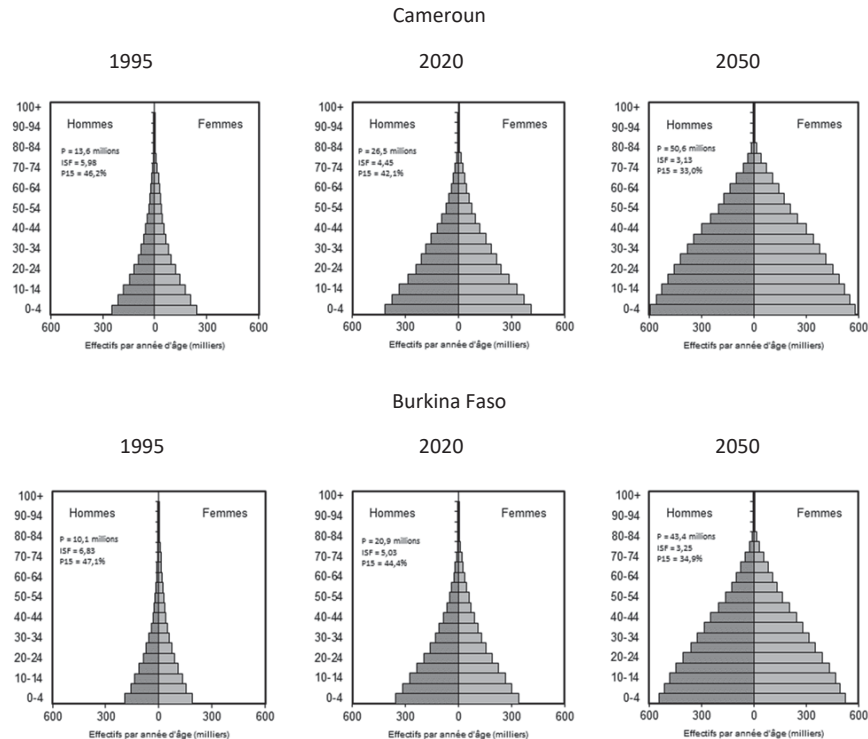
Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a). Scénarios moyens d'évolution de la fécondité pour les projections à l'horizon 2050. Pays classés par ordre décroissant de la fécondité vers 2015.

^a Rapports des effectifs de moins de 15 ans et de plus de 65 ans aux effectifs des 15-64 ans : (1) + (3) / (2).

Les pyramides des âges de l'Afrique entière, du Zimbabwe, du Cameroun et du Burkina Faso (figure 19) en 1995, 2020 et 2050 illustrent à la fois la croissance importante des volumes de population et l'évolution des structures par âge. La région dans son ensemble, le Burkina Faso et le Cameroun (représentatifs de bien des pays) conservent d'ici 2050 une base élargie, même si l'on voit se renforcer les âges adultes. Certes la fécondité baissera, mais le nombre de naissances restera important pendant 15 à 20 ans compte tenu de l'augmentation des effectifs de femmes qui arrivent en âge de fécondité; celle-ci se ralentira peu à peu dans le temps et conduira à un recul de la proportion de jeunes au profit des âges adultes. Seul le Zimbabwe, représentatif de l'Afrique australe, voit sa pyramide véritablement se rétrécir à la base (recul sensible du nombre de naissances) et marcher vers une forme de cheminée : avec une fécondité qui passerait de 3,6 enfants par femme en 2020 à 2,4 en 2050, la part des jeunes y reculerait fortement, de 40 à 28.

Figure 19 : Structures par âge (effectifs absolus) en 1995, 2020 et 2050 de l'Afrique sub-saharienne, du Zimbabwe, du Cameroun et du Burkina Faso





Source des données : Nations unies, Division de la population (2019a).

Légende : P : Population totale ; ISF : Indice synthétique de fécondité (5 années précédant la date) ; P15 : Proportion des moins de 15 ans. Scénarios moyens d'évolution de la fécondité de 2015 à 2050.

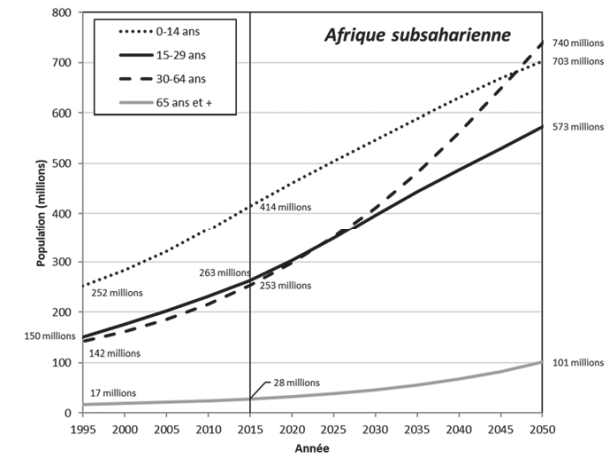
Un lent vieillissement relatif, mais une augmentation rapide des personnes âgées

Si la proportion de personnes âgées n'évolue que lentement d'ici 2050, leur nombre connaît une croissance rapide. Pour l'ensemble de la région, il est passé de 17 à 28 millions de 1995 à 2015 (70% d'augmentation), passerait de 28 à 56 millions de 2015 à 2035 (doublement en 20 ans) avant d'atteindre les 100 millions en 2050 (Nations unies, 2019a). Il quadruplerait quasiment en 35 ans (2015-2050), pouvant même quintupler dans quelques pays, comme le Rwanda. Avec à peine 5% de plus de 65 ans en 2050, le Nigeria à lui seul devra faire face aux besoins d'une population âgée (16 millions) plus nombreuse que celle de la France aujourd'hui

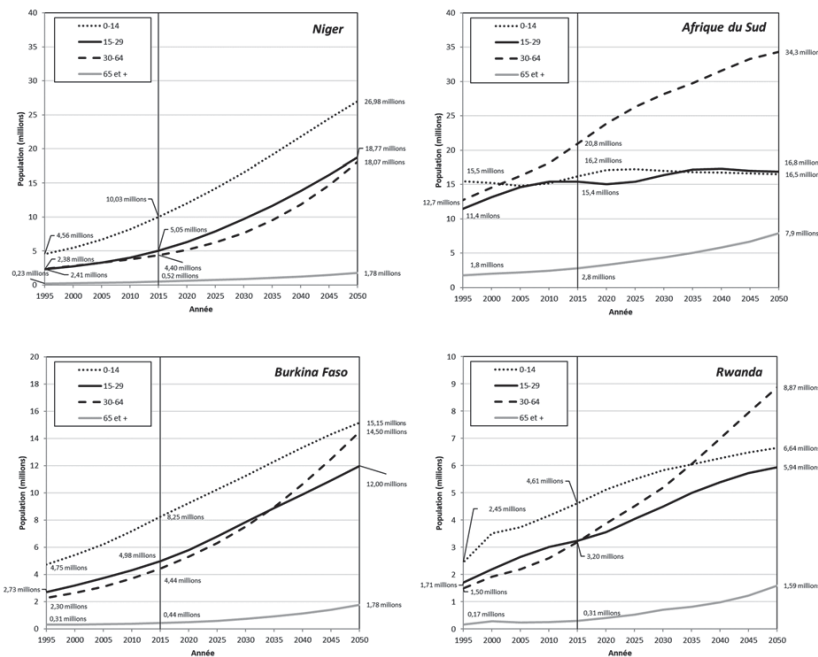
(14 millions). Les rythmes de croissance des plus de 65 ans ou encore des plus de 80 ans seront en moyenne de plus de 3% par an d'ici 2050.

Un double défi s'annonce dans les prochaines décennies : concilier et financer les besoins des jeunes (santé, éducation, emploi) et ceux de leurs aînés (santé, retraite, conditions de vie). Les conditions de vie de ces populations âgées sont précaires en l'absence le plus souvent de systèmes de retraite généralisés et de pensions minimales⁸⁵. Les femmes, peu instruites, souvent veuves à plus de 65 ans, et les populations rurales sont les plus vulnérables (Antoine, 2009 ; Antoine et Golaz, 2010). Ces personnes âgées dépendent encore le plus souvent des solidarités familiales (appui financier, accueil ou migration chez un enfant...) dont par ailleurs on connaît la fragilité et les difficultés (Sawadogo *et al.*, 2019). Quant aux besoins spécifiques et nouveaux de santé de ces populations (Maharaj, 2013), ils sont loin d'être couverts ; là aussi la participation des proches reste essentielle.

Figure 20 : Evolution des effectifs de la population d'Afrique sub-saharienne et de quatre pays (en millions) par grands groupes d'âge, de 1995 à 2050



⁸⁵ Voir Sajoux *et al.* (2015) pour un descriptif de la diversité des systèmes de retraite et de protection sociale des personnes âgées en Afrique sub-saharienne. La proportion de personnes âgées percevant une pension (de montant diversifié) a été estimée en moyenne régionale à 17% vers 2012, avec une grande diversité (de 1% au Sierra Leone à près de 100% à Maurice, au Botswana, au Lesotho et en Afrique du Sud).



Source des données : Nations unies (2019a).

Les différences de structures entre villes et campagnes

Si l'évolution des structures par âge (en termes relatifs) dépend des changements de la fécondité et de la mortalité⁸⁶, deux éléments conduisent à l'évolution des écarts de structures entre milieux d'habitat dans les pays en développement : 1) la plus grande précocité et rapidité des reculs de la fécondité dans les villes, conduisant peu à peu à moins de jeunes qu'en milieu rural et à un début de vieillissement par la base de la pyramide, 2) l'intensité des migrations du monde rural vers les villes : concernant le plus souvent des jeunes adultes, elles renforcent les âges actifs en milieu urbain et les amoindrissent en milieu rural. Le plus souvent, ces différences entre milieux se rétrécissent au fil du temps quand les reculs de la fécondité se généralisent.

L'étude récente de Menashe-Oren et Stecklov (2017) sur les structures par âge de 45 pays subsahariens pour la période 1980-2015, donne une vision d'ensemble de ces écarts entre milieux et de leurs déterminants dans le passé récent. Elle confirme pour 2015 la plus grande jeunesse

⁸⁶ Les migrations internationales ne jouant dans l'ensemble qu'un très faible rôle.

du monde rural (46% de moins de 15 ans contre 39% en milieu urbain), la proportion plus élevée de la population en âge d'activité en milieu urbain ainsi qu'un rapport de dépendance (proportion des « inactifs » par rapport aux « actifs ») plus bas. Les auteurs pointent le rôle de la fécondité mais aussi des migrations vers les villes dans ces distorsions.

Une évolution prochaine des rapports de dépendance

Le rapport de dépendance (proportion des 0-14 ans et des 65 ans et plus par rapport aux 15-64 ans) est une mesure ancienne et relativement grossière du poids des « inactifs » par rapport aux « actifs »⁸⁷. Pour l'ensemble de la région (tableau 16), ce rapport, élevé en 1995 (92%, soit près d'un « dépendant » pour un « actif », contre 61% en moyenne mondiale), n'a que légèrement diminué en 2015 (86% contre 53% dans le monde), mais tomberait à 62% en 2050 (deux « dépendants » pour trois « actifs »). Le tableau annexe A.8 donne ces rapports en 1980, 2000 et 2020 pour les 47 pays de la région. La charge démographique globale des jeunes et des âgés diminuera dans les prochaines décennies avec dans un premier temps le recul progressif des proportions de jeunes. Dans notre échantillon de 10 pays, en dehors encore une fois du Niger où elle resterait élevée (79% en 2050) et de l'Afrique du Sud où elle est déjà beaucoup plus basse (52% en 2015), elle irait en 2050 de 52-56% (Zimbabwe, Rwanda, Ghana, Kenya) à 62-69% (Burkina Faso, Nigeria, Tanzanie). D'aucuns y voient une opportunité de croissance économique, la qualifiant de dividende démographique (voir ci-après). La figure 20 montre la diversité des situations probables d'ici 2050 : l'Afrique du Sud (plus largement l'Afrique australe) connaîtra sous peu une stagnation de ses effectifs de jeunes et une augmentation rapide de sa population active, tandis qu'à l'autre extrême le Niger et dans une moindre mesure le Burkina Faso (avec le Tchad, la Centrafrique ou l'Éthiopie) verront les effectifs à tous les âges continuer à croître rapidement ; comme le Ghana ou l'Éthiopie, le Rwanda connaîtrait de nets ralentissements de l'augmentation de la population des moins de 15 ans dès 2025 et des 15-29 ans vers 2035 ; moins importante qu'en Afrique de l'Ouest, l'augmentation des jeunes s'y poursuivra cependant pendant 20 à 30 ans.

XI. Des rapports de dépendance aux dividendes démographiques ? Les défis d'ici 2050

Quelques mots d'abord sur ce paradigme débattu d'un dividende démographique dont pourrait profiter l'Afrique d'ici quelques décennies avant de brièvement examiner quelques-uns des défis de demain (éducation, santé et emploi), liés directement à la croissance démographique et des besoins qui en découlent.

Les dividendes démographiques ?

Sous l'impulsion notamment des organismes internationaux (FNUAP, Banque Mondiale, Fondations...), nombre de travaux, de réunions scientifiques ou politiques en Afrique ont été

⁸⁷ Dans la mesure où l'on peut encore être scolarisé après 15 ans et travailler après 65 ans.

consacrés depuis une dizaine d'années au dividende démographique que pourrait connaître la région dans les décennies prochaines et à son impact sur l'économie et le développement⁸⁸. Nous l'avons vu, le recul de la fécondité conduit à une moindre proportion de jeunes (les inactifs) et à une augmentation de celle des adultes (les actifs). La moindre charge économique des jeunes qui en résulte (en termes d'éducation, santé, nutrition...) dans un premier temps libèrerait des ressources, notamment financières, permettant d'investir dans l'éducation, la santé, l'économie, d'accroître ainsi la production, la productivité et finalement le niveau de vie des populations, de conduire en d'autres termes à la croissance économique (Turbat, 2017 ; Moreland et Madsen, 2017). Autrement dit, une transition rapide de la fécondité serait un gros appui au développement. Mais de l'avis d'experts en la matière, cette fenêtre (ou bonus) qualifiée de « démographique » ne suffira pas à elle seule dans une majorité de pays, car la réalisation du dividende (sa « capture » dit-on parfois) n'est pas automatique. Elle doit s'accompagner de politiques efficaces et fortes en matière d'éducation des jeunes, de créations d'emplois modernes, de formation du capital humain, de recul du chômage..., comme l'ont réalisé quelques pays asiatiques ou latino-américains il y a 30 à 40 ans⁸⁹. Et c'est là que les inquiétudes, les incertitudes surviennent sur la réalisation de ce dividende (prospectif) en Afrique car même si elle est diverse, la région dans son ensemble ne semble pas dans les meilleures conditions de départ, tant politiques, financières que sociales et éducatives, dans un monde économique de plus globalisé et concurrentiel.

Sans entrer dans les détails (voir par exemple les travaux référencés en note 85), la plupart des « experts » en appellent à un renforcement vigoureux et rapide des politiques de contrôle de la fécondité (sans son recul conséquent, rien ne serait possible), de formation et d'emploi pour les jeunes, d'égalité entre hommes et femmes, d'engagement du monde politique... Pour Groth et May en conclusion de leur ouvrage centré sur le dividende démographique en Afrique (2017, p.501) : « Ce qui est nécessaire à ce stade de la dynamique de la population africaine est une stratégie de développement globale, une stratégie qui serait vraiment bien documentée sur le plan démographique. Une telle stratégie doit prendre en compte le développement économique, la santé, les dimensions sociales et culturelles, ainsi que les questions politiques et de bonne gouvernance ». On peut partager cette vision, mais comment plus concrètement y parvenir, en particulier dans les nombreux pays ou les zones les plus défavorisés (le Sahel, une partie de l'Afrique de l'Ouest ou centrale)⁹⁰, là où on est encore loin aujourd'hui d'une couverture complète des besoins de santé, d'emploi ou d'éducation, là où les inégalités de genre, entre groupes sociaux ou milieux d'habitat sont récurrentes sinon croissantes, là où les effectifs de population (de jeunes et d'adultes) feront plus que doubler dans les 30 ans, en dépit de la baisse de la fécondité ? Les contraintes et défis démographiques

⁸⁸ Voir notamment l'ouvrage collectif (2017), *Africa's Population in Search of a Demographic Dividend* sous la direction de H. Groth et J. May ; ou celui (2019) sur *Le dividende démographique en Afrique subsaharienne*, D. Delaunay et J.P. Guigant (eds), actes d'un colloque tenu à Paris en 2017. Quant à la 7^{ème} conférence de l'Union pour l'Etude de la population africaine (UEPA) de 2015, elle s'intitulait « Les dividendes démographiques en Afrique : perspectives, opportunités et défis ».

⁸⁹ On estime entre 15 et 30% l'effet du dividende sur la croissance économique de quelques pays asiatiques comme la Chine, Singapour, Taiwan ou la Corée du Sud.

⁹⁰ Voir par exemple pour la zone sahélienne le constat assez tragique des divers problèmes (nutrition, santé, alimentation, production) de May et Guengant (2014).

sont déjà d'importance depuis 40 ans dans un grand nombre de pays. Le risque est qu'ils n'aillent en s'accroissant en l'absence des énormes investissements requis pour y faire face.

Aussi intéressant soit-il sur un plan théorique, ce paradigme largement médiatisé de la possibilité d'un dividende démographique pour l'Afrique sub-saharienne nous semble requérir prudence et circonspection. En s'en tenant au niveau continental et en se fondant sur divers travaux de modélisations économiques, Cleland et Machiyana (2017) y voit trois raisons : 1) le recul probable de la fécondité et le changement afférent des structures par âge risquent d'être trop lents d'ici 2050 pour pouvoir en eux-mêmes induire des progrès économiques rapides ; 2) la dichotomie dans les modélisations entre les 15-64 ans (les dits actifs) et les plus jeunes ou plus âgés est une simplification des réalités africaines⁹¹ ; 3) la relation entre le recul de la fécondité et l'accroissement de l'emploi féminin, observée en Asie, est moins certaine en Afrique, en tous cas non observée entre 1990 et 2005 dans leurs travaux. « Ces mises en garde précédentes ne visent pas à nier les avantages d'une baisse de la fécondité et de l'évolution de la structure par âge, mais plutôt à mettre en garde contre des attentes naïvement optimistes. La poursuite des déclin de la fécondité dans la région est indispensable pour un avenir durable, et plus ils seront rapides, plus ils seront bénéfiques » (p.169). Pilon (2018) en arrive à une conclusion voisine si l'on en reste au niveau national, mais souligne que les villes, notamment les capitales, à fécondité nettement plus faible et aux rapports de dépendance plus bil y aas, sont déjà dans des conditions démographiques a priori plus favorables à la réalisation potentielle du dividende. Lutz et al. (2019) vont plus loin et montrent à partir de simulations sur la Corée du Sud et le Nigeria que le premier facteur pouvant conduire à la croissance économique est non pas le changement de structures d'âges (qui ne jouerait qu'un rôle second), mais les progrès dans les niveaux d'éducation et les investissements en capital humain. Si dividende démographique il y avait, il n'est qu'une perspective lointaine et qui ne concernerait sans doute que quelques pays (Pilon et Pison, 2020).

Santé, éducation, emploi : des défis impressionnants

Le simple examen de la croissance des naissances et des populations par grand groupe d'âges de 2015 à 2030 et 2050 (tableau 17) donne une première idée des besoins et des investissements afférents : les naissances pour la santé maternelle et le suivi prénatal et post-natal, les 0-4 ans pour la santé des jeunes enfants, les 5-14 ans pour l'éducation primaire, les 15-24 ans pour l'éducation secondaire et au-delà et l'entrée sur le marché du travail, les 25-64 ans pour l'emploi adulte, les 65 ans et plus pour la santé et la dépendance. Tous les groupes d'âge vont connaître des augmentations importantes de leurs effectifs de 2015 à 2050, croissantes avec l'âge, les générations très nombreuses nées avant la chute de la fécondité arrivant progressivement aux âges adultes et avancés : +60 % pour les 0-4 ans (on passe de 157 à 248 millions de jeunes enfants en 35 ans), +113% pour les 15-24 ans (de 189 à 400 millions), +180 % pour les 25-64 ans (de 328 à 914 millions) et +260 % pour les 65 ans et plus (de 28 à 101 millions).

⁹¹ Plus complexes dans la mesure où, en milieu rural notamment, nombre de jeunes ou de personnes âgées travaillent et où par ailleurs dans les villes la scolarisation au-delà de 15 ans progresse.

L'éducation est une variable-clé du développement et de la formation du capital humain, reconnue de longue date (Hugon, 2007 ; Lutz *et al.*, 2014, Casadella, 2018). Globalement, l'Afrique a sensiblement progressé en matière d'enseignement dans les années 2000 et 2010 (UNESCO, 2015 ; 2017) : le taux net de scolarisation en primaire⁹² y est passé de 60 à 78% de 2000 à 2015 (de 82 à 89% dans l'ensemble des pays du Sud), celui au secondaire de 20 à 33% (de 49 à 63% dans l'ensemble des pays du Sud). Les écarts avec les autres régions, et dans l'ensemble entre garçons et filles dans la région se sont rétrécis pour le primaire, mais peu pour le secondaire et le supérieur ; par ailleurs, de fortes disparités sont toujours là entre pays, milieux d'habitat et groupes sociaux dans les pays (Pilon, 2018). La région est encore loin de la scolarisation primaire universelle pronée par les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) pour 2015. Selon les données les plus récentes (Unesco, 2018), en 2016 l'Afrique sub-saharienne présente le taux d'exclusion de l'enseignement primaire et secondaire⁹³ le plus élevé du monde (21% au primaire et 48% au secondaire) et les filles sont les plus touchées ; sur les 63 millions d'enfants exclus au niveau mondial de l'école primaire, 34 millions sont africains. Par rapport à 2000-2015, l'augmentation relative d'enfants et adoslescents de 5-14 ans et des jeunes adultes de 15-24 ans ralentira à l'avenir, mais la croissance absolue de leurs effectifs ne diminuera pas d'ici 2050 (tableau 17) : 90 et 94 millions en plus de 5-14 ans et de 15-24 ans de 2015 à 2030, 107 et 117 millions en plus entre 2030 et 2050. Au total, autour de 408 millions de jeunes (5-24 ans) de plus sur 35 ans, dont, à une croissance moyenne annuelle de 2%, il faudra assurer à la fois l'éducation et l'arrivée sur le marché du travail. Dans la plupart des pays, les besoins éducatifs sont très importants en termes d'enseignants⁹⁴, d'infrastructures (du primaire à l'université), de matériels didactiques, de financements..., sans parler de la nécessité impérieuse de maintenir ou souvent améliorer la qualité de l'enseignement (formation des enseignants, taille des classes...).

⁹² Rapport (%) entre le nombre d'élèves inscrit dans un niveau d'enseignement donné et appartenant au groupe d'âges correspondant officiellement à ce niveau, et la population du groupe d'âges.

⁹³ Proportions d'enfants (6 -11 ans) et d'adolescents (12-17 ans) qui ne sont pas à l'école.

⁹⁴ Selon l'Unesco (2013), la formation de 2,1 millions nouveaux instituteurs est requise pour assurer d'ici 2030 une couverture universelle du primaire dans la région. Quant au secondaire, le nombre de professeurs devrait passer de 1 million en 2011 à 3,5 millions !

Tableau 17 : Evolutions des naissances et des effectifs par grands groupes d'âges de l'Afrique sub-saharienne de 2000 à 2050

	Effectifs absolus (millions)				Evolution (%)			
	2000	2015	2030	2050	2000-2015	2015-2030	2030-2050	2015-2050
Naissances	26	35	44	52	32 %	23 %	20 %	49 %
0-4 ans	110	157	199	248	42 %	28 %	25 %	60 %
5-14 ans	173	257	347	454	49 %	36%	33 %	81 %
15-24 ans	128	189	283	400	48 %	49 %	43 %	113 %
25-64 ans	209	328	525	914	57 %	60 %	75 %	180 %
65 ans plus	19	28	46	101	53 %	66 %	125 %	260 %
Tous âges	639	959	1 400	2 117	50 %	46 %	53 %	121 %
<i>Source des données : Nations unies (2019a). Scénario moyen d'évolution de la fécondité.</i>								

La santé est l'autre élément-clé du développement et de la formation du capital humain. Nous l'avons vu, l'Afrique sub-saharienne a fait d'évidents progrès en matière de santé et de lutte contre la mortalité (notamment des enfants) depuis une vingtaine d'années (voir section VII). Mais elle n'a que peu rattrapé son retard par rapport au reste du monde et reste la région la plus défavorisée. Le dernier Atlas des statistiques de santé pour l'Afrique de 2018 (OMS, 2018a) met en évidence les grandes inégalités entre pays dans tous les indicateurs de santé (tableau annexe A.7) et les insuffisances ou retards de la région par rapport aux autres. La plupart des pays n'ont pas atteint les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations unies pour 2000-2015, et peu sans doute atteindront les Objectifs du Développement durables (ODD) pour 2015-2030. Progrès incontestables il y a eu, mais par ailleurs incertitudes il y a pour l'avenir. Car à l'image des besoins éducatifs, en plus des insuffisances actuelles à combler, la pression démographique sur les systèmes de santé va s'accroître au moins jusqu'en 2050 : en quelque 35 ans seulement (tableau 17), le nombre annuel de naissances (santé maternelle, suivi prénatal et post-natal) dans la région progresserait de près de 50% de 2015 à 2050 (de 35 à 52 millions, à un rythme moyen annuel de 1,2%), celui des jeunes enfants (santé infanto-juvénile) de 60% (de 157 à 248 millions, à un rythme annuel de 1,4%), celui des adultes et plus « âgés » triplerait, à un rythme annuel de plus de 3,5%. D'après les projections de l'OMS (OMS, 2016), les pénuries de personnel de santé (médecins, infirmiers et sage-femmes) pour faire face aux besoins des populations, déjà importantes, pourraient s'aggraver d'ici 2030 en Afrique, alors qu'ailleurs elles ralentiraient sensiblement. Faire face aux besoins qui se diversifient des populations (la demande), augmenter considérablement les personnels et infrastructures ainsi que leur qualité (l'offre) nécessiteront des investissements budgétaires de grande ampleur que de nombreux pays auraient en l'état actuel du mal à assurer.

Le défi n'est pas moindre en matière d'**emploi** tant dans les villes que les campagnes. De l'avis général, en dehors des déclin de la fécondité et de l'amélioration du capital humain

(éducation, santé), un « dividende démographique » en Afrique n'apparaît pas réalisable sans une profonde restructuration économique, sans en particulier la création d'emplois formels, salariés et correctement rémunérés, sans une diversification des activités économiques (industrialisation, services), sans une augmentation des investissements productifs et une amélioration de la productivité (Beaujeu et al., 2011 ; BIT, 2018 ; Banque Mondiale, 2019). Même si les pays diffèrent (pays côtiers ou enclavés, pays avec ou sans ressources minières ou pétrolières, pays plus ou moins urbanisés...), la plupart ont quelques caractéristiques communes, qui démarquent la région dans son ensemble des autres régions en développement : la population y est encore majoritairement rurale (à 58%, avec une croissance annuelle de 3% ou plus), l'agriculture (soumise aux risques climatiques) regroupe souvent autour de 60% des actifs contre 10% seulement dans le secteur industriel, les ruraux sont à plus de 90% dans le secteur agricole (avec néanmoins une pluriactivité croissante), l'emploi informel⁹⁵ y est dominant (en moyenne régionale 75% des emplois en 2000-2016; de 35% en Afrique du Sud ou en Ethiopie à 90% en Côte d'Ivoire, Bénin ou Sénégal), la productivité du travail y est relativement faible (Banque mondiale, 2019)⁹⁶. Certes la fécondité commence à baisser, mais la demande d'emplois va croissante, dans les villes comme dans les campagnes, avec l'arrivée en âges d'activité des générations nombreuses nées dans les années 1990, 2000 et 2010 et elle ne ralentira guère d'ici 2050. En dehors des pays d'Afrique australe et de quelques îles (Maurice, les Seychelles, Sao Tomé-et-Principe), les effectifs de jeunes de 15-24 ans (tableau 17) doubleront de 2015 à 2050, à une croissance moyenne annuelle de 2,3%, ceux des adultes âge d'actifs (25-64 ans) tripleront quasiment, à une croissance annuelle de plus de 3%. Dans leur étude des relations entre la transition démographique et l'emploi en Afrique, Beaulieu et al. (2011, p.23-24) avaient déjà à l'époque estimé les arrivées annuelles sur le marché de l'emploi africain sub-saharien à 17 millions en 2010, 27 millions en 2030 et 32 millions en 2050⁹⁷. La question de l'emploi ne sera pas qu'urbaine dans les 30 ans à venir : en dépit de la migration interne (vers les villes) qui peut servir de « soupape », le nombre de jeunes ruraux dans la région continuera de sensiblement augmenter au 21^{ème} siècle. Pour B.Losch (2012, 2016), de nouvelles politiques agricoles et territoriales sont d'urgence requises si l'on veut prévenir crises et instabilités diverses.

Une nouvelle mesure du capital humain : quelle est la situation de l'Afrique

Dans son dernier rapport sur le développement dans le monde (2019) consacré au « travail en mutation », la Banque mondiale accorde une place centrale à la formation du capital humain, source de croissance des productivités et de progrès sociaux pour le futur. Dans un souci de mesures comparatives entre pays et de sensibilisation politique, elle propose un nouvel indicateur, l'indice de capital humain, en vue de mesurer la productivité future d'un enfant né

⁹⁵ Défini par la Banque mondiale (2019, p.8) comme un emploi sans contrat, sécurité sociale, assurance chômage, assurance maladie, sans affiliation à un syndicat.

⁹⁶ Selon le dernier rapport économique sur l'Afrique (Nations unies, 2017a, p.11), entre 2000-2008 et 2009-2014 la croissance au niveau continental de la productivité agricole serait passée de 9,9% à 4%, celle de la productivité manufacturière de 7,3 % à 3,5%, celle du secteur des services de 7,5% à 3%.

⁹⁷ Des chiffres minima puisque depuis 2011, la croissance démographique du continent a été revue à la hausse (section III).

une année donnée.⁹⁸ Il est une estimation relative prospective de la productivité de la prochaine génération de travailleurs par rapport à une référence idéale (scolarité complète et santé parfaite), pouvant aller de 0 à 1. Calculé sur 157 pays, il va en 2018 de 0,84 (Japon, Corée, Singapour) à 0,30 (Tchad, Soudan du Sud). Dans le premier classement mondial proposé par la Banque mondiale, parmi les 50 derniers pays 41 sont africains; parmi eux, les pays sahéliens ainsi que le Nigeria et la Côte d'Ivoire, sont les plus mal placés ; seuls Les Seychelles et Maurice, puis le Kenya sortent du lot. Ce genre d'indicateur est toujours à considérer avec prudence de l'avis même de la Banque Mondiale (vu les quantité et qualité variables selon les pays des informations requises pour le construire), mais comme l'indicateur du développement humain (IDH) du PNUD, il a le mérite d'interpeller et sensibiliser citoyens, pouvoirs publics, organismes internationaux, ONG à l'urgence pour le futur des réformes et politiques nécessaires en matière de formation du capital humain. Mis régulièrement à jour, il permettra de suivre les progrès. L'Afrique sera la première concernée vu sa situation en la matière.

XII-Synthèse et quelques orientations de recherche

Cette deuxième chronique de la revue *Population* consacrée à l'Afrique sub-saharienne est un prolongement sur les années 2000 et 2010 de celle menée en 2004 sur la période 1950-2000. Nous avons dégagé les changements survenus entre 2000 et 2020 et les caractéristiques récentes des diverses composantes des dynamiques démographiques des 47 Etats et des 4 sous-régions qui composent la région. Quoi de nouveau depuis 20 ans en matière de croissance, nuptialité/famille, fécondité, mortalité, migrations et urbanisation ? L'Afrique a-t-elle rattrapé les autres régions du monde en matière de transition démographique ? Où en sont les inégalités spatiales (entre pays) et sociales (éducation, milieu de résidence, niveau de vie) à l'intérieur des pays ? Nous y avons ajouté un aperçu des dernières perspectives disponibles d'ici 2050 et la fin du siècle, et des défis afférents. Nous en sommes restés dans ce travail, déjà ambitieux, à une approche démographique essentiellement descriptive basée sur la littérature la plus récente et le matériel statistique le plus fiable, notamment les données de 2019 de la Division de la population des Nations unies sur les 47 pays pour l'examen des tendances et disparités géographiques au niveau régional, et les enquêtes EDS des années 1990 et 2010 pour les déterminants de la nuptialité, de la fécondité et de la mortalité (39 pays), avec sélection de 10 d'entre eux représentatifs de la diversité africaine pour l'examen de l'évolution des inégalités sociales dans les pays. Nous sommes restés sur les combien, quand, où et comment des évolutions sans véritablement entrer dans « le pourquoi » qui, question des plus complexes dans une Afrique plurielle, reviendrait à examiner à divers niveaux (individuel, communautaire, agrégé) les rôles respectifs des cultures, religions, politiques, conflits, crises ... dans la diversité des situations et changements, autrement dit à réviser ou approfondir les cadres explicatifs ou théoriques existants, ce qui aurait de loin dépassé nos objectifs mais mériterait par ailleurs une étude spécifique. Nous synthétisons

⁹⁸ Il intègre trois composantes : la survie (chances de survie jusque 5 ans), la scolarité (nombre d'années escomptées de scolarité jusqu'à 18 ans, nombre d'années de scolarité de qualité) et la santé (% d'enfants de taille normale, taux de survie à l'âge adulte) qui seront combinées en un indice unique. Il mesure la contribution des diverses composantes à la productivité future attendue du travail d'un enfant né en 2018 par rapport à la référence qui est une éducation complète et une parfaite santé (Banque mondiale, 2019, p.56-63).

brèvement les grands changements survenus depuis la fin des années 1990 en y incluant quelques suggestions de recherche.

- 1- L'Afrique sub-saharienne confirme son entrée dans la deuxième phase du modèle de la transition démographique, celle où après le recul de la mortalité survient le déclin de la fécondité. Mais elle n'en est encore qu'au début avec *un maintien depuis 20 ans du rythme élevé de sa croissance* (près de 2,7% par an de 1997 à 2017), résultant d'un recul quasi identique (en valeurs absolues) de la natalité et de la mortalité (respectivement de 42 à 36 ‰ et de 16 à 9 ‰). Cette croissance régionale, la plus forte du monde depuis 30 ans, restera exceptionnelle dans l'histoire démographique de l'humanité. Les croissances actuelles varient néanmoins selon les pays allant, en dehors de l'Afrique du Sud ou de petits pays insulaires à croissance très faible (moins de 1%), de 2,2% (Ghana, Kenya, Zimbabwe par exemple) à 3% (Burkina Faso, Tanzanie, Tchad) ou même plus (RD Congo, Niger, Ouganda, Mali, Angola, Somalie).
- 2- A ces rythmes de croissance, *les effectifs de population augmentent très rapidement* : la région vient de connaître en 25 ans un premier doublement de son nombre d'habitants (de 561 millions en 1995 à 1,1 milliard en 2020), qui selon les projections les plus raisonnables pourrait atteindre 2,1 milliards en 2050 et 3,8 milliards en 2100, en dépit de la baisse projetée de la fécondité (de 5,1 enfants par femme en 2015 à 3,2 en 2050 et 2,2 en 2100). Seule l'Afrique australe connaîtra un ralentissement notable d'ici 2050. Le poids de la région dans la population mondiale passerait alors de 14% en 2020 à 22% en 2050 et, avec toute la prudence requise pour une projection aussi lointaine, pourrait atteindre 35% en 2100. Sa contribution à l'accroissement de la population mondiale passerait de 28% entre 2000 et 2020 à 50% de 2020 à 2050. En dépit de leur diversité, la grande majorité des pays ont connu un peuplement et une densification (habitants par km²) accélérés de 2000 à 2020 qui se poursuivront dans les prochaines décennies. Pour l'analyse de la relation entre pression démographique, ressources agricoles et sécurité alimentaire, cette densification dans les pays est à mesurer par rapport aux superficies des terres utilisées ou cultivables.
- 3- Conséquence des niveaux de fécondité plus élevés qu'ailleurs, *ces populations sub-sahariennes sont et resteront les plus jeunes du monde*. Actuellement, une grande majorité des pays ont un âge médian entre 18 et 19 ans, qui devrait atteindre 24 ans en 2050, l'ensemble des régions en développement passant de 29 ans à 35 ans. Si la proportion de personnes âgées est faible en Afrique subsaharienne (3 à 4% vers 2020) et ne progressera que lentement, son effectif croît rapidement avec l'arrivée à 65 ans de générations de plus en plus nombreuses. Cette population vieillissante mériterait davantage de recherches sur les niveaux et causes de morbidité et de mortalité, leurs conditions de vie, les relations intergénérationnelles ou encore les réseaux de soutien. Il en est de même pour les 18-29 ans, générations qui alimenteront les croissances de demain, dont il serait important de mieux connaître leurs comportements et idéaux en matière de sexualité, de fécondité, de rapports de genre, etc.

- 4- La région connaît des changements divers en matière de *nuptialité*. Le mariage ou l'union demeurent la norme prédominante à l'âge adulte, avec toujours peu de célibat définitif chez les femmes (3%) et les hommes (5%), en dehors de quelques pays d'Afrique australe. Mais son calendrier est un peu plus tardif que dans les années 1990, avec des âges médians d'entrée en union de 18 à 19 ans pour les femmes dans une majorité de pays (de 16 ans au Niger à plus de 25 ans en Afrique du Sud), et de 26 à 28 ans pour les hommes. Quoiqu'en baisse, l'Afrique conserve cependant une forte proportion de mariages précoces de jeunes filles (avant 18 ans), variable selon les pays (de 76% au Niger à 25% au Kenya ou au Ghana, et 8% au Rwanda). Les écarts d'âges entre époux demeurent parmi les plus élevés du monde (entre 5 et 9 ans selon les pays) et sont restés relativement stables. Quant à la polygamie, si dans l'ensemble elle connaît un repli, elle reste particulièrement élevée en Afrique de l'Ouest (de 35 à 45% des femmes en union) et en Afrique centrale (autour de 25%), se concentrant peu à peu dans les groupes sociaux les plus défavorisés et le milieu rural. Le divorce, lui aussi d'intensité variable mais souvent fréquent, n'aurait pas connu d'augmentation dans les années 2010. Les causes, circonstances et conséquences des mariages précoces, des ruptures d'union et de la polygamie, ainsi que les nouvelles modalités des rencontres et formation des couples dans les jeunes générations, mériteraient plus d'attention.
- 5- *La tailles des ménages*, liée au niveau de la fécondité et de la mortalité, à l'intensité du confiage des enfants ou de la polygamie, aux règles de résidence... n'a que légèrement diminué en une vingtaine d'années, allant aujourd'hui d'environ 4 personnes en moyenne (Ghana, Kenya, Rwanda, Zimbabwe) à plus de 6 en Afrique sahélienne (Niger, Tchad, Sénégal). La proportion de *femmes chefs de ménage* se maintient (et parfois même progresse légèrement) à des niveaux diversifiés, de 10 à 20% (Niger, Burkina Faso, Nigeria) à plus de 30% (Ghana, Rwanda, Kenya) ou même 40% (Zimbabwe). Le statut de chef de ménage pour les femmes devrait faire l'objet de davantage d'études éclairant ses causes et conséquences, les ressources et activités des femmes concernées. Quant au *confiage des enfants*, il est toujours d'importance dans les villes comme dans les campagnes, en se maintenant ou même en progressant légèrement. Enfin, dans les villes, dans les groupes sociaux les plus favorisés sur les plans culturel ou économique et dans les jeunes générations, de nouvelles configurations familiales et de nouvelles formes de solidarités apparaissent. Le milieu rural mériterait davantage d'attention en la matière.
- 6- Démarrée plus tard qu'ailleurs dans la plupart des pays, la transition de la fécondité est amorcée en Afrique Subsaharienne. *La fécondité vient de connaître son premier recul notable*, passant de 5,9 enfants par femme vers 1997 à 4,7 en 2017. Elle demeure néanmoins la plus élevée du monde, mais la diversité est de mise dans la région. D'un côté des pays à baisses tardives et timides, avec un niveau supérieur à 5,5 enfants actuellement, comme les pays sahéliens, l'Ouganda, le Nigeria et la RD Congo. De l'autre, les pays précurseurs des années 1980 autour de 3,5 enfants comme le Kenya, le Ghana et les pays d'Afrique australe. Et par ailleurs, des pays à déclin récent mais

rapide tels que le Rwanda ou l’Ethiopie, qui en 20 ans sont passés de plus de 6 enfants par femme à 4. Sans parler de petits pays, souvent insulaires, à basse fécondité (2 enfants). Au niveau macro (sur 47 pays), on observe actuellement, comme en 2004, une assez bonne corrélation entre le niveau de fécondité et l’indicateur de développement humain (IDH), mais pour un IDH de même niveau que dans d’autres régions, l’Afrique a en moyenne près d’un enfant de plus. On l’attribue à une demande d’enfants plus élevée et à une plus faible pratique contraceptive. Dans l’ensemble, le nombre idéal d’enfants (souvent au-delà de 4 enfants chez les femmes) n’évolue en effet que lentement. La prévalence contraceptive (méthodes modernes) a partout progressé depuis 2000, passant en moyenne régionale de 10% à 27%, mais ce niveau est deux fois plus bas que dans les autres régions en développement. Quant au calendrier de la fécondité, il ne connaît le plus souvent que de légers reculs, et la fécondité des adolescentes demeure élevée. Dans l’ensemble, les différentiels de fécondité selon les groupes sociaux (instruction, niveau de vie) ou le milieu de résidence suivent un gradient social : plus les femmes sont instruites, urbaines ou d’un bon niveau de vie, plus la demande d’enfants faiblit, plus elles ont une pratique contraceptive et plus leur fécondité est basse. L’analyse explicative des différences de fécondité entre pays et entre groupes sociaux mériterait d’être développée.

- 7- *La mortalité sub-saharienne vient de connaître des reculs remarquables.* Après deux décennies de lents progrès, voire de stagnations ou de reculs (conflits politiques, sida... dans les années 1980 et 1990), les reprises sont manifestes. De 1997 à 2017, l’espérance de vie moyenne de la région a progressé de 11 années (de 49,4 ans à 60,5 ans), le gain le plus rapide au monde en ce début de 20^{ème} siècle. L’écart avec les autres régions se réduit, mais demeure important (de 9 ans par exemple avec l’Asie du Sud). De même pour les inégalités à l’intérieur du continent : en 2017, 7 années séparent l’Afrique de l’Ouest (57 ans) de l’Afrique de l’Est et australe (64 ans) ; 13 ans séparent la Côte d’Ivoire ou le Nigéria (54 ans) du Sénégal ou de l’Ethiopie (67 ans). La hausse de la durée de vie s’explique pour les trois-quarts par le recul de la mortalité des enfants (0-5 ans), celle-ci ayant diminué de moitié en 20 ans. Certes la région progresse en termes de risques de survie, mais elle concentre une part grandissante des décès d’enfants dans le monde (31% en 1990 et 51% en 2016). Les progrès sont donc importants depuis 1990 dans la lutte contre la mortalité infanto-juvénile, mais ils sont en revanche beaucoup plus faibles qu’ailleurs pour la mortalité adulte. Plusieurs facteurs l’expliquent : le sida dont la prévalence est élevée dans certains pays, notamment d’Afrique australe et chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans ; la santé reproductive dont la mortalité maternelle qui recule mais demeure élevée, les avortements illégaux et non sécurisés..., les conflits politiques, l’émergence de maladies non transmissibles, etc. Les inégalités sociales de mortalité sont bien documentées pour les enfants, avec des avantages certains pour les groupes sociaux les plus favorisés et les urbains. La santé demeurera partout une question d’importance, avec désormais un double fardeau : poursuivre la lutte contre les maladies infectieuses et faire face à la montée des maladies non transmissibles. L’exploitation de l’état civil des grandes villes et des systèmes d’informations sanitaires

quand ils sont de bonne qualité, pourrait conduire à une meilleure connaissance des circonstances et causes de décès, mal connues.

- 8- En dépit d’un taux d’*urbanisation en croissance sensible* (31% en 2000, 41% en 2020), l’Afrique sub-saharienne demeure avec l’Asie du Sud la région la moins urbanisée de la planète, avec cependant de fortes différences entre sous-régions : une Afrique de l’Est encore très rurale (29% de citadins), une Afrique australe déjà très urbanisée (65%), les deux autres régions se situant autour de 50%. Cette diversité des taux d’urbanisation est encore plus prononcée d’un pays à l’autre : de 17% au plus (Burundi, Rwanda, Malawi, Niger) à plus de 68% (Angola, Botswana, Gabon). La région a plus que doublé son nombre de citadins en 20 ans (202 millions en 2000, 459 millions en 2020), et pourrait encore le doubler d’ici 2040 selon les dernières projections des Nations unies. Celles-ci ont pourtant été revues à la baisse par rapport aux précédentes en raison d’un ralentissement observé ici et là des migrations vers les villes et/ou parfois d’une augmentation des retours vers le milieu rural. Aujourd’hui, l’urbanisation résulte plus de la croissance naturelle des villes que des migrations. Si ce sont souvent les villes secondaires qui contribuent à une bonne partie de l’accroissement de la population urbaine, l’Afrique voit par ailleurs se multiplier le nombre de villes de plus d’un million d’habitants (passé de 17 en 1990 à 54 en 2020) et la croissance rapide de mégalo-poles : Lagos et Kinshasa dépassent les 14 millions en 2020 (doublement en 20 ans), Luanda (8,3 millions) et Dar es Salaam (6,7 millions) ont triplé leur population depuis l’an 2000. Leur taille augmentera sans aucun doute encore. En attendant, le monde urbain fait face à de grands défis (logement, pollutions, alimentation en eau et électricité, transports, sécurité...), que le seul ralentissement éventuel des flux migratoires ne suffira pas à résoudre. Défis auxquels les démographes pourraient davantage participer.
- 9- *La migration internationale* (flux, facteurs, caractéristiques des migrants) est toujours difficile à quantifier en démographie. Les recensements permettent néanmoins de mesurer les stocks de migrants à un moment donné (effectifs d’individus nés dans un autre pays que leur pays de résidence) et les enquêtes (peu nombreuses en Afrique) d’estimer certains flux. Les 25 millions d’africains vivant en 2017 dans un autre pays que celui de leur naissance représentent 2,5% de la population de la région, soit moins que les 3,4% de migrants à l’échelle mondiale. Cela dit, le nombre de migrants sub-sahariens (en termes de stocks), quasi-stable de 1990 à 2000, a depuis fortement augmenté, de 15 à 25 millions entre 2000 et 2017. Si la grande majorité des mouvements (68%) se font encore à l’intérieur de l’Afrique, la diversification des destinations est là. L’Europe demeure toujours de loin la première destination extra-africaine, suivie de l’Amérique du Nord en forte augmentation depuis 2000. A l’intérieur même de l’Europe, les filières traditionnelles se modifient : si la France ou le Royaume-Uni demeurent les premiers pays d’accueil, l’Italie, l’Espagne, les Pays-Bas ou l’Allemagne prennent une place croissante. Diversification également des causes des migrations à l’intérieur ou vers l’extérieur du continent, notamment fonction de la situation économique, sociale et politique du pays (ou de la région) d’origine du

migrant et de la politique d'accueil du pays de destination: migration économique, migration d'asile, réfugié, migration environnementale, regroupement familial. Qu'en sera-t-il demain ? Probablement une augmentation des flux nets (plus de départs que de retours), mais au vu des dernières données disponibles, ces flux seront sans doute moins massifs que ce que certains discours alarmistes laissent entendre. La migration internationale nécessite davantage de recherches, dans les pays de départ comme dans les pays d'arrivée, pour la mesure des flux, ses causes, circonstances et conséquences.

10- *Les défis sont présents et à venir.* Education, santé et emploi sont les éléments essentiels du développement durable, de la formation du capital humain d'une région ou d'un pays et de l'évolution des dynamiques démographiques. Compte tenu de la croissance de la population attendue dans les 30 prochaines années dans la plupart des pays, les défis en termes de besoins à couvrir sont considérables. Il ne s'agira pas simplement de combler les insuffisances actuelles, mais aussi de faire face à d'importantes augmentations de 2015 à 2050 des naissances (+ 50%), des effectifs d'enfants (+60%), d'adolescents (+81%), des jeunes adultes (+113%), des adultes (+180%) et des personnes âgées (+260%). Pour chacun de ces groupes, des besoins spécifiques seront à couvrir en termes de santé, d'éducation, d'emploi, de logement, de prise en charge de la dépendance, etc. Certes la fécondité reculera d'ici 2050, mais les générations très nombreuses des années 1990, 2000 et 2010 vont vieillir peu à peu et alimenter les groupes d'âges successifs. Ce n'est pas l'arrivée d'un « bonus démographique » (baisse de la proportion de jeunes-inactifs et augmentation de celle des adultes-actifs) dans les années 2030 qui seule, selon divers experts, pourrait conduire à la croissance économique et au développement durable : il doit être précédé dès maintenant et accompagné d'importants investissements tant dans la santé de la reproduction et la formation (du primaire au supérieur) que dans l'emploi (secteurs industriel, agricole et de services). La formation du capital humain, source de productivité à l'avenir, en est un élément essentiel.

La démographie de l'Afrique sub-saharienne sera l'un des grands défis du 21^{ème} siècle.

Références

Cette bibliographie, centrée sur les années 2000-2019, reprend les auteurs cités dans le texte, et inclut aussi quelques articles ou ouvrages qui nous semblent représentatifs des travaux récemment menés sur la démographie de l'Afrique sub-saharienne.

- ADJAMAGBO A., LOCOH Th., 2015, « Genre et démographie : une rencontre féconde », in Verschuur C., Guérin I., Guétat-Bernard H. (eds), *Sous le développement, le genre*, Marseille, IRD Editions, collection Objectifs Suds, p.99-108.
- AGYEI-MENSAH S., de GRAFT AIKINS A., 2010, "Epidemiological transition and the double burden of disease in Accra, Ghana", *Journal of Urban Health*, 87(5), p.879-897.
- ALBIS H., BOUBTANE E., 2015, "Characteristics of migration flows to France based on residence permit data (1998-2013)", *Population (English Edition)*, 70(3), p.461-496.
- ALKEMA L., CHAO F., YOU D., PEDERSEN J., SAWYER C., 2014a, "National, regional and global sex ratios of infant, child and under-5 mortality and identification of countries with outlying ratios: a systematic assessment", *The Lancet*, 2(9), p.e521-e530.
- ALKEMA L., NEW J.R., PEDERSEN J., YOU D., BASTIAN P. et al., 2014b, "Child mortality estimation 2013: An overview of updates in estimation methods by the UN Inter-Agency Group for child mortality estimation", *PLoS ONE*, 9, e101112.
- ALKEMA L., CHOU D., HOGAN D. et al., 2016, "Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenarios-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group", *The Lancet*, 327, p.462-474.
- AMEGAH A. K., AGYEI-MENSAH S., 2017, "Urban air pollution in Sub-Saharan Africa: time for action", *Environmental Pollution*, 220 (Part A), p. 738-43.
- ANTOINE Ph., 2002, "Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine", in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (eds), *Démographie : analyse et synthèse. II. Les déterminants de la fécondité*, Paris, Editions de l'INED, p.75-102.
- ANTOINE Ph., 2006, "Analyse biographique de la transformation des modèles matrimoniaux dans quatre capitales africaines: Antananarivo, Dakar, Lomé et Yaoundé", *Cahiers québécois de démographie*, 35(2), p.5-38.
- ANTOINE Ph., 2009, "Vieillir en Afrique", *Idées économiques et sociales*, n°157, p.34-39.
- ANTOINE Ph., GOLAZ V., 2010, « Vieillir au Sud : une grande variété de situations », *Autrepart*, 53(1), p.3-15.
- ANTOINE Ph., MARCOUX R., 2014, "Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux en Afrique : un état des lieux", in Antoine Ph., Marcoux R. (dir.), *Le mariage en Afrique. Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Presses de l'Université du Québec, p.7-20.
- ANYAMELE O.D., 2009, "Urban and rural differences across countries in child mortality in Sub-Saharan Africa", *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20, p.90-98.
- ARTUC, E., DOCQUIER F., ÖZDEN C., PARSONS Ch., 2013, "A global assessment of human capital mobility: The role of non-OECD destinations", *IZA Working Paper*, n° 8746: 64.
- BANQUE MONDIALE, 2017, *World Development Indicators 2017*, Washington, 123 p. Base de données accessible à la page <http://datacatalog.worldbank.org/>

- BANQUE MONDIALE, 2019, *Rapport sur le développement dans le monde. Le travail en mutation*, Washington, 151 p.
- BEAUCHEMIN C., 2015, "Migrations entre l'Afrique et l'Europe (MAFE) : Réflexions sur la conception et les limites d'une d'enquête multisituée", *Population*, 70 (1), p. 13-39.
- BEAUCHEMIN C., BOCQUIER Ph., 2004, "Migration and urbanisation in Francophone West Africa: An overview of the recent empirical evidence", *Urban Studies*, 41 (11), p. 2245-72.
- BEAUCHEMIN C., KABANJI L., SAKHO P., SCHOUMAKER B., 2013, *Migrations africaines: Le co-développement en questions. Essai de démographie politique*, Paris, Armand Colin, 342 p.
- BEAUCHEMIN C., FLAHAUX M.L., SCHOUMAKER B., 2015, "Sub-Saharan migration to Europe in times of restrictions: An empirical test of substitution effects", *Meeting of the Population Association of America*, San Diego.
- BEAUCHEMIN C., LESSAULT D., 2014, "Les statistiques des migrations africaines : ni exode, ni invasion", e-Migrinter, 12, p. 32-43.
- BEAUCHEMIN C., SAKHO P., SCHOUMAKER B., FLAHAUX M.L., 2018, "From Senegal and back (1978-2008): Migration trends and routes of migrants in times of restrictions", in Beauchemin (ed.), *Migration between Africa and Europe*, Dordrecht, Springer International Publishing, p. 363-396.
- BEAUJEU R., KOLIE M., SEMPERE J.F., UHDER Ch., 2011, *Transition démographique et emploi en Afrique subsaharienne*, Agence française pour le développement (AFD), Collection A savoir, n°5, 198 p.
- BEEGLE K., CHRISTIAENSEN L., DABALEN A., GADDIS I., 2016, *Poverty in a rising Africa. Overview*, Africa Poverty Report, the World Bank, 21 p.
- BENDAVID E., 2014, "Changes in child mortality over time across the wealth gradient in less-developed countries", *Pediatrics*, 134 (6), 13 p.
- BIT, 2018, *World Employment Social Outlook. Trends 2018*, Genève, 81 p.
- BOCQUIER Ph., MADISE N.J., ZULU E.M., 2011, "Is there an urban advantage in child survival in Sub-Saharan Africa? Evidence from 18 countries in the 1990s", *Demography*, 48, p.351-358.
- BOCQUIER Ph., SCHOUMAKER B., 2018, "The demographic transition in Sub-Saharan Africa and the role of urban areas in this transition", Manuscrit non publié (disponible auprès des auteurs), Université catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, 77p.
- BONGAARTS J., 2010, "The causes of educational differences in fertility in Sub-Saharan Africa", *Vienna Yearbook of Population Research*, 8, p.31-50.
- BONGAARTS J., 2015, "Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up", *Demographic Research*, 33(19), p. 535-60.
- BONGAARTS J., 2017, "Africa's unique fertility transition", *Population and Development Review*, 43 (Suppl. 1), p. 39-58.
- BONGAARTS J., CASTERLINE J., 2013, "Fertility transition: Is Sub-Saharan Africa different?", *Population and Development Review*, 38 (Suppl. 1), p.153-168.
- BORDERON M., SAKDAPOLRAK P., MUTTARAK R., KEBEDE E., PAGOGNA R., SPORER E., 2019, "A systematic review of empirical evidence on migration influenced by environmental change in Africa", *Demographic Research*, 41(18), p. 491-544.
- BROCKERHOFF M., BRENNAN E., 1998, "The poverty of cities in developing regions", *Population and Development Review*, 24(1), p.75-114.

- CALVES A., 2016, "First union in urban Burkina Faso. Competing relationship transitions to marriage or cohabitation", *Demographic Research*, 34(15), p.421-450.
- CALVES A., N'BOUKE A., 2018a, "Le mariage, l'union libre et le nouveau contexte de formation de la famille à Ouagadougou", in Calves A., Dial F.B., Marcoux R. (eds), *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*, Collection Sociétés africaines en mutation, Presses de l'Université du Québec, p.243-262.
- CALVES A., DIAL F.B., MARCOUX R. (eds), 2018b, *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*, Collection Sociétés africaines en mutation, Presses de l'Université du Québec, 425 p.
- CALDWELL J., 1986, "Routes to low mortality in poor countries", *Population and Development Review*, 12(2), p.171-220.
- CASADELLA V. (dir.), 2018, *Education et fertilisation des économies africaines*, L'Harmattan, Revue Marché et organisations, n°32.
- CAPPS R., MCCABE K., FIX M., 2012, *Diverse Streams: Black African Migration to the United States*, Washington D.C., Migration Policy Institute, 23p.
- CASTLE S., ASKEW I., 2015, *Contraceptive Discontinuation: Reasons, Challenges and Solutions*, New York, Population Council, 33p.
- CASTERLINE J., 2017, "Prospects for fertility decline in Africa", *Population and Development Review*, 43 (Sup p. 1), p. 3-18.
- CASTERLINE J., ODDEN C., 2016, "Trends in inter-birth intervals in developing countries 1965–2014", *Population and Development Review*, 42 (2), p. 173-94.
- CASTERLINE J., BONGAARTS J. (eds), 2017, "Fertility transitions in Sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, 43, Issue Supplement S1, 340 p.
- CHAE S., DESAI S., CROWELL M., SEDGH G., SINGH S., 2017, "Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low-and middle income countries", *PLoS ONE*, 12(5), p.e0177149.
- CHOI Y., SHORT FABIC M., ADETUNJI J., 2018, "Does age-adjusted measurement of contraceptive use better explain the relationship between fertility and contraception?", *Demographic Research*, 39 (45), p. 1227-40.
- CLARK S., KOSKI A., SMITH-GREENAWAY E., 2017, "Recent trends in premarital fertility across Sub-Saharan Africa", *Studies in Family Planning*, 48 (1), p. 3-22.
- CLARK S., BRAUNER-OTTO S., 2015, "Divorce in Sub-Saharan Africa: are unions becoming less stable?", *Population and Development Review*, 41(4), p.583-605.
- CLELAND J., NDUGWA R., ZULU E., 2011, "Family planning in Sub-Saharan Africa: progress or stagnation?", *Bulletin of the World Health Organization*, 89(2), p.137-143.
- CLELAND J., MACHIYAMA K., 2017, "The challenge posed by demographic change in Sub-Saharan Africa: A concise overview", *Population and Development Review*, 43 (Issue S1), p.264-286.
- CLEMENS M., PETERSSON G., 2008, "New data on African health professionals abroad", *Human Resources for Health*, 6 (1).
- COHEN B., 1998, "The emerging fertility transition in sub-Saharan Africa", *World Development*, 26 (8), p. 1431-61.
- COUSSY J., VALLIN J. (dir.), 1996, *Crise et population en Afrique*, Paris, CEPED, 579 p.

- DELAUNAY V., 2009, "Abandon et prise en charge des enfants en Afrique : une problématique centrale pour la protection de l'enfant", *Mondes en développement*, de Boeck, 2(146), p.33-46.
- DELAUNAY V., 2017 (dir.), *La situation démographique dans l'observatoire de Niakhar*, 1963-2014, Technical Report, IRD-LPED-INDEPTH Network, 89 p.
- DELAUNAY V., ADJAMAGBO A., OUEDRAOGO A., OUEDRAOGO S., 2018, "La monoparentalité en Afrique : Prévalence et déterminants. Analyse comparative Bénin, Burkina Faso et Togo", in Calvès A., Dial F.B., Marcoux R. (eds), *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*, Collection Sociétés africaines en mutation, Presses de l'Université du Québec, p.68-92.
- DELAUNAY D., GUENGANT J.P. (eds), 2019, *Le dividende démographique en Afrique subsaharienne*, Paris, IEDES-Université Paris 1, Collection Monographies Sud-Nord, n°9, 120 p.
- DEMART S., SCHOUMAKER B., ADAM I., GODIN M., 2017, *Des citoyens aux racines africaines : Un portrait des Belgo-Congolais, Belgo-Rwandais et Belgo-Burundais*, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 224p.
- DEMIG, 2015, "DEMIG C2C, version 1.2, Limited Online Edition", Oxford, International Migration Institute, University of Oxford, www.imi-n.org.
- DIAL F.B., 2007, "Le divorce, une source d'émancipation pour les femmes ? Une enquête à Dakar et Saint-Louis", in Locoh Th. (ed.), *Genre et sociétés en Afrique: implications pour le développement*, Paris, INED, p.357-372.
- DONADJE F., TABUTIN D., 1994, "Male nuptiality and fertility in southern Benin", in Locoh Th., Hertrich V. (eds), *The Onset of Fertility Decline in Sub-Saharan Africa*, Liège, UIESP, p.135-162.
- DOS SANTOS S., 2006, "Accès à l'eau et enjeux socio-sanitaires à Ouagadougou", *Espace, Population, Sociétés*, 2-3, p.271-85.
- DUBRESSON A., 2003, "L'Afrique sub-saharienne face au défi urbain", in Eggerickx Th., Gourbin C., Schoumaker B., Vandeschrick Ch., Vilquin E. (eds), *Populations et défis urbains*, Actes de la Chaire Quetelet 1999, Louvain-la-Neuve, Academia / L'Harmattan, p.51-78.
- FERRY B. (dir.), 2007, *L'Afrique face à ses défis démographiques. Un avenir incertain*, Paris, AFD-CEPED-Karthala, 379 p.
- FENSKE J., 2011, "African polygamy: Past and present", *LSE Research Online*, 51 p.
- FINK G., GUNTHER I., HILL K., 2014, "Slum residence and child health in developing countries", *Demography*, 51(4), p.1175-1197.
- FLAHAUX M.L., DE HAAS H., 2016, "African migration: Trends, patterns, drivers", *Comparative Migration Studies*, 4(1), 25 p.
- FOX A., 2010, "The social determinants of HIV serostatus in Sub-Saharan Africa: An inverse relationship between poverty and HIV?", *Public Health Reports*, 125 (Suppl.4), p.16-24.
- FREEMAN L., 2017, "Environmental change, migration, and conflict in Africa: A critical examination of the interconnections", *The Journal of Environment and Development*, 26 (4), p.351-74.
- FRENK J., BOBADILLA J., SEPUALVEDA J., CERVANTES M., 1989, "Health transition in middle-income countries: New challenges for health care", *Health Policy and Planning*, 4(1), p.29-39.

- GAIGBE-TOGBE V., 2015, "The impact of socio-economic inequalities on early childhood survival: Results from the demographic and health surveys", *Technical Paper*, n° 2015/1, Population Division, United Nations, 30 p.
- GAKIDOU E., COWLING K., LOZANO R., MURRAY C., 2010, "Increased educational attainment and its effects on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: A systematic analysis", *The Lancet*, 376, p.959-985.
- GARENNE M., 2010, "Urbanisation and child health in resource poor settings with special reference to under-five mortality in Africa", *Archives of Disease in Childhood*, 95, p.464-86.
- GARENNE M., 2014, *Trends in Marriage and Contraception in Sub-Saharan Africa: A Longitudinal Perspective on Factors of Fertility Decline*, Rockville: ICF International, DHS Analytical Studies, 42, 146 p.
- GERLAND P., BIDDLECOM A., KANTOROVÁ V., 2017, "Patterns of fertility decline and the impact of alternative scenarios of future fertility change in Sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, 43 (Suppl. 1), p. 21-38.
- GBD collaborators, 2016, "Global, regional and national life expectancy, all-cause mortality and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015", *The Lancet*, 388.
- GLYNN J., CARAEL M., BUVE A., ANAGONOU S., ZEKENG L. *et al.*, 2004, "Does increased general schooling protect against HIV infection ? A study in four African cities", *Tropical Medicine and International Health*, 9(1), p.4-14.
- GNOUMOU THIOMBANO B., LEGRAND T., 2014, "Niveaux et facteurs de rupture des premières unions conjugales au Burkina Faso", *African Population Studies*, 28(3), p.1432-1446.
- GNOUMOU THIOMBANO B., 2017, "Union breakdown in West African cities: The cases of Ouagadougou and Lomé", *Demographic Research*, 37 (5), p.101-127.
- GONZALEZ-FERRER A., KRAUS E., BAIZAN P., BEAUCHEMIN C., BLACK R., SCHOUMAKER B., 2018, "Migration between Africa and Europe: Assessing the role of resources, family and networks", in Beauchemin C. (ed.), *Migration between Africa and Europe*, Springer, p. 81-122.
- GOURBIN C., WUNSCH G., MOREAU L., GUILLAUME A. *et al.*, 2017, « Direct and indirect paths leading to contraceptive use in urban Africa. An application to Burkina Faso, Ghana, Morocco, Sénégal », *Revue Quetelet/Quetelet Journal*, 5(1), p.33-71.
- GROTH H., MAY J. (eds), 2017, *Africa's Population: In Search of a Demographic Dividend*, Springer, 526 p.
- GUENGANT J. P., 2011, *Comment bénéficier du dividende démographique*, IRD/AFD, Collection A savoir, n°09, 84 p.
- GUILLAUME A., ROSSIER C., 2018, "L'avortement dans le monde. Etat des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences", *Population*, 73(2), p.225-322.
- GÜNTHER I., HARTTGEN K., 2012, "Deadly cities? Spatial inequalities in mortality in sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, 38(3), p.469-486.
- HAYFORD S., AGADJANIAN V., 2019, "Spacing, Stopping, or Postponing? Fertility Desires in a Sub-Saharan Setting", *Demography*, 56, p. 573-594.
- HARGREAVES J., BONELL C., BOLER T., BOCCIA D., BIRDTHTISTLE I. *et al.*, 2008, "Systematic review exploring time trends in the association between educational attainment and risk of HIV infection in Sub-Saharan Africa", *AIDS*, 22(3), p.403-414.

- HERAN F., 2018, "L'Europe et le spectre des migrations subsahariennes", *Population et sociétés*, n° 558, Paris, INED, 4 p.
- HERTRICH V., 2007, « Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union, 1950-99 », in Locoh Th. (dir.), *Genre et sociétés en Afrique*, Paris-INED-PUF, Travaux et documents de l'INED, n°160, p.281-307.
- HERTRICH V., 2014, "Age à l'entrée en union des femmes en Afrique. Les données des enquêtes et des recensements sont-elles comparables ?", *Population*, 69(3), p.399-431.
- HERTRICH V., 2017, "Trends in age at marriage and the onset of fertility transition in Sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, 43 (Suppl. 1), p.112-137.
- HOMMANN K., LALL S., 2019, *Which Way to Livable and Productive Cities? A Road Map for Sub-Saharan Africa*, Washington D.C., The World Bank, 42p.
- HOUWELING T., KUNST A.E., 2010, "Socio-economic inequalities in childhood mortality in low- and middle-income countries: A review of the international evidence", *British Medical Journal*, 93, p.7-26.
- HUGON Ph., 2007, "Variables démographiques et développement. Le cas de l'éducation et de la santé en Afrique", in Ferry B. (dir.), *L'Afrique face à ses défis démographiques. Un avenir incertain*, Paris, AFD-CEPED-Karthala, p.155-195.
- IBISOMI L., De WET N., 2014, « The dynamics of household structure in Sub-Saharan African », in Odimegwu C., Kekovole J. (eds), *Continuity and Change in Sub-Saharan Africa*, New York, Routledge, Routledge African Studies, p. 173-191.
- IZUGBARA C., WEKESAH F., TILAHUN T., DIMBELE Z., AMO-ADJEI J., 2018, *Family Planning in East Africa: Trends and Dynamics*, Nairobi, APHRC, 43 p.
- JEDWAB R., CHRISTIAENSEN L., GINDELSKY M., 2017, "Demography, urbanization and development: Rural push, urban pull and...urban push?", *Journal of Urban Economics*, 98(C), p.6-16.
- JEJEEBHOY S., 1995, *Women's Education, Autonomy, and Reproductive Behaviour: Experience from Developing Countries*, International Studies in Demography, Oxford, New York, Oxford University Press, 324 p.
- KHARSANY A., KARIM Q., 2016, "HIV infections and AIDS in Sub-Saharan Africa: Current status, challenges and opportunities", *The Open AIDS Journal*, 10, p.34-48.
- KINZIUNGA F., SCHOUAKER B., 2018, "Fatherhood in Sub-Saharan Africa Patterns, Trends and Differentials in Men's Age at First Birth", communication, *Meeting of the Population Association of America*, Denver, 16 p.
- KOSKI A., CLARK S., NANDIA A., 2017, "Has child marriage declined in Sub-Saharan Africa? An analysis of trends in 31 countries", *Population and Development Review*, 43(1), p.7-29.
- LANKOANDE B., 2016, "Monitoring adult mortality by type of residence in the absence of death registration: A perspective from Burkina Faso", *International Journal of Population*, 2(1), p.21-37.
- LAN S., 2015, "State regulation of undocumented African migrants in China: A multi-scalar analysis", *Journal of Asian and African Studies*, 50 (3), p.289-304.
- LARMARANGE J., VALLO R., YARO S., MSELLATI Ph., MEDA N., 2011, "Méthodes pour cartographier les tendances régionales de la prévalence du VIH à partir des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)", *Cybergeo: European Journal of Geography* (en ligne), 29 p.

- LARMARANGE J., BENDAUD V., 2014, "HIV estimates at second subnational level from national population-based surveys", *AIDS*, 28, p.S469-S476.
- LERIDON H., 2015, "Afrique subsaharienne : Une transition démographique explosive", *Futuribles*, n°407, p.5-21.
- LESSAULT D., BEAUCHEMIN C., 2009, "Ni invasion, ni exode : Regards statistiques sur les migrations d'Afrique sub-saharienne", *Revue européenne des migrations internationales*, 25(1), p.163-194.
- LESTHAEGHE R., KAUFMAN G., MEEKERS D., 1989a, "The nuptiality regimes in Sub-Saharan Africa", in Lesthaeghe R. (ed.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, p. 238-337.
- LESTHAEGHE R., 1989b, "Social organization, economic crises, and the future of fertility control in Africa", in Lesthaeghe R. (ed.), *Reproduction and Social Organization in Sub-Saharan Africa*, Berkeley, University of California Press, p. 475-505.
- LESTHAEGHE R., 2014, *The Fertility Transition in Sub-Saharan Africa into the 21st Century*, Center for Population Studies, University of Michigan, PSC Research Reports, 14-823.
- LOCOH Th., MOUVAGHA-SOW M., 2008, "An uncertain future for African families", in Thorton A., Jaljakody R., Axinn W. (eds), *International Family Change: Ideational Perspectives*, Mawah, Laurence Earlbaum and Associates Publishers, p.45-80.
- LOSCH B., 2012, "Prévention des crises en Afrique subsaharienne. Relever le défi de l'emploi : l'agriculture au centre", *Perspective*, Cirad, n°19, 5 p.
- LOSCH B., 2016, "Appuyer les dynamiques territoriales pour répondre au défi de l'emploi des jeunes ruraux", *Afrique contemporaine*, n°259, p.118-122.
- LUCAS D., EDGAR B., 2015, "Zimbabwe's exodus to Australia", Waterloo, International Migration Research Centre, *SAMP Migration Policy Brief*, n° 30, 16p.
- LUTZ W., BUTZ W., K.C S., 2014, *World Population and Human Capital in the Twenty-first Century*, Oxford, Oxford University Press.
- LUTZ W., CUARESMA J.C., KEBEDE E., PRSKAWETZ A. et al., 2019, "Education rather than age structure brings demographic dividend", *PNAS*, 116(26), p.12798-12803.
- MAHARAJ P. (ed.), 2013, *Aging and Health in Africa. International Perspectives on Aging*, vol.4, Springer, Boston.
- MAIGA A., BOCQUIER Ph., 2016, "Dynamiques urbaines et santé des enfants en Afrique subsaharienne : Perspectives théoriques", *African Population Studies*, 30(1), p.2213-2226.
- MARCOUX R., ANTOINE Ph. (dir.), 2014, *Le mariage en Afrique: pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Collection Sociétés africaines en mutation, Presses de l'Université du Québec, 304 p.
- MASQUELIER B., KANTE A.M., 2017, "Mortality, health and aging in Sub-Saharan Africa", in Groth H., May J. (eds), *Africa's Population: In Search of a Demographic Dividend*, Springer, p.267-281.
- MASQUELIER B., RENIERS G., PISON G., 2014, "Divergences in mortality trends in Sub-Saharan Africa: Survey evidence on the survival of children and siblings", *Population Studies*, 68(2), p.161-177.
- MASQUELIER B., RENIERS G., 2018, "Sida et écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes en Afrique", *Population et Sociétés*, n°554, 4 p.

- MASWIKWA B., RICHTER L., KAUFMAN J., NANDI A., 2016, "Lois sur l'âge minimum du mariage et prévalence du mariage précoce et de la maternité à l'adolescence : données d'Afrique sub-saharienne », *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, N° spécial, p.29-39.
- MAY J., GUENGANT J. P., 2014, "Les défis démographiques des pays sahéliens", *Etudes*, 6, p.19-30.
- MAY J., GUENGANT J.P., BARRAS V., 2017, "Demographic challenges of the Sahel countries", in Groth H., May J. (eds), *Africa's Population: in Search of a Demographic Dividend*, Springer, p.165-177.
- MEEKERS D., GAGE A., 2017, "Marriage patterns and the demographic dividend", in Groth H., May J. (eds), *Africa's Population: in Search of a Demographic Dividend*, Springer, p.251-265.
- MEJIA-GUEVARA I., ZUO W., BENDAVID E., LI N., TULJAPURKAR S., 2019, "Age distribution, trends and forecasts of under-5 mortality in 31 sub-saharian countries: a modelling model", *PLoS Medicine*, 16(3), e1002757.
- MENASHE-OREN A., STECKLOV G., 2017, "Rural/urban population age and sex composition in Sub-Saharan Africa, 1980-2015", *Population and Development Review*, 44(1), p.7-35.
- MERCANDALLI S., LOSCH B. (eds), 2017, *Rural Africa in Motion. Dynamics and Drivers of Migration South of the Sahara*, FAO-CIRAD, 60 p.
- MILAZZO A., van de WALLE D., 2017, "Women left behind? Poverty and headship in Africa", *Demography*, 54, p.1119-1145.
- MORELAND S., MADSEN E., 2017, "Demographic dividend models", in Groth H., May J. (eds), *Africa's Population: In Search of a Demographic Dividend*, Springer, p.453-467.
- MOULTRIE T., SAYI T., TIMAEUS I., 2012, "Birth intervals, postponement and fertility decline in Africa: A new type of transition?", *Population Studies*, 66(3), p.241-258.
- MOURJI F., FERRIE J.-N., RADI S., ALIOUA M., 2016, *Les migrants subsahariens au Maroc. Enjeux d'une migration de résidence*, Rabat, Konrad Adenauer Stiftung e.V et Université internationale de Rabat, 180p.
- NAPPA J., SCHOUMAKER B., PHONGI A., FLAHAUX M.-L., 2019, "Difficultés économiques et transformation des unions à Kinshasa", *Population*, 74(3), p.273-298.
- NATIONS UNIES, 2011, *Sex Differentials in Childhood Mortality*, New York, United Nations, Population Division, ST/ESA/SER.A/314, 76 p.
- NATIONS UNIES, 2013, *World Mortality Report 2013*, New York, United Nations, Population Division, ST/ESA/SER.A/347, 106 p.
- NATIONS UNIES, 2015, *Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport 2015*, Nations Unies, New York.
- NATIONS UNIES, 2017a, *Rapport économique sur l'Afrique : L'industrialisation et l'urbanisation au service de la transformation de l'Afrique*, Addis Ababa, Commission économique pour l'Afrique, 189 p.
- NATIONS UNIES, 2017b, *African Gender and Development Index Regional Synthesis Report: Measuring Gender Equality and Women's Empowerment in Africa*, Addis-Ababa, United Nations, Economic Commission for Africa, 127 p.
- NATIONS UNIES, 2017d, *International Migrant Stock: The 2017 Revision*, New York, United Nations, Population Division.

- NATIONS UNIES, 2018, *World Urbanization Prospects*, New York, United Nations, Population Division, 103 p.
- NATIONS UNIES, 2019a, *World Population Prospects 2019: Highlights*, New York, United Nations, ST/ESA/SER.A/423, 39 p. Données disponibles sur www.unpopulation.org
- NATIONS UNIES, 2019b, *Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2019*, New York, United Nations, Données disponibles sur www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.asp
- ODIMEGWU C., KEKOVOLÉ J. (eds.), 2014, *Continuity and Change in Sub-Saharan Africa*, New York, Routledge, Routledge African Studies, 331 p.
- OFpra, 2018, *A l'écoute du monde. Rapport d'activité 2018*, Paris, Office français de protection des réfugiés et apatrides, 126 p. Disponible sur www.ofpra.gouv.fr
- OMS, UNICEF, FNUAP, Banque Mondiale, Division de la Population des Nations Unies, 2015, *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. Résumé d'orientation*, Genève, 13 p.
- OMS, 2015, *State of Inequality. Reproductive, Maternal, and Child Health*, Genève, 104p.
- OMS, 2016, *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*, Genève, 64 p.
- OMS, 2018a, *Atlas of African Health Statistics 2018*, Brazzaville, Regional Office for Africa, 125 p.
- OMS, 2018b, *World Health Statistics 2018 -Monitoring Health for the SDGs*, Genève, 86 p. M.
- ONUSida, 2013, *Location, Location. Connecting People Faster to HIV Services*, Genève, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Location.location_en.pdf
- ONUSida, 2018, *UNAIDS Data 2018*, Genève, 375p.
- ORTEGA J.A., 2014, "A characterization of world union patterns at the national and regional level", *Population Research and Policy Review*, 33, p.161-188.
- PAGE H., LESTAEHGE R. (eds), 1981, *Child Spacing in Tropical Africa: Tradition and Change*, New York, Academic Press, 322 p.
- PILON M., LOCOH Th., VIGNIKIN K., VIMARD P. (eds), 1997, *Ménages et familles en Afrique. Approche des dynamiques familiales contemporaines*, Paris, Les études du CEPED, 15, 432 p.
- PILON M., SEIDOU MAMA M., TICHIT Ch., 1997, "Les femmes chefs de ménage: aperçu général et études de cas", in Pilon M., Locoh Th., Vignikin K., Vimard P. (eds), *Ménages et familles en Afrique. Approche des dynamiques familiales contemporaines*, Les études du CEPED, 15, p.167-193.
- PILON M., VIGNIKIN K., 2006, *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Editions des Archives contemporaines-AUF, 408 p.
- PILON M., 2018, "Démographie, éducation et développement en Afrique", *Marché et organisations*, L'Harmattan, 32, p. 63-85.
- PILON M., PISON G., 2020 (sous-press), « Quelles perspectives démographiques pour l'Afrique d'ici 2050 ? », in Gabas J.J., Lautier M., Vernières M. (eds), *Prospectives du développement*, Paris, Karthala GEMDEV.
- POTTS D., 2016, "Debates about African urbanisation, migration and economic growth: What can we learn from Zimbabwe and Zambia?", *The Geographical Journal*, 182 (3), p. 251-64.
- PNUD, 2015 et 2016, *Human Development Report*, New York, United Nations, 273 p. et 271 p.
- PNUD, 2017, *Rapport sur le développement humain en Afrique*, New York, United Nations, 196 p.

- RANDALL S., COAST E., LEONE T., 2011, "Cultural constructions of the concept of household in sample survey", *Population Studies*, 65(2), p.217-229.
- RENIERS G., MASQUELIER B., GERLAND P., 2011, "Adult mortality in Africa", in Rogers R., Crimmins A. (eds), *International Handbook of Adult Mortality*, Dordrecht, Springer International Publishing, p. 151-170.
- RESTREPO-MENDEZ M., BARROS A., WONG K., JOHSON H. *et al.*, 2016, "Inequalities in full immunization coverage: Trends in low-and middle-income countries", *Bulletin of the World Health Organization*, 94, p.794-805.
- ROMANIUK A., 2011, "Persistence of high fertility in Tropical Africa: The case of the Democratic Republic of the Congo", *Population and Development Review*, 37(1), p.1-28.
- ROSSIER C., SOURA A., DUTHE G. (eds), 2019, *Inégalités de santé à Ouagadougou. Résultats d'un observatoire de population urbaine au Burkina Faso*, Paris, INED Editions, 276p.
- RUTAREMWA G., 2014, "Nuptiality patterns and differentials in Sub-Saharan Africa", in Odimegwu C., Kekovole J. (eds), *Continuity and Change in Sub-Saharan Africa*, New York, Routledge, Routledge African Studies, p.113-129.
- RUTSTEIN S., STAVETEIG S., WINTER R., YOURKAVITCH J., 2016, *Urban child poverty, health and survival in low-and middle income countries*, DHS Comparative Reports, n°40, Rockville, Maryland, USA: ICF International, 111 p.
- SAJOUX M., GOLAZ V., LEFEVRE C., 2015, "L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : Enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées", *Mondes en développement*, 171, p.11-30.
- SANCHEZ-PAEZ D., ORTEGA J., 2018, "Adolescent contraceptive use and its effects on fertility", *Demographic Research*, 38 (45), p. 1359-88.
- SAWADOGO N., RANDALL S., BAZIE F., 2019, "Mobilités familiales face à l'isolement des personnes âgées au Burkina Faso", *Gérontologie et Société*, 41(158), p.99-112.
- SAWYER C.C., 2012, "Child mortality estimation: estimating sex differences in childhood mortality since the 1970s", *PLOS Medicine*, 9(8), e1001287, 18 p.
- SCHOUMAKER B., 2004, "Pauvreté et fécondité en Afrique sub-saharienne : Une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé", *Etude de la population africaine*, 19, p. 13-45.
- SCHOUMAKER B., 2017a, "African fertility changes", in Groth H., May J. (eds), *Africa's Population: In Search of a Demographic Dividend*, Springer, p.197-211.
- SCHOUMAKER B., 2019a, "Male fertility around the world and over time: How different is it from female fertility?", *Population and Development Review*, 45(3), p. 459-487.
- SCHOUMAKER B., 2019b, "Stalls in fertility transitions in Sub-Saharan Africa: revisiting the evidence", *Studies in Family Planning*, 50(3), p. 257-278.
- SCHOUMAKER B., FLAHAUX M.-L., BEAUCHEMIN C., SCHANS D., MAZZUCATO V., SAKHO P., 2018a, "African migration: Diversity and changes", in Beauchemin C. (ed.), *Migration between Africa and Europe*, Dordrecht, Springer International Publishing, p. 189-215.
- SCHOUMAKER B., FLAHAUX M.-L., MANGALU MOBHE J., 2018b, "Congolese migration in times of political and economic crisis", in Beauchemin C. (ed.), *Migration between Africa and Europe*, Dordrecht, Springer International Publishing, p. 35-79.

- SEDGH G., BEARAK J., SINGH S., BANKOLE A., POPINCHALK A. *et al.*, 2016, "Abortion incidence between 1990 and 2014: Global, regional and subregional levels and trends", *The Lancet*, 388 (10041), p.258-267.
- SHAPIRO D., GEBRESELAASSIE T., 2008, "Fertility transition in Sub-Saharan Africa: falling and stalling", *African Population Studies*, 23(1), p.3-23.
- SHAPIRO D., 2012, "Women's education and fertility transition in sub-Saharan Africa", *Vienna Yearbook of Population Research*, 10, p.9-30.
- SHAPIRO D., GEBRESELAASSIE T., 2014, "Marriage in sub-Saharan Africa: trends, determinants and consequences", *Population Research and Policy Review*, 33(2), p.229-255.
- SHAPIRO D., 2017, "Women's education, infant and child mortality, and fertility decline in urban and rural Sub-Saharan Africa", *Demographic Research*, 37(21), p.669-708.
- SHAPIRO D., 2019, "Adjusting for nonnumeric responses regarding ideal number of children: Evidence from Sub-Saharan Africa", Communication, *Population Association of America*, Austin.
- SOURA B.A., 2009, *Analyse de la mortalité des enfants à Ouagadougou. Inégalités spatiales, effets individuels et contextuels*, Louvain-la-Neuve, Presses universitaires de Louvain, 279 p.
- SPOORENBERG Th., 2019, "Forty years of fertility changes in the Sahel", *Demographic Research*, 41(46), 1289-1314.
- STREATFIELD P.K., KHAN W.A., BHUIYA A., ALAM N., SIE A. *et al.*, 2014, "Cause-specific mortality in Africa and Asia: evidence from INDEPTH health and demographic surveillance systems sites", *Global Health Action*, 7, 253.
- TABUTIN D., SCHOUMAKER B., 2004, "La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000. Synthèse des changements et bilan statistique", *Population*, 59(3-4), p.521-622.
- TABUTIN D., GOURBIN C., BENINGUISSE G., 2007, "Surmortalité et santé des petites filles en Afrique. Tendances des années 1970 aux années 2000", in Locoh Th. (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris, INED, p.137-169.
- TABUTIN D., MASQUELIER B. (eds), 2014, *Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques*, Centre de Recherche en démographie, Presses universitaires de Louvain, 310 p.
- TABUTIN D., MASQUELIER B., 2017, "Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire", *Population*, 72(2), p.227-306.
- TIMÆUS, I., JASSEH, M., 2004, "Adult mortality in Sub-Saharan Africa: Evidence from demographic and health survey", *Demography*, 41 (4), p. 757-772.
- TIMÆUS, I., MOULTRIE T., 2013, "Distinguishing the impact of postponement, spacing and stopping on birth intervals: Evidence from a model with heterogeneous fecundity", *Journal of Biosocial Science*, 45 (3), p. 311-330.
- TSUI A., BROWN W., LI Q., 2017, "Contraceptive practice in Sub-Saharan Africa", *Population and Development Review*, 43(S1), p. 166-191.
- TURBAT V., 2017, "The demographic dividend: A potential surplus generated by a demographic transition", in Groth H., May J. (eds), *Africa's Population: In Search of a Demographic Dividend*, Springer, p.181-195.

UNESCO, 2015, *Rapport mondial de suivi de l'Éducation pour tous 2015*, Montréal, Institut de statistiques de l'Unesco (ISU).

UNESCO, 2017, "Literacy rates continue to rise from one generation to the other", Montréal, Unesco Institute for Statistics (UIS), *UIS Fact Sheet*, 47, 15 p.

UNESCO, 2018, "One in five children, adolescents and youth is out of school", Montréal, Unesco Institute for Statistics (UIS), *UIS Fact Sheet*, 48, 13 p.

UNEP, 2016, *GEO-6 Regional Assessment for Africa*, Nairobi, United Nations Environment Programme, 206 p.

UN Habitat, 2014, *The State of African Cities 2014: Re-Imagining Sustainable Urban Transitions*, Nairobi, United Nations Human Settlements Programme.

UNHCR, 2018, *UNHCR Statistics -The World in Numbers*, Genève, UNHCR, popstats.unhcr.org.

UN IGME (United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation), 2017, *Levels and Trends in Child Mortality. Report 2017*, Genève, UNICEF-WHO-WB, 36 p.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HOMELAND SECURITY, 2017, *Yearbook of Immigration Statistics: 2017*, Washington, D.C., U.S. Department of Homeland Security.

USAID, 2013, *Indicators of Child Deprivation in Sub-Saharan Africa: Levels and Trends from the Demographic and Health Surveys*, DHS Comparative Reports, 32, Rockville: ICF International, 146 p.

USAID, 2016, *Urban Child Poverty, Health, and Survival in Low-and Middle-Income Countries*, DHS Comparative Reports, 40, Rockville: ICF International, 111 p.

VALLIN J. (dir.), 2009, *Du genre et de l'Afrique. Hommage à Thérèse Locoh*, Paris, INED, 666 p.

Van de WALLE E., 2006, *African Households. Census and Surveys. A General Demography of Africa*, Armonk, New York, M.E. Sharpe, 247 p.

VICKSTROM E., 2014, "Pathways into Irregular Status among Senegalese Migrants in Europe", *International Migration Review*, 48(4), p.1062-1099.

VIGNIKIN K., VIMARD P. (dir.), 2005, *Familles au Nord, Familles au Sud*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, 691 p.

WHITEHOUSE B., 2017, "The exaggerated demise of polygyny: transformations in marriage and gender relations in West Africa", in Riley N., Brunson J. (eds), *International Handbook on Gender and Demographic Processes*, Springer, p.299-313.

WHITESIDE A., ZEBRYK N., 2017, "New and re-emerging infectious diseases in Sub-Saharan Africa", in Groth H., May J. (eds), *Africa's Population: In Search of a Demographic Dividend*, Springer, p.299-313.

XENOS C., 1991, "Family planning and fertility change in Mauritius", in Lutz W., Toth F. (eds), *Population and Sustainable Development: Mauritius*, Laxenburg, IIASA, p. 67-86.

ZEBA A., DELISLE H., RENIER G., SAVADOGO B., BAYA B., 2012, "The double burden of malnutrition and cardiometabolic risk widens the gender and socio-economic health gap: A study among adults in Burkina Faso (West Africa)", *Public Health Nutrition*, 15 (12), p.2210-19.

ANNEXE STATISTIQUE

- Tableau A.1 : Evolutions des densités de 2000 à 2020 et des effectifs de population de 1980 à 2050 (47 pays)
- Tableau A.2 : Evolutions des taux (‰) de natalité et de mortalité, et d'accroissement naturel (%) de 1960-1964 à 2015-2019 (47 pays)
- Tableau A.3 : Ages médians à la première union, proportions de mariages précoces, intensités de la polygamie et du célibat définitif dans les années 2010 (39 pays)
- Tableau A.4 : Evolutions des indices synthétiques de fécondité et des pratiques modernes de la contraception de 1970 à 2020 (47 pays)
- Tableau A.5 : Niveaux, calendriers et quelques caractéristiques de la fécondité dans les années 2010 (39 pays)
- Tableau A.6 : Evolutions des espérances de vie et des quotients de mortalité de 0 à 5 ans de 1960-64 à 2015-19 (47 pays)
- Tableau A.7 : Mortalité, conditions d'accouchement et santé (vaccination, malnutrition) des enfants dans les années 2010 (39 pays)
- Tableau A.8 : Structures par grand groupe d'âges, âges médians et rapports de dépendance en 1980, 2000 et 2020 (47 pays).

Tableau A.1 : Evolutions des densités (2000 à 2020) et des effectifs (1980 à 2050) de population dans 47 pays africains

Sous-régions et pays	Superficie ^a (milliers de km ²)	Densité	Effectifs de la population (milliers d'habitants)						
		2000	1980	1990	2000	2010	2020	2050	
AFRIQUE DE L'OUEST	6 138	38	65	137 799	180 535	234 749	307 040	401 861	796 494
Bénin	113	61	107	3 717	4 978	6 866	9 199	12 123	24 280
Burkina Faso	274	42	76	6 823	8 811	11 608	15 605	20 903	43 432
Cap-Vert	4	107	139	284	338	428	493	566	679
Côte d'Ivoire	322	51	82	8 034	11 925	16 455	20 533	26 378	51 264
Gambie	11	120	220	637	956	1 318	1 793	2 417	4 882
Ghana	239	81	130	11 056	14 773	19 279	24 780	31 073	52 016
Guinée	246	33	55	4 871	6 352	8 241	10 192	13 133	25 972
Guinée-Bissau	36	33	53	782	975	1 201	1 523	1 968	3 557
Liberia	111	26	46	1 853	2 076	2 848	3 891	5 058	9 340
Mali	1 240	9	16	7 090	8 450	10 946	15 049	20 251	43 586
Mauritanie	1 026	3	5	1 541	2 034	2 630	3 494	4 650	9 025
Niger	1 267	9	19	5 989	8 027	11 332	16 464	24 207	65 593
Nigeria	924	132	223	73 424	95 212	122 284	158 503	206 140	401 315
Sénégal	197	64	85	5 583	7 526	9 798	12 678	16 744	33 187
Sierra Leone	72	54	111	3 388	4 320	4 585	6 416	7 977	12 945
Togo	57	86	145	2 721	3 774	4 924	6 422	8 279	15 416
AFRIQUE CENTRALE	6 613	15	27	52 885	70 855	96 116	131 622	179 595	382 640
Angola	1 247	13	26	8 341	11 848	16 395	23 356	32 866	77 420
Cameroun	475	33	56	8 621	11 870	15 514	20 341	26 546	50 573
Centrafrique	623	6	8	2 199	2 780	3 640	4 387	4 830	8 401
Congo	342	9	16	1 778	2 357	3 127	4 274	5 518	10 702
Congo (RD)	2 345	20	38	26 359	34 612	47 106	64 564	89 561	194 489
Gabon	268	5	8	726	949	1 228	1 624	2 226	3 809
Guinée Equatoriale	28	22	50	250	419	606	944	1 403	2 821
Sao Tomé-et-Principe	1	142	219	96	119	142	180	219	394
Tchad	1 284	7	13	4 514	5 963	8 356	11 952	16 426	34 031

Tableau A.1 : suite et fin

Sous -régions et pays	Superficie ^a (milliers de km ²)	Densité brute 2000	Densité brute 2020	Effectifs de population (milliers d'habitants)					
				1980	1990	2000	2010	2020	2050
AFRIQUE DE L'EST	7 006	37	64	146 488	197 168	257 353	339 318	445 406	851 218
Burundi	28	228	425	4 157	5 439	6 379	8 676	11 891	25 325
Comores	2	271	435	308	412	542	690	870	1 472
Djibouti	23	31	43	359	590	718	840	988	1 295
Erythrée	118	19	30	1 733	2 259	2 292	3 170	3 546	6 005
Ethiopie	1104	104	104	35 142	47 888	66 225	87 640	114 964	205 411
Kenya	580	55	93	16 417	23 725	31 965	42 031	53 771	91 575
Madagascar	587	27	47	8 717	11 599	15 767	21 152	27 691	54 048
Malawi	118	94	162	6 250	9 404	11 149	14 540	19 130	38 143
Maurice	2	593	636	966	1 056	1 185	1 248	1 272	1 186
Mozambique	802	22	39	11 630	12 987	17 712	23 532	31 255	65 313
Ouganda	241	98	190	12 442	17 354	23 650	32 428	45 741	89 447
Rwanda	26	305	498	5 153	7 289	7 934	10 039	12 952	23 048
Somalie	638	14	25	6 281	7 225	8 872	12 044	15 893	34 922
Soudan du Sud	644	10	17	4 503	5 493	6 199	9 508	11 194	19 963
Tanzanie	945	35	63	18 538	25 204	33 499	44 347	59 734	129 387
Zambie	753	14	24	5 852	8 037	10 416	13 606	18 384	39 121
Zimbabwe	391	30	38	7 409	10 432	11 881	12 698	14 863	23 948
AFRIQUE AUSTRALE	2 675	76	100	32 440	42 046	51 444	58 383	67 504	87 379
Afrique du Sud	1 221	37	49	28 557	36 801	44 968	51 217	59 309	75 518
Botswana	582	3	4	898	1 287	1 643	1 987	2 352	3 510
Eswatini	17	59	68	588	822	1 005	1 065	1 160	1 704
Lesotho	30	68	71	1 340	1 704	2 033	1 996	2 142	2 665
Namibie	824	2	3	1 058	1 433	1 795	2 119	2 541	3 981
TOTAL AFRIQUE	20 432	31	54	369 614	490 605	639 661	836 364	1 094	2 117 731
SUB-SAHARIENNE									

Source : Nations unies (2019a), *World Population Prospects 2019*, Hypothèse moyenne des Nations unies pour les projections.
 Les superficies sont reprises de G. Pison (2019), "Tous les pays du monde", *Population et sociétés*, n° 569, Septembre 2019.

Tableau A.2 : Evolutions des taux (‰) de natalité et de mortalité, et d'accroissement naturel (%) de 1960-1964 à 2015-2019 (47 pays)

Sous - régions et pays	Taux (p. mille) de natalité					Taux (p. mille) de mortalité					Taux (p cent) d'accroissement naturel [1]							
	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19
AFRIQUE DE L'OUEST	47.6	47.7	47.0	44.2	42.6	37.4	26.0	22.3	18.5	17.0	15.6	10.3	2.2	2.5	2.8	2.7	2.7	2.7
Bénin	45.3	47.0	47.2	45.3	41.5	36.4	27.6	22.5	18.6	13.7	12.1	9.0	1.8	2.4	2.9	3.2	2.9	2.7
Burkina Faso	47.2	47.5	49.0	47.1	45.6	38.2	27.5	23.7	18.1	16.9	14.6	8.3	2.0	2.4	3.1	3.0	3.1	3.0
Cap-Vert	47.0	40.6	42.1	38.1	25.9	19.7	19.4	13.5	9.8	7.9	5.9	5.6	2.8	2.7	3.2	3.0	2.0	1.4
Côte d'Ivoire	53.3	50.8	46.8	42.5	40.3	35.9	26.3	18.9	14.4	13.4	15.0	10.2	2.7	3.2	3.2	2.9	2.5	2.6
Gambie	48.3	47.3	46.5	46.2	42.0	38.8	30.2	22.9	16.7	13.6	10.6	8.0	1.8	2.4	3.0	3.3	3.1	3.1
Ghana	47.7	45.2	42.4	38.7	34.5	29.6	17.8	15.4	13.2	10.3	10.1	7.3	3.0	3.0	2.9	2.8	2.4	2.2
Guinée	45.6	45.9	48.6	47.3	43.1	36.6	28.7	26.3	22.2	16.4	15.0	8.5	1.7	2.0	2.6	3.1	2.8	2.8
Guinée-Bissau	42.0	43.5	50.1	45.5	41.2	35.4	25.1	22.8	21.0	17.7	14.2	9.7	1.7	2.1	2.9	2.8	2.7	2.6
Liberia	48.8	48.7	48.3	44.2	41.7	33.2	28.8	23.6	19.1	19.1	14.0	7.6	2.0	2.5	2.9	2.5	2.8	2.6
Mali	50.1	50.4	49.4	48.9	48.7	41.8	36.3	30.1	23.6	19.9	16.8	9.8	1.4	2.0	2.6	2.9	3.2	3.2
Mauritanie	48.5	45.6	42.6	39.4	37.7	33.9	18.6	15.0	11.8	9.6	9.2	7.3	3.0	3.1	3.1	3.0	2.9	2.7
Niger	58.3	56.4	56.8	55.2	52.7	46.3	28.9	28.0	25.2	21.7	15.8	8.4	2.9	2.8	3.2	3.3	3.7	3.8
Nigeria	46.2	46.9	46.4	43.8	43.0	38.1	25.3	22.0	18.8	18.5	17.3	12.0	2.1	2.5	2.8	2.5	2.6	2.6
Senégal	50.3	49.6	47.6	41.7	38.7	34.7	25.5	23.2	15.3	11.1	10.1	5.8	2.5	2.6	3.2	3.1	2.9	2.9
Sierra Leone	47.5	47.6	47.6	46.1	43.2	33.7	31.7	27.4	24.4	26.0	21.2	11.9	1.6	2.0	2.3	2.0	2.2	2.2
Togo	47.7	48.3	46.1	40.3	39.8	33.3	22.7	17.8	13.9	11.8	12.5	8.6	2.5	3.0	3.2	2.8	2.7	2.5
AFRIQUE CENTRALE	45.8	46.6	46.8	46.1	45.2	39.9	23.3	20.1	17.7	16.5	15.2	9.5	2.3	2.7	2.9	3.0	3.0	3.0
Angola	48.2	51.3	50.4	49.8	47.8	40.9	26.4	22.4	20.1	19.5	16.8	8.3	2.2	2.9	3.0	3.0	3.1	3.3
Cameroun	43.3	45.0	46.5	43.7	41.2	35.6	21.5	18.2	15.1	14.3	13.8	9.4	2.2	2.7	3.1	2.9	2.7	2.6
Centrafrique	43.2	42.1	42.5	41.5	41.1	35.4	27.1	21.2	16.9	17.2	19.1	12.4	1.6	2.1	2.6	2.4	2.2	2.3
Congo	43.1	43.9	40.5	37.9	38.5	33.1	17.9	14.6	11.9	11.9	12.2	6.8	2.5	2.9	2.9	2.6	2.6	2.6
Congo (RD)	46.8	46.4	46.3	46.1	45.8	41.4	22.3	19.7	18.0	16.3	14.7	9.6	2.5	2.7	2.8	3.0	3.1	3.2
Gabon	33.9	37.1	38.4	36.7	32.7	32.0	25.0	19.2	13.7	11.1	11.7	6.9	0.9	1.8	2.5	2.6	2.1	2.5
Guinée Equatoriale	40.6	41.9	43.4	41.6	40.6	33.5	27.1	26.3	18.6	16.4	13.0	9.4	1.4	1.6	2.5	2.5	2.8	2.4
Sao Tomé-et-Principe	47.1	40.9	41.0	39.7	39.6	31.8	16.9	12.8	10.9	10.9	8.1	4.9	3.0	2.8	3.0	2.9	3.2	2.7
Tchad	45.6	48.1	50.0	51.3	50.3	42.4	25.8	22.5	20.3	18.7	17.3	12.2	2.0	2.6	3.0	3.3	3.3	3.0

Tableau A. 2 : suite et fin

Sous - régions et pays	Taux (p. mille) de natalité					Taux (p. mille) de mortalité					Taux (p.cent) d'accroissement naturel (1)							
	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19
AFRIQUE DE L'EST																		
Burundi	48.7	48.4	47.5	44.4	41.6	34.2	21.9	18.9	17.1	16.9	13.4	6.9	2.7	2.9	3.0	2.8	2.8	2.7
Comores	48.4	47.7	51.4	47.9	42.8	39.3	22.5	20.5	18.5	17.5	13.4	8.0	2.6	2.7	3.3	3.0	2.9	3.1
Djibouti	47.2	45.2	46.0	40.8	36.9	32.1	22.4	18.3	14.6	10.7	9.4	7.3	2.5	2.7	3.1	3.0	2.7	2.5
Erythrée	44.2	44.8	40.8	38.9	30.1	21.7	17.4	14.0	11.9	11.0	10.2	7.1	2.7	3.1	2.9	2.8	2.0	1.5
Ethiopie	48.4	48.0	46.0	45.2	38.4	34.6	23.6	19.8	17.3	15.1	10.6	7.2	2.5	2.6	2.8	2.3	2.4	2.3
Kenya	48.0	48.6	49.3	46.6	41.5	32.6	23.5	21.0	21.5	17.3	12.7	6.7	2.4	2.8	2.8	2.9	2.9	2.6
Madagascar	50.9	51.0	48.6	40.4	39.2	28.9	18.5	14.1	10.5	10.7	12.1	5.5	3.2	3.7	3.8	3.0	2.7	2.3
Malawi	48.4	47.9	45.2	44.1	39.5	32.8	23.8	19.7	16.3	14.1	9.2	6.1	2.5	2.8	2.9	3.0	3.0	2.7
Maurice	51.8	51.9	50.9	45.8	43.3	34.3	27.4	24.3	20.7	18.7	17.4	6.8	2.4	2.8	3.0	2.7	2.6	2.7
Mozambique	43.8	26.8	20.3	20.4	16.0	10.2	8.6	6.8	5.9	6.1	6.7	8.3	3.5	2.0	1.4	1.4	0.9	0.2
Ouganda	46.6	47.1	46.2	45.1	44.3	37.7	23.6	22.8	21.4	19.1	15.5	8.6	2.3	2.4	2.5	2.6	2.9	2.9
Rwanda	48.8	48.4	49.3	49.8	47.8	38.4	19.1	16.5	16.2	18.6	14.4	6.7	3.0	3.2	3.3	3.1	3.3	3.2
Soudan du Sud	50.4	51.0	53.2	44.8	38.0	32.1	21.9	20.1	16.2	47.2	14.6	5.3	2.9	3.1	3.7	-0.2	2.3	2.7
Tanzanie	47.4	46.0	44.4	49.6	47.5	41.9	25.8	22.2	19.0	20.0	14.9	10.9	2.2	2.4	2.5	3.0	3.3	3.1
Zambie	50.9	49.9	47.5	46.5	41.5	35.2	31.5	27.1	24.2	19.3	15.2	10.6	1.9	2.3	2.3	2.7	2.6	2.5
Zimbabwe	48.9	47.7	45.8	43.1	41.7	36.9	20.2	17.4	15.3	15.0	12.5	6.5	2.9	3.0	3.0	2.8	2.9	3.0
	50.0	49.5	47.1	45.4	44.9	36.3	17.8	15.1	13.9	17.1	16.3	6.6	3.2	3.4	3.3	2.8	2.9	3.0
	48.0	47.4	42.5	34.0	32.4	30.8	13.6	11.2	8.9	10.6	17.5	8.1	3.4	3.6	3.4	2.3	1.5	2.3
AFRIQUE AUSTRALE																		
Afrique du Sud	41.0	38.8	36.7	28.4	23.6	21.4	16.8	13.5	10.2	8.3	13.8	9.5	2.4	2.5	2.6	2.0	1.0	1.2
Botswana	40.6	37.9	35.9	27.5	22.7	20.7	16.7	13.3	10.2	8.1	13.5	9.5	2.4	2.5	2.6	1.9	0.9	1.1
Eswatini	46.6	44.7	42.9	33.1	29.1	25.1	16.6	12.7	9.1	10.2	14.2	5.8	3.0	3.2	3.4	2.3	1.5	1.9
Lesotho	47.8	50.6	48.1	37.2	31.9	28.7	20.0	16.3	10.6	8.0	17.5	9.4	2.8	3.4	3.7	2.9	1.4	1.7
Namibie	43.2	44.4	41.0	33.1	31.1	27.0	18.1	15.9	11.4	10.6	18.7	14.3	2.5	2.8	3.0	2.3	1.2	1.3
	42.0	44.0	40.9	36.3	29.3	28.8	17.6	13.8	10.8	8.6	13.8	8.2	2.4	3.0	3.0	2.8	1.6	2.1
TOTAL AFRIQUE SUB-SAHARIENNE																		
	47.2	47.0	46.3	43.2	41.1	35.5	23.2	19.9	17.1	16.1	14.5	8.7	2.4	2.7	2.9	2.7	2.7	2.7

Source : Nations unies (2019a), *World Population Prospects 2019*.
(1) Le taux d'accroissement naturel est égal à la différence entre le taux brut de natalité et le taux brut de mortalité.

Source : Nations unies (2019a), *World Population Prospects 2019*.

[1] Le taux d'accroissement naturel est égal à la différence entre le taux brut de natalité et le taux brut de mortalité.

Tableau A.3 : Age médian à la première union, proportion de mariages précoces, intensité de la polygamie et du célibat définitif dans les années 2010, dans 39 pays africains

Sous-région et pays	Date dernière enquête EDS	Age médian à la première union ^a <i>Femmes (F)</i>	Age médian à la première union ^a <i>Hommes (H)</i>	Ecart d'âges à la première union <i>H - F</i>	% de femmes en union polygame ^b	% de femmes mariées avant 15 ans ^c	% de femmes mariées avant 18 ans ^c	% de femmes célibataires à 40-49 ans
AFRIQUE DE L'OUEST								
Bénin	2017-18	19,4	25,1	5,7	39	12	33	1
Burkina Faso	2010	17,8	25,4	7,6	42	10	52	1
Cap-Vert	2005	22,6	25,7	3,1	-	4	21	16
Côte d'Ivoire	2011-12	19,7	26,0	6,3	29	10	33	3
Gambie	2013	18,6	28,4	9,8	39	11	33	1
Ghana	2014	20,7	26,7	6,0	16	11	33	1
Guinée	2012	17,0	26,0	9,0	48	22	53	1
Liberia	2013	18,8	23,9	5,1	14	10	35	1
Mali	2012-13	18,0	26,7	8,7	35	23	57	1
Mauritanie	2001	17,1	26,5	9,4	12	23	40	2
Niger	2012	15,7	24,3	8,6	36	29	76	1
Nigeria	2013	18,1	27,2	9,1	33	19	44	1
Sénégal	2017	20,2	30,2	10,0	32	9	30	3
Sierra Leone	2013	18,0	25,0	7,0	36	14	43	2
Togo	2013-14	20,0	26,0	6,0	33	6	26	1
AFRIQUE CENTRALE								
Angola	2015-16	20,5	24,5	4,0	23	8	30	9
Cameroun	2011	18,5	26,0	7,5	31	14	39	2
Congo	2011-12	19,7	26,2	6,5	14	7	33	3
Congo RD	2013-14	18,7	24,1	5,4	25	11	39	1
Gabon	2012	22,0	27,5	5,5	19	6	23	9
Guinée Equatoriale	2011	20,5	26,5	6,0	25	9	30	2
Tchad	2014-15	16,1	23,2	7,1	39	30	68	1
Sao Tomé-et-Principe	2008-09	18,8	23,4	4,6	34	5	34	1

Tableau A. 3 : suite et fin.

Sous-région et pays	Date dernière enquête EDS	Age médian à la première union ^a <i>Femmes (F)</i>	Age médian à la première union ^a <i>Hommes (H)</i>	Ecart d'âges à la première union <i>H - F</i>	% de femmes en union polygame ^b	% de femmes mariées avant 15 ans ^c	% de femmes mariées avant 18 ans ^c	% de femmes célibataires à 40-49 ans
AFRIQUE DE L'EST								
Burundi	2016-17	20,3	24,0	3,7	7	3	22	3
Comores	2012	20,7	27,1	6,4	21	9	30	1
Erythrée	2002	18,2	-	-	9	18	46	1
Ethiopie	2016	17,1	23,8	6,7	11	17	45	2
Kenya	2014	20,2	25,3	5,1	14	6	25	5
Madagascar	2008-09	18,9	22,8	3,9	8	13	46	2
Malawi	2015-16	18,2	23,0	4,8	13	11	39	1
Mozambique	2011	18,2	22,1	3,9	25	18	51	2
Ouganda	2016	18,7	23,3	4,6	29	9	35	2
Rwanda	2014-15	21,9	24,9	3,0	8	1	10	4
Tanzanie	2015-16	19,2	24,3	5,1	19	5	31	2
Zambie	2013-14	18,4	23,9	5,5	13	7	35	1
Zimbabwe	2015	19,8	25,6	5,8	12	4	31	3
AFRIQUE AUSTRALE								
Afrique du Sud	2016	31,3	33,3	2,0	6	2	5	33
Lesotho	2014	20,3	25,9	5,6	7	2	18	7
Namibie	2013	-	-	-	24	2	7	22

Sources: les rapports nationaux des dernières enquêtes (EDS) des années 2000 et 2010.

^a Femmes en union à l'enquête âgées de 25 à 49 ans ; hommes en union à l'enquête âgés de 30 à 49 (ou 54) ans.^b % de femmes en union à l'enquête (15-49 ans) dont le conjoint n'a pas d'autres épouses.^c Générations de femmes en union âgées de 20 à 29 ans à l'enquête.

Tableau A.4 : Evolutions des indices synthétiques de fécondité (1960-2020) et des pratiques modernes de la contraception (1980-2020) (47 pays)

Sous - régions et pays	Indice synthétique de fécondité						Pratique contraceptive moderne (femmes en union de 15-49 ans)				
	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1980	1990	2000	2010	2020
AFRIQUE DE L'OUEST	6.6	6.8	6.9	6.4	6.0	5.2	1.1	3.5	8.3	11.1	20.9
Bénin	6.4	6.8	7.0	6.6	5.8	4.9	0.4	1.5	6.2	7.4	14.0
Burkina Faso	6.4	6.7	7.2	6.9	6.4	5.2	0.4	2.8	6.0	15.6	30.4
Cap-Vert	7.0	6.9	6.1	5.1	3.2	2.3	10.1	23.1	47.9	59.7	63.7
Côte d'Ivoire	7.8	7.9	7.3	6.4	5.7	4.7	0.6	2.5	7.8	11.9	20.8
Gambie	6.2	6.2	6.3	6.1	5.8	5.3	2.4	6.7	11.5	9.6	10.4
Ghana	6.8	6.9	6.3	5.3	4.6	3.9	5.0	6.7	14.9	19.2	29.5
Guinée	6.1	6.3	6.6	6.5	5.9	4.7	0.2	0.8	4.3	5.1	8.1
Guinée-Bissau	6.0	6.1	6.7	6.5	5.6	4.5	0.6	2.3	5.3	11.7	17.8
Liberia	6.5	6.8	7.0	6.3	5.7	4.4	3.7	6.6	8.7	14.4	31.4
Mali	7.0	7.2	7.2	7.2	6.9	5.9	0.4	2.2	6.5	8.8	15.4
Mauritanie	6.8	6.8	6.3	5.7	5.3	4.6	0.2	1.3	5.0	7.3	14.5
Niger	7.5	7.6	7.9	7.8	7.7	7.0	0.5	1.8	6.7	11.3	16.6
Nigeria	6.4	6.6	6.8	6.4	6.1	5.4	0.8	3.6	8.4	10.0	20.2
Sénégal	7.1	7.3	7.3	6.2	5.3	4.7	0.9	3.8	8.7	12.0	27.8
Sierra Leone	6.3	6.6	6.7	6.7	6.1	4.3	1.3	3.1	4.4	9.8	22.4
Togo	6.7	7.2	7.1	5.9	5.3	4.4	1.0	4.0	9.7	14.4	21.8
AFRIQUE CENTRALE	6.1	6.5	6.7	6.7	6.4	5.5	2.1	3	6.6	9.2	14.3
Angola	6.9	7.5	7.5	7.1	6.6	5.6	1.0	2.7	5.1	11.6	14.8
Cameroun	5.8	6.3	6.7	6.2	5.5	4.6	0.8	3.7	9.3	14.1	24.0
Centrafrique	5.9	6.0	5.9	5.7	5.5	4.8	0.8	2.1	8.7	12.0	19.0
Congo	6.0	6.3	5.8	5.0	4.9	4.5	1.9	4.3	9.7	19.0	25.7
Congo (R.D)	6.0	6.3	6.6	6.8	6.7	6.0	3.2	3.0	6.3	6.6	11.0
Gabon	4.6	5.2	5.7	5.3	4.4	4.0	3.1	6.6	13.5	18.4	25.8
Guinée Equatoriale	5.7	5.8	5.9	6.0	5.7	4.6	1.4	3.1	5.6	9.2	14.0
Sao Tomé-et-Principe	6.3	6.5	6.2	5.7	5.1	4.4	7.4	14.2	24.6	35.2	42.5
Tchad	6.3	6.7	7.0	7.4	7.2	5.8	0.2	0.7	2.4	3.9	6.5

Tableau A.4 : suite et fin

Sous - régions et pays	Indice synthétique de fécondité						Prévalence contraceptive, méthodes modernes (femmes en union de 15-49 ans)				
	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1980	1990	2000	2010	2020
AFRIQUE DE L'EST	7.1	7.1	7.0	6.4	5.8	4.4	2.9	7.8	16.5	28.6	41.2
Burundi	7.1	7.3	7.4	7.3	6.8	5.5	0.4	2.1	8.2	17.9	27.3
Comores	6.9	7.1	7.1	6.1	5.2	4.2	2.6	7.1	15.5	14.6	20.9
Djibouti	6.5	6.8	6.5	5.9	4.2	2.8	0.9	3.1	6.2	16.3	26.5
Erythrée	6.8	6.6	6.7	6.3	5.1	4.1	0.5	2.3	6.3	7.6	12.7
Ethiopie	6.9	7.1	7.4	7.1	6.2	4.3	0.8	2.7	6.3	25.2	38.8
Kenya	8.1	8.0	7.2	5.7	5.0	3.5	6.4	20.3	32.0	44.6	61.4
Madagascar	7.3	7.2	6.5	6.1	5.3	4.1	1.1	4.1	13.2	30.8	43.1
Malawi	7.0	7.4	7.6	6.5	6.0	4.3	1.7	6.1	25.4	42.7	62.0
Maurice	6.2	3.5	2.3	2.2	1.9	1.4	37.4	44.7	47.4	41.1	41.6
Mozambique	6.6	6.7	6.4	6.1	5.8	4.9	1.3	3.8	11.9	12.8	25.9
Ouganda	7.1	7.1	7.1	7.1	6.7	5.0	0.8	3.5	16.8	24.0	38.7
Rwanda	8.2	8.3	8.4	6.6	5.4	4.1	0.6	7.6	6.1	41.0	52.0
Somalie	7.3	7.1	7.1	7.5	7.5	6.1	0.0	0.1	0.4	2.2	9.9
Soudan du Sud	6.8	6.9	6.8	6.7	6.0	4.7	0.8	2.1	3.3	3.6	6.2
Tanzanie	6.8	6.8	6.6	6.1	5.7	4.9	1.9	5.9	18.7	27.6	37.7
Zambie	7.3	7.4	6.9	6.3	6.0	4.7	2.0	7.1	21.3	38.5	51.3
Zimbabwe	7.3	7.4	6.3	4.4	3.7	3.6	19.4	37.5	51.8	57.8	67.7
AFRIQUE AUSTRALE	6.0	5.6	5.0	3.6	2.7	2.5	32.4	44.4	54.7	57.5	57.5
Afrique du Sud	6.0	5.5	4.9	3.5	2.6	2.4	35.6	47.6	57.5	58.3	56.7
Botswana	6.7	6.6	6.0	4.1	3.2	2.9	14.9	33.6	44.3	54.3	60.2
Eswatini	6.8	6.9	6.6	4.8	3.8	3.0	7.8	18.3	31.3	58.0	65.2
Lesotho	5.8	5.8	5.4	4.5	3.7	3.2	4.8	15.7	29.4	49.0	63.9
Namibie	6.2	6.6	6.2	4.9	3.6	3.4	12.9	27.1	42.5	54.8	59.7
TOTAL AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	6.6	6.8	6.7	6.2	5.6	4.7	4.1	7.7	14.2	20.2	29.9

Source pour la fécondité: Nations unies (2019a), *World Population Prospects 2019*. Pour la contraception, Nations unies (2019b), *Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2019*.

Tableau A.5: Niveau, calendrier et caractéristiques de la fécondité dans les années 2010 dans 39 pays africains

Sous-régions et pays	Date de la dernière enquête EDS	Indice synthétique de fécondité ^a	Nombre d'enfants à 40-49 ans	Nombre idéal d'enfants à 25-34 ans	Âge médian à la 1ère naissance ^b	% d'adolescentes(15-19 ans) ayant débuté leur vie féconde	% fécondité réalisée avant 25 ans ^c	Intervalle entre naissances ^d
AFRIQUE DE L'OUEST								
Bénin	2017-18	5,7	6,0	5,0	20,5	20	32	34,1
Burkina Faso	2010	5,2	6,3	5,6	19,9	24	33	35,9
Cap-Vert	2005	2,9	4,6	2,5	22,0	19	41	43,4
Côte d'Ivoire	2011-12	5,2	5,8	5,3	19,6	30	34	36,8
Gambie	2013	5,6	6,0	5,6	20,1	18	28	34,2
Ghana	2014	4,2	4,9	4,2	21,4	14	28	39,4
Guinée	2012	5,1	6,0	5,9	19,1	34	35	37,2
Liberia	2013	4,7	6,2	4,9	18,9	31	39	37,4
Mali	2012-13	6,1	5,9	5,9	19,6	39	35	33,5
Mauritanie	2000-01	4,7	5,8	6,4	20,7	16	27	35,0
Niger	2012	7,6	7,9	9,3	18,6	40	36	30,9
Nigeria	2013	5,5	6,3	6,5	20,2	22	28	31,7
Sénégal	2017	4,6	5,5	5,3	21,8	16	28	34,6
Sierra Leone	2013	4,9	5,9	5,1	19,4	28	35	36,0
Togo	2013-14	4,8	5,3	4,3	20,9	17	30	38,0
AFRIQUE CENTRALE								
Angola	2015-16	6,2	6,0	5,1	19,5	35	34	31,0
Cameroun	2011	5,1	5,9	5,6	19,5	25	35	32,7
Congo	2011-12	5,1	5,0	5,0	19,6	33	36	38,8
Congo RD	2013-14	6,6	6,4	6,3	19,9	27	31	30,4
Gabon	2012	4,1	5,0	4,7	19,5	28	30	37,6
Guinée Equatoriale	2011	5,1	5,8	5,9	18,2	42	40	34,4
Tchad	2014-15	6,4	7,6	8,4	18,2	36	37	29,3
Sao Tomé-et-Principe	2008-09	4,9	4,9	3,6	19,5	23	31	44,2
AFRIQUE DE L'EST								
Burundi	2016-17	5,5	6,3	3,9	21,5	4	25	33,8
Comores	2012	4,3	5,3	5,5	23,0	11	22	31,0
Erythrée	2002	4,8	5,9	5,9	21,4	14	27	33,6
Ethiopie	2016	4,6	6,4	4,6	19,2	13	30	34,5
Kenya	2014	3,9	4,9	3,5	20,3	18	38	36,3
Madagascar	2008-09	4,8	5,5	4,6	20,1	32	40	32,7
Malawi	2015-16	4,4	5,9	3,7	19,0	29	40	41,0
Mozambique	2011	5,9	5,5	5,0	19,4	38	37	34,8
Ouganda	2016	5,4	6,8	4,8	19,2	25	37	31,9
Rwanda	2014-15	4,2	5,5	3,4	22,7	7	47	38,5
Tanzanie	2015-16	5,2	5,7	4,7	19,7	27	35	35,0
Zambie	2013-14	5,3	6,3	4,8	19,1	29	36	34,9
Zimbabwe	2015	4,0	4,2	3,9	20,3	22	39	43,7
AFRIQUE AUSTRALE								
Afrique du Sud	2016	2,6	2,9	2,6	21,3	16	39	55,0
Lesotho	2014	3,3	3,8	3,0	20,9	19	41	45,8
Namibie	2013	3,6	3,7	3,3	21,6	19	35	45,1

Sources: les rapports nationaux des dernières enquêtes (EDS) des années 2010.

Note : pour un tableau identique sur les années 1990 (30 pays), voir Tabutin et Schoumaker (2004).

^a Nombre moyen d'enfants qu'aurait finalement une femme à 50 ans selon les taux de fécondité par âge de l'année considérée.^b Femmes de 25 à 49 ans^c Somme des taux de fécondité à 15-19 et 20-24 ans divisée par la somme des taux de fécondité de 15-19 à 45-49 ans.^d Nombre médian de mois écoulés depuis la naissance précédente, toutes femmes 15-49 ans.

Tableau A.6 : Evolutions des espérances de vie et des quotients (‰) de mortalité de 0 à 5 ans de 1960-64 à 2015-19 (47 pays)

Sous - régions et pays	Espérance de vie						Quotient de mortalité de 0 à 5 ans					
	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19
AFRIQUE DE L'OUEST												
Bénin	37.7	41.9	46.7	48.3	49.5	57.3	297	257	216	202	162	91
Burkina Faso	38.4	43.5	48.3	55.1	56.2	61.3	296	255	208	169	135	96
Cap-Vert	35.6	40.3	48.4	49.3	51.6	60.9	327	283	229	204	173	84
Côte d'Ivoire	49.0	54.9	62.1	65.5	69.9	72.7	184	134	82	59	30	20
Gambie	38.3	46.3	52.1	52.7	49.5	57.2	299	215	164	152	136	87
Ghana	32.8	40.1	48.2	52.9	56.9	61.5	351	267	200	153	106	68
Guinée	46.9	50.0	53.1	57.8	57.5	63.7	205	177	151	114	94	52
Guinée-Bissau	35.4	37.4	43.1	51.3	51.3	61.0	327	311	265	216	161	81
Liberia	38.2	41.4	44.9	47.9	51.4	57.8	290	260	228	204	161	82
Mali	35.1	40.9	47.0	46.2	52.8	63.6	315	266	231	258	153	74
Mauritanie	28.6	34.2	41.6	46.6	50.0	58.7	408	356	294	246	196	105
Niger	46.2	51.3	56.3	60.2	60.9	64.6	233	189	151	115	113	79
Nigeria	35.3	36.3	40.3	45.0	51.6	61.8	323	325	314	293	194	85
Sénégal	38.1	42.0	46.0	45.9	46.9	54.2	288	249	212	213	172	102
Sierra Leone	38.6	40.9	51.3	57.6	58.9	67.5	293	276	186	138	114	45
Togo	32.5	37.3	40.5	37.6	42.0	54.1	379	318	276	259	217	110
	41.9	48.1	53.6	55.8	53.9	60.5	259	208	167	142	124	75
AFRIQUE CENTRALE												
Angola	40.9	44.8	47.9	49.3	50.6	59.4	263	226	198	184	164	96
Cameroun	38.3	41.8	44.7	45.2	48.1	60.5	297	259	231	223	192	81
Centrafrique	43.0	47.9	52.4	52.6	51.8	58.8	245	201	161	158	140	88
Congo	37.5	44.3	49.8	48.1	44.1	52.7	295	233	180	176	172	122
Congo (RD)	47.2	51.7	54.8	53.7	53.3	64.2	177	134	101	96	107	48
Gabon	41.6	44.8	47.1	49.6	51.8	60.2	255	226	204	182	163	100
Guinée Equatoriale	40.7	49.2	57.2	60.7	57.6	66.1	266	189	123	91	86	48
Sao Tomé-et-Principe	37.4	40.7	46.0	49.9	54.0	58.3	296	265	218	184	143	94
Tchad	51.7	56.7	60.0	58.3	63.1	70.1	162	120	95	108	73	32
	38.7	42.6	45.5	47.2	48.0	53.8	284	246	218	198	178	123

Tableau A.6 : suite et fin

Sous - régions et pays	Espérance de vie						Quotient de mortalité de 0 à 5 ans					
	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19	1960-64	1970-74	1980-84	1990-94	2000-04	2015-19
AFRIQUE DE L'EST	42.7	46.3	48.6	47.7	51.5	64.2	246	214	194	182	121	60
Burundi	42.0	44.2	47.3	47.0	51.4	61.0	251	231	197	182	143	63
Comores	42.5	46.9	52.3	57.8	59.6	64.0	249	208	158	114	101	70
Djibouti	45.2	50.9	54.7	57.0	57.3	66.5	222	171	140	120	106	51
Erythrée	40.1	44.1	47.3	50.8	56.7	65.7	270	224	184	144	81	44
Ethiopie	40.1	43.5	43.5	48.1	53.6	66.0	270	237	237	190	123	55
Kenya	48.4	54.0	58.8	55.7	51.7	66.2	196	148	110	108	94	47
Madagascar	41.2	46.0	49.7	52.7	60.0	66.5	249	210	172	152	87	43
Malawi	37.4	41.1	45.1	46.1	45.6	63.4	324	290	251	205	137	55
Maurice	61.2	63.5	68.1	70.3	72.1	74.8	86	84	31	21	16	13
Mozambique	40.5	41.9	43.5	46.3	49.9	60.1	273	270	259	229	151	73
Ouganda	45.8	49.6	49.8	44.5	49.0	62.8	220	186	184	171	123	63
Rwanda	43.4	45.0	50.3	21.8	50.4	68.4	242	228	180	466	146	38
Somalie	38.0	41.9	45.5	45.0	51.5	56.9	291	253	219	222	161	115
Soudan du Sud	32.7	36.7	39.5	45.3	50.2	57.4	348	304	276	219	165	99
Tanzanie	44.2	47.8	50.5	49.7	52.7	64.8	236	204	179	164	105	57
Zambie	47.7	51.2	52.7	46.4	46.0	63.3	197	168	161	185	138	61
Zimbabwe	54.2	57.5	60.8	54.4	43.7	60.8	139	111	93	87	100	51
AFRIQUE AUSTRALE	49.2	53.8	59.2	62.7	53.0	63.3	181	137	83	60	81	39
Afrique du Sud	49.3	54.0	59.4	63.3	53.9	63.6	180	135	81	57	77	35
Botswana	50.4	55.1	60.1	56.5	50.1	69.1	156	108	62	59	82	38
Eswatini	44.5	49.9	57.6	60.9	43.6	59.3	221	171	101	76	131	54
Lesotho	48.5	51.8	58.1	58.6	44.2	53.5	188	167	110	91	122	87
Namibie	48.3	53.9	58.0	61.2	50.6	63.0	187	134	101	70	75	45
TOTAL AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	40.9	44.9	48.5	49.1	50.6	60.5	263	227	195	183	142	78

Source: Nations unies (2019a), *World Population Prospects 2019*.

Tableau A.7 : Conditions d'accouchement, mortalité et santé des enfants dans les années 2010 dans 39 pays africains

Sous-régions et pays	Date de la dernière enquête EDS	Quotients de mortalité (‰)a			% de naissances sans aucune consultation prénatale ^b	% d'accouchements sans personnel qualifié ^c	% d'enfants vaccinés ^d	% d'enfants malnutris ^e
		néonatale	< 1an	0 – 5 ans				
AFRIQUE DE L'OUEST								
Bénin	2017-18	30	55	96	11	22	57	32
Burkina Faso	2010	28	65	129	5	77	81	35
Cap-Vert	2005	17	30	35	3	6	86	-
Côte d'Ivoire	2011-12	38	68	108	8	41	51	30
Gambie	2013	22	34	54	-	36	76	26
Ghana	2014	29	41	60	3	41	77	19
Guinée	2012	39	67	123	13	59	37	31
Liberia	2013	26	54	94	2	39	55	32
Mali	2012-13	34	56	95	25	41	39	38
Mauritanie	2001	-	74	116	35	43	32	35
Niger	2012	24	51	127	14	31	52	44
Nigeria	2013	37	69	128	34	62	25	37
Sénégal	2017	28	42	56	3	32	75	17
Sierra Leone	2013	39	92	156	3	40	68	38
Togo	2013-14	27	49	88	7	55	62	28
AFRIQUE CENTRALE								
Angola	2015-16	24	44	68	18	50	31	38
Cameroun	2011	31	62	122	15	36	53	32
Congo	2011-12	22	39	68	7	17	46	24
Congo RD	2013-14	28	58	104	10	20	45	43
Gabon	2012	26	43	65	5	13	32	17
Guinée Equatoriale	2011	33	65	113	8	32	27	26
Tchad	2014-15	34	72	133	35	76	25	40
Sao Tomé-et-Principe	2008-09	18	38	63	1	18	77	29

Tableau A.7 : suite et fin

Sous -régions et pays	Date de la dernière enquête EDS	Quotients de mortalité (‰)a			% de naissances sans aucune consultation prénatale ^b	% d'accouchements sans personnel qualifié ^c	% d'enfants vaccinés ^d	% d'enfants malnutris ^e
		néonatale	< 1an	0 – 5 ans				
AFRIQUE DE L'EST								
Burundi	2016-17	23	47	78	1	15	85	55
Comores	2012	24	36	50	7	18	62	30
Erythrée	2002	24	48	93	29	62	76	38
Ethiopie	2016	29	48	67	37	82	38	38
Kenya	2014	22	39	52	8	38	71	26
Madagascar	2008-09	24	48	72	9	56	62	50
Malawi	2014-15	27	42	64	2	10	76	37
Mozambique	2011	30	64	97	6	46	66	43
Ouganda	2016	27	43	64	3	26	55	29
Rwanda	2014-15	20	32	50	3	10	93	38
Tanzanie	2015-16	25	43	67	2	36	75	34
Zambie	2013-14	24	45	95	2	36	69	40
Zimbabwe	2015	29	50	69	7	22	76	27
AFRIQUE AUSTRALE								
Afrique du Sud	2016	20	35	42	6	3	61	27
Lesotho	2014	24	59	85	5	22	68	33
Namibie	2013	20	39	54	13	12	68	24
Sources : les rapports nationaux des dernières enquêtes EDS des années 2000 et 2010.								
Note: pour un tableau identique sur les années 1990 (30 pays), voir Tabutin et Schouma								
^a Probabilité de décéder de la naissance à l'âge d'un mois, d'un an et de cinq ans au cours des 5 ans précédents l'enquête.								
^b Sans aucune visite pendant la grossesse auprès d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme.								
^c C'est-à-dire sans médecin, infirmière, sage-femme ou équivalent.								
^d Enfants de 12 à 23 mois qui ont reçu tous les vaccins (BCG, DTCTaboq, polio et rougeole).								
^e Indice taille-pour-âge, mesure de la sous-nutrition chronique (moyenne et sévère).								

Tableau A.8 : Structures par grand groupe d'âges, âge médian et rapport de dépendance en 1980, 2000 et 2020 dans 47 pays africains

Sous -régions et pays	% de moins de 15 ans						% de plus de 60 ans						Age médian (en années)						Rapports de dépendance ^a (%) en 2020
	1980			2000			2020			1980			2000			2020			
	1980	2000	2020	1980	2000	2020	1980	2000	2020	1980	2000	2020	1980	2000	2020				
AFRIQUE DE L'OUEST																			
Bénin	44,7	45,1	41,9	6,5	5,0	5,1	4,8	4,7	4,6	17,6	17,7	17,3	18,2	95,9					
Burkina Faso	44,7	45,1	41,9	6,5	5,0	5,1	4,8	4,7	4,6	17,6	17,7	17,3	18,2	88,8					
Cap-Vert	45,6	46,8	44,4	5,3	4,3	3,9	4,3	7,3	3,9	17,1	16,4	17,6	18,8	93,4					
Côte d'Ivoire	47,3	43,0	28,1	6,8	7,3	7,6	6,8	4,3	4,7	16,0	18,0	16,4	27,6	55,4					
Gambie	45,3	43,6	41,5	4,3	4,6	4,7	4,3	4,6	4,7	17,5	18,0	16,5	18,9	85,8					
Ghana	43,6	47,1	44,0	3,9	4,2	3,9	4,4	4,2	3,9	18,4	16,5	17,8	18,9	91,9					
Guinée	46,9	42,5	37,1	4,4	4,5	4,5	4,4	4,5	4,7	16,4	18,5	16,5	21,5	73,7					
Guinée-Bissau	43,3	46,4	43,0	5,6	5,3	4,7	5,6	4,5	4,6	18,3	16,7	18,0	18,8	86,9					
Liberia	43,5	45,4	41,9	6,1	4,5	4,6	4,5	4,6	4,6	18,3	17,0	18,8	19,4	83,9					
Mali	44,9	42,7	40,4	5,1	5,5	5,2	5,1	5,5	5,2	17,5	18,4	16,6	16,3	103,5					
Mauritanie	44,1	46,6	47,0	5,6	5,0	3,9	5,6	5,0	3,9	17,9	16,6	16,6	16,3	81,1					
Niger	45,5	43,5	39,7	4,7	5,0	5,1	4,7	5,0	5,1	17,1	17,9	20,1	17,3	116,4					
Nigeria	48,1	48,3	49,7	3,4	4,0	4,1	3,4	4,0	4,1	16,0	15,9	15,2	18,1	92,3					
Sénégal	44,1	43,6	43,5	4,7	4,7	4,5	4,7	4,7	4,5	18,0	17,9	18,1	18,5	90,1					
Sierra Leone	46,3	44,7	42,6	4,5	5,0	4,8	4,5	5,0	4,8	16,8	17,3	18,5	19,4	87,7					
Togo	42,5	44,2	40,3	6,2	5,2	4,6	6,2	5,2	4,6	18,8	17,7	19,4	19,4	82,9					
	46,4	43,3	40,6	4,8	4,6	4,7	4,8	4,6	4,7	16,8	18,0	18,0	19,4	101,8					
AFRIQUE CENTRALE																			
Angola	44,7	45,8	45,0	5,1	4,7	4,4	5,1	4,7	4,4	17,6	17,0	17,3	17,3	105,7					
Cameroon	46,1	47,2	46,4	4,3	4,2	3,7	4,3	4,2	3,7	16,8	16,3	16,7	16,7	100,0					
Centrafrique	44,7	45,1	42,1	5,8	4,9	4,3	5,8	4,9	4,3	17,7	17,2	18,7	18,7	94,8					
Congo	42,2	43,3	43,5	6,7	5,4	4,5	6,7	5,4	4,5	18,8	18,1	17,6	17,6	86,8					
Congo (R.D)	46,1	42,2	41,3	5,0	4,3	4,5	5,0	4,3	4,5	16,9	18,6	19,2	19,2	101,1					
Gabon	44,6	45,5	45,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	17,7	17,2	17,0	17,0	94,7					
Gabon	39,3	41,0	37,3	9,2	7,6	5,4	9,2	7,6	5,4	21,4	19,3	22,5	22,5	86,0					
Guinée Equatoriale	39,0	40,6	36,8	7,4	5,6	3,8	7,4	5,6	3,8	20,7	19,6	22,3	22,3	98,2					
Sao Tomé et Principe	47,6	44,4	41,8	6,4	5,2	5,0	6,4	5,2	5,0	16,1	17,2	18,6	18,6	114,2					
Chad	45,1	48,9	46,5	5,6	4,4	3,9	5,6	4,4	3,9	17,5	15,5	16,6	16,6						

Tableau A.8 : suite et fin

Sous -régions et pays	% de moins de 15 ans				% de plus de 60 ans				Age médian (en années)			Rapports de dépendance ^a (%) en 2020
	1980	2000	2020		1980	1980	2000		2020	1980	1980	
AFRIQUE DE L'EST												
Burundi	46,2	45,8	41,8		4,7	4,4	4,6		16,8	16,9	18,7	100,7
Comores	44,7	50,1	45,3		5,0	3,8	4,1		17,4	15,0	17,3	116,8
Djibouti	44,8	44,0	39,0		5,2	4,7	5,1		17,5	17,7	20,4	94,9
Erythrée	46,5	41,0	28,9		3,9	4,8	7,4		16,5	19,3	26,6	84,3
Ethiopie	44,3	45,7	41,1		4,3	6,2	6,4		17,8	16,6	19,2	108,1
Kenya	45,1	46,5	39,9		5,1	4,8	5,3		17,6	16,6	19,5	105,2
Madagascar	50,1	45,2	38,6		4,4	3,5	4,2		15,0	17,0	20,1	95,1
Malawi	46,2	45,2	40,1		5,1	4,6	5,0		16,8	17,3	19,6	98,9
Maurice	45,9	46,1	43,0		4,8	4,8	4,1		17,1	16,9	18,1	103,7
Mozambique	35,6	25,8	16,8		5,8	8,9	18,4		21,5	29,0	37,5	53,1
Ouganda	43,4	44,5	44,1		5,5	5,2	4,4		18,3	17,6	17,6	98,9
Rwanda	47,0	49,7	46,0		4,3	3,4	3,2		16,4	15,2	16,7	113,2
Somalie	48,0	44,4	39,5		3,6	4,8	5,1		16,0	17,4	20,0	96,6
Soudan du Sud	43,8	47,2	46,1		5,1	4,3	4,6		18,1	16,5	16,7	106,0
Tanzanie	44,3	44,8	41,3		4,5	5,0	5,2		17,8	17,6	19,0	99,2
Zambie	46,3	44,8	43,6		4,2	4,2	4,2		16,8	17,4	18,0	95,8
Zimbabwe	48,5	46,4	44,0		4,1	3,7	3,4		15,7	16,6	17,6	100,6
	49,7	42,1	41,9		4,4	4,6	4,6		15,1	18,2	18,7	87,3
AFRIQUE AUSTRALE												
Afrique du Sud	41,6	34,7	29,5		6,1	6,7	8,3		19,0	22,1	27,0	70,7
Botswana	40,9	33,9	28,8		6,1	6,9	8,5		19,4	22,6	27,6	68,8
Eswatini	48,5	38,7	33,4		5,1	4,9	7,0		15,7	19,7	24,0	77,1
Lesotho	50,1	43,0	37,4		4,2	4,5	5,7		15,0	17,7	20,7	90,6
Namibie	45,8	40,0	32,2		6,4	6,0	7,5		16,9	19,0	24,0	85,3
	46,5	42,0	36,8		5,6	4,8	5,6		16,7	18,5	21,8	88,2
TOTAL AFRIQUE SUB-SAHARIENNE	45,1	44,3	42,1		4,9	4,7	4,8		17,4	17,6	18,7	96,3

Source : United Nations (2019a).

^a Rapport de la population de moins de 15 ans et de plus de 60 ans à la population des 15-59 ans.

Comité d'édition

Ester Rizzi, Christine Schnor, Isabelle Theys

Responsable

Ester Rizzi

Référence de ce document

Tabutin D, Schoumaker B. (2020), *La démographie de l'Afrique subsaharienne au 21e siècle. Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050, Document de Travail 10*, Centre de recherche en démographie, Louvain-la-Neuve, 124 p.

Contact

Isabelle Theys
Centre de recherche en démographie
Université catholique de Louvain
1 Place Montesquieu bte L2.08.03
1348 Louvain-la-Neuve, Belgique
Tél. 32 10 47 29 51 Fax 32 10 47 29 52
isabelle.theys@uclouvain.be