



LES CHRONIQUES RÉGIONALES DE POPULATION

Avant-propos

Depuis sa création en 1946, l'un des objectifs de la revue *Population* est d'informer sur la situation démographique de la France. En 1970 paraissait le premier article de conjoncture démographique, qui est rapidement devenu annuel. La revue continue de remplir cette mission mais s'est aussi largement internationalisée. Depuis 2004, elle propose des articles de synthèse sur l'évolution de la population dans les différentes régions du monde. La responsabilité de ce projet a été confiée à Dominique Tabutin, professeur émérite de l'Université catholique de Louvain-la-Neuve et membre du comité de rédaction de la revue.

L'objectif de ces chroniques est de présenter un large panorama de la situation démographique des grandes régions du monde, accompagné de séries statistiques fiables et actualisées. En s'appuyant également sur des données géographiques, socioéconomiques et épidémiologiques, elles rendent compte des spécificités des populations sur un temps long, en abordant tout à la fois les évolutions des effectifs et des structures des populations, la fécondité, la nuptialité, les migrations, la mortalité, les projections démographiques, et d'autres sujets plus spécifiques à la région étudiée comme l'urbanisation, le vieillissement, le VIH, etc.

L'intérêt des lecteurs et des lectrices pour ces chroniques est manifeste, elles font partie des articles les plus téléchargés de la revue. Par leur contenu et leur style, elles s'adressent tout autant à un lectorat averti de démographes, qu'aux enseignant-e-s, étudiant-e-s, journalistes, et toute personne s'intéressant aux enjeux démographiques contemporains.

Après avoir fait le « tour du monde » des régions grâce à l'implication de nombreux auteur-e-s (Afrique subsaharienne en 2004, monde Arabe et Moyen-Orient en 2005, Amérique latine et Caraïbes en 2006, Asie du Sud en 2008, Asie de l'Est et du Sud-Est en 2009, Océanie en 2010, Europe en 2011, Canada et États-Unis en 2012), il est temps de mettre à jour ces chroniques en commençant par la plus ancienne qui porte sur la région du monde caractérisée par la plus forte croissance démographique : l'Afrique subsaharienne. Dominique Tabutin et Bruno Schoumaker, auteurs des premières chroniques, ont donc repris leur plume pour décrire les évolutions les plus récentes observées depuis le début du ^{xxi}^e siècle dans cette région de plus d'un milliard d'habitants.

Nous vous en souhaitons une excellente lecture !

Les rédactrices en chef
Géraldine DUTHÉ, Olivia SAMUEL et Anne SOLAZ



Dominique TABUTIN* et Bruno SCHOUMAKER*

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

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

Des années 1950 au début des années 1980, l'Afrique subsaharienne (51 pays⁽¹⁾, 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, 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 changements dans les dynamiques démographiques de la région s'accélérent dans les années 1980 et 1990, et se diversifient entre sous-régions et pays, avec des diminutions souvent notables de la mortalité, quelques premiers ralentissements de la fécondité, mais sans recul du rythme d'augmentation des populations. Ces années sont aussi celles du sida, de l'impact des crises économiques et des plans d'ajustement structurel, du maintien de la pauvreté et des conflits politiques. L'Afrique⁽²⁾ est néanmoins entrée en début de transition démographique, à des rythmes divers, 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

(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.

(2) Dans cet article, quand on se réfère à l'Afrique ou la population africaine, il s'agit de l'Afrique subsaharienne.

* 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

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 XXI^e siècle ? Quels sont les éléments majeurs du changement, les freins et résistances dans des sociétés qui évoluent et se sont ouvertes au monde, se sont scolarisées et urbanisées ? L'Afrique rattrape-t-elle les autres régions du monde, et si oui dans quel domaine et comment ? Si on constate des évolutions dans les dynamiques démographiques ou certaines de leurs composantes, 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 ? L'Afrique pourra-t-elle bénéficier d'un dividende démographique lié au recul de la fécondité et au changement des structures par âge qui en résultent (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 pendant près de 20 ans, de la fin des années 1990 à la fin des années 2010. Cet 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 XXI^e siècle, seront abordés successivement :

- les effectifs et croissances des populations
- les grands modèles de transition
- la nuptialité (âge au mariage, célibat, rupture, polygamie)
- la fécondité et ses variables intermédiaires, dont la contraception
- la mortalité (générale, infanto-juvénile, maternelle, les causes de décès et notamment le sida)
- les migrations internes et l'urbanisation
- les migrations internationales.

Nous terminerons 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 les questions de recherche qui nous semblent prioritaires.

La démarche et les indicateurs

Cette chronique adopte 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, ainsi que quelques grands éléments explicatifs des changements observés. Nous utiliserons notamment les indicateurs classiques en démographie que sont le taux de natalité, de mortalité ou d'accroissement naturel, l'âge médian à la première union, 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... L'annexe statistique (8 tableaux) présente l'évolution de certains de ces indicateurs depuis 1960 ou 1980 pour 47 pays et 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 démographique et de santé (EDS) dans les années 2010.

Les sources d'informations

Cette synthèse repose sur les résultats de la littérature scientifique récente à propos de 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 thématique⁽³⁾; 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...), par les programmes EDS 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 réalisées 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 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

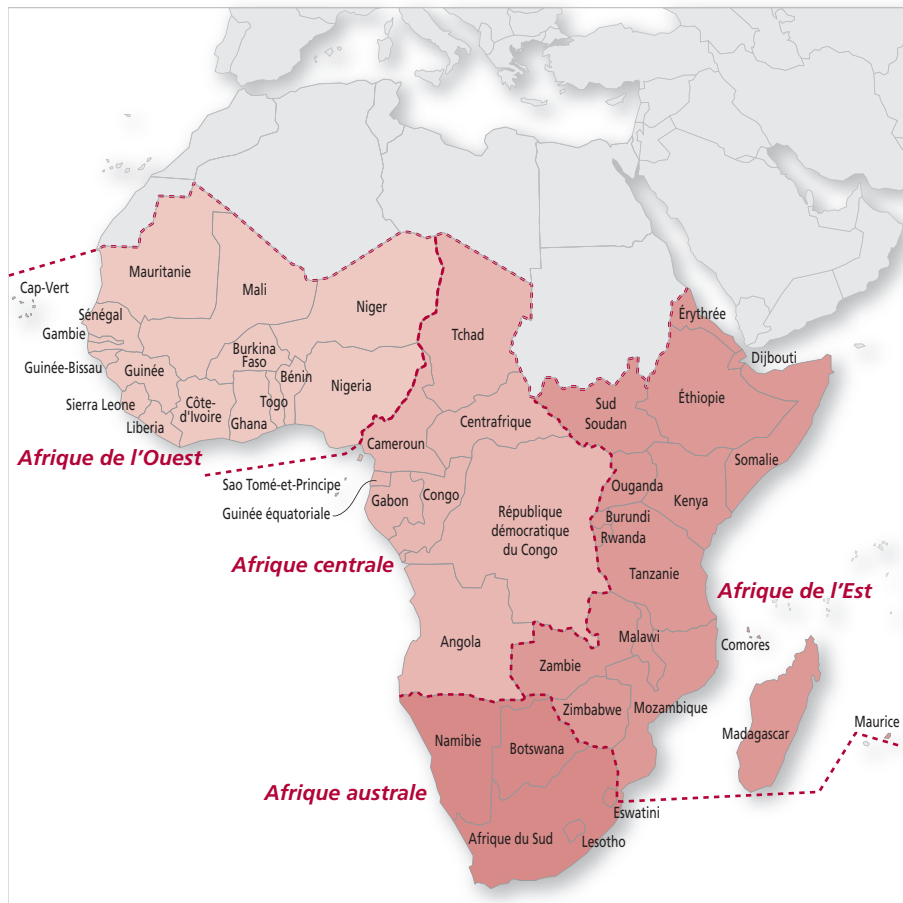
(3) Dans des revues aussi diverses que *Population and Development Review*, *African Population Studies*, *Population*, *Cahiers québécois de démographie*, *Demography*, *Population Studies*, *PlosONE*, *International Migration Review*, etc.

au niveau national⁽⁴⁾, peu exploité et inutilisable dans la plupart des pays, en dehors de l'Afrique du Sud, Maurice ou Sao Tomé-et-Principe.

La géographie

La carte ci-après présente la localisation géographique des 51 pays rattachés à l'Afrique subsaharienne (selon la définition des Nations unies) et leur regroupement classique en 4 sous-régions : l'Afrique de l'Ouest (17 pays), l'Afrique centrale (9 pays), l'Afrique de l'Est (20 pays) et l'Afrique australe (5 pays). Nous en retenons 47⁽⁵⁾.

Carte. Afrique subsaharienne



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

(5) 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.

Concernant l'examen particulier des inégalités spatiales (milieu d'habitat), socioéconomiques (instruction des femmes, niveau de vie des ménages) ou de genre, sont ici retenus 10 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 depuis 35 ans), le Zimbabwe (un pays 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 présente l'évolution des indicateurs démographiques au cours des années 2000 et 2010 (fécondité, espérance de vie, croissance) et socioéconomiques (indicateur de développement humain, revenu par habitant, alphabétisation, pauvreté) de ces dix pays et illustre clairement la diversité des situations et des rythmes de progrès.

I. 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 de certains progrès...)⁽⁶⁾, 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 différents 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 spatiales et sociales, 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 1,8 % ailleurs), une fécondité très élevée bien qu'en léger déclin (4,7 enfants par femme en 2017 contre 1,7 à 2,8 ailleurs), la mortalité

(6) Pour une présentation détaillée des conséquences macro-économiques des crises 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 Coussy et Vallin (1996).

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 10 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 de développement humain ^(a)		Revenu national par habitant ^(b)		Taux d'analphabétisme adulte (%) ^(c)		Taux de très grande pauvreté (%) ^(d)	
	2000	2017	1995-2000	2015-2020	1995-2000	2015-2020	1995-2000	2015-2020	2000	2017	2000	2017	2000	2017	1990	2015
Afrique subsaharienne	665	1050	5,9	4,8	50	61	2,7	2,7	0,42	0,54	1 869	3 755	43	35	55	41
Afrique du Nord et Moyen-Orient	315	441	3,5	2,8	69	74	2,0	1,8	0,61	0,70	7 264	13 630	33	24	6	4
Amérique latine et Caraïbes	521	635	2,8	2,0	71	75	1,8	1,0	0,69	0,76	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	0,64	2 118	6 550	42	28	47	16
Asie de l'Est et Pacifique	2 014	2 314	1,9	1,8	70	76	1,1	0,7	0,60	0,74	3 246	14 838	9	4	61	2
Pays de l'OCDE	1 197	1 345	1,8	1,7	76	80	0,5	0,3	0,84	0,89	25 308	44 467	-	-	-	-
Burkina Faso	11,6	19,2	6,7	5,2	50	61	3,1	3,0	0,29	0,43	850	1 810	78	59	-	44
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
Niger	11,3	21,6	7,7	7,0	48	62	3,6	3,8	0,25	0,37	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
Cameroun	15,5	24,6	5,8	4,6	51	59	2,7	2,6	0,43	0,56	1 920	3 580	32	23	-	24
Kenya	32,0	50,2	5,3	3,5	52	66	2,8	2,3	0,45	0,57	1 700	3 230	18	18	-	37
Rwanda	7,9	12,0	5,9	4,1	45	68	2,5	2,7	0,33	0,54	630	2 040	35	27	-	55
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
Zimbabwe	11,9	14,2	3,9	3,6	47	61	1,7	2,3	0,44	0,55	2 220	2 580	-	11	-	21
Afrique du Sud	45,0	57,0	2,9	2,4	59	64	1,3	1,1	0,63	0,70	7 540	13 060	-	6	-	19
Monde	6 143	7 548	2,8	2,5	66	72	1,3	1,1	0,64	0,73	7 941	17 099	19	14	36	10

Note : Les 10 pays d'Afrique subsaharienne sont classés par ordre régional (Afrique de l'Ouest, Centrale, de l'Est, Australe) et par ordre alphabétique au sein de chaque région.

Les dernières années pour lesquelles les données sont disponibles dans les bases de données du PNUD, de la Banque mondiale, et de la Division de la population des Nations unies, sont prises en compte. Un tiret signifie une absence de données.

Dans ce tableau, les régions sont définies suivant les critères de la Banque mondiale pour une question de disponibilité de données socioéconomiques, sauf pour l'indice de développement humain (IDH), qui repose sur les définitions du PNUD. Pour l'Afrique subsaharienne, les données démographiques reprises dans ce tableau sont légèrement différentes de celles présentées dans les autres tableaux, qui reposent sur la définition des Nations unies (qui ne comprend pas le Soudan, mais inclut Djibouti). Selon la définition des Nations unies, la population d'Afrique subsaharienne était de 640 millions en 2000, et 1,011 milliard en 2017. Les autres indicateurs sont presque identiques selon les deux définitions. Les chiffres relatifs à l'OCDE en 2000 incluent les pays ayant rejoint l'OCDE après 2000.

(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. Les dates des estimations font référence à 2000 et 2017, sauf pour le Nigeria (2003 et 2017). Dans la classification du PNUD, l'Afrique subsaharienne n'inclut pas la Somalie, le Soudan et Djibouti. La région États Arabes du PNUD est utilisée pour l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient. Elle n'inclut pas Israël, Malte et l'Iran. L'Iran est classée dans l'Asie du Sud par le PNUD.

(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).

Source : Nations unies (2019a) pour les indicateurs démographiques. PNUD (2019) pour l'IDH, Banque mondiale (2017) pour le revenu national, l'alphabétisation et la pauvreté.

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 58 % et celle du reste du monde de 19 %. Son poids est donc passé de 11 % 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 reste 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 (région la plus proche concernant le revenu moyen), 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 1990, mais relativement peu par rapport à l'Asie du Sud ou de l'Est (tableau 1). La pauvreté demeure un des grands défis de l'Afrique subsaharienne (Beegle *et al.*, 2016). L'analphabétisme des adultes a 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 enjeux du développement humain et des dynamiques démographiques en Afrique.

Certains pays du continent ont connu ou connaissent encore depuis 20 ans des conflits ethniques, religieux, régionaux, ou des crises sanitaires (sida, ebola,...) déstabilisant nombre de systèmes agricoles, sociaux et 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.

II. 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 entre les années 1950 (2,2 % par an) et les années 1990 (2,7 %), se poursuit en ce début du XXI^e siècle. Les chiffres sont basés sur la dernière révision des Nations unies (2019a).

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 1,8 % en Afrique du Nord et au Moyen-Orient 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 dont la croissance est beaucoup plus lente (1,2 %), les trois autres grandes sous-régions (tableau 2) présentent des rythmes annuels de 2,7 % ou plus (3,0 % en Afrique centrale) selon les dernières estimations sur 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

Tableau 2. Évolution des effectifs de population et des taux d'accroissement naturel de 1990 à 2020, des 4 sous-régions de l'Afrique et d'une sélection de 12 pays, dont les 5 plus peuplés

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)	181	235	307	402	1,71	2,7	2,8	2,7
Afrique centrale (9)	71	96	132	180	1,87	2,9	3,2	3,0
Afrique de l'Est (20)	197	257	339	445	1,73	2,8	2,9	2,7
Afrique australe (5)	42	51	58	68	1,31	1,4	1,1	1,2
Ensemble (51 pays)	491	640	836	1 094	1,71	2,7	2,8	2,7
Burkina Faso	8,8	11,6	15,6	20,9	1,80	3,1	3,2	3,0
Ghana	14,8	19,3	24,8	31,0	1,61	2,6	2,4	2,2
Niger	8,0	11,4	16,4	24,1	2,14	3,6	3,8	3,8
Nigeria	95,2	122,3	158,5	206,1	1,69	2,5	2,7	2,6
Cameroun	11,8	15,5	20,3	26,5	1,71	2,6	2,7	2,6
RD Congo	34,6	47,1	64,6	89,6	1,90	2,9	3,3	3,2
Éthiopie	47,9	66,2	87,6	115,0	1,74	3,0	2,8	2,6
Kenya	23,7	32,0	42,0	53,8	1,68	2,8	2,9	2,3
Rwanda	7,3	7,9	10,0	13,0	1,63	2,5	2,7	2,6
Tanzanie	25,2	33,5	44,3	59,7	1,78	2,7	3,1	3,0
Zimbabwe	10,4	11,9	12,7	14,9	1,25	1,7	1,8	2,3
Afrique du Sud	36,8	45,0	51,2	59,3	1,32	1,3	1,0	1,1

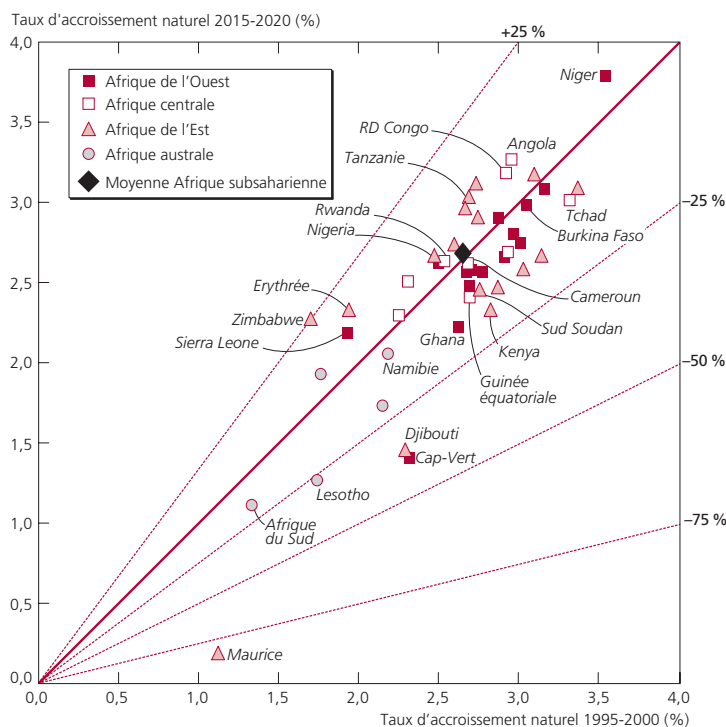
Source : Nations unies (2019a). Données en accès sur www.unpopulation.org

(7) Les données 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.

recul sensible⁽⁸⁾. Les situations varient entre pays, même si les croissances demeurent le plus souvent rapides. Dans notre échantillon de 12 pays (tableau 2), en dehors de l'Afrique du Sud (1,1 %), les croissances annuelles vont, sur la période 2015-2020, 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 des 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.

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 %

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 changements des rythmes de croissance et de déclin de 1995-2000 à 2015-2020.

Lecture : L'Afrique du Sud a connu une baisse inférieure à 25 % de son taux de croissance entre 1997 et 2017, le Zimbabwe une augmentation supérieure à 25 %.

Source : Nations unies (2019a) (figure construite par les auteurs).

(8) Il s'agit ici de 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 transfrontaliers de population (réfugiés, exode), ils sont peu différents dans la plupart des cas des taux d'accroissement total (qui incluent le solde migratoire international).

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, il n'y a pas de relation claire entre les rythmes de diminution 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 à une augmentation considérable des effectifs de population dans la plupart des sous-régions et des pays entre 2000 et 2020 (tableau 2). La région est passée de 640 millions d'habitants en 2000 à 1 094 en 2020 (71 % d'augmentation). Si l'on écarte l'Afrique australe (31 %)⁽⁹⁾, les trois autres sous-régions se situent au-delà de 71 % (87 % en Afrique centrale). Des poids-lourds comme le Nigeria sont passés en 20 ans de 122 à 206 millions d'habitants (69 % d'augmentation), l'Éthiopie de 66 à 115 (74 %), la RD Congo de 47 à 90 millions (90 %) ; quant au Niger, il bat des 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 (63 %), en dépit de changements assez rapides dans sa dynamique démographique. Ce sont des évolutions exceptionnelles dans le monde en ce début du XXI^e siècle, et plus conséquentes que ce que l'on prévoyait il y a seulement 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 âge, fécondité, mortalité, migration). Chaque révision ajuste, 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. Qu'observe-t-on en Afrique durant la période 2000-2020⁽¹⁰⁾ ?

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 établie 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

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

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

an. La région dans son ensemble n'est pas encore entrée en ce début du XXI^e siècle dans un processus de ralentissement démographique.

Ces réajustements à la hausse, qui concernent de nombreux pays, proviennent de deux facteurs : 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 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 60,5 ans. De 120 décès de 0 à 5 ans pour 1 000 naissances prévus en 2008, le risque de mortalité des enfants 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 populations de la région. Projetée à 992 millions en 2002 (variante moyenne), elle est de 1 081 millions en 2008, et finalement estimée à 1 106 millions en 2020. Les projections pour 2020 sur la population du Nigeria par exemple passent de 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 réévaluations successives effectuées 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 africaine au niveau mondial

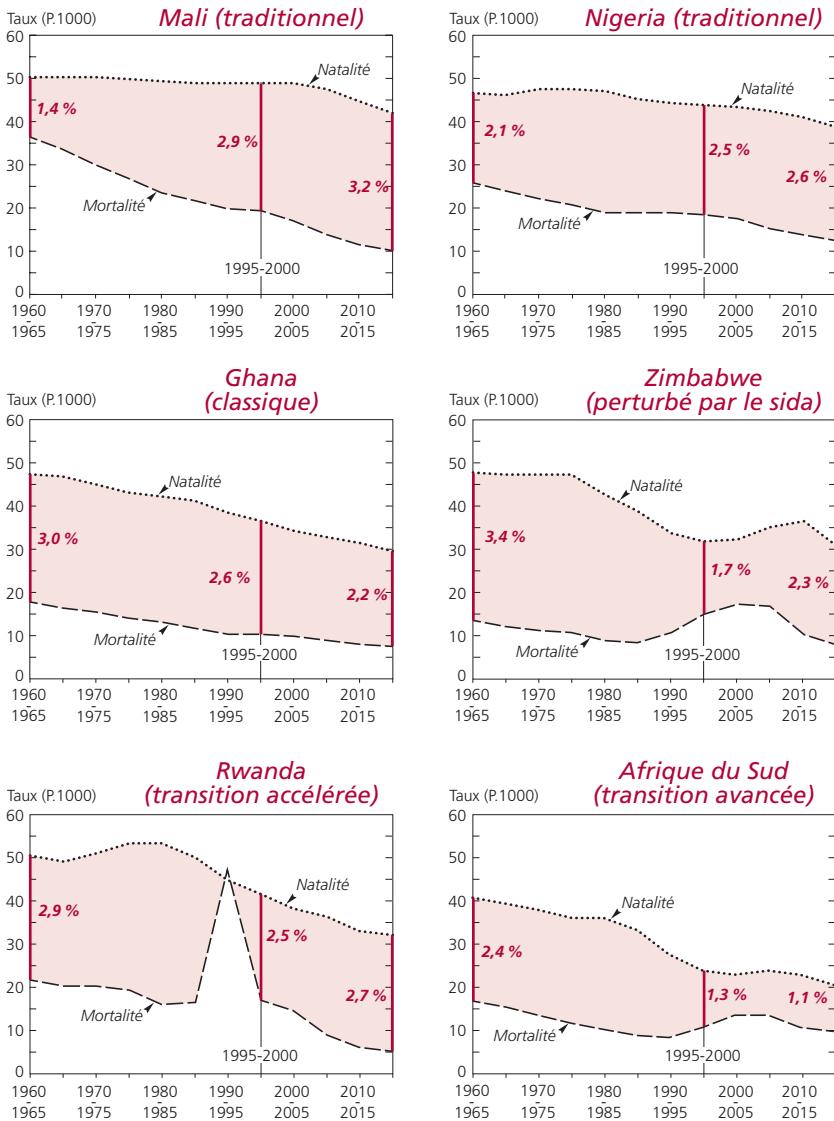
L'Afrique subsaharienne voit augmenter considérablement son poids dans la population mondiale depuis une trentaine d'années : de 9,2 % de la planète en 1990 à 10,5 % en 2000, 12,1 % en 2010 et 14 % prévus en 2020. Elle représentait 19 % de la croissance absolue de la population mondiale de 1990 à 2000, 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 quatre 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.

III. La diversité des transitions démographiques en Afrique

Les synthèses récentes sur les changements démographiques en Afrique s'accordent toutes 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, on évoquait 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.

Figure 2. Les principaux modèles de transition démographique en Afrique subsaharienne de 1960 à 2020
(taux de croissance annuel moyen de la population)



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

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 illustrant la diversité des situations en Afrique. On peut distinguer cinq grands modèles :

- Le modèle, encore quasi traditionnel, illustré par le Mali et le Nigeria : une natalité forte en 2020 (autour de 40 ‰), une mortalité certes en recul mais plus forte qu'ailleurs, une croissance naturelle conséquente (2,5 ‰ à 3 ‰). Sont concernés, 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) et de l'Est (Burundi, Ouganda, Somalie, Soudan du Sud).
- Le modèle relativement précoce et régulier illustré ici par le Ghana : une natalité (30 ‰) 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 hausses importantes de la mortalité dans les années 1990 (liées au sida) suivies de déclin sensibles, une natalité assez faible (entre 20 ‰ et 30 ‰)⁽¹¹⁾, notamment dans les pays d'Afrique australe.
- Le modèle de transition accélérée, qu'on peut voir notamment au Rwanda en dépit du génocide de 1994 : un déclin rapide tant de la natalité que de la mortalité depuis 35 ans, comme au Botswana, en Éthiopie et au Kenya.
- Le modèle de transition avancée (non représenté ici), celui de petits pays ou d'îles (le Cap-Vert, Maurice, les Seychelles...), connaissant une natalité inférieure à 20 ‰, une espérance de vie élevée (supérieure à 70 ans) et une croissance naturelle plus faible (moins de 1,5 ‰). On peut aussi y rattacher l'Afrique du Sud, hormis pendant les 20 années de forte mortalité du fait du sida.

La natalité, l'un des éléments moteurs de la croissance démographique, recule dans beaucoup de pays, mais à des vitesses variables. Le nombre de

(11) Nous reviendrons sur la légère augmentation de la natalité du Zimbabwe de 1995 à 2010.

pays avec un taux de natalité supérieur à 40 ‰ passe de 32 (sur 47) en 1990-1995 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).

IV. Mariages et familles

Outre les difficultés de mesures⁽¹²⁾, 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 demeurerait la règle et la polygamie se maintenait, les âges d'entrée en union commençaient à augmenter et à se diversifier. On voyait clairement apparaître des modèles régionaux de nuptialité, avec d'un côté l'Afrique de l'Ouest (nuptialité précoce, mariage universel, polygamie importante, familles élargies...), de l'autre l'Afrique australe (mariage tardif, célibat non négligeable, peu de polygamie, davantage de nucléarisation familiale...), et l'Afrique de l'Est dans une situation intermédiaire (Lesthaeghe *et al.*, 1989 ; Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Hertrich, 2007).

Qu'en est-il depuis 2000 des 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 ? Ces caractéristiques sont importantes dans la dynamique démographique et sociale et assez bien documentées dans la littérature⁽¹³⁾ et les enquêtes nationales. Leur analyse se base, d'une part, sur plusieurs travaux de synthèse récents (Antoine et Marcoux, 2014 ; Shapiro et Gebreselassie, 2014 ; Hertrich, 2017 ; Meekers et Gage, 2017 ; Calvès *et al.*, 2018b) , et d'autre part, sur 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. Le tableau annexe A.3 présente la situation de la nuptialité des 39 pays ayant effectué une EDS dans les années 2010⁽¹⁴⁾ : 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.

1. Le mariage ou l'union demeure la norme

Le constat effectué il y a 15 ans se maintient : « 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

(12) Sur ce point, voir Antoine (2002) ou Hertrich (2014).

(13) Même si la nuptialité n'est toujours pas un objet de recherche prioritaire en Afrique.

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

Sud), ailleurs presque tous les hommes et les femmes forment une union, mais un peu plus tard qu'auparavant. On le voit clairement avec l'augmentation générale de la proportion de célibataires à 15-19 ans, 20-24 ans 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 les capitales (Dakar, Lagos, Ouagadougou, Abidjan, Yaoundé, Kinshasa....) (Antoine et Marcoux, 2014 ; Calvès et N'Bouke, 2018a ; Nappa *et al.*, 2019).

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

Les travaux de synthèse les plus récents⁽¹⁵⁾ s'accordent sur la progression généralisée de l'âge au premier mariage des hommes et des femmes, surtout en ville et 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 beaucoup plus net en ville que dans les campagnes. Antoine et Marcoux (2014) mettent eux aussi en évidence le rôle de l'urbanisation dans cette hausse, pour 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 médian⁽¹⁶⁾ à la première union des femmes dans les 10 pays de référence confirment la disparité des situations tant dans les années 1990 que 2010 : cet âge qui, en dehors de l'Afrique du Sud, allait de 15 à 21 ans, se situe majoritairement aujourd'hui entre 16 ans (Niger) et 22 ans (Rwanda). Des évolutions sont perceptibles pour l'ensemble des pays bien qu'assez disparates (faibles au Burkina Faso et au Niger, plus importantes au Ghana, au Rwanda et au Nigeria). En dehors des situations extrêmes (moins de 16 ans au Niger en 2012, et plus de 31 ans en Afrique du Sud en 2016), la plupart des âges observés dans les pays subsahariens dans les années 2010 sont voisins de ceux d'Asie du Sud, dont l'âge médian à la première union des femmes se situe entre 18 et 21 ans selon les pays (Ortega, 2014 ; Hertrich, 2017). Parmi les 39 pays repris dans le tableau annexe A.3, 6 (tous sahéliens) ont un âge médian de moins de 18 ans pour les

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

(16) Âge auquel 50 % des femmes ont déjà conclu une union.

Tableau 3. Évolutions de l'âge à la 1^{re} union des femmes, de l'écart d'âge entre époux et de la polygamie des années 1990 aux années 2010, selon le milieu d'habitat, dans 10 pays africains

Pays et date des EDS		Âge médian à la 1 ^{re} union ^(a)			% de femmes en union avant ^(b)		Écarts d'âges entre époux ^(c)			% de femmes en polygamie ^(d)		
		Urbain	Rural	Total	18 ans	15 ans	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Niger	1998	15,8	15,0	15,1	79	39	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
	Évolution	+2,1	+0,6	+0,6	-3	-10	+1,0	+2,1	+1,8	8	-1	-2
Nigeria	1990	19,0	16,3	16,9	53	28	—	—	—	34	43	41
	2013	20,8	16,6	18,1	45	20	8,5	9,0	8,9	22	39	33
	Évolution	+1,8	+0,3	+1,2	-8	-8	—	—	—	-12	-4	-8
Cameroun	1998	18,4	16,8	17,4	47	18	7,8	7,8	7,8	26	37	33
	2011	20,0	17,3	18,5	40	14	7,3	7,2	7,2	26	34	31
	Évolution	+1,6	+0,5	+1,1	-7	-4	-0,5	-0,6	-0,6	0	-3	-2
Burkina Faso	1993	18,6	17,5	17,6	63	10	8,0	7,4	7,6	31	55	51
	2010	19,2	17,6	17,8	52	10	8,2	7,5	7,7	21	48	42
	Évolution	+0,6	+0,1	+0,1	-11	0	+0,2	+0,1	+0,1	-9	-7	-9
Tanzanie	1996	18,7	18,2	18,3	39	8	6,9	6,5	6,6	21	30	28
	2016	20,4	18,7	19,2	32	6	5,6	4,7	5,1	12	21	19
	Évolution	+1,7	+0,5	+0,9	-7	-2	-1,3	-1,8	-1,5	-9	-9	-9
Ghana	1998	19,7	18,8	19,1	34	7	—	—	6,5	16	26	23
	2014	22,7	19,2	20,7	22	5	5,5	5,7	5,7	11	21	16
	Évolution	+3,0	+0,4	+1,6	-12	-2	—	—	-0,8	-5	-5	-7
Kenya	1998	21,0	18,8	19,2	28	8	—	—	5,6	11	18	16
	2014	22,5	19,5	20,2	26	6	4,4	5,3	5,1	10	16	14
	Évolution	+1,5	+0,7	+1,0	-2	-2	—	—	-0,5	-1	-2	-2
Zimbabwe	1999	20,0	18,8	19,3	29	6	4,7	5,5	5,2	8	20	16
	2015	21,2	19,1	19,8	31	4	5,0	6,1	5,8	8	15	12
	Évolution	+1,2	+0,3	+0,5	+2	-2	+0,3	+0,6	+0,6	0	-5	-4
Rwanda	2000	21,5	20,5	20,7	18	2	5,6	3,4	3,6	9	13	12
	2015	23,2	21,7	21,9	8	1	5,0	3,1	3,3	7	8	8
	Évolution	+1,7	+1,2	+1,2	-10	-1	-0,6	-0,3	-0,3	-2	-5	-4
Afrique du Sud	1998	24,8	22,9	24,2	9	2	—	—	—	10	17	13
	2016	—	—	31,4	5	1	—	—	2,6	5	8	6
	Évolution	—	—	+7,2	-4	-1	—	—	—	-5	-9	-7

(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 à la 1^{re} union des hommes (30-59 ans) et des femmes (25-49 ans).

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

Note : Les tirets correspondent à une absence de données. Les pays sont classés par ordre croissant de l'âge médian à la 1^{re} union des femmes dans les années 1990.

Sources : Enquêtes de démographie et de santé.

femmes, 29 se situent entre 18 et 21 ans, 4 seulement au-delà de 21 ans (l'Afrique du Sud, le Gabon, le Rwanda et le Cap-Vert) ; l'âge médian des hommes se situe au-delà de 24 ans dans 28 pays, et à plus de 26 ans dans 15 d'entre eux (le Sénégal atteignant 30 ans).

3. Un mariage des adolescentes en recul, mais encore fréquent

L'Afrique a longtemps été considérée comme une région à nuptialité et activité sexuelle précoces, avec une partie non négligeable des unions féminines survenant entre 13 et 18 ans⁽¹⁷⁾, beaucoup plus tardivement pour les hommes. Le mariage précoce des jeunes filles diminue mais est loin d'avoir disparu. Sur 39 pays, seuls 3 (Afrique du Sud, Namibie et Rwanda) présentent une proportion de femmes parmi les 20-29 ans mariées avant 18 ans de moins de 15 %, 7 pays se situent entre 15 % et 30 %, 29 sont au-delà de 30 %, dont 6 à plus de 50 % (Burkina Faso, 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 premier 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. La situation persiste en dépit des efforts fournis pour lutter contre la pratique du mariage précoce et d'un âge légal au mariage de 18 ans dans 25 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 40 % au Cameroun, 26 % 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 les mariages

(17) 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.

de très jeunes femmes. Cela se traduit notamment par une fécondité des adolescentes plus élevée que dans les autres régions du monde⁽¹⁸⁾.

4. 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 plus élevés du monde, conséquence des différences d'âge d'entrée en première union entre hommes et femmes et de la polygamie. Vers 2010, sur 39 pays, 6 présentent 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 entre les années 1970 et 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 ans au Burkina Faso) et plus faibles 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 ou légèrement changé 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.

5. La polygamie en recul

La polygynie⁽¹⁹⁾ (couramment dénommée polygamie) est toujours présente en Afrique, constituant l'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 même pays⁽²⁰⁾. Ses niveaux étaient et demeurent particulièrement élevés en Afrique de l'Ouest et sahélienne (50 % de femmes sont en union polygame à 35-44 ans vers 2000, un peu moins 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 dans 14 pays à partir des

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

(19) La forme de mariage où l'homme a plusieurs épouses à la fois.

(20) 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.

dernières enquêtes EDS, confirme l'importance de la pratique dans la sous-région. Dans les années 2010, sur 39 pays, seuls 6 (Burundi, Rwanda, Érythrée, Madagascar, Afrique du Sud et Lesotho) ont moins de 10 % des femmes en union polygame, 12 sont entre 10 % et 20 %, 21 se situent à plus de 20 %, dont 8 (d'Afrique de l'Ouest) sont au-delà de 35 % (tableau annexe A.3).

Au vu des enquêtes des années 2000 et 2010, le recul de la pratique polygamique est visible en Afrique subsaharienne, mais on peut le qualifier de timide par rapport aux politiques et législations mises en œuvre, plus restrictives bien qu'avec un impact inégal, 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, 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 se situent, 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 (tableau annexe A.3 pour les données les plus récentes sur 39 pays). Ces chiffres 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 4. Quant au niveau de vie, en dehors du Niger, le gradient est clair dans notre échantillon : 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.

6. Divorce et remariage sont encore 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 africaine⁽²¹⁾.

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.*, 1989; 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 (Dial, 2007, sur Dakar et Saint Louis; Antoine, 2006, sur Antananarivo, Dakar, Lomé et Yaoundé; Calvès, 2016, ou Gnoumou Thiombiano et Legrand, 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) et sa prédominance partout sur le veuvage⁽²²⁾. 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). Au niveau agrégé, l'explication serait que 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.

7. Une légère diminution de la taille des ménages

Sans entrer ici dans les concepts, mesures et définitions de la famille et du ménage⁽²³⁾, ni des différents facteurs variables d'un pays à l'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 ...), on constate un léger recul ces dernières années de la taille des ménages dans les dix pays de référence (tableau 4, enquêtes EDS)⁽²⁴⁾. Il se situe

(21) 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.

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

(23) Voir entre autres à ce propos Pilon et Vignikin (2006), van de Walle (2006) ou Randall *et al.* (2011). 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.

(24) 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.

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

Pays et date des 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
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
	Évolution	-1,0	-0,9	-1,0	+2	+3	+3	-1	-4	-2
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
	Évolution	-0,2	+0,1	-0,1	-2	-5	-3	+1	+1	+1
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
	Évolution	-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
	Évolution	-0,6	-0,7	-0,7	+5	+4	+5	+8	+10	+9
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
	Évolution	-0,8	-0,1	-0,5	+1	+3	+3	+3	+6	+5
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
	Évolution	-0,1	-0,2	-0,2	+4	+2	+2	+3	+3	+3
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
	Évolution	-0,9	-0,2	-0,3	-4	-5	-5	-10	-1	-2
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
	Évolution	0	0	-0,1	+3	+3	+3	+6	+6	+6
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
	Évolution	+0,2	-0,2	-0,2	+15	+2	+7	+10	+9	+10
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	32	22
	Évolution	-0,8	-0,9	-0,8	+2	+2	+2	-1	-2	-2

(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 sa mère ni son père.

Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

autour de 0,3 personne par rapport à une taille moyenne de 5,1 habitants par ménage 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 ville).

Comme dans les années 1990 (Pilon et Vignikin, 2006), les situations sont disparates : la taille des ménages aujourd'hui va de moins de 4 personnes (Ghana, Kenya, Zimbabwe par exemple) à plus de 6 (Niger, Tchad, Sénégal...). Globalement, comme par le passé, c'est en Afrique de l'Ouest, notamment sahélienne, que les ménages ont les tailles les plus importantes, reflet de structures familiales de type plus étendu, et c'est en Afrique de l'Est et australe qu'ils sont traditionnellement de taille plus faible⁽²⁵⁾.

8. 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 à la tête de ménages se poursuit un peu partout, sauf au Rwanda et au Ghana où elle semble avoir un peu reculé tant en milieu urbain (de 37 % à 34 %) que rural (de 36 % à 34 %). Elle augmente dans les 8 autres pays de référence de 3 à 7 points (tableau 4), toutefois sans relation claire avec le niveau de départ, et sans grande différence entre villes et campagnes. Ces proportions sont très variables selon les pays, entre 10 %-20 % au Niger, au Burkina Faso et au Nigeria, plus de 30 % au Ghana, au Kenya et au Rwanda, et même 40 % au Zimbabwe.

Le fait, pour les femmes, de se déclarer « chef de ménage » dans les enquêtes ou les recensements, correspond à des histoires et des situations très différentes (Delaunay *et al.*, 2018) : hormis les femmes célibataires, cela peut être la conséquence de leur histoire matrimoniale (séparation, divorce, veuvage, polygamie en résidence séparée des co-épouses), de la migration du conjoint (vers la ville ou l'étranger), parfois du 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 les concernant (Milazzo et Van de Walle, 2017).

(25) 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'Ibisomi et De Wet (2014) mené à partir des recensements de 7 pays (Mali, Rwanda, Kenya, Tanzanie, Ouganda, Malawi et Afrique du Sud).

9. Un confiage des enfants toujours fréquent

En Afrique, 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 diverses causes : 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 des 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 dans les années 2010 entre 16 % (Nigeria) et 31 % (Zimbabwe). Elle augmente au Nigeria, en Tanzanie et au Zimbabwe, sans doute en raison du nombre élevé d'orphelins liés à l'épidémie de sida. Au Burkina Faso comme en RD Congo, la proportion d'enfants confiés ou accueillis est plus élevée en ville, tandis que c'est l'inverse au Kenya et au Zimbabwe. Le confiage des enfants reste fréquent. Ses causes sont pour l'instant 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...), mais négatifs pour d'autres (négligence, maltraitance, exploitation du travail...). La protection de l'enfance dans des contextes de pauvreté et de conflits doit être un sujet de recherche prioritaire (Delaunay, 2009).

10. 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. Les travaux les plus récents (Vignikin et Vimard, 2005 ; Antoine et Marcoux, 2014 ; Calvès *et al.*, 2018) dont bon nombre portent sur 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 dans les villes), le développement d'un certain individualisme, et

le détachement des aînés chez les jeunes générations. L'Afrique est loin du modèle de la famille nucléaire, mais elle se transforme. Comme l'écrivent A. Calvès *et al.* (2018, p. 1) « 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 ».

V. 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 subsaharienne (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, dans la majorité des pays, on comptait encore 6 à 7 enfants par femme (la moyenne régionale était de 5,9). La transition de fécondité en Afrique depuis 2000 s'est-elle accélérée ? A-t-elle rattrapé celle des autres régions en développement ? Observe-t-on des changements notables de calendrier ? Quels sont les grands déterminants de ces changements (contraception, demande d'enfants...) ?

Cette partie présente les grandes tendances de la fécondité, l'hétérogénéité entre pays et entre groupes sociaux, et les facteurs associés aux niveaux et changements de fécondité. Les analyses reposent sur les estimations les plus récentes des Nations unies (2019a) pour les tendances générales, et sur les enquêtes démographiques et de santé des 10 pays retenus pour analyser 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 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 40-49 ans, nombre idéal d'enfants, âge à la première naissance, fécondité des adolescentes, intervalles entre naissances).

1. Une baisse tardive de la fécondité et à des rythmes variables

La baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne a débuté bien plus tard que dans les autres régions du monde, et à un rythme dans l'ensemble plus lent qu'ailleurs (Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Shapiro et Tambashe, 2008 ; Bongaarts et Casterline, 2013 ; Bongaarts, 2017). À la fin des années 1980, seuls quelques pays (Afrique du Sud, Botswana, Ghana, Kenya, Maurice, Zimbabwe) avaient entamé leur transition de fécondité, et à l'échelle du continent ce recul 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 subsaharienne connaissent une baisse de fécondité. À la fin des années 1990, l'indice synthétique de fécondité de la région

était d'un peu moins de 6 enfants par femme, et est estimé à 4,7 enfants en 2017 (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).

Au cours des 20 dernières années, la fécondité a donc baissé d'environ un demi-enfant par décennie pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne. Néanmoins, les changements se sont produits à des rythmes différents. 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 grands 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 modeste, 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

Tableau 5. Indice synthétique de fécondité, prévalence de la contraception moderne et fécondité des adolescentes en 1997, 2007 et 2017, par sous-région 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	Évolution 1997-2017 (%)	1997	2007	2017	Évolution 1997-2017 (%)	1997	2007	2017	Évolution 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

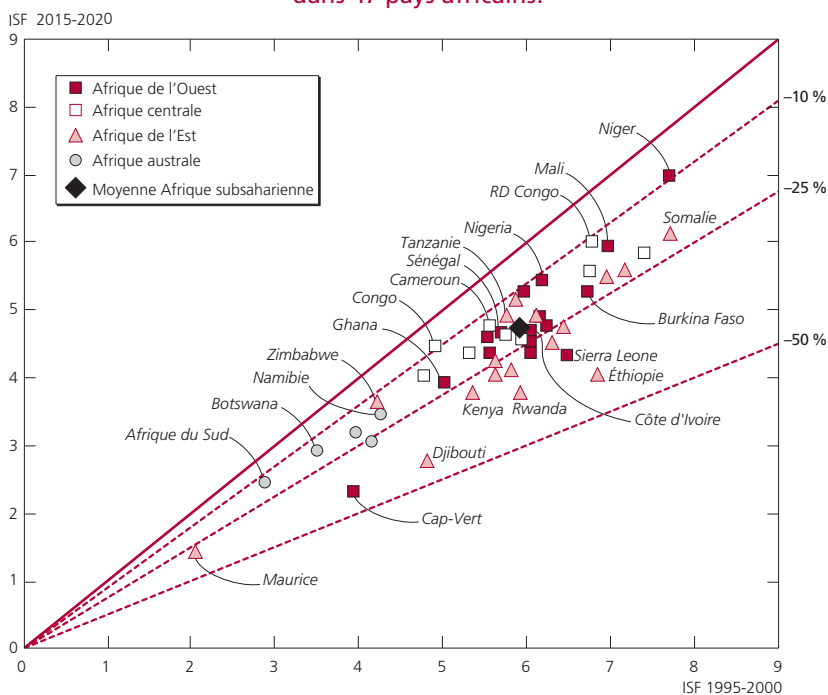
(a) Somme des taux de fécondité par âge observés à un moment donné. L'ISF peut être interprété comme le nombre moyen d'enfants par femme, si les femmes connaissaient durant leur vie les conditions de fécondité du moment et survivaient jusqu'à 50 ans.

(b) Proportion de femmes en union utilisant une méthode contraceptive moderne. Les méthodes modernes incluent principalement la pilule contraceptive, les implants et patches, les injectables, les dispositifs intra-utérins, la stérilisation féminine ou masculine, le préservatif, et diverses méthodes vaginales (dont le diaphragme, l'anneau contraceptif, les gélées et mousses spermicides).

(c) Nombre de naissances au cours d'une année pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans révolus.

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

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



Note : Les lignes correspondent aux variations à la baisse indiquées.

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.

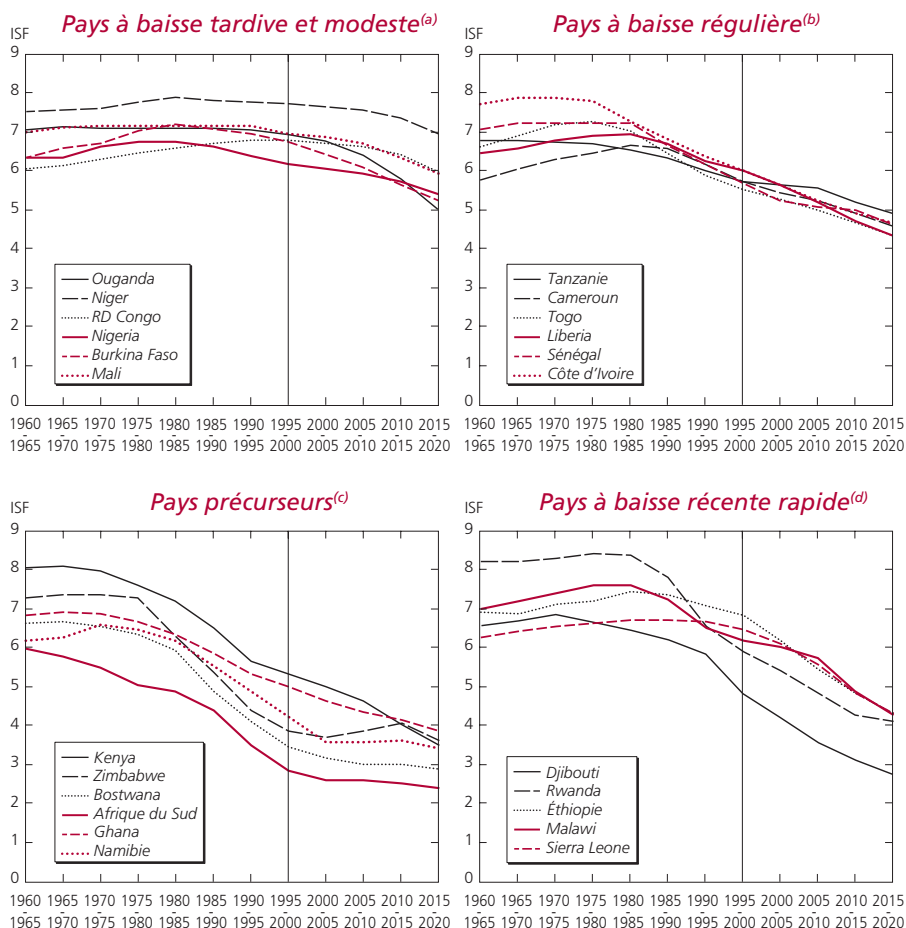
Source : Nations unies (2019a).

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, mais connaissent depuis quelques années un ralentissement sensible de leur transition (Schoumaker, 2019b)⁽²⁶⁾. Ces ralentissements, dont les causes ne sont pas entièrement connues, 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 devenir inférieure à 4 enfants au cours de la

(26) Les données de Nations unies indiquent, pour la période la plus récente, une reprise de la baisse de fécondité dans ces pays. Une analyse récente 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.

Figure 4. Évolution de la fécondité (indice synthétique de fécondité) depuis les années 1960 dans 23 pays africains



(a) Autres pays à baisse tardive et timide : Angola, Burundi, Centrafrique, Gambie, Guinée équatoriale, Mozambique, Ouganda, Somalie, RD Congo, Tchad.

(b) Autres pays à baisse régulière : Comores, Érythrée, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Liberia, Madagascar, Mauritanie, Sud-Soudan, Sao Tomé-et-Principe, Tanzanie, Zambie.

(c) Autres pays précurseurs : Maurice, Lesotho, Eswatini, Cap-Vert.

(d) 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.

Source : Nations unies (2019a).

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).

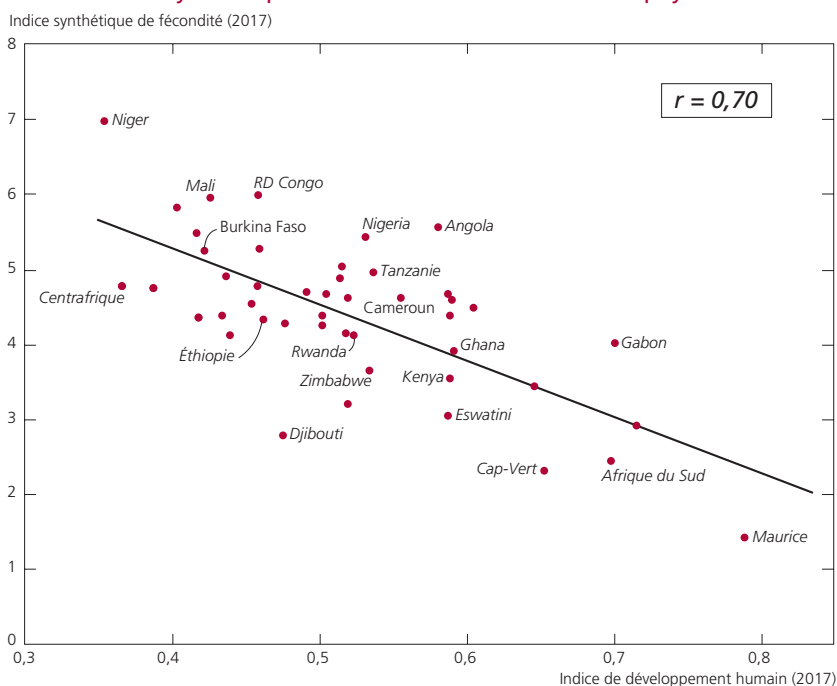
Avec moins de 3 enfants par femme, à côté de l'Afrique du Sud et du Botswana se trouvent des petits pays (Djibouti), souvent des îles (Cap-Vert, les Seychelles, Maurice). Ces petits pays insulaires ont en moyenne un indice de développement plus élevé que les autres, ce qui explique en partie leur plus

faible fécondité. Mais ils ont malgré tout une fécondité plus faible que des pays à niveau de développement comparable. À Maurice, la baisse rapide dès la fin des années 1960 résulte notamment d'investissements dans des programmes de planification familiale, et également d'un recul de l'âge au mariage (Xenos, 1991). Peu de travaux approfondis sont néanmoins disponibles sur la fécondité dans ces îles.

2. Développement et fécondité : une corrélation élevée

Au niveau macro, les facteurs associés à la fécondité en Afrique subsaharienne 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 en termes économiques et sociaux, et dans les pays à faible mortalité (Bongaarts, 2017). La corrélation importante (0,70 en 2017)⁽²⁷⁾ entre l'indice synthétique de fécondité et l'indice de développement humain (IDH)⁽²⁸⁾ résume assez bien le lien entre développement et fécondité (figure 5).

Figure 5. Relation entre l'indice de développement humain et l'indice synthétique de fécondité en 2017 dans 46 pays africains



Source : 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.

(27) 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.

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

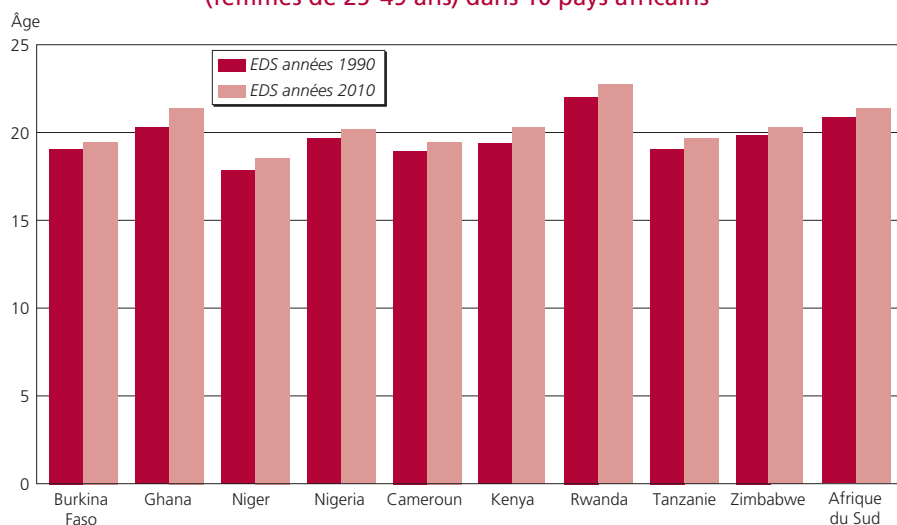
Les pays les plus développés (comme l'Afrique du Sud) ont clairement des niveaux de fécondité plus faibles, et les pays les moins développés ont bien une fécondité plus élevée, à l'image du Niger, du Mali et de la RD Congo (Romaniuk, 2011). Néanmoins, pour un même IDH, la fécondité peut varier sensiblement d'un pays à l'autre. Le Rwanda et le Nigeria, par exemple, ont des IDH semblables, mais la fécondité est plus faible de 2 enfants au Rwanda qu'au Nigeria. Le Niger et la Centrafrique sont aussi différents 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. L'un d'eux est le désir d'enfants : par exemple, le nombre idéal d'enfants est près de deux fois plus élevé au Nigeria (6,5 enfants) qu'au Rwanda (3,4 enfants) selon les dernières EDS (tableau 7, page 204).

Si la fécondité diminue globalement avec le développement économique et social, en Afrique comme ailleurs, la fécondité de l'Afrique subsaharienne 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'un nombre désiré d'enfants plus élevé qu'ailleurs, et d'une plus faible pratique contraceptive.

3. 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). L'âge médian à la première naissance est par exemple 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 1 000 femmes de 15-19 ans en Afrique subsaharienne, 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

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



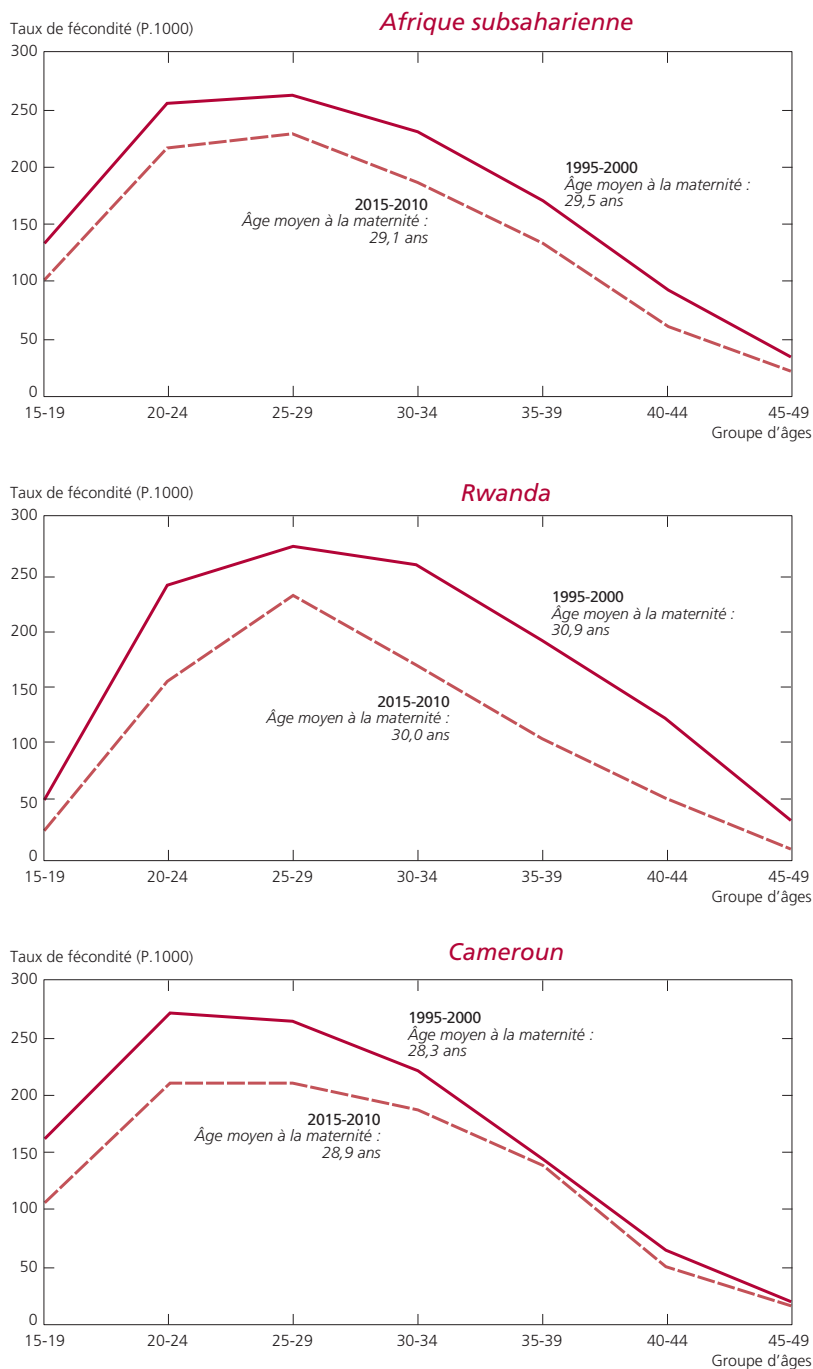
Sources: Enquêtes démographiques et de santé (voir tableau 8 pour les années exactes de chaque pays)

méthodes contraceptives pour les adolescentes, en particulier parmi celles 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).

Alors que l'âge médian à la première naissance a un peu augmenté, l'âge moyen à la maternité a en revanche légèrement diminué. Ce rajeunissement du calendrier de la fécondité résulte d'une baisse un peu plus rapide des taux de fécondité aux âges élevés qu'aux âges jeunes (figure 7). Pour l'ensemble de la région, les changements de calendrier sont toutefois très faibles : 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 semblables à ces deux dates (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 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 ans⁽²⁹⁾, comme on s'y attend avec le développement de comportements d'arrêt. Cela se 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

(29) Avec, à ces âges, une forte progression de la pratique contraceptive.

Figure 7. Évolution des taux de fécondité par âge (%) en Afrique subsaharienne, au Rwanda et au Cameroun

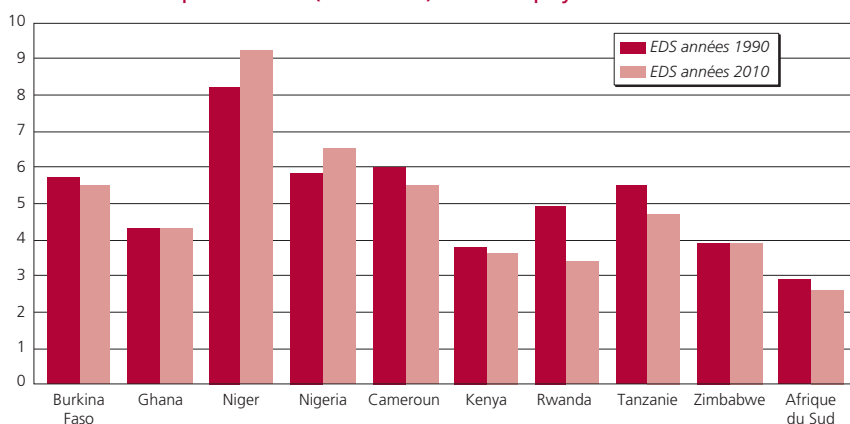


baissé aux âges jeunes (avant 30 ans), résultat d'un retard de l'entrée dans la vie reproductive ; l'âge moyen à la maternité y a par conséquent un peu augmenté, passant de 28,3 ans à 28,9 ans. Les intervalles entre naissances se sont aussi allongés dans de nombreux pays d'Afrique, contribuant également de manière substantielle à la baisse de fécondité (Moultrie *et al.*, 2012 ; Timæus et Moultrie, 2013 ; Casterline et Odden, 2016)⁽³⁰⁾. 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), indiquant ainsi 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).

4. Le nombre désiré d'enfants reste élevé et évolue lentement

L'Afrique subsaharienne se caractérise par une demande d'enfants élevée, plus forte que dans d'autres régions du monde, y compris lorsqu'on la compare avec des pays à niveaux de développement économique et social équivalents (Bongaarts, 2017). Le nombre idéal d'enfants par femme y est en effet de l'ordre de 1,2 enfant de plus que dans les pays à développement comparable. C'est l'un des facteurs qui contribue à une fécondité élevée (Bongaarts et Casterline, 2013 ; Leridon, 2015 ; Bongaarts, 2017), et qui n'évolue que très lentement. Parmi les 10 pays de référence repris dans la figure 8, le nombre idéal d'enfants n'a diminué 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 enfants en l'espace d'une quinzaine d'années. Elle s'est produite dans le contexte d'une politique

Figure 8. Évolution du nombre moyen idéal d'enfants par femme (15-49 ans) dans 10 pays africains



Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

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

de planification familiale volontariste, qui semble-t-il a eu 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 chiffrée à la question sur le nombre idéal d'enfants a diminué depuis les années 1990. Ces femmes ont un profil socioéconomique qui correspond à une demande d'enfants élevée (Shapiro, 2019). Près de trois quarts des pays montrent un nombre idéal d'enfants supérieur à quatre (tableau annexe A.5), faisant écho à des débats dans les années 1980 et 1990 sur la « résistance » de l'Afrique subsaharienne à passer sous le seuil des quatre enfants par femme (Lesthaeghe, 1989 ; Cohen, 1998 ; Casterline et Bongaarts, 2017). Le lien étroit entre la demande d'enfants et la fécondité suggère en effet que globalement les changements de comportements pourraient être relativement lents dans les prochaines années.

5. Instruction, milieu d'habitat et niveau de vie

La fécondité des femmes est loin d'être homogène au sein des pays subsahariens et elle est fortement associée au niveau d'instruction, comme le montrent de nombreuses études (Jejeebhoy, 1995 ; Tabutin et Schoumaker, 2004 ; Bongaarts, 2010 ; Shapiro, 2012, 2017 ; Schoumaker, 2017a). Les femmes ayant atteint le niveau primaire ont 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 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 diverses. L'instruction des femmes est l'un des déterminants de la fécondité les plus importants, 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, un niveau d'information plus élevé et un meilleur accès à la contraception, etc. (Shapiro, 2012). 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 plus faible accès à la contraception, une plus forte mortalité des enfants, etc. (Schoumaker, 2004). Ces mécanismes sont en partie les mêmes que ceux expliquant l'influence de l'instruction et les différences de fécondité entre milieux de résidence.

Tableau 6. Évolution de l'indice synthétique de fécondité^(a) des années 1990 aux années 2010 selon les caractéristiques des femmes dans 10 pays africains

Pays et date des EDS		Milieu d'habitat			Instruction			Niveau de vie du ménage ^(b)		
		Total	Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Médian	Le plus élevé
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
	Évolution (%)	-8	-15	-4	-3	-13	0	-5	-6	-20
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
	Évolution (%)	-5	+13	-4	+4	-2	+3	0	-18	+21
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	8,0	6,1
	Évolution (%)	+ 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	7,0	5,7	3,9
	Évolution (%)	-8	-6	-2	+6	-3	-5	+6	-3	-17
Cameroun	1998	4,8	3,8	5,4	6,1	5,0	3,6	5,9	5,0	3,6
	2011	5,1	4,0	6,4	6,8	5,9	3,8	7,0	5,6	3,3
	Évolution (%)	+6	+5	+19	+11	+18	+6	+19	+12	-8
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
	Évolution (%)	-17	0	-13	+12	-12	-14	-2	-19	-7
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
	Évolution (%)	-28	-31	-27	-18	-22	-39	-15	-31	-39
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
	Évolution (%)	-10	-7	-5	+8	-4	+13	-4	-11	-21
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
	Évolution (%)	0	0	+2	-10	+11	+12	+14	0	-8
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
	Évolution (%)	-10	+4	-21	-38	-8	+4	-35	0	+11

(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^e 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.

Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

Néanmoins, bien que ces variables (instruction, niveau de vie et milieu de résidence) soient corrélées (les femmes les moins instruites sont en moyenne plus pauvres que les plus instruites) et que certains de leurs effets sont communs, 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.

Les changements selon les groupes sociaux et les zones de résidence sont très différents 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 appartenant au 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 une diminution substantielle de leur fécondité. Dans d'autres pays, la diminution a davantage touché les femmes de niveau de vie intermédiaire (par exemple au Ghana et au Kenya). En Afrique du Sud, elle est concentrée chez 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, ou d'en extraire un schéma simplifié. On se limitera ici à relever que la baisse de la fécondité peut toucher tous les groupes sociaux, notamment dans les pays en fin de transition (Afrique du Sud) ou dans lesquels les changements démographiques et sanitaires sont rapides (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 faible fécondité, comme l'Afrique du Sud, la fécondité des femmes urbaines, instruites ou du quintile le plus riche reste souvent supérieure à 3 enfants. 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, hormis l'Afrique du Sud où il est nettement plus bas), expliquant en partie la relative importance de leur fécondité.

6. La pratique contraceptive progresse

Depuis la fin des années 1990, la pratique contraceptive a sensiblement augmenté en Afrique subsaharienne (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 se situe entre 50 % et 80 %, mais en termes relatifs comme 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 *et al.*, 2018), et des 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

**Tableau 7. Évolution du nombre moyen idéal d'enfants
des années 1990 aux années 2010
selon les caractéristiques des femmes (15-49 ans) dans 10 pays africains**

Pays et date des EDS		Milieu d'habitat			Instruction			Niveau de vie du ménage ^(a)		
		Total	Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Médian	Le plus élevé
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	6,0	6,0	4,7	3,7	6,6	5,8	4,3
	Évolution (%)	-4	0	-3	-2	+2	+3	0	-12	-2
Ghana	1998	4,3	3,7	4,6	5,4	4,2	3,7	5,3	4,2	3,5
	2014	4,3	4,0	4,7	5,7	4,6	3,9	5,5	4,2	3,7
	Évolution (%)	0	+8	+2	+6	+10	+5	+4	0	+6
Niger	1998	8,2	6,3	8,7	8,6	6,8	5,2	9,0	8,6	6,4
	2012	9,2	7,4	9,6	9,6	8,3	6,6	9,7	9,8	7,8
	Évolution (%)	+12	+17	+10	+12	+22	+27	+8	+14	+22
Nigeria	1990	5,8	5,0	6,3	6,9	5,9	4,8	6,5	6,4	5,0
	2013	6,5	5,6	7,2	8,6	6,5	5,0	8,7	6,6	4,7
	Évolution (%)	+12	+12	+14	+25	+10	+4	+34	+3	-6
Cameroun	1998	6,0	5,1	6,6	8,0	6,2	4,8	7,4	6,2	4,9
	2011	5,5	4,8	6,4	7,7	6,0	4,5	7,5	5,6	4,3
	Évolution (%)	-8	-6	-3	-4	-3	-6	+1	-10	-12
Kenya	1998	3,8	3,2	4,0	5,2	3,9	3,2	4,7	3,9	3,1
	2014	3,6	3,2	3,9	7,0	3,7	3,0	5,1	3,5	3,1
	Évolution (%)	-5	0	-3	+35	-5	-6	+9	-10	0
Rwanda	2000	4,9	4,3	5,0	5,2	4,9	4,1	5,1	5,1	4,4
	2015	3,4	3,3	3,4	3,9	3,4	3,0	3,4	3,4	3,3
	Évolution (%)	-31	-23	-32	-25	-31	-27	-33	-33	-25
Tanzanie	1996	5,5	4,5	5,8	6,8	5,1	4,0	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
	Évolution (%)	-15	-13	-10	-9	-6	-8	-8	-11	-14
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
	Évolution (%)	0	+6	-2	+11	+2	+9	+2	-5	+6
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
	Évolution (%)	-10	-4	-15	-23	-12	0	-23	-7	0

(a) 1^{er} (le plus bas), 3^e 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.

Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

de 70 % au Zimbabwe, deux pays qui présentent une fécondité moyenne 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)⁽³¹⁾. Les

(31) 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 subsaharienne), 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/>).

baillleurs internationaux ont notamment soutenu le financement des implants, aujourd'hui en forte croissance et qui sont, avec les injectables⁽³²⁾, 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 15 % à 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 encouragées notamment pour limiter le risque de discontinuité contraceptive qui est élevé en Afrique subsaharienne (Castle et Askew, 2015; Staveteig *et al.*, 2015; Izugbara *et al.*, 2018).

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)⁽³³⁾.

Tableau 8. Évolution de la prévalence de la contraception moderne^(a) des années 1990 aux années 2010 selon les caractéristiques des femmes, (15-49 ans) dans 10 pays africains

Pays et date des EDS	Milieu d'habitat			Instruction			Niveau de vie du ménage		
	Total	Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Médian	Le plus élevé
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
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
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
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
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	59,0	29,2	59,5	57,7
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
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
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
Afrique du Sud 1998	55,1	62,8	43,7	30,4	46,3	63,6	34,0	54,5	70,3
2016	54,0	54,6	52,5	29,6	42,0	56,3	53,6	53,3	55,1

(a) Définie comme la proportion de femmes de 15-49 ans en union utilisant une méthode moderne. Les méthodes modernes incluent principalement la pilule contraceptive, les implants et patches, les injectables, les dispositifs intra-utérins, la stérilisation féminine ou masculine, le condom, et diverses méthodes vaginales (dont le diaphragme, l'anneau contraceptif, les gelées et mousses spermicides).

Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

(32) Méthodes contraceptives administrées par injection.

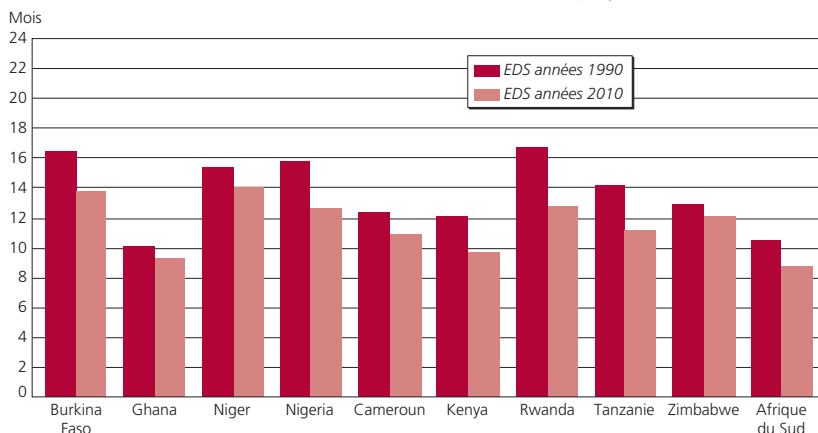
(33) Voir notamment Gourbin *et al.* (2017).

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 du fait 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 évoluait peu parmi les plus instruites (de 31 % à 33 %). Deux tiers de cette augmentation de la pratique contraceptive parmi les femmes moins instruites sont dus 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.

7. L'infécondabilité post-partum 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 post-partum⁽³⁴⁾ se raccourcit (figure 9). Elle a en effet reculé entre 2 et 6 mois des années 1990 aux années 2010 dans de nombreux pays subsahariens, et se situe aujourd'hui entre 12 et 16 mois (figure 9)⁽³⁵⁾. Les durées d'insusceptibilité ayant davantage diminué dans les pays où elles étaient particulièrement longues, les écarts entre pays sont aujourd'hui plus modérés

Figure 9. Évolution de la durée d'insusceptibilité post-partum (en mois) des années 1990 aux années 2010 dans 10 pays africains



Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

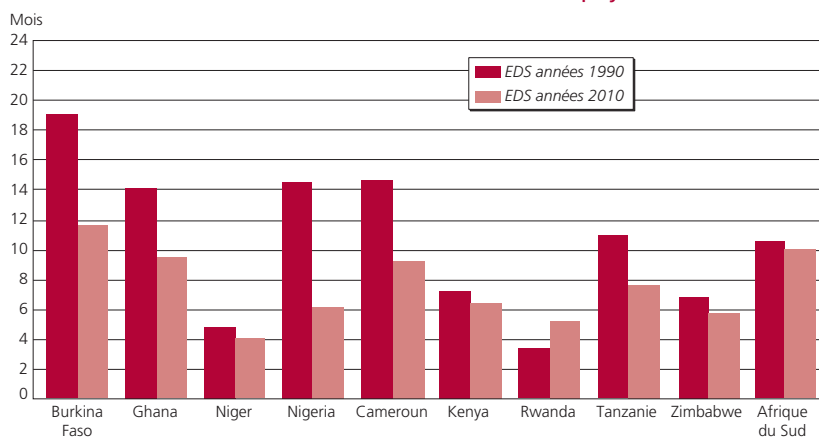
(34) Cette période, aussi appelée période d'infécondabilité post-partum, est celle qui suit l'accouchement au cours de laquelle il n'y a pas de conception possible, soit par absence de relation sexuelle (abstinence post-partum), soit par absence d'ovulation. La durée d'insusceptibilité est, au niveau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

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

que par le passé (figure 9). Cette réduction est surtout due à un raccourcissement de la durée de l'abstinence sexuelle post-partum (figure 10), mais aussi, dans une moindre mesure, à une diminution de la durée d'allaitement et d'aménorrhée (figure 11).

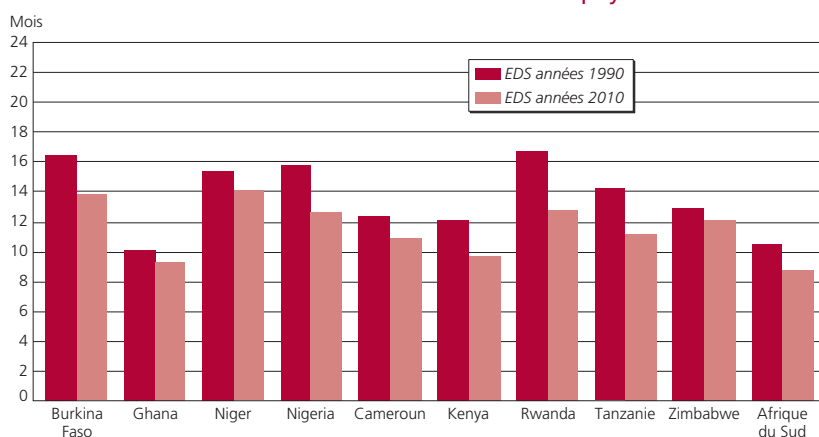
Ces durées d'abstinence et d'allaitement, traditionnellement longues et courantes en Afrique subsaharienne (Page et Lesthaeghe, 1981 ; Tabutin et Schoumaker, 2004), ont longtemps contribué à limiter la fécondité. À l'inverse, le raccourcissement de ces périodes favorise un accroissement de la fécondité. 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

Figure 10. Évolution de la durée d'abstinence post-partum (en mois) des années 1990 aux années 2010 dans 10 pays africains



Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

Figure 11. Évolution de la durée d'aménorrhée post-partum (en mois) des années 1990 aux années 2010 dans 10 pays africains



Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

de la prévalence contraceptive de l'ordre de 5 % à 6 %⁽³⁶⁾. Si ce recul de l'insusceptibilité post-partum se confirme, la poursuite de la baisse de fécondité nécessitera une augmentation plus importante de la pratique contraceptive.

8. 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 subsaharienne, et les législations ont peu évolué depuis leur indépendance⁽³⁷⁾. 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, il était estimé à 34 avortements pour 1 000 femmes de 15-44 ans, à peu près identique dans les quatre sous-régions, mais sans recul depuis 1992 (contrairement à l'Asie et l'Europe), reflétant des besoins non satisfaits en matière de contraception. Ce taux est environ égal à un cinquième du taux global de fécondité générale (nombre de naissances pour 1 000 femmes par année). Autrement dit, il y a 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).

9. Qu'en est-il de 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 moyen d'enfants par femme n'est pas sensiblement différent du nombre d'enfants par homme, ce n'est pas le cas en Afrique subsaharienne. Les hommes ont souvent une fécondité nettement plus élevée que les femmes, en particulier dans les pays où les écarts d'âge entre conjoints sont importants, et où la polygamie et l'instabilité conjugale sont fréquentes (Donadjé et Tabutin, 1994 ; Schoumaker, 2019a). Par exemple, au Sénégal autour de 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

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

(37) En 2017, seuls 5 pays subsahariens (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 lorsque 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).

tard que les femmes (Schoumaker, 2019a). Ces écarts entre fécondité des hommes et des femmes sont l'un des indicateurs des expériences reproductives et matrimoniales très différentes entre les sexes en Afrique (Hertrich, 2017). Les hommes montrent le plus souvent une demande d'enfants bien supérieure à celle des femmes. Si l'on peut s'attendre à une convergence à terme de la fécondité des hommes et des femmes⁽³⁸⁾, celle des hommes devrait toutefois rester bien supérieure à celle des femmes dans les prochaines décennies (Schoumaker, 2019a).

VI. La mortalité

Dans les années 2000 et 2010, la mortalité des pays à moyen et faible revenu a dans l'ensemble reculé, malgré des disparités selon les régions et les pays (Tabutin et Masquelier, 2017). Quelle est la situation de l'Afrique subsaharienne par rapport aux autres régions ? Observe-t-on une convergence entre sous-régions et pays du continent tant en matière d'espérances de vie que de mortalité des enfants ? Qu'en est-il du sida et de la mortalité maternelle ? De la transition épidémiologique ? Les progrès sanitaires récents ont-ils une incidence sur les inégalités sociales ?

Comme pour la fécondité, l'analyse se base sur 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)⁽³⁹⁾. Le tableau annexe A.6 présente pour 47 pays les estimations des espérances de vie et de la mortalité des enfants (0-5 ans) par période depuis 1960-1965 jusqu'en 2015-2020 (Nations unies, Division de la population). Le tableau annexe A.7 présente pour 39 pays les principaux indicateurs de santé de la mère et de l'enfant (estimés par les enquêtes EDS dans les années 2010), les niveaux 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).

1. Des progrès conséquents malgré la persistance d'inégalités

Le tableau 9 présente l'évolution au cours des 20 dernières années⁽⁴⁰⁾ des espérances de vie, de la mortalité maternelle et de la mortalité des enfants dans

(38) Les différences importantes de fécondité entre hommes et femmes sont possibles par la combinaison d'une pyramide des âges jeune 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).

(39) Rappelons la difficulté de mesure de la mortalité générale et par âge, de ses causes dans la région où fort peu de pays disposent d'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).

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

Tableau 9. Espérance de vie à la naissance, mortalité maternelle et mortalité des enfants à différentes dates, par sous-région de l'Afrique et du monde

Sous-région	Espérance 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 (années) 1997-2017	1995	2015	Évolution 1995-2015 (%)	1997	2007	2017	Évolution 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

(a) Nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ces niveaux sont à prendre avec prudence car la mortalité maternelle est difficile à estimer. L'OMS présente toujours ces taux avec des intervalles de confiance non reportés ici.

(b) Probabilité pour 1 000 naissances vivantes de décéder avant le 5^e anniversaire.

Sources : Pour les espérances de vie et les quotients de mortalité des enfants : Nations unies (2019a); pour la mortalité maternelle : OMS *et al.* (2015).

les grandes régions du monde en développement et les quatre sous-régions subsahariennes. Les progrès sont dans l'ensemble importants. C'est en Afrique subsaharienne 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 15 ans en Afrique de l'Est), de 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 subsaharienne, avec une espérance de vie à la naissance de 60,5 ans en 2017, est en retard de 9 ans 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, 6 années séparent encore l'Afrique de l'Ouest (espérance de vie à la naissance de 57 ans en 2017) de l'Afrique australe (63 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 faibles du monde), du Sénégal, de l'Éthiopie ou du Rwanda (autour de 67 ans). Dans les pays les plus touchés par le sida (pays d'Afrique australe notamment), après des reculs spectaculaires,

les espérances de vie reviennent ou dépassent leurs niveaux de 1990. On assiste aussi à une progression remarquable de l'espérance de vie au Rwanda, depuis le milieu des années 1990.

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 et 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 subsaharienne de 166 décès pour 1 000 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 entre 1990 et 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 avancées concernent aussi la mortalité maternelle⁽⁴¹⁾ mais sans atteindre l'Objectif du millénaire pour le développement. À l'échelle de la planète, la réduction espérée était de 75 % entre 1990 et 2015. D'après les données onusiennes, la baisse ne serait que de 44 %. L'Afrique subsaharienne a globalement progressé (déclin de 41 % de la mortalité maternelle)⁽⁴²⁾ 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 de ces progrès (OMS, 2015 ; Rutstein *et al.*, 2016).

2. Les espérances de vie sont à nouveau en augmentation

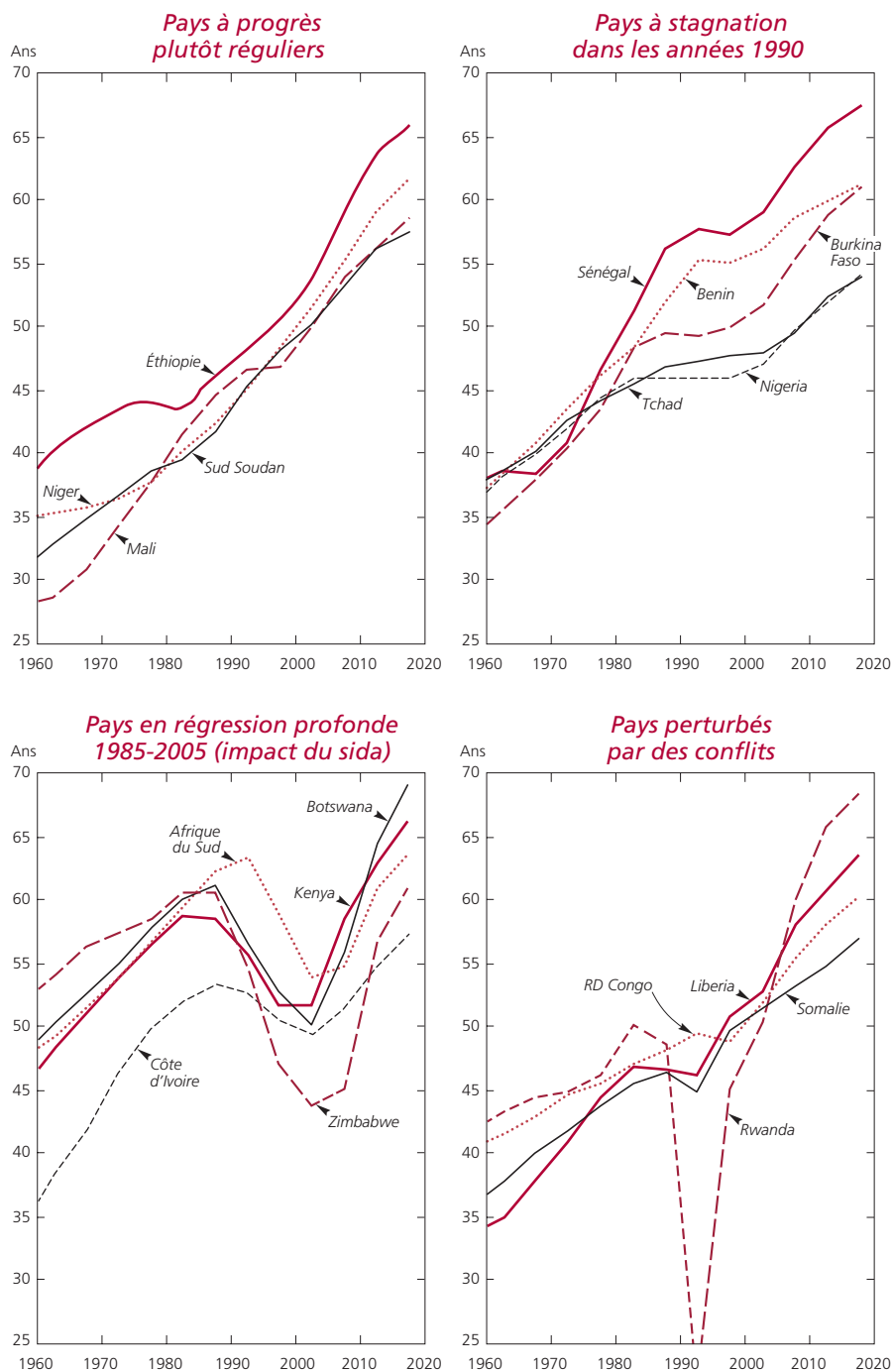
Si les années 1990 furent, en Afrique, une période de ralentissement des progrès, voire de stagnations parfois des espérances de vie (7 pays sur 48), et souvent de reculs (dans une vingtaine de pays) en raison des situations de crises économiques, politiques et sanitaires (Tabutin et Schoumaker, 2004),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

(41) 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.

(42) Exception faite de l'Afrique australe en raison du sida.

Figure 12. La diversité des transitions africaines de la mortalité depuis 50 ans.
Évolution de l'espérance de vie (années)



Source : Nations unies (2019a).

améliorations récentes des progrès depuis 2000 ou 2005 et la diversité des histoires sanitaires depuis 1960.

Si l'on se fie aux dernières données des Nations unies (2019a)⁽⁴³⁾, les espérances de vie des femmes en Afrique sont meilleures que celles des hommes ; l'avantage féminin se confirme mais reste mince, avec un écart entre sexes de 3,5 ans en moyenne⁽⁴⁴⁾ qui n'a guère changé depuis les années 1990. Quant aux inégalités sociales, aucun pays africain ne dispose pour l'instant de tables de mortalité par milieu d'habitat, région ou groupe social permettant de les mesurer précisément.

3. 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, 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. La mortalité des enfants 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 recherche⁽⁴⁵⁾ et d'action. La baisse de la mortalité infanto-juvénile était l'une des priorités⁽⁴⁶⁾ des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD 4), comme elle l'est aujourd'hui dans les Objectifs du développement durable (ODD) pour 2015-2030⁽⁴⁷⁾. Dans les années 2000 et 2010, l'évolution de la mortalité des enfants a fait l'objet de nombreuses publications et de quelques grandes synthèses au niveau international, incluant l'Afrique subsaharienne (Houweling et Kunst, 2010 ; Nations unies, 2013 ; UN IGME, 2017 ; Mejía *et al.*, 2019).

La figure 13 illustre les rythmes de diminution 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 située entre 40 % et 60 % dans une majorité de pays, mais dans l'ensemble les progrès vont de 25 % à 60 %, et sans relation claire avec la sous-région ou le niveau de 1997. Les écarts

(43) 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.

(44) 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.

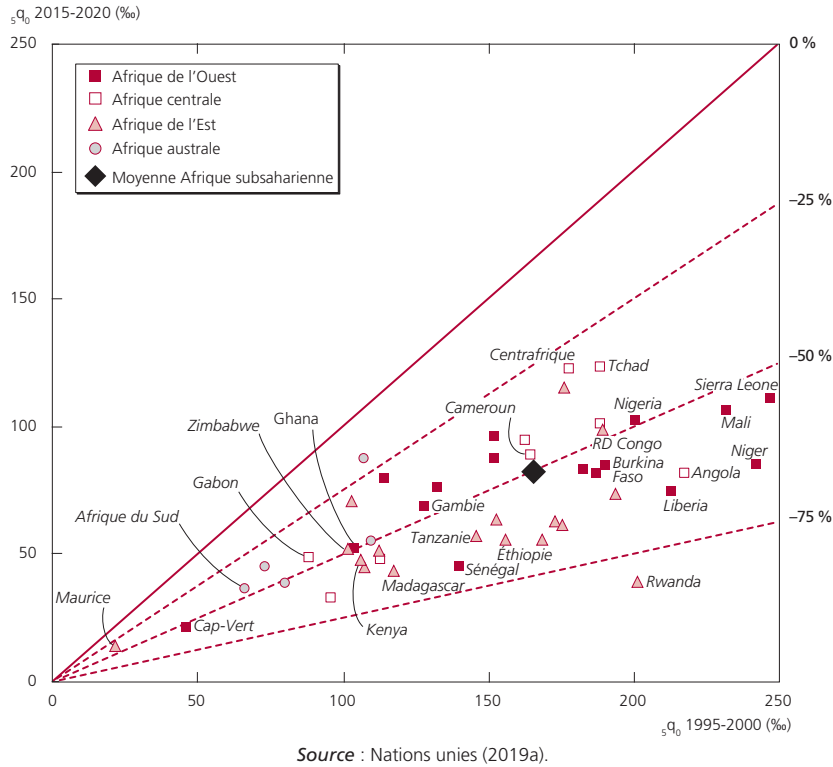
(45) Avec par exemple la création en 2004, sous les auspices de l'Unicef, de l'OMS, de la Banque mondiale et des Nations unies de l'UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME) qui rassemble des experts internationaux chargés de mesurer et suivre l'évolution de la mortalité des jeunes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

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

(47) 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.

présents dans les années 1980 et 1990 (Tabutin et Schoumaker, 2004), sont un peu moins importants. 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 quatre qui décédait avant son cinquième anniversaire (Mali, Sierra Leone, Niger, Soudan du Sud), à moins de 60 ‰, soit moins d'un sur seize (Maurice, Afrique du Sud, Cap-Vert, Botswana) ; ils vont actuellement de 120 ‰-130 ‰ (environ un enfant sur huit en Centrafrique, Tchad, Somalie) à moins de 50 ‰ (moins d'un sur vingt au Cap-Vert, Maurice, Botswana, Kenya, Rwanda, Afrique du Sud) (UN IGME, 2017 ; tableau annexe A.7)⁽⁴⁸⁾. Le nombre absolu de décès de jeunes Africains de moins de 5 ans a sensiblement diminué depuis 25 ans (de 3,9 millions par an 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 y ont crû rapidement. Cette part passe pour les moins de 5 ans de 31 % en 1990 à 51 % en 2016, et pour les 5-14 ans de 36 % à 55 % (UN IGME, 2017). La région progresse en termes de risques, mais concentre de plus en plus les décès de jeunes survenant dans le monde.

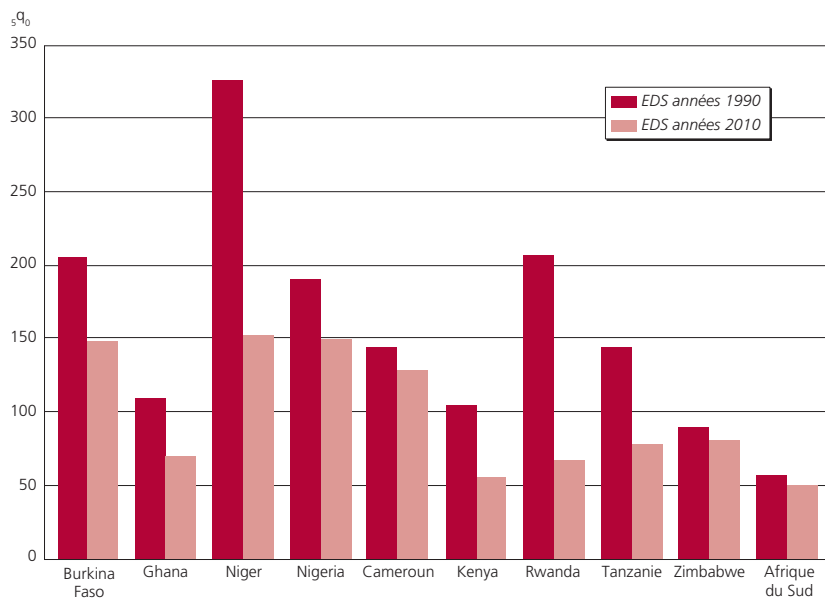
Figure 13. Evolution des quotients de mortalité des enfants de 0 à 5 ans (‰) de 1995-2000 à 2015-2020, dans 47 pays africains



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

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 les plus remarquables au Niger⁽⁴⁹⁾, 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.

Figure 14. Évolution des quotients de mortalité des enfants de 0 à 5 ans (%) des années 1990 aux années 2010, dans dix pays africains



Sources : Enquêtes démographiques et de santé.

Dans les transitions de mortalité, aucun changement conséquent des niveaux de mortalité aux jeunes âges ne survient sans modification du calendrier des risques aux 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 5 ans). Les inégalités entre pays persistent, qu'il s'agisse des niveaux ou des rythmes de baisse (tableau annexe A.3 ; IGME, 2017). L'Afrique suit globalement un schéma classique. C'est à un âge inférieur à un mois que les progrès ont été les plus lents (38 %), et entre 1 et 5 ans que les reculs ont été les plus importants (65 % en moyenne) grâce à l'amélioration du contrôle des maladies

(49) Nous n'avons pas trouvé de réelle explication à ce recul conséquent au Niger, qui partait d'un très fort niveau de mortalité 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 parmi les plus élevées (tableau annexe A.7).

infectieuses et respiratoires, des diarrhées et du paludisme. 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 (les calculs sont effectués à partir des données de l'IGME, 2017). Par conséquent, les stratégies et moyens de lutte à mettre en œuvre contre la mortalité doivent de plus en plus se concentrer aux jeunes âges.

4. La fin de la surmortalité des petites filles ?

Préoccupation ancienne dans la littérature, les différences de mortalité entre garçons et filles⁽⁵⁰⁾ ont fait l'objet de travaux ces deux dernières décennies pour tenter d'en dégager les évolutions au niveau mondial (Nations unies, 2011 ; Sawyer, 2012 ; Alkema *et al.*, 2014a) et 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, et pouvant conduire jusqu'à leur surmortalité. En Afrique subsaharienne, 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 des comportements discriminatoires à l'égard des filles au-delà de 1 an (Tabutin *et al.*, 2007). Le déclin de la mortalité depuis 20 ans est lié notamment au recul des maladies infectieuses entre 1 et 5 ans (plus susceptibles de comportements discriminatoires en matière de soins de santé) et 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 aussi le cas en Afrique subsaharienne : durant les années 2000 et 2010, tous les pays affichent une nette surmortalité des garçons à moins d'un an (en moyenne de 20 %). Entre 1 et 5 ans, elle n'est cependant que de 3 % en termes de moyenne régionale, soit moins qu'attendu (autour de 15 %) compte tenu des niveaux de mortalité atteints (Alkema *et al.*, 2014a).

(50) Rappelons brièvement que les différences de mortalité entre garçons et filles dans la petite enfance dépendent à la fois de facteurs biologiques et socioculturels. 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.

L'examen de l'évolution, entre les années 1990 et les 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 identifiée par exemple au Burkina Faso, Cameroun, Niger et Ghana), du moins au niveau national.

5. 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. Comment ont-elles évolué pendant cette période ? Qui des riches ou pauvres, éduqués ou illettrés, urbains ou ruraux ont le plus profité de ces améliorations ?

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)⁽⁵¹⁾ s'accordent sur leur importance, mais ne dégagent pas un schéma d'évolution d'ensemble. On peut observer une certaine convergence (réduction des inégalités), mais avec une forte diversité selon les pays et les régions. 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 sociodémographiques 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 effet positif sur la santé et la mortalité des enfants. Selon une étude macro-géographique menée dans 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). Dans son étude menée sur 50 pays à partir des enquêtes EDS (2003-2013), Gaigbe-Togbe (2015) réexamine le poids des grands déterminants de la survie des enfants au niveau individuel et 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 d'études primaire jouerait moins en Afrique qu'en Asie ou en Amérique latine. Dans les pays de référence, les inégalités de survie des enfants selon le niveau d'instruction des mères apparaissent clairement, tant vers la fin des années 1990 que plus récemment

(51) Études menées pour la plupart par comparaison des résultats des enquêtes EDS des années 1990, 2000 et 2010.

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

Pays et date des EDS		Milieu d'habitat			Instruction			Niveau de vie		
		Total	Urbain	Rural	Aucune	Primaire	Secondaire et plus	Le plus bas	Médian	Le plus élevé
Burkina Faso	1993	206	148	214	212	160	87	199	220	157
	2010	149	104	156	156	110	62	175	144	97
	Évolution (%)	-28	-30	-27	-26	-31	-29	-12	-34	-38
Ghana	1998	110	77	122	131	112	87	134	122	55
	2014	70	64	75	92	72	55	92	61	64
	Évolution (%)	-36	-17	-39	-30	-36	-37	-31	-50	+16
Niger	1998	302	178	327	314	225	130	—	—	—
	2012	153	83	163	158	121	91	144	168	114
	Évolution (%)	-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
	Évolution (%)	-21	-23	-20	-14	-20	-24	-21	-32	-39
Cameroun	1998	145	111	160	198	128	90	199	136	87
	2011	129	93	153	175	125	77	184	120	72
	Évolution (%)	-11	-16	-4	-12	-2	-14	-7	-12	-17
Kenya	1998	105	88	109	123	118	60	136	92	61
	2014	56	57	56	51	60	51	57	54	47
	Évolution (%)	-47	-35	-49	-58	-49	-15	-58	-41	-23
Rwanda	2000	207	141	216	233	200	117	246	210	154
	2015	67	51	70	89	65	38	84	68	40
	Évolution (%)	-68	-64	-68	-62	-68	-68	-66	-68	-74
Tanzanie	1996	145	122	151	162	138	89	140	148	98
	2016	78	86	75	83	79	60	78	73	73
	Évolution (%)	-46	-30	-50	-49	-43	-33	-44	-51	-26
Zimbabwe	1999	90	69	100	119	94	72	99	102	62
	2015	82	60	92	140	106	64	102	96	52
	Évolution (%)	-9	-13	-8	+15	+11	-11	+3	-6	-16
Afrique du Sud	1998	59	47	72	84	67	46	87	49	22
	2016	42	38	49	—	—	—	—	—	—
	Évolution (%)	-28	-19	-32	—	—	—	—	—	—
Note : Ces quotients (risques de mortalité de la naissance à l'âge de 5 ans) sont estimés sur une période de 10 ans précédant l'enquête. Sources : Enquêtes démographiques et de santé.										

(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 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 diminutions de cette mortalité ; 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, utilisé dans la plupart des études nationales et 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). L'étude récente de Bendavid (2014) sur 54 pays et celle de l'OMS (2015) sur 86 pays confirment le rôle du niveau 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 observe globalement une certaine convergence, mais le tableau 10 montre l'importance des disparités entre trois groupes économiques de ménages (le plus faible, médian, le plus favorisé) et leur évolution sur 15 à 20 ans dans les 10 pays de référence. La mortalité diminue du groupe le plus pauvre au groupe le plus riche dans la plupart des pays, mais avec une forte diversité de situations selon les pays, et sans relation évidente avec le niveau de mortalité : dans les années 2010, la surmortalité des plus pauvres se situe entre 20 % et 30 % au Niger et au Kenya, à environ 100 % au Rwanda et au Zimbabwe, il dépasse 150 % au Nigeria et au Cameroun. Par ailleurs, 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. Comme pour l'instruction, il n'y a pas, en Afrique, de schéma général d'évolution des inégalités selon le statut économique des ménages.

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

2015). Cette diversité des changements 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).

Le débat persiste 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 (Brockhoff et Brennan, 1998), et notamment en 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 est 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...). Elle conduirait dans ce cas à de fortes inégalités intra-urbaines (Rossier *et al.*, 2019), à une détérioration des conditions de santé d'une partie des citoyens⁽⁵²⁾, certains allant jusqu'à craindre l'émergence d'une surmortalité des grandes villes. On n'en est pas là : dans les 10 pays étudiés et 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 marqués. Par l'utilisation des recensements, Soura (2009) a montré l'importance des inégalités de mortalité et de santé des enfants selon les 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 qui vivent dans les bidonvilles de 65 % par rapport à ceux vivant en ville dans un habitat formel, et concluent que les inégalités sont plus importantes dans les villes qu'entre le monde rural et les bidonvilles. Dans la plupart des grandes villes, la ségrégation spatiale et particulièrement les disparités à l'intérieur des centres urbains sont un véritable enjeu pour les politiques sociales et les actions sanitaires au niveau local (Fink *et al.*, 2014), ainsi que pour les milieux ruraux, loin d'être homogènes (Streatfield *et al.*, 2014).

6. Les vaccinations et l'assistance à l'accouchement sont en progrès

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⁽⁵³⁾. Le tableau annexe A.7 en présente les niveaux atteints dans les années 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

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

(53) 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.

ayant reçu l'ensemble des 8 vaccins de base⁽⁵⁴⁾ 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, de 35 % à 81 % au Burkina Faso, de 36 % à 53 % au Cameroun, de 76 % à 93 % au Rwanda. Bien qu'en 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 et 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 varient d'un pays à un autre (Restrepo-Méndez *et al.*, 2016).

En matière d'assistance médicale à l'accouchement ou de suivi pré-natal (tableau annexe A.7), la plupart des pays ont aussi sensiblement progressé depuis une vingtaine d'années. Si on considère la proportion des naissances en établissement sanitaire comme indicateur de la couverture sanitaire (données disponibles dans les enquêtes EDS/MICS)⁽⁵⁵⁾, elle s'accroît fortement dans les dix pays de référence, entre les années 1990 et les 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, quel que soit le taux de couverture : c'est le cas du Nigeria (32 % à 36 %), du Cameroun (61 % à 62 %), et 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 de conditions d'accouchement sécurisées. L'accouchement à domicile, le plus à risque sans assistance qualifiée, n'a pas disparu (tableau annexe A.7), en particulier dans les campagnes (il est autour de 20 % au Bénin et en RD Congo, de 50 % au Mozambique, en Côte d'Ivoire et au Kenya, de plus de 70 % en Éthiopie, au Niger, au Nigeria et au Tchad).

7. La mortalité des adultes connaît un recul modéré

Longtemps négligée par les démographes en raison du manque de données, la mortalité des adultes est devenue un objet majeur de recherches du fait du recul de la mortalité des enfants, de l'épidémie de VIH-sida, et du suivi de la mortalité maternelle⁽⁵⁶⁾. 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

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

(55) 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.

(56) 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.

de 1,2 %) que la mortalité des enfants (3 %) (calculs de Tabutin et Masquelier, 2017), et avec d'importantes disparités entre régions⁽⁵⁷⁾. L'Afrique subsaharienne 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 (32 % en 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 mesurées à l'intérieur du continent. 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, les mortalités aux âges jeunes montrent une certaine convergence depuis 1990, les auteurs mettent en évidence une hétérogénéité croissante des niveaux de mortalité adulte, notamment 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 et les conflits politiques ont perturbé les tendances à la baisse dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest et centrale (Cameroun, Côte d'Ivoire, Nigeria, Liberia...). En 2015, les niveaux de la mortalité adulte dans une quinzaine de pays africains sont restés comparables à ceux 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, hormis quelques-unes sur les pays très touchés par le sida. Quant aux disparités spatiales, elles ne sont guère mieux documentées, car difficiles à mesurer en l'absence d'un état civil de bonne qualité. Même les simples différentiels urbains/ruraux ne peuvent dans la plupart des pays être estimés que par une approche indirecte⁽⁵⁸⁾. Dans leur étude menée sur 14 pays subsahariens, 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, notamment du fait de la prévalence du sida.

(57) 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 Timæus et Jasseh (2004), Reniers *et al.* (2011), Masquelier *et al.* (2014).

(58) À 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 qui néglige la migration (Lankoande, 2016).

Mais, peut-être plus inattendu, ils dégagent aussi une surmortalité urbaine dans 11 des 14 pays⁽⁵⁹⁾. L'environnement défavorable des villes sur la santé (essor des facteurs de risque de maladies non transmissibles, 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.

Quant aux inégalités entre sexes, on observe en Afrique subsaharienne 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 et 335 ‰ pour les femmes) et 13 % en 2015 (329 ‰ et 286 ‰) (Tabutin et Masquelier, 2017). Contrairement aux autres 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.

8. Le VIH-sida : « un long chemin reste à parcourir »

Ce titre d'un récent rapport pour l'Afrique de l'ONUSida⁽⁶⁰⁾ nous semble résumer la situation. Les progrès sont là, mais le fléau est loin d'avoir disparu. Les prévalences de l'infection au VIH et la mortalité liée au sida ont diminué dans le monde depuis 10 à 15 ans, mais de façon inégale. L'Afrique subsaharienne, particulièrement touchée, présente 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 d'une élimination de la maladie pour 2030 en Afrique, objectif proposé par ONUsida.

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

(59) De 5 % à 10 % en Tanzanie, au Zimbabwe, au Sénégal ou au Mozambique, de 30 % et plus au Burkina Faso, en Éthiopie et au Kenya.

(60) 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.

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

La diversité des niveaux et tendances est forte (ONUSida, 2018). L'Afrique de l'Est et l'Afrique australe ont connu les plus importants progrès (66 % de la population infectée accèdent aux antirétroviraux), mais les prévalences du VIH, certes en recul, y sont encore très élevées⁽⁶²⁾ : elles rassemblent 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 l'Afrique centrale présentent des prévalences en moyenne nettement plus faibles⁽⁶³⁾ et en légère diminution ; en 2017, elles représentent 17 % des personnes vivant avec le VIH dans le monde et 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 autre : entre 2010 et 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 subsahariens, les femmes ont été et sont encore plus infectées que les hommes⁽⁶⁴⁾ (ce que confirment les dernières enquêtes EDS), leur mortalité diminue plus vite que celle des hommes entre 2005 et 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 un suivi plus important 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 concernant le VIH-sida font toujours l'objet d'une attention particulière. Les résultats dépendent 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 (Glynn *et al.*, 2004 ; Hargreaves *et al.*, 2008 ; Fox, 2010). Globalement et au vu des enquêtes 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 touchés par l'infection. En Afrique australe, à des niveaux de prévalence beaucoup plus

(62) 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) et en Namibie (2013), 25 % au Lesotho (2014), 13 % au Mozambique, 5 % en Tanzanie (2011), 6 % au Kenya (2009).

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

(64) 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.

élevés, les disparités sont moins évidentes. Quant aux inégalités à l'intérieur des pays, elles sont souvent très importantes (Kharsany et Karim, 2016). Dans une étude sur les provinces de 12 pays de différents continents dans les années 2000 (ONUside, 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 pays⁽⁶⁵⁾, et précisent la localisation des actions sanitaires à mener en priorité (Larmarange *et al.*, 2011 ; Larmarange et Bendaoud, 2014).

9. Des progrès insuffisants dans la lutte contre la mortalité maternelle

Parmi tous les indicateurs clés de mortalité, l'un des plus complexes à mesurer, en l'absence d'un état civil précis fournissant les causes de décès, est sans conteste le rapport de mortalité maternelle (le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances)⁽⁶⁶⁾. Toutes les estimations, y compris les plus récentes 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 (tableau 9) bien au-dessus de la moyenne des pays en développement (239), loin derrière l'Asie du Sud (176), ou l'Asie du Sud-Est (110). En 2015, on a décompté 201 000 décès de mères (contre 529 000 en 2000), mais elle représente encore 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 subsaharienne de 15 ans, compte tenu (entre autres) de son nombre élevé de naissances, y avait encore récemment un risque de décéder de 1 sur 36 (1 sur 16 en 2000) contre 1 sur 210 en Asie du Sud, 1 sur 450 en Afrique du Nord, 1 sur 2 300 en Asie de l'Est et 1 sur 4 900 dans les pays développés (OMS *et al.*, 2015). Ces quelques chiffres illustrent les risques qu'encourent toujours en Afrique les femmes au cours de leur vie reproductive.

La grande majorité des pays dénombrent encore, vers 2015, entre 450 et 650 décès pour 100 000 naissances. À un extrême, quelques pays présentent une mortalité maternelle relativement faible, inférieure à 130 pour 100 000 (Maurice, Cap-Vert, Afrique du Sud, Botswana) ; à l'autre extrême, certains

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

(66) 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).

connaissent un niveau particulièrement élevé, supérieur à 650 pour 100 000 (Guinée, Libéria, Nigeria, Tchad, et la Sierra Leone qui détient le record depuis 25 ans, avec 1 360 en 2015). Cette diversité entre pays et les inégalités entre groupes sociaux ou milieux d'habitat sont liées à la couverture des soins prénataux, au type d'assistance à l'accouchement, au suivi post-natal et 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 quasiment inexistante. Les femmes sont conduites à des pratiques clandestines, par définition dangereuses : Sedgh *et al.* (2016) ont estimé qu'en 2008, 97 % des avortements se font dans l'illégalité en Afrique. Dans leur synthèse, Guillaume et Rossier (2018) soulignent que l'Afrique se démarque véritablement des autres régions du monde dans le degré de sécurité des avortements lié aux méthodes utilisées : près de 50 % y sont estimés à risque grave (contre une moyenne mondiale de 14 %, 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, 30 en Amérique latine, il atteignait 520 en Afrique subsaharienne (1 décès pour 190 avortements). Les avortements et les risques de morbidité et de mortalité qui y sont liés touchent particulièrement des femmes jeunes (15 à 24 ans), pas 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.

10. Le double fardeau épidémiologique et l'augmentation des maladies non transmissibles

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 qui conduisent 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 dans des villes ou des capitales (par exemple Antananarivo à Madagascar, voir Masquelier *et al.*, 2014) et des données d'observatoires de population, utilisant le plus souvent en milieu rural la technique des autopsies verbales⁽⁶⁷⁾. Dans leur analyse de 22 observatoires d'Afrique et d'Asie, Streatfield *et al.* (2014) dégagent une extrême diversité des profils épidémiologiques selon les sites, y compris 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)⁽⁶⁸⁾.

Comparant les données GBD entre 1990 et 2013, Masquelier et Kanté (2017) confirment la pleine entrée de l'Afrique subsaharienne 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 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 observe 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 trouve ce type de changements dans d'autres sites ruraux africains ou des capitales comme Accra, Antananarivo et 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

(67) Cela consiste à interroger des proches du décédé sur les symptômes de la maladie l'ayant conduit à la mort.

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

Faso et au Nigeria ; le paludisme reste en seconde position, viennent ensuite les maladies associées à la période néonatale. Suivent 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 observée en 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 à des âges adultes relativement jeunes, et que l'on qualifie de 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 déséquilibrée, sédentarité, consommation d'alcool...) 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 présentent une mortalité plus élevée imputable notamment aux maladies infectieuses ; de l'autre, les groupes plus « riches », les classes moyennes, sont 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 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, etc.

VII. Urbanisation et migrations internes

L'urbanisation et les migrations internes sont les deux caractéristiques principales de la recomposition des territoires dans un pays, d'une nouvelle géographie du peuplement, et des changements dans les comportements démographiques (Mercandilli et Losch, 2017).

1. Une forte croissance urbaine, mais plus lente que prévue

L'Afrique subsaharienne 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 actuellement de 41 %. 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 vivront en ville en 2050. L'Afrique subsaharienne s'urbanise donc clairement, et les villes absorberaient près de 80 % des habitants supplémentaires du continent d'ici 2050⁽⁶⁹⁾. En 2020, 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-région d'Afrique et dans le monde de 1990 à 2020, et projections jusqu'en 2050

Sous-région	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	1258
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	1078	1264	1291
Asie du Sud	26,5	29,0	32,5	36,6	44,6	53,8	316	422	555	709	988	1282
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	1460	1984	2641	3375	4485	5556
Pays développés	72,4	74,2	77,2	79,1	82,7	86,6	830	884	954	1004	1071	1124
Monde	43,0	46,7	51,7	56,2	62,5	68,4	2290	2868	3595	4379	5556	6680

Source : Nations unies (2018).

Au sein du continent, l'Afrique australe (et principalement l'Afrique du Sud) est de loin la sous-région la plus urbanisée. Près de deux tiers de sa population vivent dans des villes, et on en prévoit trois quarts en 2050. Le niveau d'urbanisation y est largement supérieur à la moyenne des pays en développement. À l'opposé, l'Afrique de l'Est est encore très largement rurale, puisque moins de 30 % des habitants sont citadins. Selon les projections, elle restera majoritairement rurale dans les prochaines décennies (47 % de citadins en

(69) Entre 2020 et 2050, l'Afrique subsaharienne comptera environ 1 milliard d'habitants supplémentaires, dont 800 millions de citadins.

2050). L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale occupent une position intermédiaire, leurs taux d'urbanisation se situent actuellement à 50 % (65 % en 2050 d'après les projections).

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

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 (Beauchemin, 2004 ; Beauchemin et Bocquier, 2004 ; UN-Habitat, 2014 ; Potts, 2016), 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 migrations⁽⁷⁰⁾ à l'urbanisation a diminué sensiblement depuis les années 1980, et est même devenue négative en Afrique australe (Menashe-Oren et Stecklov, 2018 ; Bocquier et Schoumaker, 2018). 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 (UN Habitat, 2014 ; Jedwab *et al.*, 2017 ; Bocquier et Schoumaker, 2018 ; Hommann et Lall, 2019).

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 (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.

2. Des mégalofoles 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

(70) Et des reclassifications de localités rurales en localités urbaines.

d'agglomérations urbaines de plus d'un million d'habitants a triplé entre 1990 et 2020, passant de 17 à 54, et pourrait dépasser 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 subsaharienne ont largement dépassé cette taille aujourd'hui (Lagos et Kinshasa), et deux autres (Luanda et Dar Es Salaam) devraient compter plus de 13 millions d'habitants en 2035 (tableau 12). Le poids de ces villes dans les systèmes urbains est différent selon le 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 représentent 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. Évolution de la population de 1990 à 2035
des dix agglomérations urbaines d'Afrique subsaharienne 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 Abeba (Éthiopie)	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 (2018).

La taille de ces villes va sans aucun doute continuer à augmenter, tout comme la population urbaine en Afrique. Il est toutefois difficile de projeter l'évolution de la population de ces grandes villes. Les perspectives des Nations unies reposent sur l'hypothèse qu'elles croîtront à peu près au même rythme que la population urbaine du pays dans son ensemble, et que leur poids dans la population urbaine sera donc, en 2035, quasiment identique à celui de 2020. Mais Kinshasa continuera-t-elle à croître de 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'accélénera-t-elle par rapport à la période la plus récente,

comme le suggèrent les projections des Nations unies ? Rien ne le garantit évidemment, et on pourrait même imaginer que leur rythme de croissance va ralentir. L'analyse des 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 l'accroissement de la population urbaine se produit surtout dans les villes secondaires et les petites villes (UN-Habitat, 2014).

3. Des défis multiples

La croissance des villes, même si elle s'avère plus lente que prévue, se traduira par plusieurs centaines de millions de citoyens supplémentaires en Afrique subsaharienne 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, notamment concernant le logement, l'approvisionnement en eau et électricité, et la pollution.

Bien que la proportion d'urbains d'Afrique subsaharienne vivant dans des quartiers informels (*slums*)⁽⁷¹⁾ ait diminué depuis les années 2000⁽⁷²⁾, elle reste très élevée (supérieure à 50 %), et le nombre absolu d'habitants continue à augmenter. 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 10 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 (58 %) et de l'Afrique du Sud (86 %). Elle a même diminué dans plusieurs d'entre eux (Cameroun, Tanzanie, Ghana, Kenya et Zimbabwe, tableau 13)⁽⁷³⁾, 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 y ont maintenant accès représentent 49 % au Burkina Faso, 68 % au Kenya, et dépassent 80 % au Cameroun, au Ghana, au Zimbabwe et au Nigeria (tableau 13). Cette amélioration du confort des ménages contribue aussi à réduire la pollution intérieure liée à l'utilisation de bois, charbon, pétrole pour l'éclairage, la cuisine et le chauffage (UNEP, 2016). Persistent malgré cela de très fortes inégalités selon les milieux d'habitat en matière d'approvisionnement en eau et électricité (partout l'équipement du monde rural est plus faible).

(71) 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.

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

(73) 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. Évolution de la part des ménages (%)
disposant d'eau et d'électricité des années 1990 aux années 2010,
dans 10 pays selon le milieu d'habitat**

Pays des 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
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
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
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
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
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
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
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
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
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 Enquêtes démographiques et de santé.

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-Mensah, 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 nombre d'entre elles (Tembe *et al.*, 2018). Mobilité, emploi, sécurité, autant de domaines qui, dans des villes de plus en plus nombreuses et densément peuplées, sont au cœur des politiques urbaines à venir.

La gestion des croissances urbaines, notamment des plus grandes villes, est un enjeu majeur de la croissance économique et du bien-être des populations. Mais le seul ralentissement des flux ne suffira pas à faire face aux grands défis

en termes sociaux, sanitaires, environnementaux ou de sécurité, et à en faire des villes ouvertes, sûres et durables (Objectif de développement durable 11).

VIII. Les migrations internationales

1. 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 subsaharienne. Si des progrès indéniables ont été enregistrés dans les connaissances en matière de migrations africaines, notamment à travers plusieurs projets internationaux tels que le projet MAFE (Migration between Africa and Europe, voir Beauchemin *et al.*, 2013 ; Beauchemin, 2015) et le projet DEMIG (Determinants of international migration, 2015), on est loin de disposer de données sur les mouvements migratoires et leurs facteurs dans un grand nombre de pays.

Les principales informations 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, établies par le Haut commissariat des Nations unies pour 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 afin de produire, pour la plupart des pays du monde, des estimations de stocks bilatéraux de migrants depuis le début des années 1990⁽⁷⁴⁾, c'est-à-dire des estimations du nombre de migrants dans chaque pays classés en fonction de leur pays de naissance. Ces données sont toutefois imparfaites, en particulier en Afrique subsaharienne⁽⁷⁵⁾, et reposent en partie sur des extrapolations pour les années les plus récentes ; dans certains pays ne disposant d'aucune donnée (Somalie, Érythrée par exemple), elles sont modélisées à partir de l'expérience de pays proches.

Les flux migratoires sont bien moins documentés. Le projet 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

(74) 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015 et 2017.

(75) Selon la Division de la population des Nations unies, environ un pays d'Afrique (y compris du Nord) sur cinq n'a pas fourni d'informations 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.

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. 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. Les enquêtes spécifiquement axées sur les migrations internationales sont toutefois rares. Les résultats du projet MAFE fournissent des informations sur les migrations internationales dans certains pays d'Afrique⁽⁷⁶⁾.

2. Augmentation du nombre de migrants et diversification des destinations

En 2017, environ 25 millions de personnes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne vivaient hors de leur pays de naissance, soit un peu plus de 2,5 % de la population d'Afrique subsaharienne (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 ainsi que les Africains subsahariens ne sont pas particulièrement mobiles. Par ailleurs, même si le nombre de migrants subsahariens 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 pendant 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 dans et au départ de l'Afrique subsaharienne.

Les migrants subsahariens restent 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 subsahariens en 2017, 17 millions vivaient en effet dans un autre pays d'Afrique subsaharienne. Néanmoins, la part des migrants 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 ralenti en moyenne, ce n'est pas le cas partout. En particulier, le nombre de migrants subsahariens en Afrique australe, principalement

(76) Les enquêtes du projet MAFE ont concerné Dakar (Sénégal), Kinshasa (RD Congo), 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 entre 1990 et 2017**

Région de résidence des migrants nés dans un pays d'Afrique subsaharienne	Effectifs de migrants (milliers)				Taux de croissance annuel moyen (1990-2017) (%)
	1990	2000	2010	2017	
Afrique de l'Ouest	4070	4715	5268	5981	1,4
Afrique australe	915	847	1641	2402	3,6
Afrique centrale	1186	1391	1526	2603	2,9
Afrique de l'Est	5255	3879	3792	6016	0,5
Total Afrique subsaharienne	11426	10832	12227	17002	1,5
Europe	1654	2326	3724	4144	3,4
Amérique du Nord	399	823	1529	1904	5,8
Asie	224	273	518	670	4,1
Afrique du Nord (sauf Soudan)	38	129	159	183	5,8
Afrique du Nord (avec Soudan)	1380	868	694	873	-1,7
Océanie	114	178	357	440	5,0
Autre	9	13	32	44	5,9
Total hors Afrique subsaharienne	3779	4479	6855	8075	2,8
Total des migrants subsahariens dans le monde	15205	15311	19082	25077	1,9
% du total vivant en Afrique subsaharienne	75	71	64	68	
Note : Les données font référence aux effectifs de personnes nées dans un autre pays que leur pays de résidence.					
Source : Nations unies (2017).					

en Afrique du Sud, a augmenté à un rythme nettement plus élevé que dans les autres régions africaines. 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 subsahariens⁽⁷⁷⁾. Les effectifs de migrants en Afrique de l'Est ont d'abord diminué (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 des disparités selon les 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, notamment du fait de mouvements de réfugiés et de changements de politiques migratoires.

(77) 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.*, 2018b).

La part des migrants subsahariens 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 d'immigrés subsahariens en 2017 (environ 17 % du total), puis l'Amérique du Nord (près de 2 millions), l'Asie (près de 700 000), l'Océanie (plus de 400 000) 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 subsahariens 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 subsaharienne, d'une augmentation de la propension à quitter la région, mais aussi, du moins pour certains pays, d'une diminution des retours (Beauchemin *et al.*, 2015; Schoumaker *et al.*, 2018b).

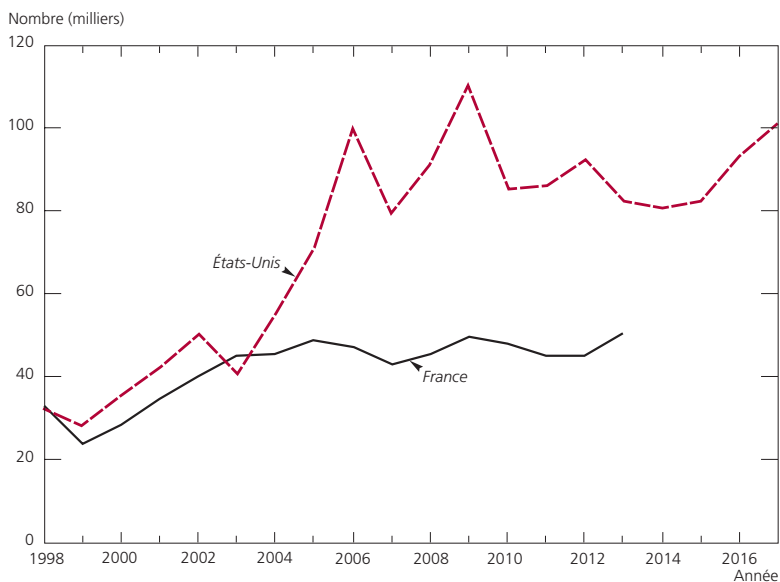
Les migrations hors de l'Afrique varient fortement selon les pays d'origine. L'augmentation des effectifs de migrants en Europe a été particulièrement marquée pour les personnes originaires du Nigeria, du Ghana, de Somalie, d'Érythrée, d'Afrique du Sud, du Sénégal et de Côte d'Ivoire⁽⁷⁸⁾. Cette augmentation s'est aussi accompagnée d'une évolution des 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 (Beauchemin *et al.*, 2018; Schoumaker *et al.*, 2018b). Les migrations ghanéennes, bien que toujours en grande partie orientées vers le Royaume-Uni, se développent aussi ailleurs, notamment en Allemagne et aux Pays-Bas (Schoumaker *et al.*, 2018b). En Océanie, principalement en Australie, les augmentations sont essentiellement 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 subsaharienne (Capps *et al.*, 2012), principalement en provenance du Nigeria, de l'Éthiopie, du Ghana, du Kenya et de l'Afrique du Sud (plus de la moitié des migrants subsahariens proviennent 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 presse, bien que peu documentée par des travaux scientifiques (Lan, 2015). Enfin, si l'on exclut le

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

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 à celui des sorties (émigrations). Les entrées et les sorties sont toutefois bien moins documentées que les stocks (Beauchemin et Lessault, 2014). Il est néanmoins souvent possible de reconstituer les entrées en provenance d'Afrique subsaharienne dans les pays du Nord. Nous reprenons ici les chiffres de deux destinations : les États-Unis et la France (figure 15). Les données ne sont pas tout à fait comparables⁽⁷⁹⁾, 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 d'Afrique subsaharienne vers les États-Unis et la France



Sources : d'Albis et Boultane (2015) pour la France ; Office of Immigration Statistics (2019) pour les États-Unis.

L'immigration en Afrique subsaharienne en provenance d'autres régions du monde a sensiblement diminué, bien qu'elle semble avoir augmenté pour

(79) Pour la France, il s'agit de statistiques de délivrances de titres de séjour pour une durée d'un an. Les immigrations pour des durées plus courtes ne sont donc pas comptabilisées. Aux États-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.

certains groupes, en particulier les migrants chinois (Cook *et al.*, 2015). Cette migration est pour l'instant peu documentée.

3. Qui migre et de quelle façon 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.*, 2018a). Les données étant parcellaires, il est difficile d'en dresser un portrait précis.

Premièrement, les migrants subsahariens dans les pays du Nord sont souvent plus instruits que les personnes restées dans le 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 plus importantes pour 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 RD Congo vers 2010 le confirment (González-Ferrer *et al.*, 2018). Plus le niveau de diplôme est élevé, plus les chances de migrer vers l'Europe le sont également. Dans certains pays d'origine, le personnel de santé est particulièrement concerné par ces migrations, conduisant à d'importantes pénuries de professionnels qualifiés (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 (González-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.*, 2018a). Une part importante des migrations en provenance d'Afrique subsaharienne se fait d'ailleurs dans le cadre du regroupement familial. Par exemple, aux États-Unis, plus de la moitié des personnes originaires d'Afrique subsaharienne 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 subsaharienne dans les pays du Nord, reflétant les situations de conflits, menaces et persécutions fréquentes dans la région. Aux États-Unis, en 2017, les migrations d'asile représentent environ un quart des immigrations permanentes en provenance d'Afrique subsaharienne. 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 subsaharienne ont été

enregistrées en 2018 (Ofpra, 2018), soit environ un tiers de l'ensemble des demandes d'asile⁽⁸⁰⁾. 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 États-Unis, en 2007, on estimait qu'environ 20 % des immigrants subsahariens 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-papiers » durant leur première année de séjour⁽⁸¹⁾, mais cette proportion est apparue bien plus faible sur l'ensemble des migrants lors de l'enquête en 2009 (16 % pour les Sénégalais, 11 % pour les Congolais) (Schoumaker *et al.*, 2018a). En France, Lessault et Beauchemin (2009) proposent une estimation « maximaliste » de 11 % d'immigrés subsahariens 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 résultat de politiques qui « produisent de l'irrégularité » (Vickstrom, 2014).

4. Quelles sont les perspectives envisagées ?

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 subsaharienne, 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 émigrations, et que les effectifs de migrants africains dans d'autres continents, en particulier dans les pays occidentaux, continuent à croître. Néanmoins, plusieurs chercheurs 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.

(80) En 2018, environ un quart des demandeurs d'asile subsahariens obtiennent le statut de réfugié ou la protection subsidiaire en France (Ofpra, 2018).

(81) 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.

De nombreuses incertitudes pèsent toutefois sur les perspectives de migration. Les migrations forcées sont par nature difficiles à prévoir, et il est possible qu'elles augmentent si les situations politiques et sécuritaires se détériorent. Les migrations liées à l'environnement, et notamment au réchauffement climatique, sont également susceptibles de s'accroître, car l'Afrique serait fortement affectée (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 migrations, en particulier les migrations internationales, sont loin d'être évidents (Borderon *et al.*, 2019).

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

Si les estimations de population sont bien établies entre 1995 et 2015, les projections à l'horizon 2050 et surtout 2100 par la Division de la population des Nations unies en 2019 sont par nature à regarder avec toute la prudence requise⁽⁸²⁾. 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.

1. Une croissance rapide des populations du continent tout au long du xxi^e siècle

La figure 16 illustre l'évolution de la population de l'ensemble de l'Afrique subsaharienne de 1995 à 2015, puis de 2015 à 2050 et 2100 selon les trois variantes de projection retenues par les Nations unies⁽⁸³⁾.

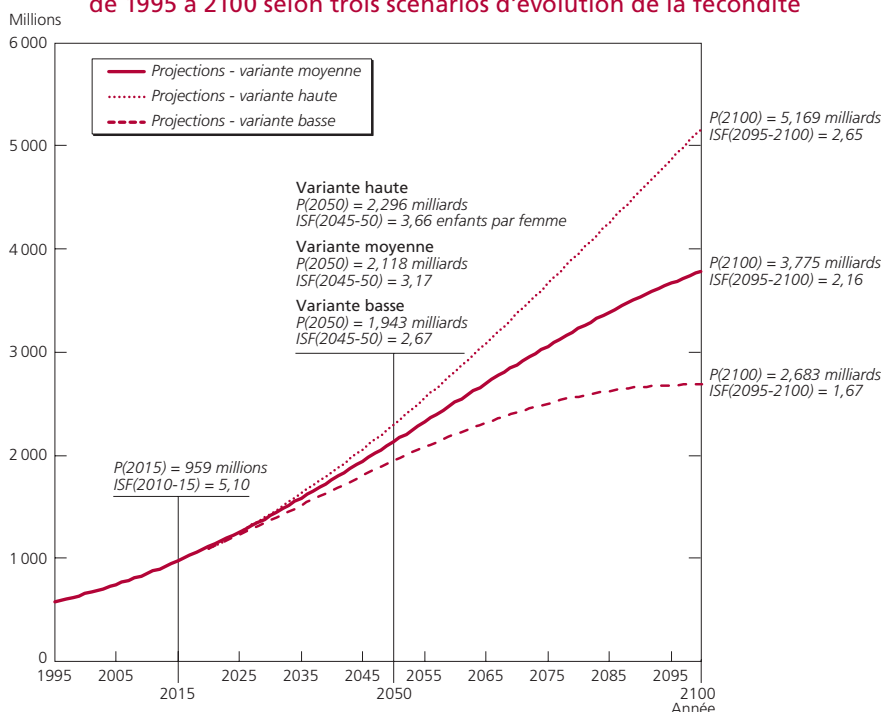
Avec un taux de croissance quasi-constant de 1995 à 2015 (de l'ordre de 2,7 % par an, section II), la région est passée de 561 millions à 959 millions d'habitants, soit une augmentation en une vingtaine d'années de 398 millions (+ 70 %). De 1995 à 2020 (1 094 millions), c'est un doublement de la population, 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, elle reculait de 5,1 enfants par femme en

(82) 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 diminue 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. Les Nations unies travaillent toujours selon plusieurs hypothèses : haute (la fécondité diminue lentement), basse (elle diminue rapidement) et moyenne, la plus raisonnable, celle présentée ici.

(83) 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 les données, l'article est illustré de cartes sur la fécondité, la mortalité infantile, la croissance, les effectifs, les migrations et l'urbanisation.

2015 à 3,17 en 2050 et atteignait 2,16 (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 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).

Figure 16. Évolution de la population d'Afrique subsaharienne de 1995 à 2100 selon trois scénarios d'évolution de la fécondité



Note : P : Population totale ; ISF : Indice synthétique de fécondité des 5 années précédant la date (nombre moyen d'enfants par femme).

Source : Nations unies (2019a).

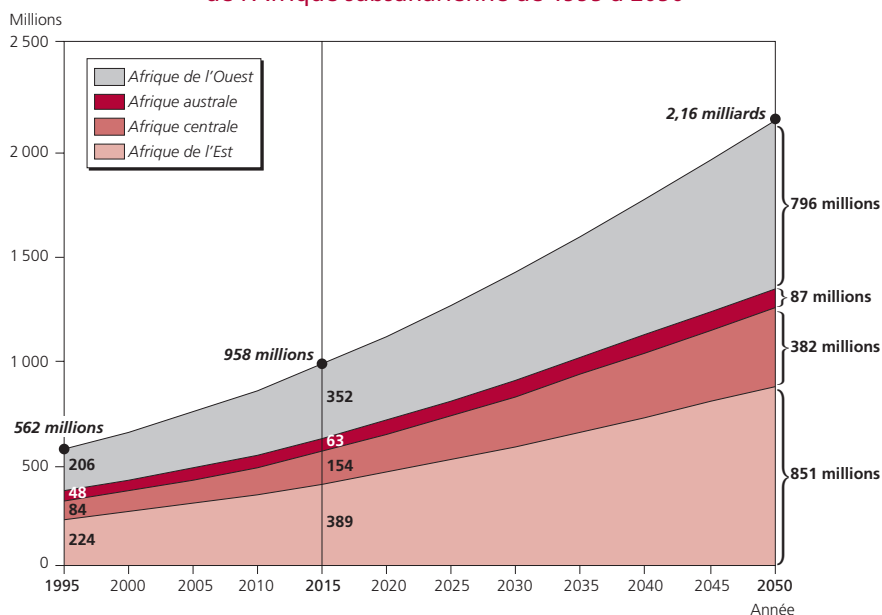
Les deux autres hypothèses conduisent à des augmentations assez différentes de la population d'ici 2050 et surtout 2100. La variante haute, la plus pessimiste, qui suppose une baisse de la fécondité assez lente, conduit à 178 millions d'habitants de plus que la variante moyenne en 2050, pour atteindre 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 à venir 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 subsaharienne connaîtra une pression démographique certes plus ou moins importante mais inéluctable dans les prochaines décennies.

2. Seule l'Afrique australe connaîtra un ralentissement notable d'ici 2050

La figure 17 présente l'évolution de la population des 4 grandes régions subsahariennes d'ici 2050 (variante moyenne). L'augmentation de la population d'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 (tableau 2 : différentiels des taux de croissance de 1995 à 2020). La région australe, qui partait d'une fécondité déjà plus faible en 1995, a connu une diminution plus rapide qu'ailleurs ; l'impact du sida sur la mortalité a également participé au 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), par 2,5 en Afrique centrale (de 154 à 381 millions), par 2,2 en Afrique de l'Est (de 389 à 851 millions), par 1,4 en Afrique australe (de 63 à 87 millions) qui verrait aussi baisser son poids relatif dans la région.

Figure 17. Évolution des effectifs des populations des quatre sous-régions de l'Afrique subsaharienne de 1995 à 2050



Note : 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.

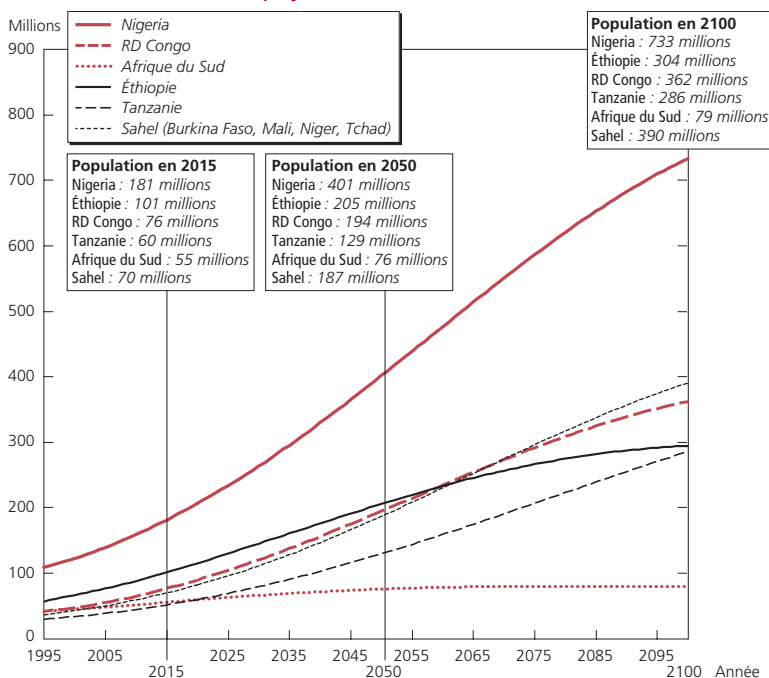
Scénarios moyens d'évolution de la fécondité de 2015 à 2050.

Source : Nations unies (2019a).

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

Sur les 51 pays de la région, cinq représentent près de 50 % de la population subsaharienne en 1995 comme en 2015 : le Nigeria (181 millions en 2015), l'Éthiopie (101 millions), la RD Congo (76 millions), l'Afrique du Sud (63 millions) et la Tanzanie (51 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, de l'ordre de 2,8 % par an (tableau 2).

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



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

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 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^e pays le plus peuplé de la planète dès 2030 connaît une croissance fulgurante, comme la RD Congo et la Tanzanie (figure 18). Seules l'Afrique du Sud et plus tard l'Éthiopie verront une relative stabilisation de leurs populations d'ici la fin du siècle.

Sans surprise compte tenu de la lenteur des changements en cours, le groupe des pays pauvres sahéliens 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.

4. Un monde de plus en plus africain

Résultat bien connu de ces évolutions récentes ou projetées, l'Afrique subsaharienne est déjà un acteur majeur de la démographie de la planète. Son poids relatif passerait de 13 % en 2015 à 22 % en 2050 pour, si l'on peut encore une fois se fier à des projections aussi lointaines, atteindre 35 % en 2100 (Nations unies, 2019a, variante moyenne). La contribution de la région à 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 de projections, la fécondité baisse plus ou moins vite, mais le nombre de femmes d'âge fécond ne cesse de croître rapidement, de générations en générations, conséquence des fortes fécondités des 30 à 40 dernières années. Si le nombre estimé de naissances dans le monde ne changera guère entre 2015 et 2050 (de l'ordre de 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, et 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.

5. Des populations qui resteront longtemps les plus jeunes du monde

Conséquence d'une baisse plus lente qu'ailleurs de la fécondité, l'Afrique subsaharienne était en 1995 comme en 2015 la région de très loin la plus jeune du monde (tableau 15), et le demeurera, creusant aussi les 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 population subsaharienne 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 va s'accroître très rapidement. Seule l'Afrique australe, partant d'une plus faible fécondité dès 1990, connaît une évolution de sa structure par âge proche de la moyenne des pays en développement.

Tableau 15. Âge médian et structure par grand groupe d'âges (%) par sous-région africaine et du monde en 1995, 2015 et 2050

Sous-région	Âge médian			% des moins de 15 ans			% des 15-64 ans			% des 65 ans et plus		
	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 subsaharienne	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 en 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

Note : Scénarios moyens d'évolution de la fécondité pour les projections à l'horizon 2050.

Source : Nations unies (2019a).

On observe bien sûr certaines disparités des structures par âge entre pays, liées 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 moins de 15 ans qui allaient de 39 % (Ghana) à 46 % (Burkina Faso) en 2015 passeront à des proportions moindres mais avec des écarts de même ampleur 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

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

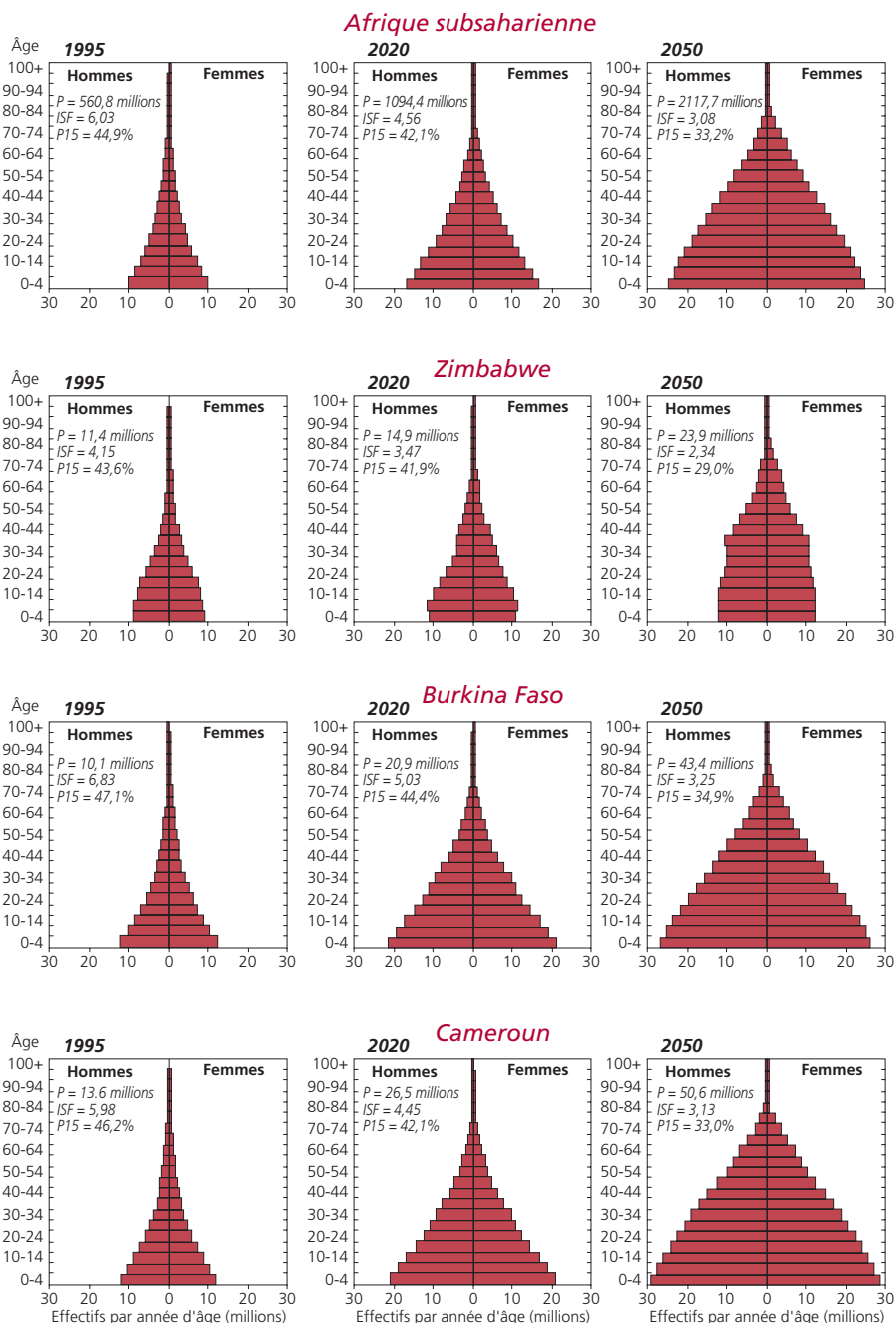
Pays	Âge médian			% des moins de 15 ans			% des 15-64 ans			% des 65 ans et plus			Rapport de dépendance ^(a) (%)		
	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050	1995	2015	2050
Burkina Faso	16,3	17,0	22,8	47	46	35	50	52	61	3	2	4	100	96	64
Ghana	18,1	20,7	26,9	43	39	30	54	58	64	3	3	6	85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

(a) Rapports des effectifs de moins de 15 ans et de 65 ans et plus aux effectifs des 15-64 ans.
Notes : Scénarios moyens d'évolution de la fécondité pour les projections à l'horizon 2050.
Source : Nations unies (2019a).

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).

Les pyramides des âges de l'Afrique subsaharienne, 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) conserveront d'ici 2050 une base élargie, même si l'on voit se renforcer les effectifs d'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 à l'âge fécond. Puis l'augmentation de ces effectifs se ralentira et, combiné à la baisse de la fécondité, conduira à un recul de la proportion de jeunes au profit des âges adultes. Seul le Zimbabwe voit sa pyramide véritablement se rétrécir à la base (recul sensible du nombre de naissances) et aller 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. Pyramides des âges en 1995, 2020 et 2050 de l'Afrique subsaharienne, du Zimbabwe, du Burkina Faso et du Cameroun



Note : 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.

Source : Nations unies (2019a).

6. Un vieillissement limité, 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 millions en 1995 à 28 millions en 2015 (65 % d'augmentation), passerait de 28 à 56 millions entre 2015 et 2035 (doublement en 20 ans) avant d'atteindre 100 millions en 2050 (Nations unies, 2019a). Il quadruplerait quasiment en 35 ans (2015-2050), pouvant même quintupler dans plusieurs 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 et des plus de 80 ans seront en moyenne supérieurs à 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, niveau 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 minimales⁽⁸⁴⁾. 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.

7. 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 mortalité⁽⁸⁵⁾, deux éléments conduisent à l'évolution des écarts de structures entre milieux d'habitat dans les pays en développement. D'une part, la plus grande précocité et la rapidité des reculs de la fécondité dans les villes conduisent à moins de jeunes qu'en milieu rural et à un début de vieillissement, par la base de la pyramide. D'autre part, l'intensité des migrations du monde rural vers les villes concerne 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 d'habitat se rétrécissent au fil du temps, lorsque les reculs de la fécondité se généralisent.

L'étude récente de Menashe-Oren et Stecklov (2018) sur les structures par âge de 45 pays subsahariens pour la période 1980-2015, donne une vision

(84) Voir Sajoux *et al.* (2015) pour une description de la diversité des systèmes de retraite et de protection sociale des personnes âgées en Afrique subsaharienne. La proportion de personnes âgées percevant une pension (de montant diversifié) a été estimée en moyenne régionale à 17 % vers 2012, avec de grandes différences entre pays (de 1 % en Sierra Leone à près de 100 % à Maurice, au Botswana, au Lesotho et en Afrique du Sud).

(85) Les migrations internationales ne jouent dans l'ensemble qu'un très faible rôle.

d'ensemble de ces écarts entre milieux et de leurs déterminants dans le passé récent. Elle confirme pour 2015 la plus grande jeunesse du monde rural (46 % de moins de 15 ans contre 39 % en milieu urbain), la proportion plus élevée de la population d'âge actif en milieu urbain, ainsi qu'un rapport de dépendance plus faible. Les auteurs pointent le rôle de la fécondité, mais aussi des migrations vers les villes, dans ces distorsions.

8. 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⁽⁸⁶⁾. 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 faible (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. 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 de croître rapidement ; comme le Ghana et l'Éthiopie, le Rwanda connaîtrait de nets ralentissements de l'augmentation de la population de 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.

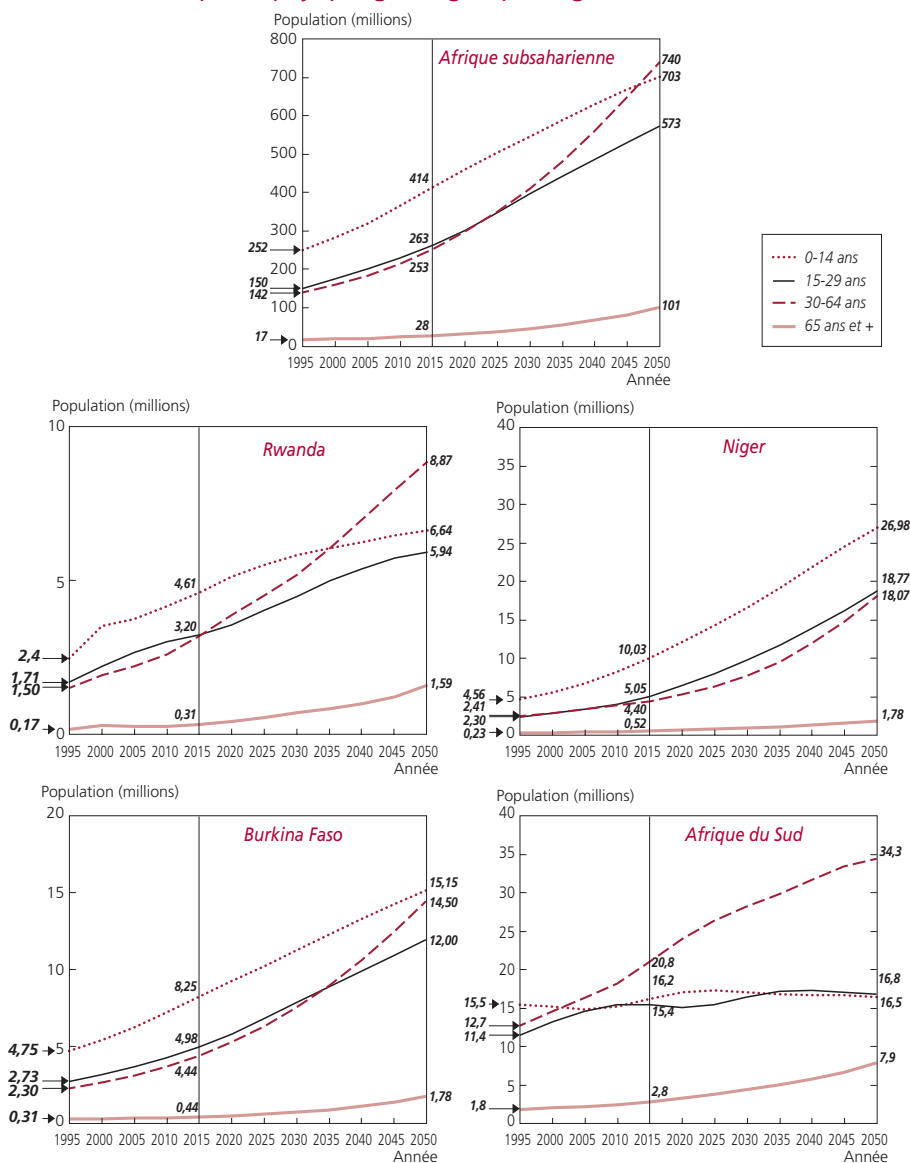
X. Des rapports de dépendance aux dividendes démographiques ? Les défis d'ici 2050

1. 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 consacrés, depuis une dizaine d'années, au

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

Figure 20. Évolution des effectifs de la population d'Afrique subsaharienne et de quatre pays par grand groupe d'âges, de 1995 à 2050



Source : Nations unies (2019a).

dividende démographique que pourrait connaître la région dans les décennies prochaines et à son impact sur l'économie et le développement⁽⁸⁷⁾. Le recul de

(87) Voir notamment l'ouvrage collectif de H. Groth et J. May (2017), ou celui de D. Delaunay et J.-P. Guengant (dir.) (2019), actes d'un colloque tenu à Paris en 2017. Quant à la 7^e conférence de l'Union pour l'étude de la population africaine (UEPA) de 2015, elle s'intitulait « Les dividendes démographiques en Afrique : perspectives, opportunités et défis ».

la fécondité a pour conséquence une moindre proportion de jeunes (les inactifs) et une augmentation de celle des adultes (les actifs). La plus faible charge économique des jeunes qui en résulte (en termes d'éducation, santé, alimentation...) dans un premier temps libère 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 appui important au développement. Mais de l'avis d'experts, cette fenêtre (ou bonus) qualifiée de « démographique » ne suffira pas à elle seule dans une majorité de pays, car la réalisation du dividende 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 ans⁽⁸⁸⁾. Les incertitudes persistent toutefois sur la réalisation de ce dividende (prospectif) en Afrique, car de nombreuses sources d'instabilité (politiques, économiques, financières, sociales) rendent cette hypothèse très fragile dans un monde de plus en plus globalisé et concurrentiel.

Sans entrer dans les détails (voir par exemple les travaux référencés en note 87), 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 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 y parvenir concrètement, en particulier dans les nombreux pays et les zones les plus défavorisées (le Sahel, une partie de l'Afrique de l'Ouest ou centrale)⁽⁸⁹⁾, où on est encore loin aujourd'hui d'une couverture complète des besoins de santé, d'emploi ou d'éducation ; où les inégalités de genre, entre groupes sociaux ou milieux d'habitat sont récurrentes sinon croissantes, et où les effectifs de jeunes et d'adultes feront plus que doubler dans les 30 ans à venir, en dépit de la baisse de la fécondité ?

Aussi intéressant soit-il sur un plan théorique, ce paradigme largement médiatisé de la possibilité d'un dividende démographique pour l'Afrique

(88) On estime entre 15 % et 30 % l'effet du dividende sur la croissance économique de plusieurs pays asiatiques comme la Chine, Singapour, Taïwan et la Corée du Sud.

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

subsaharienne nous semble requérir de la prudence. En s'en tenant au niveau continental et en se fondant sur divers travaux de modélisations économiques, Cleland et Machiyama (2017) y voient trois raisons : le recul probable de la fécondité et le changement afférent aux structures par âge risquent d'être trop lents d'ici 2050 pour pouvoir en eux-mêmes induire des progrès économiques rapides ; 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 africaines⁽⁹⁰⁾ ; 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 déclins de la fécondité dans la région est indispensable pour un avenir durable, et plus ils seront rapides, plus ils seront bénéfiques » (Cleland et Machiyama, 2017, 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 bas, 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 ne serait qu'une perspective lointaine et qui ne concernerait sans doute que quelques pays (Pilon et Pison, 2020).

2. Santé, éducation, emploi : des défis impressionnants

Le simple examen de l'augmentation 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 se rapportant aux différents âges de la vie : la santé maternelle et le suivi prénatal et post-natal (naissances), la santé des jeunes enfants (0-4 ans), l'éducation primaire (5-14 ans), l'éducation secondaire et au-delà et l'entrée sur le marché du travail (15-24 ans), l'emploi adulte (25-64 ans), la santé et la dépendance (65 ans et plus). Tous les groupes d'âges 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 247 millions de jeunes enfants en 35 ans), + 113 %

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

pour les 15-24 ans (de 189 à 399 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).

**Tableau 17. Évolution des naissances et des effectifs
par grand groupe d'âges de l'Afrique subsaharienne de 2000 à 2050**

	Effectifs (millions)				Évolution (%)			
	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	247	43	27	24	57
5-14 ans	173	257	347	456	48	35	31	78
15-24 ans	128	189	283	399	48	50	41	111
25-64 ans	209	328	524	914	57	60	74	179
65 ans plus	19	28	47	101	45	66	118	262
Tous âges	640	959	1 400	2 118	50	46	51	121

Note : Scénario moyen d'évolution de la fécondité.
Source : Nations unies (2019a).

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 primaire⁽⁹¹⁾ y est passé de 60 % à 78 % de 2000 à 2015 (de 82 % à 89 % dans l'ensemble des pays du Sud), celui de la scolarisation 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 visibles entre pays, milieux d'habitat et groupes sociaux (Pilon, 2018). La région est encore loin de la scolarisation primaire universelle prônée par les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour 2015. Selon les données les plus récentes (Unesco, 2018), l'Afrique subsaharienne présente en 2016 le taux d'exclusion de l'enseignement primaire et secondaire⁽⁹²⁾ le plus élevé du monde (21 % dans le primaire et 48 % dans le secondaire) et les filles sont les plus touchées. Sur les 63 millions d'enfants exclus de l'école primaire au niveau mondial, 34 millions sont africains. Par rapport à 2000-2015, l'augmentation relative d'enfants et adolescents de 5-14 ans et des jeunes adultes de 15-24 ans ralentira dans l'avenir, mais la croissance absolue de leurs effectifs ne diminuera pas d'ici 2050 (tableau 17) : 90 millions supplémentaires de 5-14 ans et 94 millions de 15-24 ans de 2015 à 2030, puis entre 2030 et 2050, 107 et 117 millions de plus. Au total, 408 millions de jeunes (5-24 ans) de plus en 35 ans dont,

(91) 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.

(92) Proportions d'enfants (6 -11 ans) et d'adolescents (12-17 ans) qui ne sont pas scolarisés.

selon 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'enseignants⁽⁹³⁾, 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...).

La santé est l'autre élément-clé du développement et de la formation du capital humain. Nous l'avons vu, l'Afrique subsaharienne a fait d'évidents progrès en matière de santé et de lutte contre la mortalité (notamment des enfants) depuis une vingtaine d'années. Mais elle n'a que peu rattrapé son retard par rapport au reste du monde et continue d'être 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 pour 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 durable (ODD) pour 2015-2030. Des progrès incontestables ont été observés mais de nombreuses incertitudes demeurent. À l'image des besoins éducatifs et 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 % entre 2015 et 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 247 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 sages-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 des populations qui se diversifient (la demande) et augmenter considérablement les personnels et infrastructures ainsi que leur qualité (l'offre) nécessiteront des investissements 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,

(93) 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 pour répondre aux besoins.

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 (58 %, avec une croissance annuelle de 3 % ou plus), l'agriculture (soumise aux risques climatiques) regroupe souvent 60 % des actifs contre 10 % seulement pour le secteur industriel. Plus de 90 % des ruraux travaillent dans le secteur agricole (ils exercent néanmoins de plus en plus souvent plusieurs activités), l'emploi informel⁽⁹⁴⁾ est dominant (en moyenne régionale 75 % des emplois en 2000-2016 ; 35 % en Afrique du Sud et en Éthiopie, 90 % en Côte d'Ivoire, au Bénin et au Sénégal), la productivité du travail y est relativement faible (Banque mondiale, 2019)⁽⁹⁵⁾. Certes la fécondité commence à diminuer, mais la demande d'emplois est croissante, dans les villes comme dans les campagnes, avec l'arrivée à l'âge actif 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 entre 2015 et 2050 (croissance moyenne annuelle de 2,3 %, ceux des adultes d'âge actif (25-64 ans) tripleront quasiment (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 subsaharien à 17 millions en 2010, 27 millions en 2030 et 32 millions en 2050⁽⁹⁶⁾. La question de l'emploi ne sera pas uniquement 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 XXI^e siècle. Pour B. Losch (2012, 2016), de nouvelles politiques agricoles et territoriales sont urgentes si l'on veut prévenir crises et instabilités économiques, politiques, sanitaires et sociales.

3. 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

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

(95) 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 %.

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

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 une année donnée⁽⁹⁷⁾. Il s'agit d'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 proposé par la Banque mondiale, parmi les 50 derniers pays, 41 sont africains, dans lesquels 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 type d'indicateur est toujours à considérer avec prudence de l'avis même de la Banque mondiale (compte tenu de la variabilité des informations requises pour le construire selon les pays), mais comme l'indicateur du développement humain (IDH) du PNUD, il a le mérite d'interpeller et sensibiliser les citoyens, les pouvoirs publics, les organismes internationaux et les ONG sur l'urgence des réformes et politiques nécessaires en matière de formation du capital humain. Mis régulièrement à jour, il permettra d'en suivre les progrès. L'Afrique sera la première concernée.

XI. Synthèse et orientations de recherche

Cette deuxième chronique de la revue *Population* consacrée à l'Afrique subsaharienne est un prolongement sur les décennies 2000 et 2010 de celle menée en 2004 sur la période 1950-2000. Nous avons dégagé les changements survenus entre 2000 et 2020 ainsi que les caractéristiques récentes des diverses composantes des dynamiques démographiques des 47 États et des 4 sous-régions qui la composent. 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 47 pays pour l'examen des tendances et disparités géographiques au niveau régional,

(97) Il intègre trois composantes : la survie (chances de survie jusqu'à 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 d'une éducation complète et d'une parfaite santé (Banque mondiale, 2019, p. 56-63).

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 la 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 » question des plus complexes dans une Afrique plurielle. Cela reviendrait à examiner à divers niveaux (individuel, communautaire, agrégé) les rôles respectifs des cultures, religions, politiques, conflits, crises ... dans la diversité des situations, autrement dit à réviser ou approfondir les cadres explicatifs ou théoriques existants, ce qui aurait de loin dépassé nos objectifs. Voici une synthèse des grands changements survenus depuis la fin des années 1990, accompagnée de suggestions de recherche.

1. L'Afrique subsaharienne entre dans la deuxième phase du modèle de la transition démographique, celle dans laquelle survient le déclin de la fécondité après le recul de la mortalité. Mais elle n'en est encore qu'au début, compte tenu du 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 (de 42 ‰ à 36 ‰), et de la mortalité (16 ‰ à 9 ‰). Cette croissance régionale, la plus forte du monde depuis 30 ans, reste exceptionnelle dans l'histoire démographique de l'humanité. Les croissances actuelles varient néanmoins selon les pays, hormis l'Afrique du Sud ou de petits pays insulaires à croissance très faible (moins de 1 %), de 2,2 % (Ghana, Kenya, Zimbabwe) à 3 % (Burkina Faso, Tanzanie, Tchad) ou même plus (RD Congo, Niger, Ouganda, Mali, Angola, Somalie).
2. Suivant ces rythmes de croissance, les effectifs de population augmentent très rapidement : la région vient de connaître en 25 ans un premier doublement du 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 diminution 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. L'analyse de la relation entre pression démographique, ressources agricoles et sécurité alimentaire, nécessite toutefois de mesurer cette densification par rapport aux superficies des terres utilisées ou cultivables.

3. Conséquence de niveaux de fécondité plus élevés qu'ailleurs, ces populations subsahariennes sont et resteront les plus jeunes du monde. Actuellement, l'âge médian dans une grande majorité des pays se situe entre 18 et 19 ans, et devrait atteindre 24 ans en 2050 – l'ensemble des régions en développement passe 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 et 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 les comportements et idéaux en matière de sexualité, de fécondité et de rapports de genre.
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 peu de célibat définitif chez les femmes (3 %) et les hommes (5 %), en dehors de quelques pays d'Afrique australe. Mais le 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 (environ 25 %), se concentrant peu à peu dans les groupes sociaux les plus défavorisés et le milieu rural. Le divorce 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 taille des ménages, liée aux niveaux de la fécondité et de la mortalité, à l'intensité du confiage des enfants et 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 différents, 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 afin d'éclairer 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, et se maintient ou progresse 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, malgré sa diversité. D'un côté, des pays caractérisés par des baisses tardives et modestes, et 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 ; enfin, des pays à déclin récent mais rapide tels que le Rwanda ou l'Éthiopie, qui en 20 ans sont passés de plus de 6 enfants par femme à 4. Restent les 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, on compte en Afrique 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 faible 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 et avec un bon niveau de vie, plus la demande d'enfants diminue, plus elles ont une pratique contraceptive et plus leur fécondité est faible. L'analyse explicative des différences de fécondité entre pays et entre groupes sociaux mériterait d'être développée.

7. La mortalité subsaharienne vient de connaître des reculs remarquables. Après deux décennies de lents progrès, voire de stagnations ou de reculs (conflits politiques ou 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 xxe 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 ans 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 Nigeria (54 ans) du Sénégal ou de l'Éthiopie (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 dans la lutte contre la mortalité infantile-juvénile sont donc importants depuis 1990, 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. 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, lorsqu'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 subsaharienne demeure avec l'Asie du Sud la région la moins urbanisée de la planète, mais cependant de fortes différences subsistent 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 situent autour de 50 %. Cette diversité des taux d'urbanisation est encore plus prononcée d'un pays à l'autre : moins de 17 % (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 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 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 va continuer d'augmenter. Le monde urbain fait aussi 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.

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 subsahariens (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 ont encore lieu à l'intérieur de l'Afrique, on observe une diversification des destinations. L'Europe demeure toujours de loin la première destination extra-africaine, suivie de l'Amérique du Nord en forte augmentation depuis 2000. À l'intérieur même de l'Europe, les destinations se modifient : si la France et le Royaume-Uni demeurent les premiers pays d'accueil, l'Italie, l'Espagne, les Pays-Bas et l'Allemagne occupent une place croissante. Diversification également des causes de migrations à l'intérieur ou vers l'extérieur du continent, notamment en 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 ne 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. Quels sont les défis présents et à venir ? Éducation, 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 entre 2015 et 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. 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 les 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.



ANNEXE STATISTIQUE

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

Sous-région et pays	Superficie ^a (milliers de km ²)	Densité		Effectifs de la population (milliers d'habitants)					
		2000	2020	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	556	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	53	4 871	6 352	8 241	10 192	13 133	25 972
Guinée-Bissau	36	33	55	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	50	85	5 583	7 526	9 798	12 678	16 744	33 187
Sierra Leone	72	64	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	11 780	15 514	20 341	26 546	50 573
Centrafrique	623	6	8	2 199	2 807	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 équatoriale	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). Évolutions des densités (2000 à 2020)
et des effectifs (1980 à 2050) de population dans 47 pays africains**

Sous-région et pays	Superficie ^a (milliers de km ²)	Densité		Effectifs de la population (milliers d'habitants)					
		2000	2020	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
Éthiopie	1 104	60	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 saharienne	20 432	31	54	369 614	490 605	639 661	836 364	1 094 366	2 117 731

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

Tableau A.2 . Évolutions des taux de natalité et de mortalité (%),
et d'accroissement naturel (%) de 1960-1965 à 2015-2020 (47 pays)

Sous-région et pays	Taux de natalité (%)						Taux de mortalité (%)						Taux d'accroissement naturel (%) ^(a)					
	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020
	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
Afrique de l'Ouest																		
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
Sénégal	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																		
Angola	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
Cameroun	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 (R.D)	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 équatoriale	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) . Évolutions des taux de natalité et de mortalité (‰), et d'accroissement naturel (‰) de 1960-1965 à 2015-2020 (47 pays)

Sous-région et pays	Taux de natalité (‰)						Taux de mortalité (‰)						Taux d'accroissement naturel (‰) ^(a)					
	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020
	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020
Afrique de l'Est	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
Burundi	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
Comores	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
Djibouti	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
Erythrée	48,4	46,0	45,2	38,4	34,6	30,6	23,6	19,8	17,3	15,1	10,6	7,2	2,5	2,6	2,8	2,3	2,4	2,3
Éthiopie	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
Kenya	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
Madagascar	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
Malawi	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
Maurice	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
Mozambique	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
Ouganda	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
Rwanda	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
Somalie	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
Soudan du Sud	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
Tanzanie	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
Zambie	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
Zimbabwe	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	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
Afrique du Sud	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
Botswana	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
Eswatini	47,8	50,6	48,1	37,2	31,9	26,7	20,0	16,3	10,6	8,0	17,5	9,4	2,8	3,4	3,7	2,9	1,4	1,7
Lesotho	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
Namibie	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 subsaharienne	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

(a) 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).

Tableau A.3. Âge 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 EDS	Âge médian à la première union ^(a)		Écart d'âges à la première union	% de femmes en union polygame ^(b)	% de femmes en union avant 15 ans ^(c)	% de femmes en union avant 18 ans ^(c)	% de femmes jamais en union à 40-49 ans
		Femmes (F)	Hommes (H)					
Afrique de l'Ouest								
Bénin	2017-2018	19,4	25,1	5,7	39	12	34	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	2011-2012	19,7	26,0	6,3	29	10	33	3
Gambie	2013	18,6	28,4	9,8	39	11	34	1
Ghana	2014	20,7	26,7	6,0	16	5	22	1
Guinée	2012	17,0	26,0	9,0	48	23	53	1
Liberia	2013	18,8	23,9	5,1	14	10	36	1
Mali	2012-2013	18,0	26,7	8,7	35	23	58	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	20	45	1
Sénégal	2017	20,2	30,2	10,0	32	9	30	3
Sierra Leone	2013	18,0	25,0	7,0	36	14	45	2
Togo	2013-2014	20,0	26,0	6,0	33	6	26	1
Afrique centrale								
Angola	2015-2016	20,5	24,5	4,0	23	8	30	9
Cameroun	2011	18,5	26,0	7,5	31	14	40	2
Congo	2011-2012	19,7	26,2	6,5	14	7	34	3
Congo RD	2013-2014	18,7	24,1	5,4	25	11	39	1
Gabon	2012	22,0	27,5	5,5	19	6	23	9
Guinée équatoriale	2011	20,5	26,5	6,0	25	9	30	2
Tchad	2014-2015	16,1	23,2	7,1	39	31	69	1
Sao Tomé-et-Principe	2008-2009	18,8	23,4	4,6	34	5	35	1

Tableau A.3 (suite). Âge 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 EDS	Âge médian à la première union ^(a)		Écart d'âges à la première union	% de femmes en union polygame ^(b)	% de femmes en union avant 15 ans ^(c)	% de femmes en union avant 18 ans ^(c)	% de femmes jamais en union à 40-49 ans
		Femmes (F)	Hommes (H)					
Afrique de l'Est								
Burundi	2016-2017	20,3	24,0	3,7	7	4	21	3
Comores	2012	20,7	27,1	6,4	21	9	30	1
Erythrée	2002	18,2	—	—	9	18	47	1
Éthiopie	2016	17,1	23,8	6,7	11	17	45	2
Kenya	2014	20,2	25,3	5,1	14	6	26	5
Madagascar	2008-2009	18,9	22,8	3,9	8	13	47	2
Malawi	2015-2016	18,2	23,0	4,8	13	12	51	1
Mozambique	2011	18,2	22,1	3,9	25	15	48	2
Ouganda	2016	18,7	23,3	4,6	29	9	35	2
Rwanda	2014-2015	21,9	24,9	3,0	8	1	8	4
Tanzanie	2015-2016	19,2	24,3	5,1	19	6	32	2
Zambie	2013-2014	18,4	23,9	5,5	13	7	36	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	1	5	33
Lesotho	2014	20,3	25,9	5,6	7	2	19	7
Namibie	2013	—	—	—	24	2	7	22

(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 a au moins une autre épouse.
(c) Générations de femmes en union âgées de 20 à 29 ans à l'enquête.

Sources : Rapports nationaux des dernières EDS.

**Tableau A.4. Évolution de l'indice synthétique de fécondité (1960-2020)
et de la contraception (1980-2020) (47 pays)**

Sous-région et pays	Indice synthétique de fécondité						Pratique contraceptive moderne (femmes en union de 15-49 ans) (%)				
	1960 - 1965	1970 - 1975	1980 - 1985	1990 - 1995	2000 - 2005	2015 - 2020	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	3,0	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). Évolution de l'indice synthétique de fécondité (1960-2020)
et de la contraception (1980-2020) (47 pays)**

Sous-région et pays	Indice synthétique de fécondité						Pratique contraceptive moderne (femmes en union de 15-49 ans) (%)				
	1960 - 1965	1970 - 1975	1980 - 1985	1990 - 1995	2000 - 2005	2015 - 2020	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
Éthiopie	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 saharienne	6,6	6,8	6,7	6,2	5,6	4,7	4,1	7,7	14,2	20,2	29,9

Sources : Pour la fécondité: Nations unies (2019a). Pour la contraception, Nations unies (2019b).

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

Sous-région et pays	Date de la dernière 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 1 ^{re} 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	2017-2018	5,7	6,0	5,0	20,5	20	32	34,1
Burkina Faso	2010	6,0	6,8	5,5	19,5	24	33	35,9
Cap-Vert	2005	2,9	4,6	2,5	22,0	19	41	43,4
Côte d'Ivoire	2011-2012	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	2012-2013	6,1	5,9	5,9	19,6	39	35	33,5
Mauritanie	2000-2001	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	2013-2014	4,8	5,3	4,3	20,9	17	30	38,0
Afrique centrale								
Angola	2015-2016	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	2011-2012	5,1	5,0	5,0	19,6	33	36	38,8
Congo RD	2013-2014	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 équatoriale	2011	5,1	5,8	5,9	18,2	42	40	34,4
Tchad	2014-2015	6,4	7,6	8,4	18,2	36	37	29,3
Sao Tomé-et-Principe	2008-2009	4,9	4,9	3,6	19,5	23	31	44,2

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

Sous-région et pays	Date de la dernière 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 1 ^{re} 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'Est								
Burundi	2016-2017	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	2008-2009	4,8	5,5	4,6	20,1	32	40	32,7
Malawi	2015-2016	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	2014-2015	4,2	5,5	3,4	22,7	7	47	38,5
Tanzanie	2015-2016	5,2	5,7	4,7	19,7	27	35	35,0
Zambie	2013-2014	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

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.

Sources : Rapports nationaux des dernières EDS.

**Tableau A.6. Évolution de l'espérance de vie à la naissance
et du quotient de mortalité de 0 à 5 ans de 1960-1965 à 2015-2020 (47 pays)**

Sous-région et pays	Espérance de vie (ans)						Quotient de mortalité de 0 à 5 ans (‰)					
	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020
Afrique de l'Ouest	37,7	41,9	46,7	48,3	49,5	57,3	297	257	216	202	162	91
Bénin	38,4	43,5	48,3	55,1	56,2	61,3	296	255	208	169	135	96
Burkina Faso	35,6	40,3	48,4	49,3	51,6	60,9	327	283	229	204	173	84
Cap-Vert	49,0	54,9	62,1	65,5	69,9	72,7	184	134	82	59	30	20
Côte d'Ivoire	38,3	46,3	52,1	52,7	49,5	57,2	299	215	164	152	136	87
Gambie	32,8	40,1	48,2	52,9	56,9	61,5	351	267	200	153	106	68
Ghana	46,9	50,0	53,1	57,8	57,5	63,7	205	177	151	114	94	52
Guinée	35,4	37,4	43,1	51,3	51,3	61,0	327	311	265	216	161	81
Guinée-Bissau	38,2	41,4	44,9	47,9	51,4	57,8	290	260	228	204	161	82
Liberia	35,1	40,9	47,0	46,2	52,8	63,6	315	266	231	258	153	74
Mali	28,6	34,2	41,6	46,6	50,0	58,7	408	356	294	246	196	105
Mauritanie	46,2	51,3	56,3	60,2	60,9	64,6	233	189	151	115	113	79
Niger	35,3	36,3	40,3	45,0	51,6	61,8	323	325	314	293	194	85
Nigeria	38,1	42,0	46,0	45,9	46,9	54,2	288	249	212	213	172	102
Sénégal	38,6	40,9	51,3	57,6	58,9	67,5	293	276	186	138	114	45
Sierra Leone	32,5	37,3	40,5	37,6	42,0	54,1	379	318	276	259	217	110
Togo	41,9	48,1	53,6	55,8	53,9	60,5	259	208	167	142	124	75
Afrique centrale	40,9	44,8	47,9	49,3	50,6	59,4	263	226	198	184	164	96
Angola	38,3	41,8	44,7	45,2	48,1	60,5	297	259	231	223	192	81
Cameroun	43,0	47,9	52,4	52,6	51,8	58,8	245	201	161	158	140	88
Centrafrique	37,5	44,3	49,8	48,1	44,1	52,7	295	233	180	176	172	122
Congo	47,2	51,7	54,8	53,7	53,3	64,2	177	134	101	96	107	48
Congo (RD)	41,6	44,8	47,1	49,6	51,8	60,2	255	226	204	182	163	100
Gabon	40,7	49,2	57,2	60,7	57,6	66,1	266	189	123	91	86	48
Guinée équatoriale	37,4	40,7	46,0	49,9	54,0	58,3	296	265	218	184	143	94
Sao Tomé-et-Principe	51,7	56,7	60,0	58,3	63,1	70,1	162	120	95	108	73	32
Tchad	38,7	42,6	45,5	47,2	48,0	53,8	284	246	218	198	178	123

**Tableau A.6 (suite). Évolution de l'espérance de vie à la naissance
et du quotient de mortalité de 0 à 5 ans de 1960-1965 à 2015-2020 (47 pays)**

Sous-région et pays	Espérance de vie (ans)						Quotient de mortalité de 0 à 5 ans (‰)					
	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020	1960 1965	1970 1975	1980 1985	1990 1995	2000 2005	2015 2020
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
Éthiopie	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
Afrique subsaharienne	40,9	44,9	48,5	49,1	50,6	60,5	263	227	195	183	142	78
<i>Source</i> : Nations unies (2019a).												

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

Sous-région et pays	Date de la dernière EDS	Quotients de mortalité (‰) ^(a)			de naissances sans aucune consultation prénatale ^(b)	d'accouchements sans personnel qualifié ^(c)	d'enfants vaccinés ^(d)	d'enfants souffrant de malnutrition ^(e)
		Néonatale	< 1an	0-5 ans				
Afrique de l'Ouest								
Bénin	2017-2018	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	2011-2012	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	2012-2013	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	2013-2014	27	49	88	7	55	62	28
Afrique centrale								
Angola	2015-2016	24	44	68	18	50	31	38
Cameroun	2011	31	62	122	15	36	53	32
Congo	2011-2012	22	39	68	7	17	46	24
Congo RD	2013-2014	28	58	104	10	20	45	43
Gabon	2012	26	43	65	5	13	32	17
Guinée équatoriale	2011	33	65	113	8	32	27	26
Tchad	2014-2015	34	72	133	35	76	25	40
Sao Tomé-et-Principe	2008-2009	18	38	63	1	18	77	29

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

Sous-région et pays	Date de la dernière EDS	Quotients de mortalité (‰) ^(a)			% de naissances sans aucune consultation prénatale ^(b)	% d'accouchements sans personnel qualifié ^(c)	% d'enfants vaccinés ^(d)	% d'enfants souffrant de malnutrition ^(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
Éthiopie	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

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

(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 précédant 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, DTCcoq, polio et rougeole).

(e) Indice taille-pour-âge, mesure de la sous-nutrition chronique (moyenne et sévère).

Sources : Rapports nationaux des dernières EDS.

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

(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 précédant 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, DTCog, polio et rougeole).

(e) Indice taille-pour-âge, mesure de la sous-nutrition chronique (moyenne et sévère).

Sources : Rapports nationaux des dernières EDS.

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

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

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

(a) Rapport de la population de moins de 15 ans et de 60 ans et plus à la population des 15-59 ans.
Source : Nations unies (2019a).



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 subsaharienne.

- ADJAMAGBO A., LOCOH T., 2015, Genre et démographie : une rencontre féconde, in Verschuur C., Guérin I., Guétat-Bernard H. (dir.), *Sous le développement, le genre*, Marseille, IRD Editions, 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.
- D'ALBIS H., BOUBTANE E., 2015, Caractérisation des flux migratoires en France à partir des statistiques de délivrance de titres de séjour (1998-2013), *Population*, 70(3), p. 487-523.
- 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 Global Health*, 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. 738-743.
- ANTOINE P., 2002, Les complexités de la nuptialité : de la précocité des unions féminines à la polygamie masculine, in Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (dir.), *Démographie : analyse et synthèse. II. Les déterminants de la fécondité*, Paris, Ined, Les Manuels, p. 75-102.
- ANTOINE P., 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 P., 2009, Vieillir en Afrique, *Idées économiques et sociales*, n° 157, p. 34-39.
- ANTOINE P., GOLAZ V., 2010, Vieillir au Sud : une grande variété de situations, *Autrepart*, 53(1), p. 3-16.
- ANTOINE P., MARCOUX R., 2014a, Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux en Afrique : un état des lieux, in Antoine P., Marcoux R. (dir.), *Le mariage en Afrique. Pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Presses de l'Université du Québec, Sociétés africaines en mutation, p. 7-20.

- ANTOINE P., MARCOUX R. (dir.), 2014b, *Le mariage en Afrique : pluralité des formes et des modèles matrimoniaux*, Presses de l'Université du Québec, Sociétés africaines en mutation.
- 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 C., 2013, A global assessment of human capital mobility: The role of non-OECD destinations, IZA Working Paper, n° 8746.
- BANQUE MONDIALE, 2017, *World Development Indicators 2017*, Washington. 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.
- BEAUCHEMIN C., 2015, Migrations entre l'Afrique et l'Europe (MAFE) : Réflexions sur la conception et les limites d'une enquête multisituée, *Population*, 70(1), p. 13-39.
- BEAUCHEMIN C., BOCQUIER P., 2004, Migration and urbanisation in Francophone West Africa: An overview of the recent empirical evidence, *Urban Studies*, 41(11), p. 2245-2272.
- BEAUCHEMIN C., LESSAULT D., 2014, Les statistiques des migrations africaines : ni exode, ni invasion, *e-Migrinter*, 12, p. 32-43.
- 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., KABANJI L., SAKHO P., SCHOUMAKER B., 2013, *Migrations africaines : Le co-développement en questions. Essai de démographie politique*, Paris, Armand Colin.
- 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 C. (ed.), *Migration between Africa and Europe*, Dordrecht, Springer International Publishing, p. 363-396.
- BEEGLE K., CHRISTIAENSEN L., DABALEN A., GADDIS I., 2016, Poverty in a rising Africa overview, Africa Poverty Report, World Bank.
- BENDAVID E., 2014, Changes in child mortality over time across the wealth gradient in less-developed countries, *Pediatrics*, 134(6), p. e1551-e1559.
- BOCQUIER P., 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.
- BOCQUIER P., 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(2), p. 531-558.
- 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., 2011, Can family planning programs reduce high desired family size in Sub-Saharan Africa?, *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 37(4), p. 209-216.
- BONGAARTS J., 2015, Modeling the fertility impact of the proximate determinants: Time for a tune-up, *Demographic Research*, 33(19), p. 535-560.
- 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.
- BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL, 2018, *World Employment Social Outlook. Trends 2018*, Genève.
- CALVÈS A., 2016, First union in urban Burkina Faso. Competing relationship transitions to marriage or cohabitation, *Demographic Research*, 34(15), p. 421-450.
- CALVÈS A., N'BOUKE A., 2018a, Le mariage, l'union libre et le nouveau contexte de formation de la famille à Ouagadougou, in Calvès A., Dial F.B., Marcoux R. (dir.), *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*, Presses de l'Université du Québec, Sociétés africaines en mutation, p. 243-262.
- CALVÈS A., DIAL F.B., MARCOUX R. (dir.), 2018b, *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*, Presses de l'Université du Québec, Sociétés africaines en mutation.
- CALDWELL J., 1986, Routes to low mortality in poor countries, *Population and Development Review*, 12(2), p. 171-220.
- CASADELLA V. (dir.), 2018, Éducation et fertilisation des économies africaines, L'Harmattan, *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.
- CASTLE S., ASKEW I., 2015, Contraceptive discontinuation: Reasons, challenges and solutions, New York, Population council.
- CASTERLINE J., 2017, Prospects for fertility decline in Africa, *Population and Development Review*, 43(Suppl.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. 173-194.
- CASTERLINE J., BONGAARTS J. (eds), 2017, Fertility transitions in Sub-Saharan Africa, *Population and Development Review*, 43, Suppl. S1.
- 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. 1227-1240.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- CLEMENS M., PETTERSSON 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. 1431-1461.
- COUSSY J., VALLIN J. (dir.), 1996, *Crise et population en Afrique*, Paris, Ceped.

- 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, 146(2), p. 33-46.
- DELAUNAY V.(dir.), 2017, La situation démographique dans l'observatoire de Niakhar, 1963-2014, Technical Report, IRD-LPED-INDEPTH Network.
- 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. (dir.), *Nouvelles dynamiques familiales en Afrique*, Presses de l'Université du Québec, Sociétés africaines en mutation, p. 68-92.
- DELAUNAY D., GUENGANT J.-P. (dir.), 2019, *Le dividende démographique en Afrique subsaharienne*, Paris, IEDES-Université Paris 1, Monographies Sud-Nord, n° 9.
- 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.
- 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 T. (dir.), *Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement*, Paris, Ined, Cahier n° 160, p. 357-372.
- DONADJE F., TABUTIN D., 1994, Male nuptiality and fertility in southern Benin, in Locoh T., 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. 271-285.
- DUBRESSON A., 2003, L'Afrique subsaharienne face au défi urbain, in Eggerickx T., Gourbin C., Schoumaker B., Vandeschrick C., Vilquin E. (dir.), *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.
- FENSKE J., 2011, African polygamy: Past and present, *LSE Research Online*.
- 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).
- 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. 351-374.
- FRENK J., BOBADILLA J., SEPÚALVEDA 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.
- 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(9745), p. 959-974.

- 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(6), p. 464-468.
- 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.
- 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(10053), p. 1459-1544.
- 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.
- GNUOMOU THIOMBANO B., 2017, Union breakdown in West African cities: The cases of Ouagadougou and Lomé, *Demographic Research*, 37(5), p. 101-128.
- GNUOMOU 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.
- GONZÁLEZ-FERRER A., KRAUS E., BÁIZAN 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.B., 2017, Direct and indirect paths leading to contraceptive use in urban Africa. An application to Burkina Faso, Ghana, Morocco, Senegal, *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.
- GUENGANT J.-P., 2011, *Comment bénéficier du dividende démographique*, IRD/AFD, À savoir, n° 09.
- GUILLAUME A., ROSSIER C., 2018, L'avortement dans le monde. État 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(2), p. 573-594.
- HARGREAVES J., BONELL C., BOLER T., BOCCIA D., BIRTHTHISTLE 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.
- HÉRAN F., 2018, L'Europe et le spectre des migrations subsahariennes, *Population et sociétés*, n° 558.
- HERTRICH V., 2007, Nuptialité et rapports de genre en Afrique. Tendances de l'entrée en union, 1950-99, in Locoh T. (dir.), *Genre et sociétés en Afrique : implications pour le développement*, Paris, Ined, Cahier n° 160, p. 281-307.
- HERTRICH V., 2014, Âge 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(S1), 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.
- 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(1), p. 7-26.
- HUGON P., 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.
- 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*, Oxford, New York, Oxford University Press, International Studies in Demography.
- 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., SCHOUMAKER 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.
- 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.
- 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.
- 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 Studies*, 2(1), p. 21-37.
- LARMARANGE J., BENDAUD V., 2014, HIV estimates at second subnational level from national population-based surveys, *AIDS*, 28(Suppl.4), p. S469-S476.
- LARMARANGE J., VALLO R., YARO S., MSELLATI P., MÉDA N., 2011, Méthodes pour cartographier les tendances régionales de la prévalence du VIH à partir des Enquêtes démographiques et de santé (EDS), *Cybergeog: European Journal of Geography* (en ligne).
- 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 subsaharienne, *Revue européenne des migrations internationales*, 25(1), p. 163-194.
- LESTHAEGHE R., 1989, 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.

- LESTHAEGHE R., KAUFMAN G., MEEKERS D., 1989, 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.
- LOCOH T., 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, 19.
- LOSCH B., 2016, Appuyer les dynamiques territoriales pour répondre au défi de l'emploi des jeunes ruraux, *Afrique contemporaine*, 259(3), p. 118-122.
- LUCAS D., EDGAR B., 2015, Zimbabwe's exodus to Australia, Waterloo, International Migration Research Centre, *SAMP Migration Policy Brief*, 30.
- LUTZ W., BUTZ W., KC 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., SANDERSON W.C., STRIESSNING E., 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, Boston, Springer.
- MAIGA A., BOCQUIER P., 2016, Dynamiques urbaines et santé des enfants en Afrique subsaharienne : Perspectives théoriques, *African Population Studies*, 30(1), p. 2213-2226.
- MASQUELIER B., KANTÉ 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., 2018, Sida et écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes en Afrique, *Population et sociétés*, n° 554.
- 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.
- 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 subsaharienne, *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, *Études*, 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.
- MEJÍA-GUEVARA I., ZUO W., BENDAVID E., LI N., TULJAPURKAR S., 2019, Age distribution, trends and forecasts of under-5 mortality in 31 Sub-Saharan countries: A modelling study, *PLoS Medicine*, 16(3), e1002757.
- MENASHE-OREN A., STECKLOV G., 2018, 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.

- MILAZZO A., VAN DE WALLE D., 2017, Women left behind? Poverty and headship in Africa, *Demography*, 54(3), 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., TIMÆUS I., 2012, Birth intervals, postponement and fertility decline in Africa: A new type of transition?, *Population Studies*, 66(3), p. 241-258.
- MOURJI F., FERRIÉ J.-N., RADI S., ALIOUA M., 2016, *Les migrants subsahariens au Maroc. Enjeux d'une migration de résidence*, Rabat, Konrad Adenauer Stiftung et Université internationale de Rabat.
- 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.
- NATIONS UNIES, 2013, *World mortality report 2013*, New York, United Nations, Population Division, ST/ESA/SER.A/347.
- 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.
- 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.
- NATIONS UNIES, 2017c, *International Migration Report*, New York, United Nations, Population Division, ST/ESA/SER.A/403.
- 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.
- NATIONS UNIES, 2019a, *World population prospects 2019: Highlights*, New York, United Nations, ST/ESA/SER.A/423. 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.
- OFpra, 2018, *À l'écoute du monde. Rapport d'activité 2018*, Paris, Office français de protection des réfugiés et apatrides, disponible sur www.ofpra.gouv.fr
- OMS, 2015, *State of inequality. reproductive, maternal, and child health*, Genève.
- OMS, UNICEF, FNUAP, BANQUE MONDIALE, DIVISION DE LA POPULATION DES NATIONS UNIES, 2015, *Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015. Résumé d'orientation*, Genève.
- OMS, 2016, *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*, Genève.
- OMS, 2018a, *Atlas of African health statistics 2018*, Brazzaville, Regional office for Africa.
- OMS, 2018b, *World health statistics 2018 -Monitoring health for the SDGs*, Genève.
- ONUSIDA, 2013, *Location, location. Connecting people faster to HIV services*, Genève.
- ONUSIDA, 2018, *UNAIDS data 2018*, Genève.

- ORTEGA J.A., 2014, A characterization of world union patterns at the national and regional level, *Population Research and Policy Review*, 33(2), p. 161-188.
- PAGE H., LESTAEGHE R. (eds.), 1981, *Child spacing in tropical Africa: Tradition and change*, New York, Academic Press.
- PILON M., 2018, Démographie, éducation et développement en Afrique, *Marché et organisations*, L'Harmattan, 32(2), p. 63-85.
- PILON M., VIGNIKIN K., 2006, *Ménages et familles en Afrique subsaharienne*, Les Archives contemporaines-AUF.
- PILON M., PISON G., 2020 (pre-print), Quelles perspectives démographiques pour l'Afrique d'ici 2050?, in Gabas J.J., Lautier M., Vernières M. (eds.), *Prospectives du développement*, Paris, Karthala Gemdev.
- PILON M., SEIDOU MAMA M., TICHIT C., 1997, Les femmes chefs de ménage : aperçu général et études de cas, in Pilon M., Locoh T., Vignikin K., Vimard P. (eds.), *Ménages et familles en Afrique. Approche des dynamiques familiales contemporaines*, Paris, Les études du Ceped, n° 15, p. 167-193.
- PILON M., LOCOH T., VIGNIKIN K., VIMARD P. (eds.), 1997, *Ménages et familles en Afrique. Approche des dynamiques familiales contemporaines*, Paris, Les études du Ceped, n° 15.
- 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. 251-264.
- PNUD, 2015 et 2016, *Human development report*, New York, United Nations.
- PNUD, 2016, *Rapport sur le développement humain en Afrique 2016 : Accélérer les progrès en faveur de l'égalité des genres et de l'autonomisation des femmes en Afrique*, New York, United Nations.
- PNUD, 2018, *Indices et indicateurs de développement humain 2018. Mise à jour statistique*, New York, United Nation.
- PNUD, 2019, *Rapport sur le développement humain 2019. Au-delà des revenus, des moyennes et du temps présent : les inégalités de développement humain au XXI^e siècle*, New York, United Nations.
- 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-MÉNDEZ M., BARROS A., WONG K., JOHNSON H. *et al.*, 2016, Inequalities in full immunization coverage: Trends in low-and middle-income countries, *Bulletin of the World Health Organization*, 94(11), 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., DUTHÉ G. (dir.), 2019, *Inégalités de santé à Ouagadougou. Résultats d'un observatoire de population urbaine au Burkina Faso*, Paris, Ined, Grandes enquêtes.
- 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.

- SAJOUX M., GOLAZ V., LEFÈVRE 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(3), p. 11-30.
- SANCHEZ-PAEZ D., ORTEGA J., 2018, Adolescent contraceptive use and its effects on fertility, *Demographic Research*, 38(45), p. 1359-1388.
- SAWADOGO N., RANDALL S., BAZIÉ 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.
- SCHOUMAKER B., 2004, Pauvreté et fécondité en Afrique subsaharienne : Une analyse comparative des enquêtes démographiques et de santé, *Étude de la population africaine*, n° 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., 2017b, La fécondité des hommes dans le monde : différente de celle des femmes?, *Population et sociétés*, n° 548.
- 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., MANGALU MOBHE J., 2018a, 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.
- SCHOUMAKER B., FLAHAUX M.-L., BEAUCHEMIN C., SCHANS D., MAZZUCATO V., SAKHO P., 2018b, African migration: Diversity and changes, in Beauchemin C. (ed.), *Migration between Africa and Europe*, Dordrecht, Springer International Publishing, p. 189-215.
- 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., 2012, Women's education and fertility transition in Sub-Saharan Africa, *Vienna Yearbook of Population Research*, 10, p. 9-30.
- 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.
- SHAPIRO D., GEBRESELASSIE T., 2008, Fertility transition in Sub-Saharan Africa: Falling and stalling, *African Population Studies*, 23(1), p. 3-23.
- SHAPIRO D., GEBRESELASSIE T., 2014, Marriage in Sub-Saharan Africa: Trends, determinants and consequences, *Population Research and Policy Review*, 33(2), p. 229-255.
- 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.
- SPOORENBERG T., 2019, Forty years of fertility changes in the Sahel, *Demographic Research*, 41(46), p. 1289-1314.
- STREATFIELD P.K., KHAN W.A., BHUIYA A., HANIFI S.M., 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, 25362.

- 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., MASQUELIER B. (dir.), 2014, *Ralentissements, résistances et ruptures dans les transitions démographiques*, Centre de Recherche en démographie, Presses universitaires de Louvain.
- 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.
- TABUTIN D., GOURBIN C., BENINGUISSE G., 2007, Surmortalité et santé des petites filles en Afrique. Tendances des années 1970 aux années 2000, in Locoh T. (dir.), *Genre et sociétés en Afrique. Implications pour le développement*, Paris, Ined, Cahier n° 160, p. 137-169.
- TIMÆUS I., JASSEH M., 2004, Adult mortality in Sub-Saharan Africa: Evidence from demographic and health surveys, *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.
- UN HABITAT, 2014, *The state of African cities 2014: Re-imagining sustainable urban transitions*, Nairobi, United Nations Human Settlements Programme.
- UNEP, 2016, *GEO-6 Regional assessment for Africa*, Nairobi, United Nations Environment Programme, 206 p.
- 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.
- UNESCO, 2018, One in five children, adolescents and youth is out of school, Montréal, Unesco Institute for Statistics (UIS), *UIS Fact Sheet*, 48.
- 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.
- 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.
- USAID, 2016, Urban child poverty, health, and survival in low-and middle-income countries, DHS Comparative Reports, 40, Rockville: ICF International.
- VALLIN J. (dir.), 2009, *Du genre et de l'Afrique. Hommage à Thérèse Locoh*, Paris, Ined.
- VAN DE WALLE É., 2006, *African households. Census and surveys. A general demography of Africa*, Armonk, New York, M.E. Sharpe.
- 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.
- WHITEHOUSE B., 2017, The exaggerated demise of polygyny: Transformations in marriage and gender relations in West Africa, in Riley N., Brunson J. (ed.s), *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. 2210-2219.

Dominique TABUTIN, Bruno SCHOUMAKER • LA DÉMOGRAPHIE DE L'AFRIQUE SUB-SAHARIENNE AU XXI^e SIÈCLE. BILAN DES CHANGEMENTS DE 2000 À 2020, PERSPECTIVES ET DÉFIS D'ICI 2050

Consacrée à l'Afrique au Sud du Sahara (47 pays, 1,1 milliard d'habitants en 2020), cette chronique propose une synthèse approfondie des grands changements sociodémographiques et sanitaires survenus dans la région entre 2000 et 2020 et un bilan statistique rassemblant les données récentes les plus fiables sur chaque pays. Y sont examinées les évolutions de la nuptialité et de la famille, de la fécondité et de ses variables intermédiaires, de la mortalité (enfants et adultes), des migrations et de l'urbanisation, des effectifs de population et des structures par âge, et sont enfin considérées les perspectives de population et les défis à relever d'ici 2050 en matière de formation, santé et emploi. Si l'Afrique conservera tout au long du XXI^e siècle la croissance démographique la plus élevée et la population la plus jeune du monde, divers changements sont en cours, mais à des rythmes variables selon les régions, les pays, les milieux d'habitat et les groupes sociaux, conduisant à une diversification croissante des régimes démographiques subsahariens et à de fortes inégalités spatiales et sociales. La fécondité vient, dans une majorité de pays, de connaître ses premiers reculs, la pratique contraceptive a augmenté, mais la demande d'enfants demeure élevée. Un peu partout, l'âge à la première union progresse, la polygamie recule, mais les écarts d'âges entre époux et les proportions de mariages d'adolescentes demeurent élevés. En revanche, la région dans son ensemble vient de connaître des reculs remarquables de la mortalité, notamment celle des enfants, et des gains notables d'espérances de vie ; le sida diminue mais est loin d'avoir disparu, la mortalité maternelle reste très élevée, les maladies non transmissibles progressent et conduisent à un double fardeau épidémiologique. L'Afrique s'urbanise mais à des rythmes divers, et plus lentement qu'on ne l'imaginait il y a encore 20 ans ; s'y multiplie aussi le nombre de grandes villes et de mégapoles. Quant aux migrations internationales, en forte progression depuis 2000, si une grande majorité d'entre elles se déroulent toujours à l'intérieur du continent, on assiste à une diversification des destinations et à un recul des modèles migratoires traditionnels hors du continent. Enfin, selon l'hypothèse moyenne, –la plus raisonnable– des Nations unies, soit un doublement de la population d'ici 2050 et plus qu'un triplement d'ici 2100, l'Afrique subsaharienne est face à des défis considérables en matière d'éducation, de santé, d'emploi, de sécurité et de développement durable.

Dominique TABUTIN, Bruno SCHOUMAKER • THE DEMOGRAPHY OF SUB-SAHARAN AFRICA IN THE 21ST CENTURY. TRANSFORMATIONS SINCE 2000, OUTLOOK TO 2050

This article provides both an in-depth overview of the major sociodemographic and health changes that have occurred in sub-Saharan Africa (47 countries, 1.1 billion inhabitants) since 2000, as well as a statistical assessment using the most reliable recent data on each country. We examine developments in nuptiality and the family, fertility and its intermediate variables, child and adult mortality, migration and urbanization, and population size and age structures. We conclude by considering the population prospects and challenges to be met by 2050 in education, health, and employment. While Africa will continue to have the highest population growth and the youngest population in the world throughout the 21st century, various transformations are under way, albeit at different paces across regions, countries, places of residence, and social groups, leading to an increasing diversification of sub-Saharan demographic regimes and to significant social and spatial inequalities. Most countries have just experienced their first decline in fertility, contraceptive use has increased, but the demand for children remains high. Age at first union is rising everywhere, polygamy is declining, but age disparities between partners and the proportion of adolescent marriages are still substantial. Mortality (especially child mortality), however, has seen a remarkable decline on the regional level, and life expectancy has considerably increased; AIDS is on the decline but far from having disappeared, maternal mortality remains high, and noncommunicable diseases are on the rise, resulting in an epidemiological double burden. Sub-Saharan Africa is urbanizing though at various paces and more slowly than was imagined 20 years ago. The number of large cities and megacities is also increasing. International migration has been rising sharply since 2000, though still mostly within the continent, with a greater diversity of destinations and a decline in traditional models of migration outside Africa. Finally, according to the UN's medium-variant scenario, i.e. the most reasonable projection whereby the population will double by 2050 and more than triple by 2100, sub-Saharan Africa faces considerable challenges in education, health, employment, security, and sustainable development.

Dominique TABUTIN, Bruno SCHOUMAKER • DEMOGRAFÍA DEL ÁFRICA SUBSAHARIANA EN EL SIGLO XXI. BALANCE DE LOS CAMBIOS DE 2000 A 2020, PERSPECTIVAS Y DESAFÍOS DE AQUÍ A 2050

Dedicada al África al sur del Sahara (47 países, 1 100 millones de habitantes en 2020) esta crónica propone a una síntesis profunda de los grandes cambios sociodemográficos y sanitarios ocurridos en la región entre 2000 y 2020, y un balance estadístico que reúne los datos recientes más fiables sobre de cada país. Se examinan las evoluciones de la nupcialidad y de la familia, de la fecundidad y sus variables intermediarias, de la mortalidad (niños y adultos), de las migraciones y de la urbanización, de los efectivos de población y de las estructuras por edad, y en fin son consideradas las perspectivas de población y los desafíos a afrontar de aquí a 2050 en materia de formación, de salud y de empleo. África conservará durante todo siglo XXI el crecimiento demográfico más elevado y la población más joven del mundo, pero los diversos cambios que están acaeciendo a ritmos variables según las regiones, los países, el hábitat y los grupos sociales, están onduciendo a una diversificación creciente de los regímenes demográficos subsaharianos y a fuertes desigualdades espaciales y sociales. En la mayoría de los países, la fecundidad ha experimentado sus primeros retrocesos; la práctica anticonceptiva ha aumentado, pero la demanda de hijos sigue siendo elevada. En todas partes, la edad a la primera unión aumenta y la poligamia disminuye, pero las diferencias de edad entre los esposos y las proporciones de matrimonios de adolescents siguen siendo elevadas. La región en su conjunto ha conocido un retroceso importante de la mortalidad, especialmente en los niños, y aumentos notables de la esperanza de vida; el SIDA retrocede pero está lejos de haber desaparecido y la mortalidad materna sigue siendo muy elevada, mientras que las enfermedades no transmisibles aumentan y generan una doble carga epidemiológica. África se urbaniza pero a ritmos muy diversos y más lentamente que se hubiera podido pensar hace solo 20 años. Aumenta también el número de grandes ciudades y megalópolis. En cuanto a las migraciones internacionales, en fuerte progreso desde el 2000, una mayoría de ellas se hace dentro del continente con una diversificación creciente de los destinos mientras que disminuyen los modelos migratorios tradicionales con destinos fuera del continente. Por último, según la hipótesis media -más razonable- de las Naciones Unidas, es decir, una duplicación de la población de aquí a 2050 y más que una triplicación de aquí a 2100, el África subsahariana se enfrenta a desafíos considerables en materia de educación, salud, empleo, seguridad y desarrollo sostenible.

Mots clés : Afrique subsaharienne, nuptialité, famille, fécondité, mortalité, migrations, croissance démographique, structure par âge, dividende démographique, inégalités spatiales et sociales

Keywords: sub-Saharan Africa, nuptiality, family, fertility, mortality, migration, growth, age structure, demographic dividend, social and spatial inequalities

