

Monographie n° 8, mai 2018

Comment bénéficier du dividende démographique ?

Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la Côte d'Ivoire

Jean-Pierre Guengant

La collection Monographies Sud-Nord est éditée par l'IEDES, 45 bis avenue de la Belle Gabrielle, 94 736, Nogent-sur-Marne : <https://www.univ-paris1.fr/ufr/iedes/>

Les documents sont consultables à l'adresse (<http://iedespubli.hypotheses.org/monographies-sud-nord>).

Les propositions de publication dans la collection doivent être soumises à monog@univ-paris1.fr.

Les textes peuvent être diffusés à condition de préserver leur intégralité. Toute utilisation à des fins commerciales ou publicitaires est interdite.

Les auteurs sont seuls responsables des opinions exprimées dans les Monographies Sud-Nord, en aucun cas elles ne relaient la position officielle de l'IEDES ou de l'Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Comment bénéficiaire du dividende démographique ?

Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la Côte d'Ivoire

Jean-Pierre GUENGANT

Directeur de recherche émérite à l'IRD, Unité mixte de recherche « *Développement et Sociétés* » IRD/Université Paris I, Panthéon-Sorbonne, 45 bis avenue de la Belle Gabrielle, 94736 Nogent-sur-Marne cedex

Email : jpfs.guengant@gmail.com et jean-pierre.guengant@ird.fr

Étude financée par l'Agence Française de Développement (AFD), 5, rue Roland Barthes – 75598, Paris cedex 12, France

Pour citer cette étude : GUENGANT, Jean-Pierre, *Comment bénéficiaire du dividende démographique ? Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la Côte d'Ivoire* [En ligne]. Paris : IEDES - Université Paris 1 Panthéon- Sorbonne, 2017. 97 p. (coll. Monographies Sud-Nord, n°8). Disponible sur : < <http://iedespubli.hypotheses.org/monographies-sud-nord> >

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

Résumé

Cette monographie sur la Côte d'Ivoire souligne l'importance de la prise en compte des questions de population dans les stratégies de développement du pays, afin qu'il puisse bénéficier d'un dividende démographique et devenir un pays émergent. Selon l'expérience des pays émergents, il n'y a pas de développement sans diminution des taux de dépendance – ou ratio des inactifs par rapport aux actifs. Une telle réduction est le résultat d'une accélération de la transition de la fécondité de niveaux élevés à des niveaux moindres, ce qui est la première condition à remplir pour bénéficier d'un dividende démographique, les autres conditions étant l'amélioration parallèle de la qualité du capital humain et la création d'un nombre suffisant d'emplois, en particulier pour les nombreux jeunes entrant sur le marché du travail. La fécondité restant autour

Abstract

This monograph on Ivory Coast highlights the importance of population issues in the country's development strategies, so that it can benefit from a demographic dividend and become an emerging country. According to the experience from emerging countries, there is no development without a decrease in the dependency ratios - the ratio of inactive people to working people. Such a reduction is the result of an acceleration of the fertility transition from high levels to lower levels. It is the first condition which has to be fulfilled in order to benefit from a demographic dividend. The other conditions are the parallel improvement of the quality of human capital and the creation of a sufficient number of jobs, especially for the many young people

Resumen

Esta monografía sobre Costa de Marfil destaca la importancia de las cuestiones de población en las estrategias de desarrollo del país, de modo que pueda beneficiarse de un bono demográfico y convertirse en un país emergente. De acuerdo con la experiencia de los países emergentes, no hay desarrollo sin una disminución de las tasas de dependencia: la proporción de personas inactivas con respecto a las personas que trabajan. Tal reducción es el resultado de una aceleración de la transición de la fertilidad de niveles altos a niveles más bajos, que es la primera condición para cumplir y beneficiarse de un bono demográfico. Las otras condiciones son la mejora paralela de la calidad del capital humano y la creación de un número suficiente de puestos de trabajo, especialmente para los muchos jóvenes que ingresan al mercado

de 5 enfants par femme et les niveaux de santé et d'éducation étant encore loin d'être satisfaisants, la Côte d'Ivoire ne remplit pas encore les conditions lui permettant de bénéficier d'un dividende démographique dans un avenir proche, malgré les taux de croissance économique élevés qu'elle a connus depuis 2011. En particulier, l'accélération de la transition de la fécondité vers 2 à 3 enfants par femme, comme dans les pays émergents aujourd'hui, est loin d'être acquise, car le nombre idéal d'enfants indiqué par les femmes ivoiriennes reste élevé, et leur utilisation de la contraception faible. Pourtant, le ralentissement de l'augmentation continue du nombre de naissances et d'enfants à soigner et éduquer est essentiel pour permettre à la Côte d'Ivoire de dégager les ressources additionnelles dont elle a besoin pour améliorer la formation des jeunes et créer davantage d'emplois.

entering the labour market. With fertility remaining around 5 children per woman and levels of health and education which are still far from satisfactory, Ivory Coast does not meet yet the conditions allowing it to benefit from a demographic dividend any time soon, despite the high economic growth rates it has experienced since 2011. The acceleration of the fertility transition to 2 to 3 children per woman, as in emerging countries today, is far from certain, because of the still high ideal numbers of children preferred by Ivorian women, and the notable lack of use of modern contraception. However, the slowdown in the increase in the number of births and children to be cared for and educated is essential in order to allow Ivory Coast to get the additional resources it needs to improve the training of young people and create more jobs.

laboral. Con una fecundidad de alrededor de 5 hijos por mujer y niveles de salud y educación bajas de ser satisfactorios, Costa de Marfil aún no cumple las condiciones que le permiten beneficiarse de un dividendo demográfico pronto, a pesar de las altas tasas de crecimiento económico que ha experimentado desde 2011. La aceleración de la transición de la fecundidad a 2 o 3 hijos por mujer, como en los países emergentes hoy en día, está lejos de ser alcanzado, debido al número de niños deseado por las mujeres de Costa de Marfil y el débil uso de la anticoncepción. Sin embargo, la desaceleración en el aumento continuo del número de nacimientos y niños que se deben cuidar y educar es esencial para permitir a Costa de Marfil liberar los recursos adicionales que necesita para mejorar la capacitación de los jóvenes y crear más empleos.

Sommaire

Études antérieures sur le dividende démographique soutenues par l'AFD	4	<i>Entre 40 et 50 millions d'Ivoiriens en 2050</i>	34
Méthodologie	5	<i>Hypothèse moyenne et projections probabilistes des Nations unies</i>	38
SYNTHÈSE	6	Bénéficiaire du dividende démographique : la Côte d'Ivoire face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain	42
<i>Population, développement et dividende démographique</i>	6	<i>La Côte d'Ivoire peut-elle bénéficier du dividende démographique ?</i>	42
<i>La fécondité est toujours élevée en Côte d'Ivoire</i>	6	<i>Croissance économique et croissance démographique : bilan et perspectives</i>	48
<i>40 à 50 millions d'Ivoiriens en 2050</i>	7	<i>Quels impacts de la croissance démographique sur la santé ?</i>	53
<i>La Côte d'Ivoire peut-elle bénéficier du dividende démographique ?</i>	7	<i>Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?</i>	58
<i>Les défis de l'amélioration du capital humain et de l'emploi</i>	8	<i>Un enjeu majeur : permettre l'accès à un emploi « décent » à tous les jeunes</i>	62
<i>Accélérer la baisse de la fécondité</i>	8	Les politiques publiques de la Côte d'Ivoire face aux défis démographiques	66
INTRODUCTION	10	<i>Les politiques de population</i>	66
Population, développement et dividende démographique	11	<i>Les politiques de santé et en santé de la reproduction</i>	69
<i>Population et développement : les faits et les idées</i>	11	<i>Lutte contre la Pauvreté et Politiques Nationales de Développement</i>	74
<i>Structure par âge, transferts intergénérationnels et dividende démographique</i>	17	Comment gérer la variable population en Côte d'Ivoire ?	77
<i>La transition de la fécondité est achevée dans les pays émergents</i>	21	<i>Les partenaires en population et santé de la reproduction</i>	77
Côte d'Ivoire : une croissance démographique exceptionnelle depuis 1960 ..	24	<i>Peut-on accélérer la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire ?</i>	81
<i>Une croissance démographique moindre mais toujours importante</i>	24	<i>Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?</i>	90
<i>Dynamique démographique : la fécondité reste le principal moteur</i>	25	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	95
Projection et prospective, hypothèses et résultats	30		
<i>Les niveaux futurs de fécondité dépendent de plusieurs facteurs</i>	30		
<i>Les hypothèses retenues pour les projections de cette étude</i>	32		

ÉTUDES ANTÉRIEURES SUR LE DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE SOUTENUES PAR L'AFD

Cette étude : « Comment bénéficier du dividende démographique ? Replacer la population au centre des trajectoires de développement en Côte d'Ivoire » constitue une mise à jour et un approfondissement de l'étude « Population, développement et dividende démographique de la Côte d'Ivoire » finalisée en juin 2011 et figurant parmi 12 études produites en 2011 dans le cadre du projet : « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les huit pays de l'UEMOA (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Guinée-Bissau, Mali, Niger, Sénégal, Togo), ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigeria ». Ces études avaient été préparées à l'occasion de la conférence « Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » qui s'est tenue à Ouagadougou en février 2011. Une synthèse régionale de ces études a été publiée par l'AFD et l'IRD dans la collection À SAVOIR de l'AFD en français sous le titre : « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de

développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'au Ghana, en Guinée, en Mauritanie et au Nigeria » (À Savoir n°9, septembre 2011) et en anglais sous le titre : « How Can We Capitalize on the Demographic Dividend? Demographics at the Heart of Development Pathways. Synthesis of studies conducted in WAEMU countries and in Ghana, Guinea, Mauritania and Nigeria » (À Savoir n° 9, mars 2012).

Ont également été réalisées par la suite l'étude « Population, développement et dividende démographique au Tchad » en mars 2013 et une étude similaire fin 2014 pour la République Démocratique du Congo. Ces publications sont accessibles gratuitement sur les sites de l'UMR 201 <http://umr-developpement-societes.univ-paris1.fr/menu-haut/membres/membres-permanents/guengant-jean-pierre/recherche/> de l'AFD <https://www.afd.fr/sites/afd/files/imported-files/09-A-Savoir.pdf> et pour les études Tchad et République Démocratique du Congo sur le site Horizons de l'IRD respectivement à http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-06/010057789.pdf et à <http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi:010068024>

Cette actualisation de l'étude Côte d'Ivoire de juin 2011, financée par l'Agence française de développement, est intervenue dans le contexte de l'organisation à Abidjan du 18 au 24 novembre 2014 de consultations nationales sur le dividende démographique.

MÉTHODOLOGIE

Au regard des données actuelles disponibles pour la Côte d'Ivoire, la croissance de la population va se poursuivre, quelles que soient les hypothèses de baisse de la fécondité considérées. Cette croissance future sera la conséquence de la jeunesse actuelle de la population, d'une fécondité qui en 2014 est toujours très élevée (de 5 enfants par femme environ) et de la faiblesse de l'utilisation de la contraception moderne qui était en 2011-2012 de 12 % chez les femmes en union, deux indicateurs qui classent la Côte d'Ivoire parmi les pays du monde ayant les niveaux de fécondité les plus élevés, et les niveaux d'utilisation de la contraception moderne les plus faibles.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques que l'on peut imaginer pour la Côte d'Ivoire concernent toutes les catégories de population : mères, enfants, adolescents et jeunes adultes, population active, et personnes âgées. Les défis correspondants posent en Côte d'Ivoire comme ailleurs, le problème de la capacité de l'État et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces pour un développement durable, la préservation de l'environnement, la prévention des conflits, et le renforcement de la résilience. Il s'agira aussi pour l'État d'assurer la sécurité des biens et des personnes, de réduire leur vulnérabilité, d'équiper et gérer une population urbaine désormais majoritaire et d'accompagner l'émergence de son économie.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de cette étude. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif a été de retracer à travers divers indicateurs les évolutions démographiques économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais cette analyse permet aussi d'appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir, au travers des résultats des projections démographiques qui ont été réalisées dans le cadre de cette étude. Ces projections qui couvrent la période 2010-2050 ont été faites avec diverses hypothèses. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 36 ans d'échéance aujourd'hui, c'est-à-dire « après-demain » et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2030, c'est-à-dire « demain », mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire les besoins des populations, notamment en santé et en éducation. L'analyse des politiques et programmes les plus importants passés ou en cours complète l'analyse des données, avec le souci de permettre l'élaboration de nouvelles politiques et de nouveaux programmes, en

particulier le Plan National de Développement 2016-2020, s'appuyant davantage que par le passé sur les données et sur les évolutions démographiques projetées.

L'origine des données utilisées pour réaliser cette étude est diverse. Ces données sont celles publiées par les institutions nationales ou au niveau international. Chaque fois que possible, les données nationales, lorsqu'elles étaient accessibles, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans l'étude. Les plus utilisées ont été celles de la Division de la population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS et MICS* (pour les Enquêtes démographiques et de santé, et les Enquêtes par grappes à indicateurs multiples). En ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction, ou de la réduction de la pauvreté, on a utilisé, chaque fois que possible, les documents des Ministères ou autres services officiels nationaux. Concernant les activités en Côte d'Ivoire des partenaires internationaux et privés en matière de population et santé de la reproduction, les documents utilisés sont ceux qui ont pu être consultés sur leurs sites internet. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées.

Les données et les documents utilisés dans cette étude sont ceux qui étaient disponibles en septembre- octobre 2014. Une attention particulière a été portée aux publications récentes concernant les relations entre population et développement et le dividende démographique. On a donc recherché les publications majeures et les publications les plus récentes sur le sujet, et indiqué à chaque fois leurs références exactes, ainsi que les sites internet où, dans la plupart des cas, ces publications pouvaient être téléchargées, ceci afin que les personnes intéressées puissent les consulter. Toutefois, en l'absence des résultats du recensement de la population et de l'habitat de 2014, les données relatives à la population sont celles qui ont été estimées pour 2014-2015 sur la base de projections effectuées à partir des résultats du recensement de 1998.

Malgré notre souci de partager le maximum des informations collectées dans le cadre de ce travail, et d'indiquer systématiquement nos sources, des omissions, des erreurs de citations restent toujours possibles. Par ailleurs, certains domaines qui pourtant ont un rapport étroit avec la population, tel que l'environnement, n'ont pas été traités, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi vaste que celui des relations entre population et développement. Enfin, il convient de garder à l'esprit que certaines analyses, commentaires et interprétations sont susceptibles d'être remises en cause par la publication des résultats du recensement de 2014, et qu'il est toujours possible que dans certains domaines des stratégies, politiques, plans, ou programmes aient été adoptés récemment, sans que nous en ayons eu connaissance. Nous regrettons ces diverses limitations susceptibles d'affecter les analyses,

commentaires et interprétations de certaines parties de cette étude, mais il s'agit là de contraintes habituelles dans ce type de travail, dont le lecteur nous excusera.

SYNTHÈSE

Population, développement et dividende démographique

Depuis une quinzaine d'années, de nombreux travaux ont mis en évidence l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents.

Ces changements qui accompagnent la transition démographique s'enchainent de la manière suivante. Dans un premier temps la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît. Parallèlement, la population active augmente plus vite que le nombre de personnes qu'elle fait vivre. Donc, toutes choses égales par ailleurs, le revenu par habitant augmente lui aussi plus rapidement. Les actifs, plus nombreux, sont alors en mesure de réduire, de même que les gouvernements, leurs dépenses en faveur des dépendants qui sont essentiellement les enfants. Ceci libère ainsi des ressources pour l'investissement dans le développement économique et le bien-être des familles.

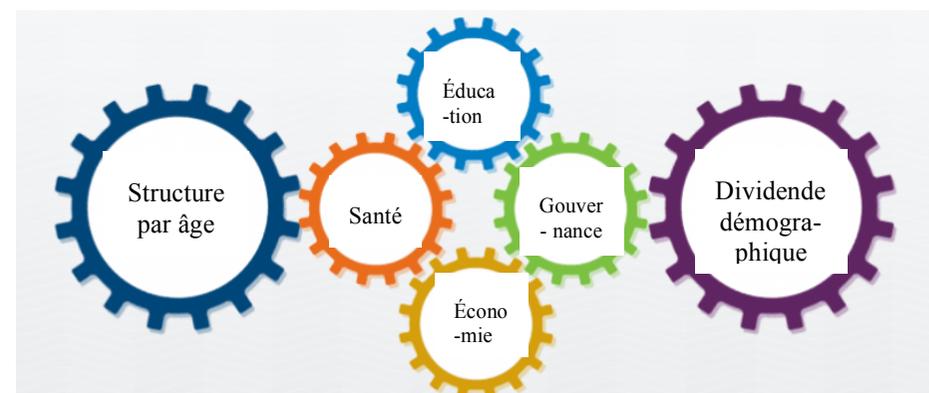
Cette période de baisse continue du taux de dépendance (c'est-à-dire du rapport entre le nombre de dépendants et les personnes en âge de travailler) ouvre une « fenêtre d'opportunité démographique » qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut se prolonger pendant cinq décennies, jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Et, si celles-ci ont accumulé suffisamment de biens et d'avoirs pendant leur vie active, un « second dividende démographique » est envisageable.

Cependant, pour pouvoir bénéficier du premier dividende démographique, plusieurs conditions doivent être réunies. L'analyse des expériences en Asie de l'Est et ailleurs souligne à ce sujet l'importance de plusieurs facteurs, en particulier : 1) une baisse rapide de la fécondité, condition initiale nécessaire au changement de la structure par âge et donc à la diminution des taux de dépendance ; 2) la qualité du capital humain (éducation et santé) ; 3) une épargne importante et des investissements judicieusement choisis ; 4) la capacité du pays à créer un nombre suffisant d'emplois rémunérateurs, notamment pour les jeunes ; 5) l'effectivité des garanties juridiques et institutionnelles

permettant aux acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes, c'est-à-dire la bonne gouvernance.

Le *Population Reference Bureau* a illustré ces conditions en regroupant en « Économie » les deux conditions épargne et investissements et création d'emplois (figure a)

Figure a : Conditions nécessaires pour bénéficier du dividende démographique



Source : voir *Qu'est-ce que le dividende démographique ?*

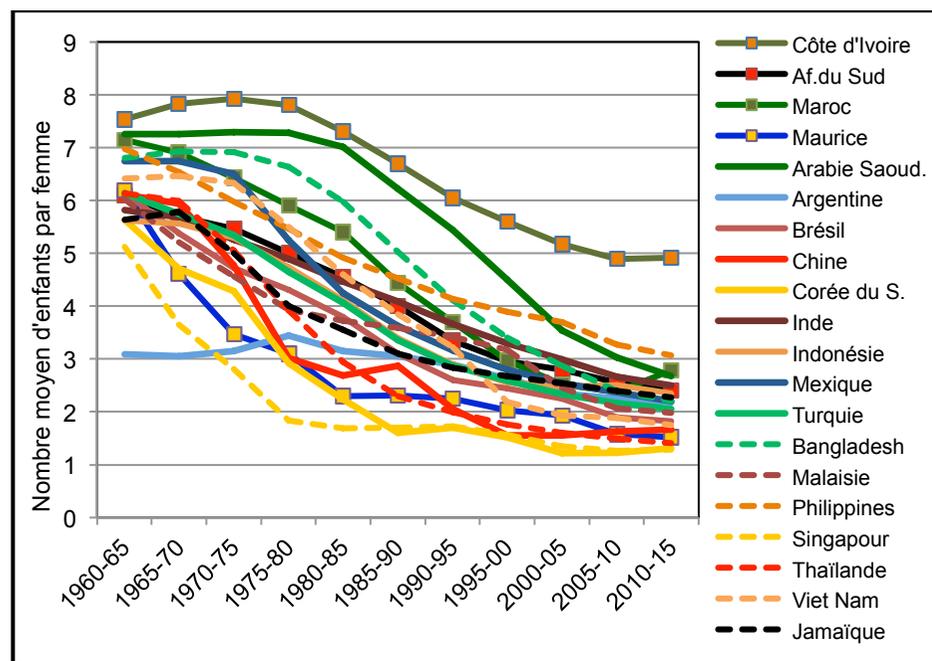
<https://www.prb.org/demographic-dividend-engageshort-fr/>

La fécondité est toujours élevée en Côte d'Ivoire

La Côte d'Ivoire qui vise à l'émergence est encore loin de réunir les conditions qu'ont remplies les pays émergents. Dans ces pays en effet, la fécondité est passée en gros de 6 à 7 enfants par femme au début des années 1960 à 1,2 à 3,0 enfants par femme vers 2010 (figure b), ce qui a conduit à une baisse rapide de leurs taux de dépendance. Leur transition de la fécondité est donc aujourd'hui quasiment achevée.

Il n'en va pas de même en Côte d'Ivoire où la fécondité certes, a commencé à décroître dans les années 1970, mais est restée plus ou moins autour de 5 enfants par femme au cours des dernières années. Un tel niveau classe la Côte d'Ivoire parmi les pays du monde à fécondité toujours élevée et à transition lente. En conséquence, le taux de dépendance y reste élevé : 80 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, ou encore 125 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans.

Figure b : Évolution de la fécondité en Côte d'Ivoire, dans quelques pays africains et divers pays en développement depuis 1960



Source : United Nations 2013, WPP 2012.

40 à 50 millions d'Ivoiriens en 2050

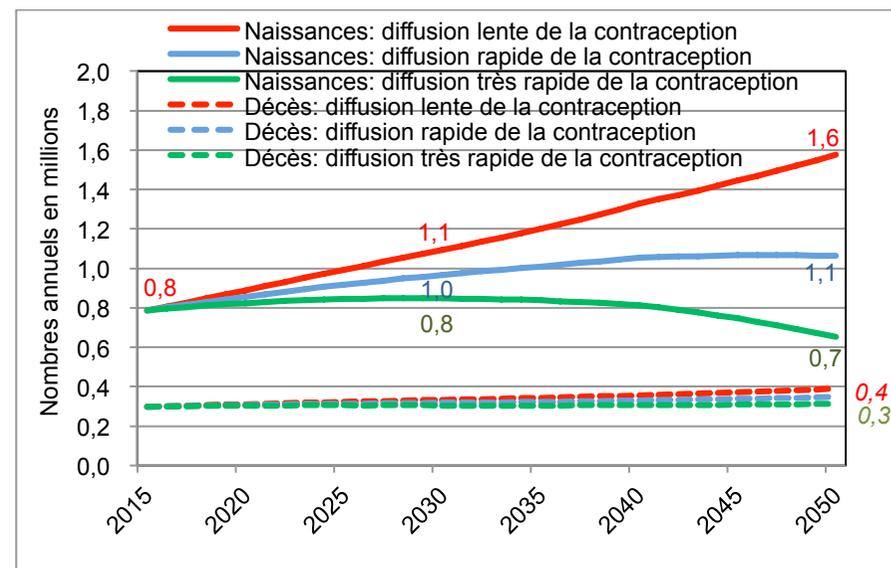
Malgré l'importance de la surmortalité causée par l'épidémie du VIH/sida et l'ampleur des mouvements migratoires et de réfugiés qui ont affecté la Côte d'Ivoire, c'est bien la fécondité qui a été et reste le moteur principal de la forte croissance démographique du pays depuis 1960.

Pour le futur, le niveau actuel toujours élevé de la fécondité et la jeunesse de la population « garantissent » à la Côte d'Ivoire la poursuite de la croissance de sa population. Celle-ci devrait être d'environ 30 millions en 2030, puis se situer en gros entre 40 et 50 millions en 2050, selon la rapidité de la baisse de la fécondité.

Cependant, la différence essentielle entre les résultats des projections réalisées dans le cadre de cette étude, tient à l'évolution du nombre annuel de naissances. C'est ainsi que la poursuite des tendances actuelles associées à une diffusion lente de la

contraception, conduit à une augmentation continue du nombre des naissances d'ici 2050. A l'inverse, une diffusion très rapide la contraception, conduit à une stabilisation du nombre de naissances annuelles autour de 800 000, qui permet d'accélérer la baisse des taux de dépendance et de réduire la croissance démographique (figure c).

Figure c : Projections des nombres annuels de naissances et de décès selon les trois hypothèses retenues, 2015-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

La Côte d'Ivoire peut-elle bénéficier du dividende démographique ?

Les divers modèles utilisés pour mettre en évidence la réalité du dividende démographique, diffèrent quelque peu quant aux variables utilisées. Cependant, ils mettent tous en évidence l'impact positif sur la croissance économique de la diminution des taux de dépendance, ainsi que l'amélioration du capital humain, et la création d'emplois productifs. Donc, sauf stagnation de la fécondité à son niveau actuel, et absence de politique en matière de santé, d'éducation et d'emploi, il n'y a pas de raison *a priori* empêchant la Côte d'Ivoire de bénéficier du dividende démographique.

Si on considère que l'entrée dans la fenêtre d'opportunité démographique commence à partir d'un pourcentage de 15-64 ans dans la population totale de 65%, c'est à dire d'un taux de dépendance proche de 50 pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, ce niveau pourrait être atteint : 1) au début des années 2040 si la fécondité était d'environ 2 enfants par femme en 2050, 2) au début des années 2070 si la fécondité était d'environ 3 enfants par femme en 2050, 3) après 2100 si la fécondité était d'environ 4 enfants par femme en 2050, ce qui correspond à la poursuite des tendances actuelles.

Mais, on peut considérer aussi que le processus d'atteinte du dividende démographique est enclenché à partir du moment où le pourcentage d'actifs de 15-64 ans ou de 20-64 ans selon la définition retenue, dans la population totale augmente régulièrement et assez rapidement.

Cela dit, tel qu'indiqué précédemment, d'autres conditions doivent être remplies pour pouvoir bénéficier du premier dividende démographique. On peut dire d'ailleurs que la croissance économique future de la Côte d'Ivoire et sa capacité à devenir une économie émergente en confortant sa croissance, dépendra pour une large part de sa capacité à mettre en œuvre les politiques nécessaires pour bénéficier du dividende démographique.

Les défis de l'amélioration du capital humain et de l'emploi

Ces politiques concernent en particulier l'amélioration du capital humain du pays, c'est à dire l'état de santé de la population et son niveau d'éducation, et l'emploi. Or, dans ces trois domaines, la Côte d'Ivoire sera confrontée dans les 20 prochaines années à des défis importants.

Concernant la santé, pour arriver à un état de santé et à un état nutritionnel satisfaisant de l'ensemble de la population, des mères et des enfants, il faudra à la fois améliorer la couverture sanitaire, s'assurer du bon fonctionnement des structures de santé, et améliorer la qualité de soins dispensés. Or, le financement actuel des dépenses de santé n'est pas satisfaisant. Non seulement, il est insuffisant, mais la part supportée par les familles reste trop élevée. Compte tenu de l'importance des maladies transmissibles qui touchent surtout les jeunes enfants, toujours très nombreux, de la fécondité élevée, et de l'importance des grossesses à risques, les dépenses de santé pour les femmes et les enfants représentent aujourd'hui une part considérable des dépenses du secteur. La poursuite de ces tendances qui engendrent un surcoût de dépenses de santé n'est guère soutenable, d'autant plus que le nombre de cas de maladies non transmissibles (accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers) va s'accroître.

Concernant l'éducation, l'amélioration du niveau d'éducation et de formation de la population ivoirienne dans les années qui viennent devra viser en particulier : la résorption des retards scolaires au primaire et au secondaire, la progression de la scolarisation au secondaire et au supérieur, le maintien à tous les niveaux d'une qualité acceptable des enseignements dispensés, l'élimination complète des disparités entre garçons et filles, la formation des enseignants, la promotion de l'emploi des femmes dans le secteur éducatif, la réduction des disparités régionales, et aussi l'entretien et la réhabilitation des établissements scolaires et la construction de nouveaux établissements.

De plus, des moyens très importants devront être consacrés au développement de la formation professionnelle, jusqu'ici peu valorisée, alors que son développement est absolument nécessaire pour mieux répondre aux besoins de l'économie, et en même temps améliorer l'« employabilité » des jeunes sortant du système scolaire.

En matière d'emploi, permettre l'accès à un emploi « décent » à tous les jeunes, constituera probablement le défi le plus redoutable à relever dans les 20 prochaines années. Il faudra en effet à la fois: a) améliorer les conditions d'activité et les conditions de vie des millions de travailleurs insuffisamment ou pas rémunérés qui sont aujourd'hui occupés dans le secteur informel, b) permettre la création de suffisamment d'emplois « décents » notamment le secteur informel, pour répondre, du moins en partie, aux aspirations du million de chômeurs que compte actuellement le pays, c) anticiper l'entrée de plus de cinq millions de nouveaux arrivants sur le marché du travail d'ici 2030.

Accélérer la baisse de la fécondité

La première condition nécessaire pour pouvoir bénéficier du dividende démographique ne sera pas non plus facile à remplir. En effet, par rapport aux pays émergents, la Côte d'Ivoire se trouve dans la situation où l'utilisation de la contraception est faible, progresse très lentement, mais aussi dans une situation où les besoins non satisfaits sont importants. Ainsi, paradoxalement la demande totale est mal satisfaite bien qu'elle soit faible.

En fait, la demande totale exprimée aujourd'hui en contraception en Côte d'Ivoire, est insuffisante pour réaliser la « révolution contraceptive » qui accompagne la transition de la fécondité et la diminution des taux de dépendance. Il s'agit également d'une demande trop majoritairement orientée vers l'espacement pour qu'on puisse envisager dans un futur proche des changements majeurs dans la progression de l'utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire.

Une accélération de l'utilisation volontaire de la contraception nécessitera donc dès 2015 de nouvelles initiatives, plus résolues, mais aussi plus réalistes, si la Côte d'Ivoire veut bénéficier le plus rapidement possible du premier dividende démographique. On notera cependant que le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020 adopté en juillet 2014 constitue une avancée dans cette direction.

Si on souhaite donc faire sauter le verrou que constitue actuellement la faiblesse de la demande en contraception pour accélérer l'achèvement de la transition démographique, il conviendra de redéfinir sur des bases entièrement renouvelées, les actions à mener en matière de planification familiale.

INTRODUCTION

Le retour de la paix en Côte d'Ivoire en avril 2011, après dix ans de crise politico-militaire, a créé enfin les conditions de la reconstruction du pays et d'une reprise économique vigoureuse. La croissance économique s'est établie en effet à 9% en moyenne en 2011 et 2012. Elle s'est accompagnée d'une augmentation importante du PIB par tête après plus de 30 ans de déclin.

Cette croissance devrait se poursuivre et permettre à la Côte d'Ivoire de conforter sa place de première économie de la zone UEMOA. Elle devrait aussi l'aider à réaliser, comme l'indique le Plan National de Développement 2012-2015, son ambition de « ramener le pays sur le sentier d'une croissance vigoureuse, soutenue, inclusive et solidaire, afin de permettre à la Côte d'Ivoire d'être émergente à l'horizon 2020 »¹.

Les défis à relever pour réaliser cette ambition sont considérables. Certes, avec un PIB par tête en 2013 de 1 520 dollars US, la Côte d'Ivoire est considérée comme un pays à revenu intermédiaire. Mais, son indice de développement humain (0,452 en 2013) reste peu élevé et classe la Côte d'Ivoire à la 171^{ème} place sur 187, toujours dans le groupe des 43 pays à développement humain faible.

Suite à la crise post-électorale de 2010-2011, on estimait en 2012 que plus de la moitié de la population vivait en dessous du seuil de pauvreté et qu'un Ivoirien sur cinq souffrait de malnutrition chronique. En matière de santé, malgré les progrès réalisés, plus de la moitié des décès restent imputables à des causes largement évitables : maladies infectieuses, suivi prénatal et prise en charge des accouchements insuffisants, et malnutrition. Le niveau d'éducation de la population reste aussi insuffisant. On a estimé récemment que la moitié de la population ivoirienne n'a aucun niveau d'instruction et que seulement un ivoirien sur cinq a atteint un niveau d'études secondaire ou plus.

La jeunesse de la population (près de deux ivoiriens sur trois ont moins de 25 ans) peut constituer un atout pour faire face à ces défis et conduire le pays sur la voie d'un

¹ Une économie émergente se caractérise par un revenu intermédiaire, une ouverture économique au reste du monde, des transformations structurelles et institutionnelles de grande ampleur et un fort potentiel de croissance. La complexification / diversification de l'économie et de la société et l'apparition de caractéristiques nouvelles, correspondent à la notion d'émergence appliquée à l'économie. Les « pays émergents » sont ainsi ceux qui connaissent une croissance économique rapide, et dont le niveau de vie ainsi que les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud, en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie, la Turquie... et en Amérique latine : le Brésil, le Mexique. La liste des pays dits émergents varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple, la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents, mais comme des pays développés.

développement durable. Mais, pour cela, il faudra savoir saisir les opportunités associées à cette jeunesse nombreuse, majoritairement urbaine, et aux aspirations élevées. Il faudra en particulier permettre à des millions de jeunes d'avoir un emploi « décent », et mettre en place des mécanismes qui leur permettent de s'exprimer et d'influer sur la formulation des politiques qui les concernent. Ceci afin de prévenir les crises sociales notamment en réaction à une amélioration jugée trop lente de leurs conditions de vie, ou à un sentiment d'exclusion.

Garantir aux jeunes qui sont déjà nés une vie meilleure que celle qu'ont connue leurs parents, et parallèlement s'attacher à assurer aux prochaines générations un avenir encore meilleur, requiert l'élaboration de politiques avisées dans le domaine de l'économie, mais également dans les domaines de la population, de la santé, de l'éducation, de l'emploi et de l'environnement des affaires. Ces politiques doivent être mises en œuvre maintenant ou en tous cas le plus rapidement possible afin de créer les conditions qui permettront à la Côte d'Ivoire de parvenir à la convergence économique souhaitée et de bénéficier à terme du dividende démographique.

Nourrir, soigner, éduquer et occuper tous les Ivoiriens dans les années qui viennent ne sera pas tâche facile. En effet, la population du pays va continuer de croître pendant plusieurs décennies puisqu'elle devrait se situer en 2050 en gros entre 40 et 50 millions, et donc être deux fois plus nombreuse qu'aujourd'hui.

Il faudra donc faire face dans les années qui viennent à la fois à l'augmentation de la population, améliorer la couverture sanitaire, augmenter les taux de scolarisation, notamment aux niveaux secondaire, professionnel, et supérieur, et maintenir des niveaux de qualité acceptables des soins et services rendus à la population. Ceci implique des moyens financiers beaucoup plus importants que ceux qui sont mis en œuvre actuellement, et ces moyens seront d'autant plus importants en l'absence d'une maîtrise rapide de la fécondité, et donc de la croissance démographique.

La prise de conscience de ces défis est clairement exprimée dans le Plan National de Développement 2012-2015 qui relève que « le rythme de croissance de la population ivoirienne figure parmi les plus élevés dans le monde » et qui vise grâce à des « mesures clés » la maîtrise des phénomènes démographiques et des flux migratoires.

De fait, les revenus attendus de la diversification de l'économie et de la croissance retrouvée inscrites dans le Plan 2012-2015 devront être utilisés pour accroître les investissements productifs, créer des emplois, mais aussi pour améliorer la qualité du capital humain du pays. Mais, les investissements dans le capital humain, en particulier pour les jeunes de 15 à 24 ans, ne pourront être importants que si parallèlement on observe une réduction rapide de la proportion d'enfants qui sont à la charge des actifs dans la population totale. C'est ce qu'ont fait les pays émergents grâce à la mise en œuvre de programmes visant à maîtriser leur fécondité, ce qui leur

a permis d'entrer dans une « fenêtre d'opportunité démographique », puis, grâce à une structure par âge plus favorable, de bénéficier, sous certaines conditions, d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique.

La création en 2012 de l'Office National de la Population (ONP) répond à la volonté du Gouvernement d'une prise en compte effective des questions de population dans la planification sectorielle et locale. Ceci afin de permettre à la Côte d'Ivoire de tirer pleinement profit de son dividende démographique. Le slogan de l'ONP : « Ensemble relevons le défi du dividende démographique en Côte d'Ivoire » reflète cette volonté des autorités de positionner les questions de population au premier rang de l'agenda national du développement.

Le processus de transition démographique qui crée les conditions pour entrer dans une « fenêtre d'opportunité démographique » et bénéficier d'un « dividende démographique » est aujourd'hui achevé dans les pays émergents. Il est le résultat du passage de niveaux de fécondité élevés non maîtrisés et subis, à des niveaux modérés maîtrisés et choisis, conséquence d'une utilisation généralisée de la contraception, qu'on a appelé « révolution contraceptive ».

En Côte d'Ivoire, la baisse de la fécondité bien amorcée dans les années 1980, semble s'être arrêtée en chemin autour de 5 enfants par femme depuis une vingtaine d'années. Et l'accélération de l'utilisation de la contraception parmi les femmes ivoiriennes se fait toujours attendre malgré l'existence d'un véritable besoin.

Un engagement encore plus résolu des autorités et de ses partenaires en faveur de la planification familiale apparaît donc nécessaire pour accélérer la transition démographique en Côte d'Ivoire. Des moyens financiers plus importants devront aussi lui être consacrés. Mais, il faut garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont à 10 ans d'échéance plus que compensés par « le gain fiscal », qui résulte des dépenses moindres pour l'éducation, l'amélioration de la santé maternelle et les vaccinations, du fait du ralentissement de l'augmentation, voire la stabilisation du nombre de naissances consécutif à la maîtrise de la fécondité. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours importants à court et à long terme. Et ces retours faciliteront en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les jeunes et les enfants d'aujourd'hui.

POPULATION, DÉVELOPPEMENT ET DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE

Population et développement : les faits et les idées

Une idée encore largement répandue dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne et en Côte d'Ivoire, est que l'Afrique reste sous-peuplée, ce qui explique en partie la réticence jusqu'à tout récemment de la plupart des gouvernements à mettre véritablement en œuvre des politiques de population et des programmes de planification familiale, comme cela s'est fait en Asie, en Amérique latine mais aussi en Afrique du Nord. L'article de Samir Amin, « l'Afrique sous-peuplée » publié en 1972, est emblématique à cet égard. Dans cet article, l'auteur soulignait en effet que d'un point de vue économique, on pouvait sérieusement soutenir que de grandes régions en Afrique étaient effectivement sous-peuplées, et que l'insistance que l'Occident mettait à « vendre » la limitation des naissances cachait mal le fait selon lui, que la limitation des naissances était un élément de la stratégie de domination néo-coloniale des pays du Nord². Il est intéressant de noter que depuis la parution de cet article la population de l'Afrique subsaharienne est passée de quelques 300 millions en 1972 à 950 millions en 2015, c'est-à-dire a été multipliée par trois.

La nécessité d'avoir une population plus nombreuse s'appuie sur un certain nombre d'idées reçues telle que « Il n'y a des richesses ni de force que d'hommes » tirée du livre de Jean Bodin, philosophe et théoricien politique français dans son ouvrage les « Six Livres de la République » paru en 1576, ainsi que sur le refus des idées de Malthus énoncées dans son « Essai sur le principe de population » paru en 1798 et qui préconisait de réduire la croissance de la population pour éviter les famines, les guerres et les épidémies.

On oublie trop souvent cependant, que ces idées sont largement le reflet des époques particulières pendant lesquelles elles ont été énoncées : longue période de recul et de stagnation démographique en Europe après les épidémies de peste noire pour Bodin, et au contraire reprise de la croissance démographique à la fin du XVIII^{ème} siècle pour Malthus. Ensuite, les XIX^{ème} et XX^{ème} siècles, qui correspondent à l'expansion du système capitaliste au niveau mondial³ ont été caractérisés par un développement économique rapide, plus rapide que la croissance démographique de l'époque, au demeurant assez modeste. Ceci a amené à dire que Malthus et ses successeurs (les

² Samir Amin : Développement et Civilisations, 1972, no. 47/48, p. 59-67

³ Voir BRAUDEL F., 1987 – « La dynamique du capitalisme », Paris, Flammarion, première parution 1985.

néomalthusiens) s'étaient trompés puisque l'apocalypse annoncée ne s'est pas produite. Ce qui n'a pas empêché les famines, les guerres et les épidémies à continuer de ponctuer l'actualité de la planète en Europe comme ailleurs, pour diverses raisons pas nécessairement toutes démographiques.

Historiquement parlant, les croissances économiques et démographiques ont été très différentes dans les grandes régions du monde aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles comme le souligne l'historien-économiste Angus Maddison⁴. Celui-ci indique en effet que la croissance des PIB par grandes régions du monde de 1820 à 2001 a été comprise entre moins de 0,2 % et 5 % par an en moyenne (sauf au Japon où elle a été plus forte après 1950) selon les cinq périodes qu'il considère. Les cinq grandes périodes d'essor du capitalisme et d'accélération de la croissance économique qu'il retient sont : 1) la phase initiale 1820-1870, 2) la période dite de « l'ancien ordre libéral » 1870-1913, 3) la période des deux guerres mondiales 1913-1950, 4) « l'âge d'or » 1950-1973, qui se termine avec le premier choc pétrolier, et enfin 5) le nouvel ordre libéral, 1973-2001.

C'est seulement au cours de la période 1950-1973 dite de « l'âge d'or » que les croissances économiques les plus élevées ont été atteintes. Elles ont été en effet de 4 à 5 % par an en moyenne dans toutes les grandes régions du monde, et de 9 % au Japon, qui grâce à cette croissance exceptionnelle, est devenue l'une des premières économies mondiales.

Les croissances démographiques ont été plus contrastées. Ainsi, c'est au cours du XIX^{ème} siècle que l'ensemble des pays d'Europe de l'Ouest ont connu leur plus forte croissance démographique (leur « révolution démographique »), mais celle-ci n'a été que de 0,6 % - 0,7 % par an en moyenne, donc bien inférieure à 1 % par an. L'ensemble des pays d'Amérique du Nord et d'Océanie (Australie et nouvelle Zélande) ont connu aussi entre 1820 et 1913 leur plus forte croissance démographique comprise entre 2 % et près de 3 % par an en moyenne. Mais ces taux élevés sont imputables à une forte immigration de peuplement venue d'Europe. Cette immigration a fait bénéficier les pays concernés d'une sorte de « dividende démographique migratoire » puisqu'ils ont absorbé des immigrants pour lesquels les dépenses en santé et en éducation jusqu'à l'âge adulte avaient été prises en charge par les pays d'origine. Par contraste, les régions en développement ont connu leur plus forte croissance démographique, de l'ordre de 2 à 2,5% par an après la seconde guerre mondiale. Mais, alors que celle-ci a atteint son maximum en Asie et en Amérique latine au cours de la période 1950-1973, puis a décliné ensuite, la croissance de la

population africaine a continué à s'accroître et atteint son maximum au cours de la période la plus récente.

Ces évolutions différentes des PIB et des croissances démographiques ont conduit à des évolutions encore plus contrastées des PIB par tête par région, notamment pour la période la plus récente considérée par Maddison 1973-2001. Ainsi dans les régions développées : Europe de l'Ouest, Amérique du Nord-Australie et Japon où la croissance démographique était déjà faible, les PIB par tête ont continué de croître d'environ 2 % par an. Les pays d'Europe de l'Est et de l'ex-URSS qui ont connu des bouleversements politiques et économiques majeurs ont vu leur PIB par tête stagner. Dans les pays en développement, seul l'ensemble des pays d'Asie a continué d'enregistrer au cours de la période 1973-2001, une forte croissance de son PIB par tête : +3,6 % par an en moyenne, contre +0,9% par an pour l'ensemble des pays d'Amérique latine, et + 0,2 % pour l'ensemble de l'Afrique.

La croissance insignifiante du PIB par tête en Afrique entre 1973 et 2001 est imputable à plusieurs facteurs, parmi lesquels on peut citer : un environnement économique international moins favorable à l'Afrique que dans la période précédente, les plans d'ajustements structurels que de nombreux pays africains ont été obligés d'adopter, mais aussi le maintien d'une forte croissance démographique. Les données annuelles dont on dispose entre 1960 et 2013 pour les grandes régions du monde, confirment l'impact négatif de la forte croissance démographique de l'Afrique subsaharienne sur l'accroissement de son PIB moyen par tête en dépit de la reprise récente de la croissance économique de la région.

De fait, dans son ouvrage de prospective de l'économie mondiale jusqu'en 2030⁵, Angus Maddison indique, après avoir examiné les divers facteurs qui ont bridé la croissance africaine (poids de la dette, insuffisance de l'aide au développement, corruption, protection des productions agricoles des pays développés), qu'« il y a aussi une faible reconnaissance par les gouvernements africains du rôle que pourrait jouer le contrôle des naissances et la planification familiale pour accélérer la croissance du revenu par tête » dans leurs pays.

Le premier constat empirique que l'on peut faire, est donc que la forte croissance démographique enregistrée en Afrique subsaharienne au cours des 50 dernières années n'a pas été accompagnée d'une croissance économique plus forte qu'ailleurs, contrairement à ceux qui soutiennent l'opinion qu'une forte croissance démographique est favorable à la croissance économique. La forte croissance

⁴ Maddison A., 2005 : « *Growth and Interaction in the World Economy. The Roots of Modernity* » http://www.ggd.net/maddison/other_books/Growth_and_Interaction_in_the_World_Economy.pdf

⁵ Maddison A., 2007 – *Contours of the World Economy 1-2030 AD: Essays in Macro-Economic History*, p. 347 (traduction libre), Oxford University Press

démographique a eu aussi un impact négatif sur la progression de son PIB moyen par tête.

Le second constat que l'on peut faire est que la transition démographique en Afrique subsaharienne est différente des transitions observées dans les autres régions du monde. Tout d'abord, les taux d'accroissement naturel actuels sont trois fois plus élevés que ceux observés historiquement en Europe de l'Ouest. Ensuite, les taux de croissance démographique de plus de 2 % par an observés pour l'Afrique subsaharienne depuis les années 1950 devraient rester supérieurs à 2 % par an jusque dans les années 2040. En comparaison, les taux de croissance démographique sont inférieurs à 2 % par an depuis le milieu des années 1970 en Asie, et depuis le milieu des années 1980 en Amérique latine.

Cette évolution démographique particulière de l'Afrique, « l'exception africaine »⁶, s'explique en partie par la longue période de quasi-stagnation de sa population du fait de la traite esclavagiste et de l'impact meurtrier des maladies infectieuses⁷. On a estimé en effet que la population de l'Afrique subsaharienne serait passée d'environ 80 millions en 1500 à 95 millions en 1900⁸. Mais, au cours de la même période, les populations de l'Asie et de l'Europe ont été multipliées respectivement par 4 et par 5. Cette croissance s'est poursuivie au XX^{ème} siècle, puisqu'on estime qu'entre 1900 et 2000, la population de l'Asie a encore été multipliée par 4, et celle de l'Europe par près de 2 fois. Par contraste, la population de l'Afrique subsaharienne a été multipliée par près de 7 fois passant de 95 millions en 1900 à 640 millions en 2000. La population de l'Amérique latine a également été multipliée par 7 au cours du XX^{ème} siècle, mais ceci en partie à cause d'une forte immigration. On a donc parlé au sujet de l'Afrique subsaharienne de « grand rattrapage démographique »⁹. Et ce « rattrapage » continue puisque, comme on l'a vu la croissance démographique de l'Afrique subsaharienne est toujours de 2,7 % par an.

⁶ Voir à ce sujet : Guengant J-P. et May J. « Revisiting the African Fertility Exception » Presented at the 2001 Annual Meeting of the Population Association of America Washington, DC, March 29-31, 2001, 25 pages http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/pleins_textes_7/b_fdi_57-58/010025414.pdf

⁷ Guengant J-P., 2007 – « La démographie africaine entre convergences et divergences ». In Ferry B. (Edit.) : *L'Afrique face à ses défis démographiques*, AFD-Ceped-Karthala : 27-121.

⁸ Biraben J.-N., 2003 – L'évolution du nombre d'hommes », *Population et Sociétés*, n° 394, octobre 2003.

⁹ « Afrique : le grand rattrapage démographique » LE MONDE, 15.12.2007, interview de John May et Jean-Pierre Guengant. http://www.lemonde.fr/afrique/article/2007/12/15/afrique-le-grand-rattrapage-demographique_990230_3212.html

Ces divergences d'évolutions démographiques entre l'Afrique subsaharienne et les autres grandes régions du monde ont été effectivement interprétées comme un rattrapage, ou encore comme un décalage des évolutions dans le temps. Il est ainsi affirmé dans un ouvrage paru en 2006¹⁰ que « L'explosion démographique (en Afrique) va s'essouffler dans les premières décennies du XXI^e siècle », et que « L'Occident dominant, mais vieillissant, hésite entre la peur de disparaître et le besoin de ressources humaines. Cela alimente une politique d'ingérence dans la maîtrise de la fécondité via la planification familiale et le verrouillage des frontières ». Et les auteurs de conclure : « La croissance actuelle de la population africaine n'a rien d'exceptionnel » « Bien plus tardive en Afrique, cette transition (la transition démographique) sera encore plus rapide que dans les autres pays du Sud ». De fait, non seulement ce diagnostic est erroné, mais aussi l'hypothèse selon laquelle la transition démographique en Afrique serait plus rapide, hypothèse qui était effectivement celle retenue dans les années 1990, s'est révélée totalement inexacte.

Les auteurs de l'ouvrage de prospective « Afrique 2025. *Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara* » paru en 2003, formulent des opinions plus nuancées, et privilégient à la fois l'hypothèse du décalage et celle du rattrapage¹¹. Ils soulignent ainsi que : « Si l'explosion démographique en Afrique a été et demeure une réalité, l'analyse montre qu'il n'y a pas d'exception africaine, mais seulement un décalage entre l'Afrique et le reste du monde, et elle montre que l'Afrique est simplement en train de reprendre la place qu'elle a autrefois occupée dans la population mondiale ». Ils ajoutent : « Mais ce décalage ne va pas disparaître rapidement et il n'est pas sans conséquence sur la façon dont les sociétés africaines s'insèrent dans le monde actuel ». Effectivement, en 1500 l'Afrique subsaharienne avec ses quelques 90 millions d'habitants représentait 17 % de la population mondiale. Ce pourcentage est tombé à 6 % en 1900, mais il était de 12% en 2010 et il continue d'augmenter. La Division de la population des Nations unies estime dans ses projections 2012, que, selon son hypothèse moyenne, la population de l'Afrique subsaharienne pourrait être en 2050 supérieure à 2 milliards et représenter alors 22 % de la population mondiale, et proche de 4 milliards en 2100 et représenter alors 35% de la population mondiale.

Ensuite, les auteurs d'« Afrique 2025 » posent la question : « L'amorce constatée de la baisse de la fécondité aura-t-elle été un phénomène en grande partie conjoncturel, lié à la crise, et la baisse va-t-elle s'arrêter hésitante au cours des prochaines décennies

¹⁰ Courade G., Tichit C, 2006 – « Les Africaines font trop d'enfants : une bombe démographique en puissance », dans « L'Afrique des idées reçues », Ed. George Courade, Paris, Belin, p. 325-321.

¹¹ Afrique 2025, 2003 – « Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara ». Futurs, Africains, collection Tropiques, Paris, Karthala, 2003. Abstract <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/idep/unpan014160.pdf>

ou va-t-elle s'accélérer ? ». Les auteurs se demandent également si, à cause de l'épidémie du VIH/sida : « Une implosion de la population ne risque-t-elle pas de succéder à l'explosion ». De fait, il n'y a pas eu d'implosion démographique et les populations d'Afrique subsaharienne continuent de croître rapidement, et effectivement la baisse de la fécondité reste hésitante, très lente, voire à peine amorcée dans plusieurs pays, notamment dans les pays sahéliens voisins de la Côte d'Ivoire.

Les auteurs d' « Afrique 2025 » ont toutefois considéré la population comme un donné à l'horizon 2025, hors du champ de l'action politique, et ils ont retenu des scénarios d'évolution combinant d'une part les comportements des acteurs, basés sur les relations interpersonnelles ou au contraire obéissant à une certaine rationalité économique, et d'autre part l'efficacité ou au contraire l'inefficacité des actions des pouvoirs publics. A partir de là, quatre scénarios ont été construits : 1) les lions pris au piège, 2) les lions faméliques, 3) les lions sortent de leur tanière, et 4) les lions marquent leur territoire.

Concernant la possibilité d'agir sur l'évolution démographique, il faut noter que la grande majorité des pays d'Afrique subsaharienne ont adopté dans les années 1980 et 1990 des politiques et programmes de population visant à mieux maîtriser leur croissance démographique. Mais comme l'a indiqué Ngondo a Pitshandenge, on peut douter de la sincérité des déclarations des gouvernements et de l'efficacité de leur engagement. Il indique que ces politiques et programmes ont souvent été imposés à partir du sommet, et sont passés « alors pour des initiatives néo-impérialistes et néo-colonialistes inavouées, reçues avec réticences par la masse »¹². Il relève aussi, citant un autre auteur africain, qu' « en tout état de cause, les finalités de la planification familiale en Afrique ne sauraient être la réduction de la croissance démographique », et que « pour l'Afrique sous-peuplée, dominée, dont la richesse la plus immédiatement disponible et utilisable est sa démographie » il convient de rechercher des « objectifs de qualité et de quantité ». Ngondo a Pitshandenge indique enfin qu'il convient « que l'on vise davantage les changements structurels durables et que l'on s'attaque aux facteurs déterminants qui justifient le pro - natalisme ».

Dans le reste du monde, avec la prise de conscience après la fin de la seconde guerre mondiale de l'accélération de la croissance démographique dans les pays du Sud, néo-malthusiens et anti-malthusiens se sont violemment opposés. Les néo-malthusiens ont ainsi présenté le contrôle des naissances comme une condition indispensable au

¹² Ngondo a Pitshandenge, 1994 : « Politiques et programmes de population en Afrique: précisions des objectifs et adéquation des moyens », dans « L'Évaluation des politiques et programmes de population. Partie II, l'évaluation des objectifs ». Ed. AUPELF-UREF. John Libbey Eurotext. Paris, 1994, pp.99-109 - http://www.bibliotheque.auf.org/doc_num.php?explnum_id=643 .

développement des pays du Sud qualifiés alors de « sous-développés ». D'autres au contraire ont considéré selon l'approche « boserupienne »¹³ qu'une croissance démographique rapide pouvait stimuler le développement grâce aux ajustements que cette situation obligeait les sociétés à opérer¹⁴. Les anti-malthusiens ont soutenu aussi que seules des politiques vigoureuses en faveur du développement (notamment agricole) pouvaient permettre aux pays de sortir de leur sous-développement, le développement entraînant « automatiquement » la réduction de la fécondité. D'où le slogan de ceux qu'on a appelé les « développementalistes » : « le développement est le meilleur contraceptif ». Au total, un certain nombre d'actions se sont appuyées sur le discours malthusien (en Chine notamment), d'autres sur le discours boserupien, avec mise en œuvre par exemple de la révolution verte dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est, ou encore sur les deux comme en Inde.

À partir des années 1980 on a mieux perçu les limites des programmes « tout planning familial », car pour être pleinement efficaces, ces programmes devaient être accompagnés de progrès dans l'éducation et l'autonomie économique et légale des femmes. Aujourd'hui donc, les agendas internationaux mettent l'accent sur le développement durable et sur le développement humain. Le développement durable étant défini comme « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs »¹⁵. Il implique en particulier la préservation de l'environnement et un changement des modes de consommation « gaspilleurs » actuels, notamment dans les pays du Nord¹⁶.

Le développement humain lui, prend en compte plusieurs dimensions du développement économique et social. Il a été synthétisé depuis 1990 par le PNUD au travers d'un indice composite, l'indice de développement humain construit à partir de trois indicateurs portant sur l'économie, l'éducation et la santé. Selon le rapport 2014 du PNUD¹⁷, l'indice de développement humain de la Côte d'Ivoire qui était estimé en

¹³ du nom d'Ester Boserup, économiste danoise auteure de «The conditions of Agricultural Growth : The Economics of Agrarian Change under Population Pressure », paru en 1965.

¹⁴ Voir « Les Sud et les problématiques de développement », <http://www.ac-grenoble.fr/histoire/programmes/lycee/classique/terminale/geo/sud-bernier.pdf>. Voir aussi Académie des Sciences, 2011 – « Démographie, climat et alimentation mondiale » sous la direction de Henri Leridon et Ghislain de Marsily, Les Ulis, France.

¹⁵ Selon le Rapport Brundtland, 1987.

¹⁶ Royal Society, 2012 : People and the planet | Royal Society, The Royal Society, Londres, avril 2012 <http://royalsociety.org/policy/projects/people-planet/report/>, voir aussi [Summary \(French\)](#)

¹⁷ PNUD, « Rapport sur le développement humain 2014. Pérenniser le progrès humain : réduire les vulnérabilités et renforcer la résilience ». Programme des Nations Unies pour le développement, 1 UN

1980 à 0,377, était en 2013 de 0,452. Mais, malgré ces progrès, l'IDH 2013 de la Côte d'Ivoire la plaçait au 171^{ème} rang parmi les 187 pays classés, dans le groupe des 43 pays à développement humain faible. Enfin, le développement a été également défini comme un processus d'élargissement du choix des gens, apportant plus de liberté à tous les hommes et non comme une simple augmentation du revenu national ou du PIB¹⁸.

Les « Objectifs du Millénaire pour le développement » (OMD) adoptés en 2000 ont tenu compte de ces nouvelles approches, en portant une attention particulière à l'éradication de la faim et de la pauvreté, à l'éducation et à la santé (le « capital humain »), ainsi qu'aux questions de genre et d'environnement.

Les préoccupations exclusivement démographiques ont donc été progressivement mises de côté au profit d'une approche plus globale favorisant les droits humains, qui incluent les droits reproductifs et la santé de la reproduction. Ce changement a été « adopté » lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), organisée au Caire en 1994 par les Nations unies, ceci à un moment où les niveaux de fécondité avaient déjà considérablement baissé dans le monde. La fécondité est ainsi aujourd'hui dans le monde essentiellement le résultat du libre choix des couples et des femmes, suite à ce qu'on a appelé « la révolution contraceptive »¹⁹. Ainsi, selon les estimations 2012 de la Division de la population des Nations unies, la moitié (48 %) de la population mondiale vivaient en 2010 dans des pays où la fécondité était en 2005-2010 (la dernière période la mieux connue) inférieure à 2,1 enfants par femme, un tiers (33%) dans des pays où la fécondité était en baisse et se situait entre 2,1 et moins de 3 enfants par femme, et 19 % dans des pays où la fécondité était égale ou supérieure à 3 enfants par femme. On retrouve parmi ces pays la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, dont la Côte d'Ivoire.

Cette diversité des situations démographiques (et économiques) dans le monde doit inciter à avoir des approches différentes adaptées à chaque situation et à réexaminer la question de l'importance des relations entre croissance démographique et développement. Aussi, les idées sur les questions de population ont beaucoup évolué

Plaza, New York, NY 10017, USA, 2014, 259 pages. <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-fr.pdf>

¹⁸ AFD, 2008 – « Amartya Sen : un économiste du développement ? », op. cit.

<https://www.afd.fr/fr/amartya-sen-un-economiste-du-developpement>

¹⁹ Le terme révolution contraceptive apparaît dans la littérature scientifique dans les années 1970 : voir « *The Contraceptive Revolution* ». Norman B. Ryder, Charles F. Westoff, 397 pages. 1977.

et une littérature relativement abondante est aujourd'hui disponible à ce sujet²⁰. Il importe donc de sortir des approches dogmatiques traditionnelles opposant néo malthusiens et « développementalistes » qui n'ont plus guère de sens aujourd'hui.

Les réflexions à ce sujet connaissent actuellement un regain d'activité avec la fin du Programme d'action de 20 ans adopté au Caire en 1994, et l'élaboration en cours des « Objectifs de Développement Durable » qui feront suite après 2015 aux « Objectifs du Millénaire pour le développement ».

Ainsi, la 47^{ème} session de la Commission de la Population et du Développement des Nations Unies qui s'est tenue à New York en avril 2014 était consacrée à l'évaluation de l'application du Programme d'action du Caire²¹. Il a été constaté à cette occasion que malgré les progrès enregistrés, de nombreux pays n'atteindront pas les objectifs fixés dans le Programme d'action en matière d'espérance de vie, de mortalité infantile et de mortalité maternelle (et les Objectifs du Millénaire correspondants). En marge de la Commission, une réunion a été organisée sur le thème : « Bénéficiaire du dividende démographique pour la transformation de l'Afrique : Perspectives et défis dans le contexte de la CIPD au-delà de 2014 ». Par ailleurs, la place à accorder aux problèmes de population dans les « Objectifs de Développement Durable » qui vont couvrir la période 2015-2030, devrait être précisée dans les mois qui viennent, avant l'adoption de ces nouveaux objectifs par l'Assemblée Générale des Nations Unies en septembre 2015.

Concernant la complexité du processus de développement et de l'importance qu'il convient d'accorder à sa dimension population, il faut signaler une étude publiée fin 2011 qui réexamine à la lumière d'un ensemble de données disponibles depuis 1950 la question des relations entre population et développement, et qui pose la question du potentiel que représente la jeunesse africaine pour son développement économique²². Les auteurs partent du constat qu'au cours des 60 dernières années le processus de développement de nombreux pays s'est accompagné d'une baisse plus ou moins rapide de la fécondité, et qu'inversement les pays où les niveaux de fécondité sont restés élevés, sont des pays qui ont aujourd'hui les niveaux les plus faibles de

²⁰ Vimard P., Fassassi R. : Changements démographiques et développement durable en Afrique. L'Harmattan Paris, 2013, 102 p. (Etudes Africaines).

²¹ United Nations, Population Division. Commission on Population and Development forty-eighth session <http://www.un.org/en/development/desa/population/commission/index.shtml>

²² Berlin Institute for Population and Development, 2011 – « Africa's Demographic Challenges How a young population can make development possible », Lilli Sippel, Tanja Kiziak, Franziska Woellert, Reiner Klingholz, septembre 2011. http://www.berlin-institut.org/fileadmin/user_upload/Afrika/Africas_demographic_challenges.pdf

développement socio-économique. Ils soulignent cependant que cette corrélation entre niveau de développement élevé et niveau plus faible de fécondité ne signifie pas causalité, c'est-à-dire qu'elle ne signifie pas nécessairement que « le développement est le meilleur contraceptif », comme l'ont affirmé les « développementalistes ». Les auteurs de cette étude ont donc cherché à approfondir la nature et les facteurs explicatifs de cette corrélation en s'appuyant sur une analyse comparative de nombreux indicateurs pour 103 pays en développement (ou qui ont été en développement) dont 33 pays d'Afrique subsaharienne parmi lesquels la Côte d'Ivoire. Ces indicateurs portent sur le développement, l'économie, l'éducation, la santé, la santé de la reproduction, l'égalité entre genres, le cadre institutionnel et politique, les ressources naturelles, et la démographie.

Les 103 pays retenus ont été classés en 4 groupes en fonction de leur niveau actuel de développement et de l'évolution de leur fécondité depuis le début des années 1950.

- Le groupe A comprend 13 pays dont le niveau de développement est élevé, et où la fécondité est basse. Dans ces pays, la baisse de la fécondité a commencé tôt, dans les années 1950 ou avant, et les niveaux actuels de fécondité se situent en gros entre 1,5 et 2,5 enfants par femme. Ces pays sont des pays d'Asie de l'Est, de la Caraïbe ou d'Amérique latine dont les populations sont de tailles très variables. Un seul pays africain : Maurice, fait partie de ce groupe.
- Le groupe B comprend 25 pays dont le niveau de développement a été qualifié de moyennement élevé, et où la fécondité est également basse. Dans ces pays, la baisse de la fécondité a commencé plus tard, dans les années 1960 ou 1970, mais elle a été relativement rapide. Les niveaux actuels de fécondité dans ces pays se situent, en gros entre 2,0 et 3,0 enfants par femme. Ce groupe comprend une majorité de pays d'Amérique latine, mais aussi 8 pays d'Asie, 3 pays arabes et la Turquie, et 3 pays africains : le Maroc, l'Afrique du Sud et la Tunisie.
- Le groupe C comprend 35 pays dont le niveau de développement a été qualifié de moyen, et où la fécondité décroît. Dans ces pays, la baisse de la fécondité a commencé encore plus tard, souvent dans les années 1980, et les niveaux de fécondité actuels se situent en gros entre plus de 2 enfants et moins de 5 enfants par femme. Ce groupe comprend divers pays arabes, des pays d'Asie du Sud, 6 pays d'Amérique latine et 13 pays d'Afrique subsaharienne dont la Côte d'Ivoire.
- Le groupe D comprend 30 pays dont le niveau de développement a été qualifié de peu élevé, et où la fécondité reste forte. Dans ces pays, la fécondité reste généralement supérieure à 5 enfants par femme, même si elle

a commencé à décroître dans la plupart des pays dans les années 1990. Tous les pays de ce groupe sont des pays d'Afrique subsaharienne, sauf trois : l'Afghanistan, le Timor-Est, et le Yémen.

Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes : il y a bien, à quelques rares exceptions près, une corrélation entre le degré de développement des pays étudiés et leurs niveaux de fécondité. Cependant, il n'est pas possible de savoir lequel de ces deux éléments précède l'autre. Le cas des pays asiatiques « les tigres asiatiques » semble indiquer que les deux processus : le développement et la baisse de la fécondité se renforcent mutuellement. Il y a cependant une certitude : aucun pays n'a pu se développer sans qu'il y ait parallèlement une baisse de la fécondité. Ceci signifie en d'autres termes que le maintien d'une forte fécondité sur longue période exclut le développement économique et social, ou du moins ne permet pas un développement économique et social dans des délais satisfaisants. Concernant les pays producteurs de pétrole retenus dans l'étude, les auteurs notent que ces pays ont généralement des indices de développement humain (IDH) moyens ou élevés. Mais, ils remarquent que les revenus du pétrole ne bénéficient pas toujours à tous les segments de la société, et que l'augmentation globale du PIB et du PIB par tête ne conduit pas nécessairement au développement économique de ces pays et à une baisse de leur fécondité.

Partant du constat que nombre de pays, notamment les « tigres asiatiques », qui ont réussi leur développement au cours des 50-60 dernières années sont partis de situations démographiques voisines de celles que connaissent aujourd'hui la plupart des pays africains, les auteurs de l'étude indiquent que la jeunesse nombreuse de ces pays peut constituer un atout pour leur développement, et non une charge, mais à condition qu'ils réalisent assez rapidement leur transition démographique, c'est à dire le passage de niveaux de mortalité et de fécondité élevés à des niveaux plus bas maîtrisés.

Structure par âge, transferts intergénérationnels et dividende démographique

Jusque dans les années 1990, la plupart des études sur les relations entre la croissance démographique et la croissance économique concluaient que ces relations étaient peu robustes²³. Le rapport de l'Académie nationale américaine des sciences affirmait même en 1986 que le facteur population était neutre dans le processus de développement²⁴. Ces résultats, obtenus à partir de données anciennes, antérieures à la baisse rapide de la fécondité dans les pays émergents et à leur décollage économique, expliquent aussi en partie la faible mobilisation en Afrique des gouvernements et de leurs partenaires en faveur de politiques visant à réduire la fécondité. Ce qui a conduit à l'adoption de politiques de population ayant des objectifs très larges de développement. Toutefois, ces analyses ont ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge, et les modifications que celle-ci connaît au cours du processus de transition démographique²⁵.

Depuis une quinzaine d'années maintenant, de nombreux travaux ont mis en évidence l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays, a conclu en 2007 que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques²⁶. Les auteurs ont estimé à partir d'un modèle de régression pour la période 1960-2004, la contribution de 11 variables (regroupées en conditions initiales, démographie, géographie, chocs, facteurs politiques) à la croissance des pays concernés. Ils trouvent ainsi que les différences entre la croissance calculée pour l'Afrique subsaharienne et celles calculées pour : a) l'échantillon (différence de -1,1 point), b) pour divers pays d'Asie de l'Est et du Pacifique (différence de -2,8 points), et c) divers pays d'Asie du Sud (différence de -

²³ BLANCHET D., 1989 – « Croissance de la population et du produit par tête au cours de la transition démographique : un modèle malthusien peut-il rendre compte de leurs relations ? », *Population*, vol. 44, n° 3, mai-juin, p. 613-629.

²⁴ National Research Council. 1986. *Population Growth and Economic Development: Policy Questions* Washington, DC: National Academy Press.

²⁵ BIRSDSALL N., KELLEY C., SINDINGS S.W., 2000 : « Population Matters ». OXFORD University Press.

²⁶ NDULU Benno J. & al., 2007 : « *Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions* » – World Bank, Washington D.C (voir pages 79 à 97, 86 et 92 pour les données sur la Côte d'Ivoire et 106 à 116. http://siteresources.worldbank.org/AFRICAEXT/Resources/AFR_Growth_Advance_Edition.pdf

1,7 point), s'expliquent principalement par les écarts entre les taux de dépendance et les espérances de vie à la naissance des pays étudiés. Dans les trois comparaisons, les taux de dépendance élevés en Afrique subsaharienne expliquent entre 40% et 60% de ces différences. Vient ensuite, à un niveau aussi très élevé, la faiblesse des espérances de vie en Afrique subsaharienne. L'analyse par périodes (1960-1974, 1975-1994, 1995-2004) et par pays, confirme le fort impact négatif de ces deux facteurs pour la croissance économique. Ceci se vérifie également dans le cas de la Côte d'Ivoire. Les auteurs recommandent donc de chercher à accélérer la transition démographique au travers de programmes de santé et de planification familiale, afin de créer les conditions d'amélioration de la qualité du capital humain.

Ces nouvelles approches s'appuient également sur la prise en compte des solidarités intergénérationnelles qui existent dans toute société pour expliquer l'impact des changements de structure par âge sur le développement économique au cours de la transition démographique²⁷.

L'un des articles sur le sujet publié en 2006 explique ainsi que : la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit dans un premier temps à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît : « il y a donc moins de jeunes bouches à nourrir »²⁸. Parallèlement, la population active augmente plus vite que le nombre de personnes qu'elle fait vivre : « Toutes choses égales par ailleurs, le revenu par habitant augmente lui aussi plus rapidement ». Les actifs, plus nombreux, sont alors en mesure de réduire, de même que les gouvernements, leurs dépenses en faveur des enfants, ce qui libère des ressources pour l'investissement dans le développement économique et le bien-être des familles. Cette période de baisse continue des taux de dépendance ouvre une première « fenêtre d'opportunité démographique » qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut se prolonger pendant cinq décennies, jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite, et provoquent une augmentation des taux de dépendance.

Avec l'arrivée des générations nombreuses nées pendant la période de l'explosion démographique à l'âge de la retraite, la population vieillit, et ce vieillissement est accentué par l'allongement de la durée de la vie après 60 ans du fait d'une meilleure

²⁷ BLOOM D. E., CANNING D., 2006 – Booms, replis et échos. *Finances & Développement*, septembre 2006 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>, p. 8-13.

²⁸ LEE R., MASON A., 2006 – Les dividendes de l'évolution démographique. *Finances & Développement*, septembre 2006, p. 17 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>

prévention et d'un traitement plus efficace des maladies non-transmissibles (accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers). Toutes choses égales par ailleurs, le revenu par habitant s'accroît moins vite, et le premier dividende démographique devient négatif. Mais un « second dividende démographique » est envisageable. En effet, ces nouveaux « séniors » qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incités à épargner et à accumuler des actifs : épargne et biens divers, sauf s'ils pensent que la famille ou l'État pourvoient à leurs besoins. Si les avoirs ou actifs des séniors sont investis dans l'économie, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national. En fait, avec des séniors en meilleure santé que par le passé, donc constituant une charge moindre pour la société, et parallèlement le développement de ce qu'on appelle la « *Silver economy* », le vieillissement de la population peut être un nouveau levier de développement pour les pays concernés.

En résumé, le premier dividende démographique apporte un avantage qui peut durer une cinquantaine d'années, et aider le pays à « décoller », et le second dividende démographique peut favoriser une accumulation continue d'avoirs, susceptible de conduire à un développement durable.

Ces deux dividendes, dont les effets peuvent se chevaucher, ont eu des effets positifs entre 1970 et 2000 sur la croissance de la plupart des régions en développement, sauf en Afrique subsaharienne parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. Ces effets positifs ont été particulièrement importants en Asie de l'Est et du Sud-Est où la contribution des deux dividendes démographiques à la croissance effective du PIB réel de cette sous-région a été estimée à 1,90 point de croissance, soit 44 % des 4,3 % par an de croissance observés en moyenne entre 1970 et 2000.

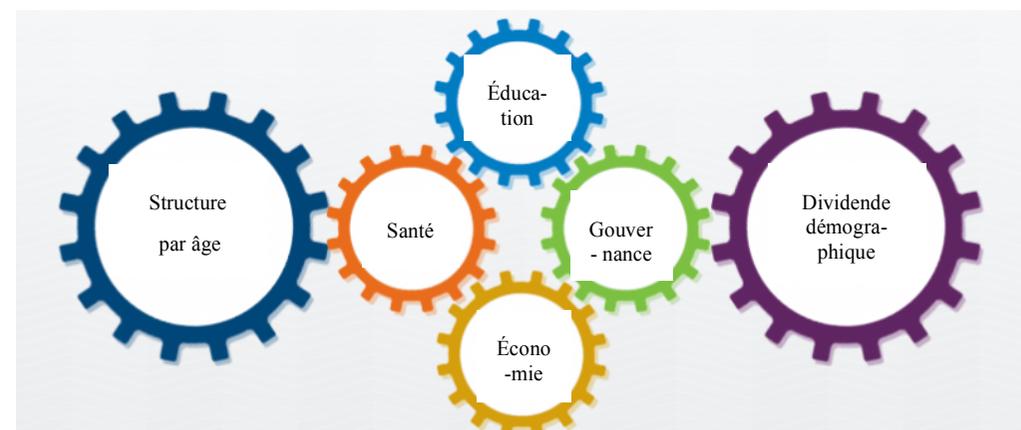
Cependant, la contribution à la croissance du premier dividende démographique, n'est pas automatique. Elle dépend de plusieurs conditions, elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées et d'un environnement politique et institutionnel adéquat. L'analyse des expériences en Asie de l'Est²⁹ et ailleurs soulignent à ce sujet l'importance de plusieurs facteurs mais en particulier : 1) une baisse rapide de la fécondité, condition initiale nécessaire au changement de la structure par âge et donc à la diminution des taux de dépendance ; 2) la qualité du capital humain (éducation et santé) ; 3) une épargne importante et des investissements judicieusement choisis ; 4) la capacité du pays à créer un nombre suffisant d'emplois rémunérateurs, notamment pour les jeunes ; 5) l'effectivité des garanties juridiques et institutionnelles permettant

²⁹ Mason A., 2003 – « Capitalizing On The Demographic Dividend », *Poverty. Achieving Equity...*, PDS Series, Nber 8, UNFPA, p. 39-48.
http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf

aux acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes (correspondant à la bonne gouvernance).

Le *Population Reference Bureau* a illustré les conditions nécessaires à l'atteinte du premier dividende démographique en regroupant en « Économie » les deux conditions épargne et investissements et création d'emplois (figure 1)

Figure 1 : Conditions nécessaires pour bénéficier du dividende démographique



Source : voir *Qu'est-ce que le dividende démographique ?*

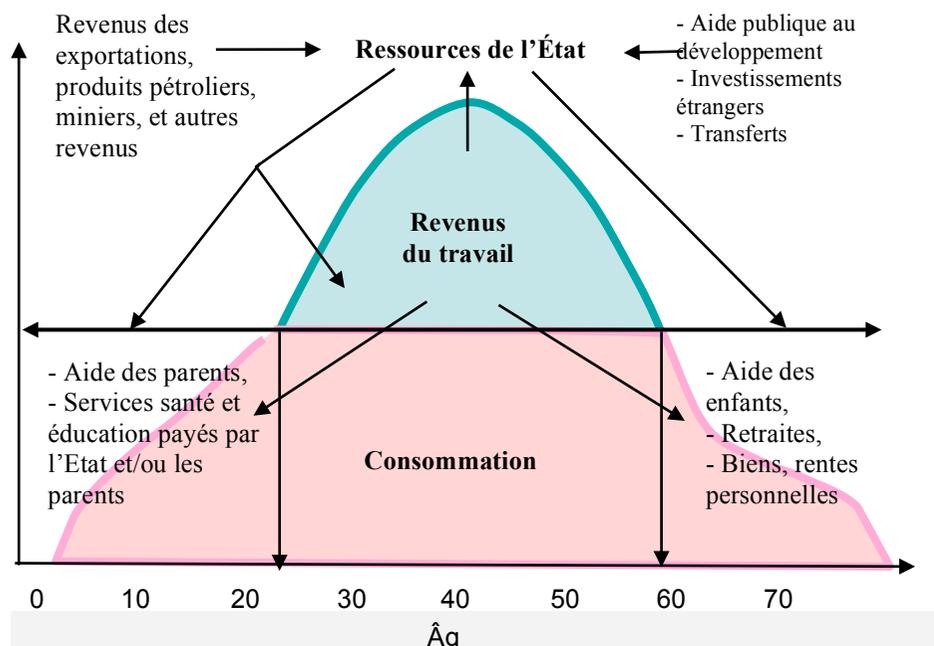
<http://www.prb.org/FrenchContent/2013/demographic-dividend-engageshort-fr.aspx>

Dans le cas des pays d'Afrique subsaharienne, la croissance rapide de sa main-d'œuvre ne deviendra un avantage que si elle est accompagnée de la création d'un nombre suffisant d'emplois et d'une augmentation de la productivité. Faute de quoi, cette main-d'œuvre nombreuse, plus éduquée, risque d'être inemployée et de devenir une charge pour la société et un facteur de troubles sociaux. Un article de 2012 a fait effectivement le lien entre l'importance des jeunes et la violence politique³⁰. De manière similaire, l'augmentation de l'épargne rendue possible par l'allègement des dépenses en direction des enfants ne se traduira par une augmentation des investissements que si l'inflation est maîtrisée, la situation politique stable, et si les institutions politiques et judiciaires sont fiables.

³⁰ Urdal H., 2012 – « A clash of generations? Youth bulges and political violence », Henrik Urdal, United Population Division, Expert Papers Series 2012, No. 2012/1,
http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal_Expert%20Paper.pdf

Le montant des dividendes démographiques dépend du niveau de production et de consommation de la population à chaque âge. En effet, dans chaque société, c'est au travers des transferts qui s'opèrent entre ceux qui travaillent et qui consomment moins que ce qu'ils produisent (les actifs réels), et ceux qui consomment plus que ce qu'ils produisent (les enfants, les jeunes et les personnes d'un certain âge), que l'on explique l'impact des structures par âge sur l'économie et la possibilité de bénéficier du premier, puis de second dividende démographique (figure 2).

Figure 2 : Schéma du cycle de vie économique et des transferts correspondants



Source : adapté de « *Consumption and Labor Income Profiles Release, Consumption and Labor Income profiles for 23 NTA countries* » National Transfer Accounts 2012 : *Understanding the generational economy*-

<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>

Les situations sont très variables selon les pays, dépendant de l'importance ou non du travail des enfants, de la productivité des actifs, de la poursuite de l'activité à un âge avancé, des lois à ce sujet, et aussi bien sûr de la structure par âge des pays.

Schématiquement, on peut retenir que du côté des revenus des actifs, ceux-ci dépendent de plusieurs facteurs, tels que : la productivité des adultes qui est fonction de leurs niveaux d'éducation et de formation, le fonctionnement du marché du travail (taux d'occupation et taux de chômage), du nombre moyen d'enfants par famille et de la législation à ce sujet (existence ou non d'allocations familiales encourageant la natalité, de congés parentaux plus ou moins longs), etc.

Côté consommation et prise en charge des inactifs, certains pays comme ceux de l'Asie de l'Est, consacrent une part importante de leurs ressources aux dépenses d'éducation pour les enfants, alors que d'autres, comme les États-Unis et les pays européens consacrent une part importante de leurs ressources non seulement à l'éducation mais aussi à la santé des personnes âgées. Les charges correspondantes pour l'État dépendent à la fois de ses ressources (d'origine très diverse selon les pays), et de l'importance du secteur public en matière d'éducation et de santé, et des régimes publics de retraite. Dans nombre de pays, y compris dans les pays en développement, le secteur privé en matière d'éducation et de santé tend à se développer du fait des carences réelles ou supposées du secteur public. Concernant le soutien aux personnes âgées, dans les pays en développement celles-ci sont soutenues le plus souvent par leur famille et accessoirement par le secteur public, mais certaines personnes âgées peuvent aussi avoir accumulé pendant leurs années de travail des actifs (logement, pensions privées et épargne personnelle). Dans les pays développés, les revenus des personnes âgées, qui sont nombreuses, proviennent généralement de systèmes de retraites publics, mais aussi souvent d'actifs accumulés au cours de leur vie, ce qui peut leur procurer des revenus conséquents, leur permettant au besoin d'aider leurs enfants ou petits-enfants.

Le projet *National Transfer Accounts* (NTA) a développé pour un certain nombre de pays, un système permettant de mesurer les flux économiques entre les groupes d'âge d'une manière qui soit compatible avec les comptes économiques nationaux. Ce projet concernait en 2013 43 pays³¹ dont 15 pays dits développés et 28 pays en développement, émergents ou autres, parmi lesquels 7 pays d'Afrique subsaharienne (l'Afrique du sud, le Bénin, le Ghana, le Kenya, le Mozambique, le Nigeria, et le Sénégal). Ce système permet de mesurer la façon dont chaque groupe d'âge produit, consomme, partage et épargne. Deux types de flux ont été distingués : les transferts entre groupes d'âge, et l'utilisation d'actifs accumulés au cours de la vie.

Dans le cadre de ce projet, des profils de consommation et de revenus d'activité ont été réalisés dans 23 pays, dont 5 pays d'Afrique subsaharienne : le Kenya, le Nigeria, le Sénégal, le Mozambique et l'Afrique du Sud. Dans tous les pays, il apparaît que la

³¹ National Transfer Accounts 2013 : *Understanding the generational economy*-
<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show>

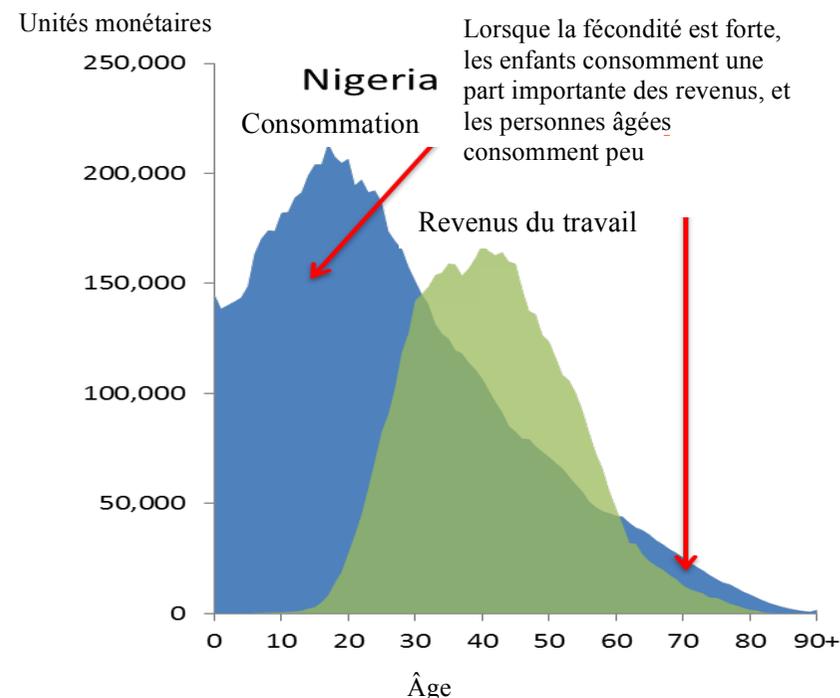
consommation dépasse le revenu du travail pendant deux périodes de vie, d'une trentaine d'années, pendant laquelle les individus produisent plus qu'ils ne consomment. Ce résultat est remarquablement similaire pour l'ensemble des pays étudiés qui, pourtant, sont à des stades très différents de développement économique³². Cette période de « surplus de revenus sur la consommation » conduit à des ratios de support (nombre d'« actifs effectifs » par dépendant) beaucoup plus faibles que ceux obtenus en considérant les « actifs potentiels », c'est-à-dire les 15-64 ans (ou les 20-64 ans), comme on le fait souvent.

L'âge moyen auquel les individus deviennent des producteurs nets (c'est-à-dire produisent plus qu'ils ne consomment) a ainsi été estimé en 2004 à 35 ans au Sénégal, et à 32 ans au Nigeria. Et l'âge moyen auquel ils redeviennent des consommateurs nets était estimé à 60 ans au Sénégal et à 62 ans au Nigeria.

La comparaison entre les profils obtenus pour le Nigeria en 2004 et l'Allemagne en 2003 donne une idée « saisissante » des différences existant entre un pays « jeune », le Nigeria, dont la fécondité en 2005-2010 était de 6,0 enfants par femme, et un pays « vieux », l'Allemagne où la fécondité était de 1,4 enfant par femme (figures 3 et 4).

Dans le cas du Nigeria, les jeunes, du fait de leur importance numérique et de leurs besoins, notamment en santé et en éducation, (les moins de 25 ans représentaient 63 % de la population totale en 2010) consomment une part très importante des revenus produits par les actifs. En revanche, les personnes âgées de 60 ans et plus sont peu nombreuses (elles ne représentent que 4,5 % de la population), et elles consomment globalement peu. Dans le cas de l'Allemagne, où les personnes de 60 ans et plus étaient plus nombreuses en 2010 que les personnes de moins de 25 ans (26 % contre 25 %), les personnes âgées de 60 ans et plus consomment une part importante des revenus. Mais, à la différence des jeunes, ils bénéficient souvent, outre de leurs retraites, de l'usage de biens immobiliers et de rentes accumulés durant leur vie active. On notera que malgré l'importance relative de sa population âgée de 60 ans et plus, l'Allemagne, avec ses 83 millions d'habitants en 2010 (contre 160 millions pour le Nigeria) était en 2013 la quatrième économie mondiale après celle du Japon, un autre pays « vieux ». La Chine, un pays vieillissant, était en seconde position, et les États Unis en première position. L'économie du Nigeria se classait à la 23^{ème} place parmi les 183 pays pour lesquels on dispose de données (et la Côte d'Ivoire à la 93^{ème} place).

Figure 3 : Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge,



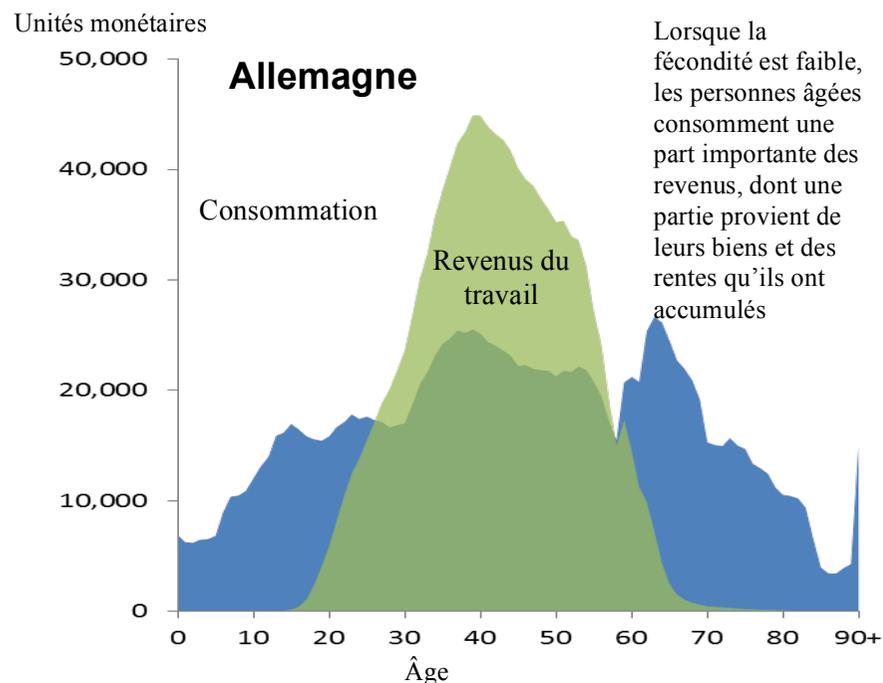
Nigeria 2004.

Source : « Population aging and the generational economy: A global perspective. », Ronald Lee and Andrew Mason, lead authors and editors, p. 452, voir aussi :

<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>

³² <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings> voir EWC Conference on Population and the Generational Economy, Honolulu, 11-12 juin 2010.

Figure 4 : Montants agrégés des revenus du travail et de la consommation par âge, Allemagne 2003.



Source : National Transfer Accounts 2011: Data Sheet. « Population aging and the generational economy: A global perspective. », Ronald Lee and Andrew Mason, lead authors and editors. Voir aussi

<http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Consumption%20and%20Labor%20Income%20Profiles%20Release>

La transition de la fécondité est achevée dans les pays émergents

Les évolutions observées en Côte d'Ivoire depuis 1960 : maintien d'une forte croissance démographique et augmentation continue du nombre de jeunes (voir plus bas chapitre 2) sont en complet décalage avec les évolutions observées dans les pays qualifiés aujourd'hui de pays émergents mais qualifiés dans les années 1950 de pays « sous-développés ». De fait, contrairement à la Côte d'Ivoire, la plupart de ces pays ont mis en place dès les années 1960 ou 1970 des politiques visant à maîtriser leur fécondité et donc leur croissance démographique.

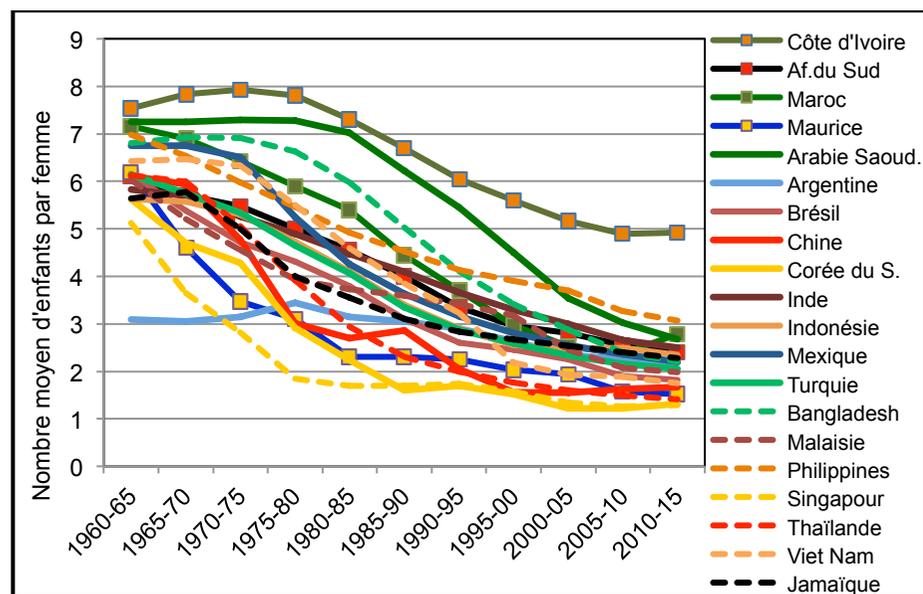
Pour illustrer ce décalage, nous avons comparé l'évolution de la fécondité en Côte d'Ivoire avec celles de 19 pays en développement, dont certains émergents (figure 5). Nous avons retenu en Afrique trois pays : l'Afrique du Sud, Maurice et le Maroc qui font partie des quelques pays africains dont la transition de la fécondité est achevée ou en voie d'achèvement, puis les neuf pays en développement qui outre l'Afrique du Sud, font partie du Groupe du G20 : Arabie Saoudite, Argentine, Brésil, Chine, Corée du Sud, Inde, Indonésie, Mexique, et Turquie, auxquels on a ajouté sept autres pays en développement très différents en terme de taille, d'histoire et de tradition religieuse : le Bangladesh (qui fait partie du groupe des pays les moins avancés comme 34 des 48 pays d'Afrique subsaharienne), la Malaisie, les Philippines (pays catholique où les programmes de planification familiale ont rencontré une vive opposition), Singapour, la Thaïlande, le Viet Nam, et la Jamaïque.

Malgré la diversité de ces pays, on notera que la fécondité y a fortement diminué, passant en gros de 6 à 7 enfants par femme au début des années 1960³³ à 1,5 à 3,0 enfants par femme vers 2010. Pour la période 2005-2010 (la dernière période la mieux connue), les estimations les plus basses (de 1,2 à 1,9 enfant par femme) étaient par ordre croissant celles de la Corée du Sud, de Singapour, de la Thaïlande, de Maurice, de la Chine, du Viêt-Nam et du Brésil. Les estimations les plus hautes, entre 2,5 et 3,3 enfants par femme étaient par ordre croissant celles de l'Indonésie, de l'Afrique du Sud, de l'Inde, de l'Arabie Saoudite et des Philippines (avec pour ces deux derniers pays respectivement 3,0 et 3,3 enfants par femme). La transition vers des niveaux maîtrisés de fécondité est donc achevée ou presque achevée dans ces pays, et cela s'est fait en une quarantaine d'années³⁴ ³⁵.

³³ Sauf l'Argentine qui avait déjà en 1960 une fécondité proche de celle des pays dits développés.

³⁴ Guengant J-P, May J. F : « African demography » - Global Journal of Market Economies 5 (3) 215-267. Emerging Market forum, SAGE Publications - Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, and Washington DC. 2013. Version d'auteur « Africa 2050, African demography » «à http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers13-07/010059333.pdf#search=%22guengant%22

Figure 5 : Évolution de la fécondité en Côte d'Ivoire, dans quelques pays africains et divers pays en développement depuis 1960



Source : United Nations 2013, WPP 2012.

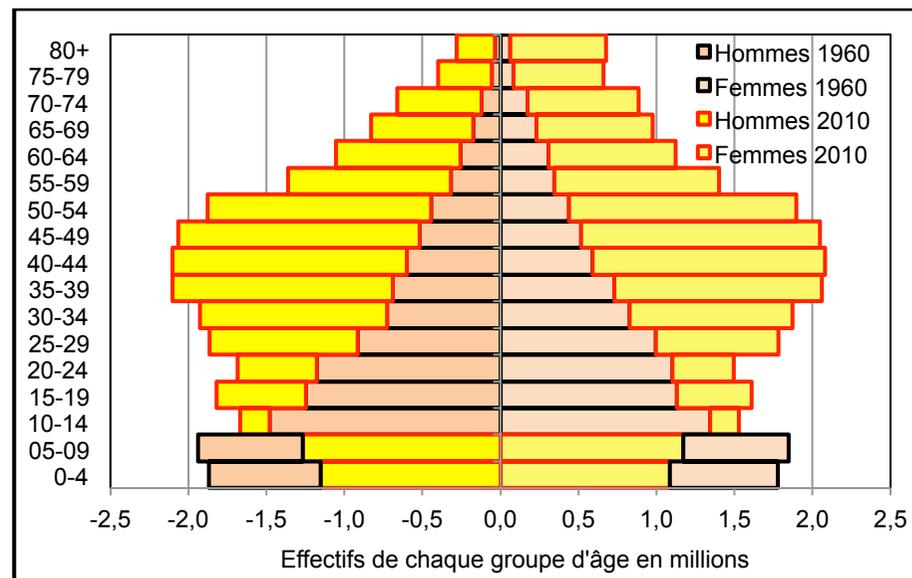
En dépit des baisses très rapides de la fécondité enregistrées dans les pays émergents et les quelques pays africains qui ont plus ou moins achevé la maîtrise de leur fécondité, les populations de ces pays ont continué à croître entre 1960 et 2010 pour deux raisons : d'une part les effectifs toujours importants de leurs jeunes en âge de procréer, et d'autre part des diminutions de leur mortalité (grâce aux progrès réalisés en matière d'hygiène, d'alimentation, de nutrition, et de prévention des grossesses à risques). Tel qu'expliqué précédemment, l'impact des baisses de la fécondité dans ces pays s'est d'abord fait sentir sur l'évolution du nombre des naissances, et par ricochet sur les structures par âge. C'est ainsi qu'entre les années 1960 et le début des années 2010, le nombre de naissances annuelles a diminué plus ou moins de moitié en Corée du Sud, à Maurice et en Thaïlande, d'un tiers en Chine, et de 10 % au Brésil et au Maroc. Dans les autres pays, le nombre de naissances a été stabilisé plus ou moins à son niveau des années 1960 (Indonésie, Maroc, Turquie, Mexique), ou à un niveau

³⁵ Guengant J-P, May J.F : « Accelerating the Demographic Transition ». In T. Ahlers, H. Kato, H.S. Kohli, C. Madavo, & A. Sood (Edits), Africa 2050. Realizing the Continent's Full Potential - New Delhi: Oxford University Press for Centennial Group International, 2014: 83-100.

supérieur de 30 % à 40 % (comme par exemple en Inde et en Afrique du sud) dépendant de l'ampleur et de la rapidité de la baisse de la fécondité.

L'évolution de la population en Corée du Sud entre 1960 et 2010 fournit un exemple extrême des modifications de la structure par âge qui s'opèrent à la suite d'une baisse très rapide la fécondité (figure 6).

Figure 6 : Pyramide des âges de la Corée du Sud en 1960 (25 millions d'habitants) et en 2010 (48 millions d'habitants).



Source : United Nations 2013, WPP 2012.

C'est ainsi qu'alors qu'en 1960, 50 % des Sud-Coréens avaient moins de 20 ans (et 52 % en Côte d'Ivoire), en 2010, les moins de 20 ans ne représentaient plus que 30% de la population totale (mais 61% en Côte d'Ivoire). Entre ces deux dates, les effectifs de jeunes adultes en âge de travailler ont considérablement augmenté selon le processus suivant : les générations nombreuses des années 1960 qui ont été des années de forte fécondité sont arrivées dans les années 1980 et 1990 aux âges d'entrée en activité vers 15 ans, 20 ans ou 25 ans selon que ces jeunes poursuivaient ou non des études au secondaire et à l'université (et aussi dépendant de l'importance du chômage). Parallèlement, la stabilisation du nombre d'enfants consécutive à la baisse de la fécondité observée dans les années 1960 et 1970 s'est poursuivie et amplifiée. La combinaison de ces deux phénomènes – entrée en activité de nombreux jeunes et stabilisation du nombre d'enfants – a conduit en Corée du Sud, comme dans les autres

pays considérés ici, à une diminution progressive des taux de dépendance, ou rapport entre les effectifs des personnes à charge (enfants et personnes âgées) et les effectifs des « actifs potentiels » âgés de 15 à 64 ans, ou de 20 à 64 ans, ou encore de 25 à 64 ans selon la définition retenue.

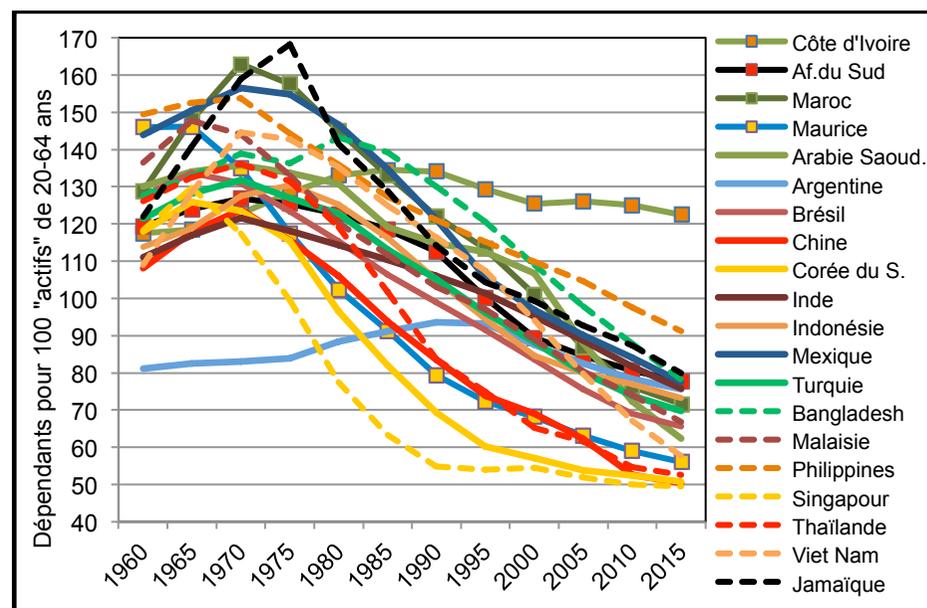
Si on retient la définition la plus utilisée, le nombre de dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans, les taux de dépendance dans les 19 pays considérés ici qui étaient compris entre 80 et 110 dépendants pour 100 « actifs potentiels » dans les années 1960 et 1970, ont diminué pour se situer en 2010 autour de 50 dépendants (sauf aux Philippines où ils restent plus élevés), ce qui correspond inversement à deux « actifs potentiels » de 15 à 64 ans par dépendant (en fait entre 1,8 à 2,7 « actifs potentiels » selon les pays). Les taux les plus bas, entre 36 et 40 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 15 à 64 ans, sont ceux de la Chine (36), Singapour (36), de la Corée du Sud (38), de la Thaïlande (39), et de Maurice (40), où les niveaux de fécondité sont les plus bas. Dans ces pays donc, les actifs potentiels de 15 à 64 ans qui étaient au début des années 1960 aussi nombreux ou presque aussi nombreux que leurs dépendants sont aujourd'hui deux fois plus nombreux que ces derniers.

Compte tenu des taux chômage souvent très élevés des jeunes de 15-19 ans, mais surtout de la nécessité de scolariser aux niveaux secondaire, professionnel et supérieur, un maximum de jeunes, il est plus pertinent de retenir le nombre de dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans (et pour certains pays de 25 à 64 ans, voire de 25 à 69 ans). Selon cette définition, les taux de dépendance dans les 19 pays considérés ici qui étaient compris entre 110 et 170 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans dans les années 1960 et 1970 (sauf en Argentine) ont fortement diminué pour se situer en 2010 entre 50 et 80 dépendants (sauf aux Philippines) (figure 7).

Les taux de dépendance les plus bas de 50 à 55 sont ceux de Singapour, de la Chine, de la Corée du Sud, de la Thaïlande, suivis des taux du Viet Nam et de Maurice (moins de 60 pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans) qui correspondent inversement en gros toujours à deux « actifs potentiels » de 20 à 64 ans par dépendant.

Cette diminution rapide des taux de dépendance a permis aux pays émergents de mieux maîtriser l'augmentation de leurs dépenses en santé et en éducation imputables auparavant à l'augmentation continue du nombre d'enfants et de jeunes. Ceci leur a ouvert la fameuse « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain. Et, l'utilisation effective de cette « fenêtre d'opportunité démographique » a constitué l'un des principaux facteurs de leur émergence.

Figure 7 : Évolution des taux de dépendance – effectifs de moins de 20 ans et des 65 ans et plus pour 100 « actifs » de 20 à 64 ans – en Côte d'Ivoire, dans quelques pays africains et divers pays en développement depuis 1960



Source : United Nations 2013, WPP 2012.

Par contraste, la transition de la fécondité est loin d'être achevée pour la plupart des 48 pays souverains d'Afrique subsaharienne, même si les situations sont diverses. Seulement 10 pays représentant 9 % de la population de la région avaient en 2005-2010 une fécondité inférieure à 4 enfants par femme et pouvaient donc être considérés comme ayant achevé ou étant sur leur point d'achever leur transition de la fécondité. Ces pays comprennent les cinq pays d'Afrique australe, le Zimbabwe, Djibouti et trois États insulaires : le Cap Vert, Maurice, et les Seychelles. Dans les 38 autres pays, la fécondité restait donc égale ou supérieure à quatre enfants par femme. On peut distinguer parmi ces pays: 1) les pays dont la transition de la fécondité est en cours et qui avaient en 2005-2010 une fécondité comprise entre 4 et moins de 5 enfants par femme (neuf pays représentant 15 % de la population), 2) les pays dont la transition de la fécondité est lente et irrégulière, et qui avaient une fécondité comprise entre 5 et moins de 6 enfants par femme (19 pays représentant 34 % de la population), et 3) les pays dont la transition de la fécondité est très lente, voire à peine amorcée, dont la fécondité restait supérieure à 6 enfants par femme (10 pays représentant 42 % de la population de la région, dont quatre pays du Sahel).

Selon la Division de la population des Nations unies, la Côte d'Ivoire avec 4,9 enfants par femme estimés en 2005-2010 et en 2010-2015 faisait partie des pays dont la transition de la fécondité était en cours en 2005-2010 (ainsi que le Ghana, le Togo et la Mauritanie en Afrique de l'Ouest), quoique les données récentes pour la Côte d'Ivoire et le Ghana indiquent un ralentissement de la baisse de la fécondité amorcée dans les années 1980.

En conséquence, les taux de dépendance étaient en 2010 dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne supérieurs à ce qu'ils étaient en 1960, et compris entre 110 et 170 dépendants pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans, soit des taux deux à trois fois plus élevés que ceux des pays émergents. Cette évolution est la conséquence du maintien d'une forte fécondité au cours des 50 dernières années, puisque les « dépendants » sont constitués à plus de 90 % d'enfants et de jeunes de moins de 20 ans.

À l'inverse donc de ce qui s'est produit dans les pays émergents, les charges pour les « actifs potentiels » de 20 à 64 ans se sont donc alourdies dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Et c'est le cas en Côte d'Ivoire puisque le taux de dépendance est passé de 118 en 1960 à 125 en 2010. Il faut souligner en outre que les charges qui pèsent sur « les actifs réels » sont beaucoup plus importantes que celles reflétées par le taux de dépendance pesant sur les 20-64 ans. En effet, toutes les personnes de 20 à 64 ans ne travaillent pas, loin de là, et la majorité des actifs occupés en Côte d'Ivoire le sont dans des activités relevant de l'agriculture et du secteur informel qui sont souvent peu ou mal rémunérées (voir chapitre 4 « Un enjeu majeur : permettre l'accès à un emploi décent à tous les jeunes »).

CÔTE D'IVOIRE : UNE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE EXCEPTIONNELLE DEPUIS 1960

Une croissance démographique moindre mais toujours importante

Examinons maintenant la situation de la Côte d'Ivoire. La population de la Côte d'Ivoire a été multipliée par plus de six fois depuis l'indépendance. C'est la plus forte croissance enregistrée depuis 1960 parmi les pays de l'UEMOA. La Division de la population des Nations unies a estimé la population de la Côte d'Ivoire en 2015 à 21,3 millions d'habitants (figure 8) et sa croissance démographique moyenne en 2010-2015 à 2,3% par an. Pour sa part, l'Institut National de la Statistique estimait que la population du pays avait déjà atteint 23,2 millions en 2012³⁶, et la croissance démographique moyenne depuis le recensement de 1998 était estimée à 2,8% par an. La publication des résultats du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2014, permettra une actualisation des effectifs de la population ivoirienne et de sa dynamique démographique. En attendant, nous avons privilégié ici les estimations de la population totale et des populations urbaine et rurale publiées par la Division de la population des Nations unies respectivement en 2013 et 2014^{37,38}. Malgré les précautions prises, il convient de garder à l'esprit que ces estimations restent approximatives dû à l'absence de résultats de recensement de la population depuis 1998.

Ces réserves faites, on notera que si depuis 1960, la population totale a été multipliée par six, la population rurale l'aurait été par 3,4 et la population urbaine par 19. La population urbaine aurait ainsi dépassé la barre symbolique des 50% en 2010, et la Division de la population des Nations unies estime qu'en 2050 près de trois Ivoiriens sur quatre (71%) pourraient résider en zone urbaine.

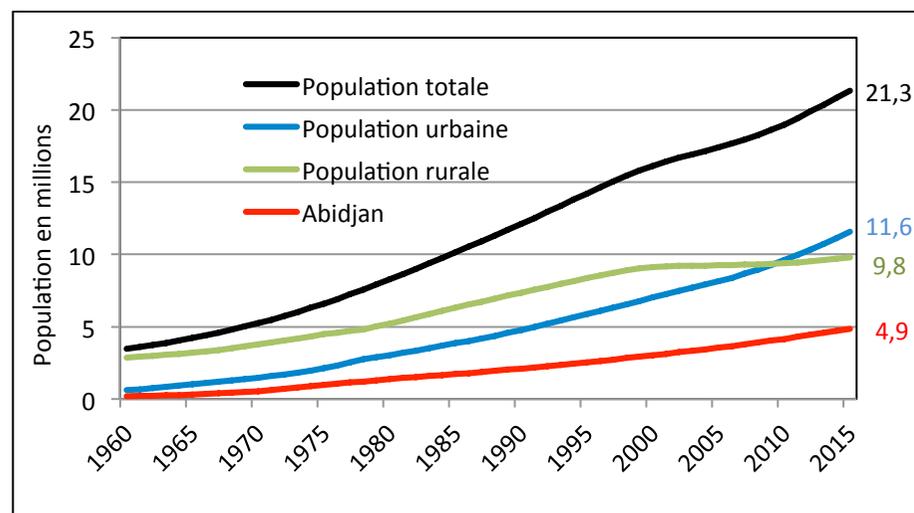
³⁶ INS, Institut National de la Statistique de la Côte d'Ivoire- <http://www.ins.ci/n/>.

³⁷ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat: « *World Population Prospects: The 2012 Revision* » June 13, 2013 (WPP 2012), <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> et « *World Urbanization Prospects: The 2014 Revision* » United Nations - Population Division - Department of Economic and Social Affairs. <http://esa.un.org/unpd/wup/default.aspx> mis en ligne le 12 juillet 2014

³⁸ Pour la période 1950-2010, les estimations des Nations unies sont bien documentées, facilement accessibles, et ce sont elles qui sont utilisées par la quasi-totalité des partenaires au développement de la Côte d'Ivoire. Pour la période 2011-2015 nous avons fait nos propres estimations à partir des données publiées jusqu'en 2010 par les Nations unies.

La population d'Abidjan qui comptait quelques 200 000 habitants en 1960 a vu sa population multipliée par 25. Abidjan compterait en 2015 près de cinq millions habitants représentant 42% de population urbaine et 23% de la population totale. Viennent ensuite Bouaké qui pourrait compter en 2015 660 000 habitants, San Pedro et Yamoussoukro (devenue capitale politique et administrative du pays en 1983) qui pourraient compter chacune 260 000 habitants. Ces quatre villes représenteraient en 2015 plus de la moitié (55%) de la population urbaine du pays

Figure 8 : Estimations de l'évolution de la population totale, urbaine, rurale et la population d'Abidjan de 1960 à 2015



Sources : 1960 à 2010, United Nations 2013, WPP 2012, puis de 2011 à 2015 estimations

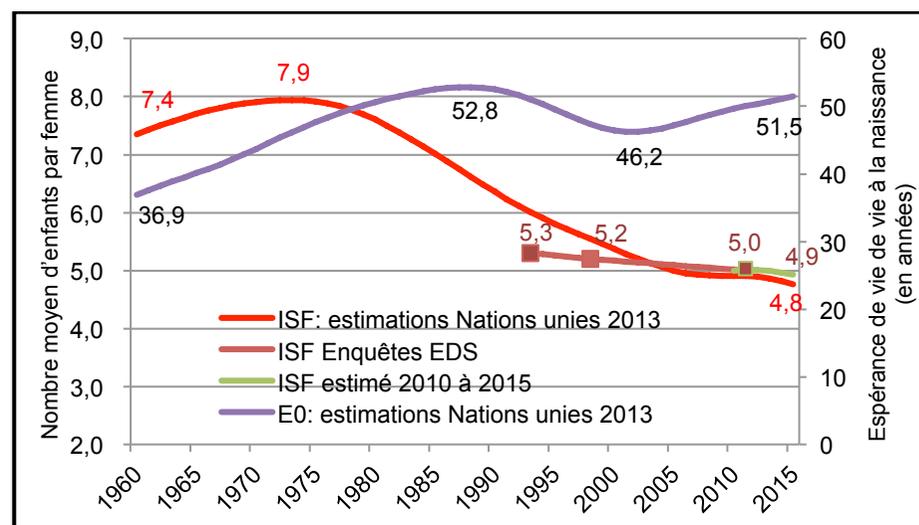
Malgré le ralentissement récent supposé du rythme de la croissance démographique, celle-ci a conduit à un doublement de la population totale au cours des 30 dernières années et à un doublement de la population urbaine et de celle d'Abidjan au cours des 20 dernières années. Faire face à des augmentations aussi importantes suppose une rapidité exceptionnelle d'adaptation des populations et des autorités, mais aussi des moyens importants qui, par le passé ont souvent fait défaut. La poursuite prévisible de la croissance démographique et surtout de la croissance des villes va nécessiter dans un futur proche d'importants travaux d'infrastructures et d'assainissement qu'il convient d'anticiper correctement.

Dynamique démographique : la fécondité reste le principal moteur

La croissance démographique exceptionnelle qu'a connue la Côte d'Ivoire depuis 1960, est d'abord la conséquence d'une forte croissance naturelle, combinée jusqu'à récemment à une immigration importante.

Si la fécondité qui était de 7 à 8 enfants par femme jusqu'à la fin des années 1970 a commencé à décroître ensuite, elle est restée plus ou moins autour de 5 enfants par femme depuis le début des années 1990. Un tel niveau classe la Côte d'Ivoire parmi les pays à fécondité toujours élevée et à transition lente et irrégulière³⁹ (figure 9)

Figure 9 : Estimations de l'évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) et de l'espérance de vie à la naissance en années (e_0) en Côte d'Ivoire, 1960-2015.



Sources : United Nations 2013, WPP 2012, EDS 1994, 1998-99, 2011-2012, ISF estimé 2011 à 2015

Concernant la mortalité, l'espérance de vie à la naissance qui mesure les progrès en la matière, a arrêté sa progression et commencé à décroître dans les années 1980, puis repris sa progression dans les années 2000. Elle serait passée de 38 ans en 1960, à 53 ans dans les années 1980, puis à 46 ans en 2002. Elle était estimée à 52 ans en 2015 ce qui est un niveau faible. Cette évolution, faite de progrès, recul et reprise, est le

³⁹ Guengant J-P, May J.F : « Accelerating the Demographic Transition » 2014, op. cit.

résultat de plusieurs facteurs : crises et détérioration du système de santé à partir des années 1980, impact des périodes de troubles intérieurs, et surtout impact de l'épidémie du VIH/sida.

Depuis la découverte des premiers cas de SIDA en Côte d'Ivoire en 1985, la lutte contre cette maladie n'a cessé de s'intensifier, à tel point que le Ministère de la Santé s'appelle aujourd'hui Ministère de la Santé publique et de la Lutte contre le Sida. Les efforts entrepris pour contenir son extension, malgré un contexte difficile, ont porté leurs fruits puisqu'ils se sont traduits en une dizaine d'années par une diminution de moitié de la prévalence de la maladie. ONUSIDA estimait ainsi en 2012 la prévalence du VIH/sida parmi la population de 15-49 ans à 3,2% (en fait entre 2,8 et 3,8%), contre 6,4% en 2001 (entre 5,9 et 7,2%)⁴⁰. Le nombre de personnes infectées aurait diminué passant de 630 000 (entre 570 000- 710 000) en 2001 à 450 000 (entre 390 000 et 530 000) en 2012. Parallèlement, le nombre de décès dû à la maladie serait passé de 46 000 (entre 40 000 et 55 000) en 2001, à 31 000 (entre 26 000 et 38 000) en 2012, ce qui représente 10% du total des décès, une proportion toujours élevée. Le nombre de nouvelles infections tous âges confondus aurait également diminué et se situerait en 2012 dans une fourchette de 22 000 à 39 000 contre 49 000 à 70 000 en 2001. L'importance de ces chiffres souligne, malgré les progrès accomplis, la nécessité de poursuivre les actions de prévention afin d'éviter l'extension de la maladie à partir des personnes anciennement ou nouvellement infectées, d'autant plus que nombre d'entre elles ignorent leur séropositivité.

Parallèlement, le pays a enregistré jusqu'au milieu des années 1990, une forte immigration nette venant des pays voisins, ce qui a conduit dans les premières décennies de l'indépendance à des taux d'accroissement annuel de la population exceptionnels, de l'ordre de 5% par an dont 20% à 25% seulement étaient imputables à l'immigration nette, le reste étant le résultat de l'accroissement naturel. La Division de la Population des Nations unies a estimé le solde net des entrées en Côte d'Ivoire entre 1960 et 1999 à 2,7 millions de personnes. Ensuite, selon les Nations unies, dans le contexte de crises qu'a connues le pays, le solde migratoire serait devenu négatif entre 2000 et 2010, puis légèrement positif à partir de 2011. De fait, la grande inconnue de l'évolution démographique de ces dernières années est, d'une part l'importance de la poursuite des mouvements d'immigration des pays voisins, et d'autre part l'ampleur des départs suivis éventuellement de retours des nationaux comme des non nationaux. Les résultats du recensement de 2014 devraient permettre d'éclairer ce point.

⁴⁰ ONUSIDA : « Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_fr.pdf

La première conséquence des crises et des guerres qu'ont connues non seulement la Côte d'Ivoire, mais aussi le Libéria et d'autres pays africains est l'importance du nombre de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) donne ainsi pour la Côte d'Ivoire fin 2013 un total de 460 000 personnes relevant de sa compétence, dont 45 000 déplacés internes, et 350 000 apatrides (dépourvus de documents prouvant leur nationalité et n'ayant pas d'acte de naissance ...) ⁴¹. En 2014 et 2015, le HCR, compte bien poursuivre ses efforts de rapatriement des réfugiés dans leurs pays et de retour des déplacés internes chez eux. Il compte aussi trouver des solutions au problème des apatrides dont il espère réduire le nombre de 350 000 fin 2013 à 100 000 fin 2014.

Par ailleurs, l'ensemble de ces mouvements migratoires et de réfugiés, s'est traduit par la constitution de diasporas, soit d'Ivoiriens vivant depuis plus ou moins longtemps à l'extérieur de la Côte d'Ivoire, soit de migrants de retour dans leur pays d'origine avec leurs enfants nés en Côte d'Ivoire. La Division de la population des Nations unies a publié et mis en ligne en septembre 2013 de nouvelles estimations de « stocks de migrants » par pays d'origine et de destination pour 1990, 2000, 2010 et 2013 ⁴². Ces estimations doivent être utilisées avec précaution. Elles sont en effet construites par interpolation, rétopolation et extrapolation du nombre de personnes nées hors du pays où elles résident (chiffres tirés essentiellement des recensements) auquel sont ajoutés les réfugiés pris en charge par le HCR. Ces réserves en tête, la Division de la population des Nations unies a estimé que le nombre de personnes nées en Côte d'Ivoire résidant hors de Côte d'Ivoire a quasiment triplé depuis 1990, puisqu'il serait passé de 370 000 en 1990 à près d'un million (980 000) en 2013. En 2013, on comptait parmi ces personnes nées en Côte d'Ivoire 560 000 personnes résidant au Burkina Faso, 150 000 personnes résidant au Liberia, et 80 000 personnes résidant au Mali (soit 80% du total), qui doivent être pour la plupart des enfants nés en Côte d'Ivoire de parents originaires de ces pays. Le nombre de personnes nées en Côte d'Ivoire (parmi lesquels à nouveau un certain nombre d'enfants d'immigrants) vivant « au Nord », dans les pays dits développés, était estimé en 2013 à 140 000 parmi lesquelles 126 000 vivaient en Europe et 14 000 en Amérique du Nord. Près de 90 % de ces émigrants se retrouvaient dans quatre pays : France (89 000, 63% du total), Italie (23 000, 16%) États-Unis (10 000, 7%) et Canada (3 000, 2%). Toujours selon les estimations de la Division de la population des Nations unies, le nombre de personnes étrangères ou nées hors de Côte d'Ivoire résidant en Côte d'Ivoire aurait

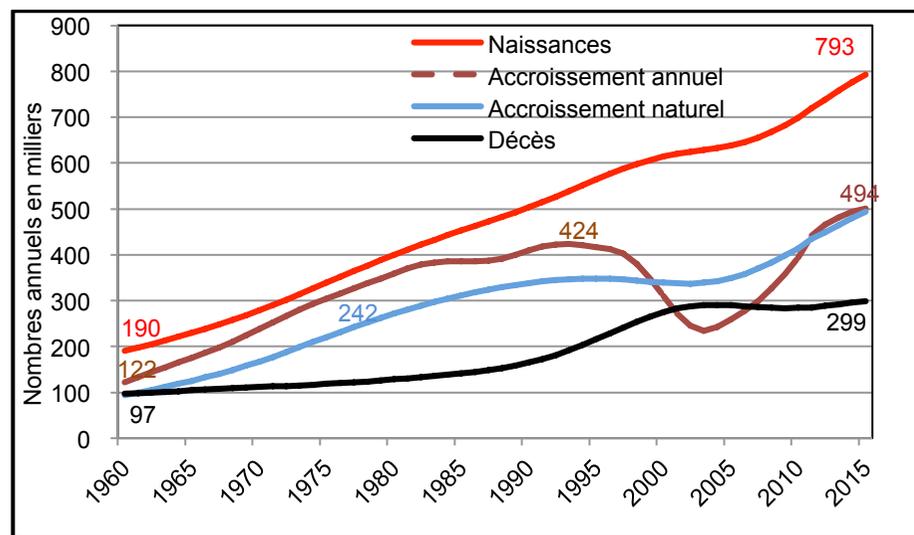
⁴¹ « Profil d'opérations 2014 Côte d'Ivoire » 2014 UNHCR <http://www.unhcr.fr/pages/4aae621d4cf.html>

⁴² United Nations, 2013 : « Trends in International Migrant Stock: The 2013 revision » - United Nations database, POP/DB/MIG/Stock/Rev.2013 - <http://esa.un.org/unmigration/TIMSA2013/migrantstocks2013.htm>

continué d'augmenter, mais modérément, puisqu'il serait passé de 1,820 million en 1990 à 2,450 millions en 2013 ce qui correspond à 15% de la population ivoirienne en 1990 et à 12,3% en 2013. Parmi ceux-ci, on estime que 1,460 million (60%) viennent du Burkina Faso, 400 000 du Mali (16%), 110 000 de Guinée (5%) et 90 000 du Liberia (4%), ce qui fait pour ces quatre pays limitrophes 84% du total.

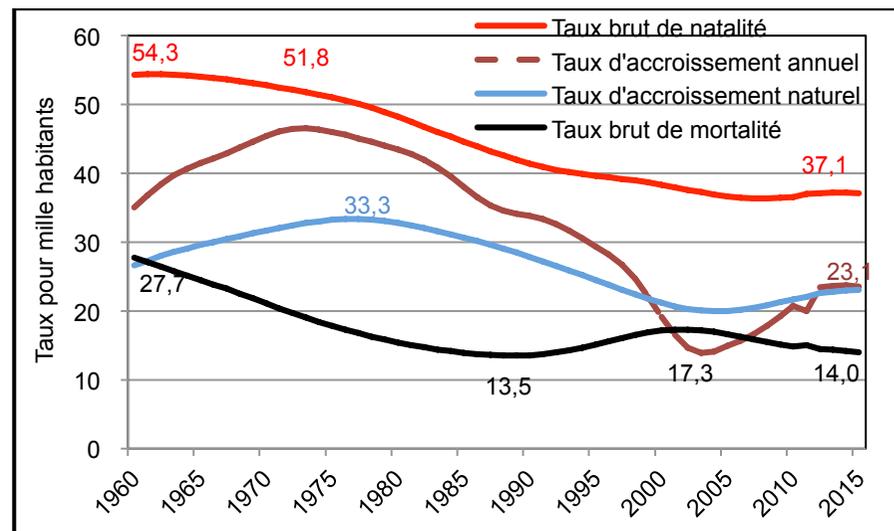
Ceci dit, malgré l'importance de la surmortalité causée par l'épidémie du VIH/sida et l'ampleur des mouvements migratoires et de réfugiés qui ont affecté la Côte d'Ivoire, c'est bien la fécondité qui a été et reste le moteur principal de la forte croissance démographique du pays depuis 1960. Le maintien de niveaux élevés de fécondité explique en particulier la multiplication par quatre du nombre annuel de naissances qui serait passé d'environ 200 000 en 1960 à 800 000 en 2015. Le nombre de décès, lui, aurait été multiplié par trois et serait passé d'environ 100 000 en 1960 à 300 000 en 2015 (figure 10). Selon ces estimations (et en supposant un solde migratoire peu important), la population ivoirienne continuerait ainsi de s'accroître de quelques 500 000 personnes par an, ce qui correspondrait à un taux d'accroissement annuel de 2,3% (figure 11). Certes, ce taux est deux fois moindre que celui des années 1970, mais il faut souligner que le maintien d'un tel taux conduit à un doublement de la population tous les 30 ans.

Figure 10 : Évolution des nombres annuels de naissances, de décès, d'accroissement naturel et annuel, 1960-2015 (en milliers)



Sources : 1960 à 2010, United Nations 2013, WPP 2012, puis 2011 à 2015 estimations

Figure 11 : Évolution des taux de natalité, mortalité, d'accroissement naturel et annuel, 1960-2015.



Sources : 1960 à 2010, United Nations 2013, WPP 2012, puis 2011 à 2015 estimations

Il faut mentionner enfin les évolutions divergentes de la fécondité et leurs différences de niveaux selon l'éducation des mères et le quintile de richesse⁴³ des ménages auxquels elles appartiennent ainsi que leur région de résidence (tableau 1).

⁴³ Les quintiles de richesse sont définis dans les EDS grâce à une approximation de la « richesse des ménages » au travers d'un indice construit en utilisant des données faciles à collecter telles que la possession d'une télévision, d'un vélo, les facilités d'accès à l'eau et à l'assainissement, etc. A partir de ces éléments, les ménages sont classés en « quintile de richesse » allant des ménages dits « les plus aisés » pour le premier quintile défini, aux ménages à richesse moyenne pour le 2^{ème} quintile, aux ménages pauvres pour le 3^{ème} quintile, très pauvres pour le 4^{ème} quintile, aux ménages les plus pauvres pour le 5^{ème} et dernier quintile. Ainsi, les femmes appartenant au premier quintile sont qualifiées quelquefois de « femmes les plus aisées », et celles appartenant au dernier quintile de « femmes les plus pauvres »

Tableau 1 : Évolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF) selon diverses caractéristiques, selon les enquêtes de 1994, 1998-1999 et 2011-2012

Caractéristiques	Enquêtes		
	1994	1998-99	2011-12
Par niveau d'éducation			
- femmes non scolarisées	5,8	6,1	5,8
- de niveau primaire	4,9	4,7	5,0
- secondaire ou plus	3,4	2,3	2,6
Par quintile de richesse, ménages :			
- les plus pauvres	6,4	7,4	6,7
- très pauvres	6,1	5,3	6,0
- pauvres	5,7	6,1	5,5
- à richesse moyenne	4,9	4,6	4,3
- les plus aisés	3,7	2,9	3,2
Par régions			
- Abidjan	3,70	3,40	3,1
- Centre			6,1
- Centre-Est			4,6
- Centre-Nord			5,4
- Centre-Ouest			5,4
- Nord			6,1
- Nord-est			6,0
- Nord-Ouest			6,8
- Ouest			6,1
- Sud moins Abidjan			4,8
- Sud-ouest			5,0
Par résidence			
- urbain	4,4	4,0	3,7
- rural	6,0	6,0	6,3
Ensemble	5,3	5,2	5,0

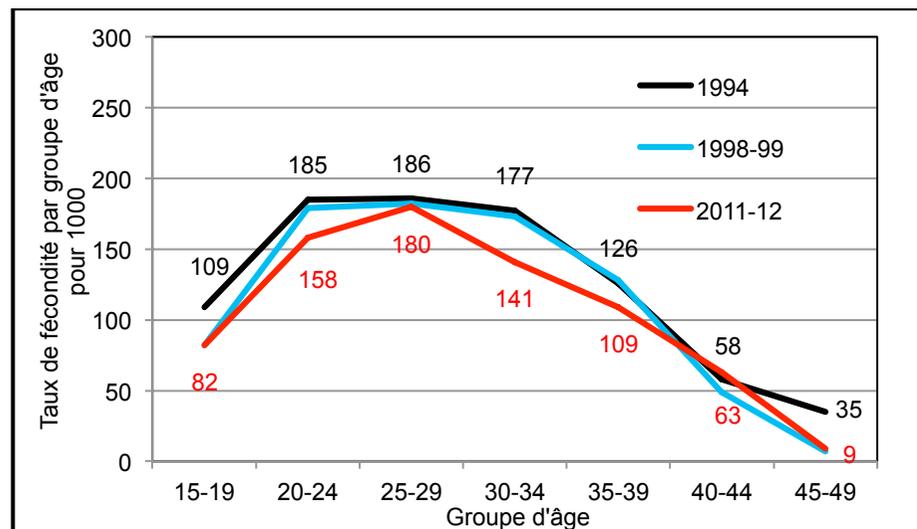
Source : STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

On notera d'abord la stagnation entre 1994 et 2011-2012 des niveaux de fécondité à 6,8 enfants en moyenne chez les femmes qui n'ont pas été scolarisées, et à 5 enfants environ chez les femmes ayant un niveau d'éducation primaire. On observe aussi une stagnation à 6 enfants en moyenne chez les femmes appartenant aux ménages très pauvres (4^{ème} quintile de richesse) et à 4,5 enfants chez les femmes appartenant aux ménages pauvres (3^{ème} quintile de richesse). En revanche, on observe une diminution de près d'un enfant (de 3,4 à 2,6) chez les femmes les plus éduquées, et d'environ 0,5 enfant de 4,9 à 4,3) chez les femmes appartenant aux ménages à richesse moyenne, et de 3,7 à 3,2 enfants chez celles appartenant aux ménages les plus aisés. A l'inverse, on observe une augmentation de 6,4 à 6,7 enfants en moyenne chez les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres.

Toujours entre 1994 et 2011-2012, le nombre moyen d'enfants par femme a baissé à Abidjan (de 3,6 à 3,1 enfants) et en milieu urbain (de 4,4 à 3,7). En revanche il a augmenté en milieu rural passant de 6,0 à 6,3 enfants par femme en moyenne, et les données disponibles par région seulement en 2011-2012 indiquent des nombres moyens d'enfants supérieurs à 6 dans 5 des 11 régions du pays.

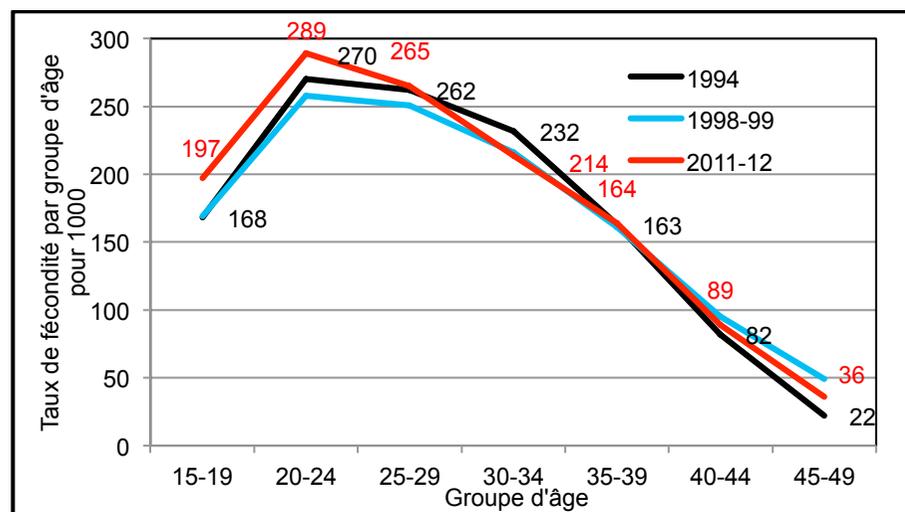
Les niveaux de fécondité moins élevés en milieu urbain qu'en milieu rural s'expliquent non seulement par un recours plus important à la contraception (et à l'avortement) mais aussi par une fécondité moins précoce, ce que reflète la comparaison des taux de fécondité par groupe d'âge en milieu urbain et en milieu rural (figures 12 et 13)

Figure 12 : Évolution des taux de fécondité par groupe d'âge pour 1000, en milieu urbain en Côte d'Ivoire entre 1994 et 2011-2012



Source : STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

Figure 13 : Évolution des taux de fécondité par groupe d'âge pour 1000, en milieu rural en Côte d'Ivoire entre 1994 et 2011-2012



Source : STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

Tout d'abord le taux de fécondité des adolescentes de 15-19 ans en milieu rural en 2011-2012 est plus du double de celui observé en milieu urbain. De plus, alors qu'il a diminué en milieu urbain, il a augmenté en milieu rural. En fait, en milieu rural quasiment tous les taux de fécondité par âge sont supérieurs en 2011-2012, à ceux observés en 1994. C'est l'inverse qu'on observe en milieu urbain.

Avec les taux de fécondité par âge observés en 2011-2012 en milieu rural, les femmes rurales avaient en moyenne déjà un enfant à 20 ans, près de quatre enfants à 30 ans (3,8) et 2,5 enfants de plus entre 30 ans et 50 ans. Les femmes urbaines avaient en moyenne environ 0,5 enfant à 20 ans (ce qui veut dire qu'une sur deux avait déjà un enfant à 20 ans), deux enfants à 30 ans, et 1,6 enfant de plus entre 30 ans et 50 ans.

Les intervalles entre naissances sont également toujours courts. En 2011-2012, en milieu rural, il y avait toujours 16% des naissances de rang deux ou plus qui s'étaient produites moins de 24 mois après la naissance précédente, et 51 % moins de 36 mois après la naissance précédente. En milieu urbain, les intervalles étaient légèrement supérieurs, mais toujours courts puisque 13% des naissances de rang deux ou plus s'étaient produites moins de 24 mois après la naissance précédente, et 42 % moins de 36 mois après la naissance précédente.

L'ensemble de ces données souligne que si la fécondité est un peu mieux maîtrisée en milieu urbain qu'en milieu rural, le problème des grossesses précoces, rapprochées, nombreuses et tardives est aussi un problème urbain, et que les grossesses tardives méritent davantage d'attention qu'elles n'en ont reçue jusqu'à présent.

PROJECTION ET PROSPECTIVE, HYPOTHÈSES ET RÉSULTATS

Les niveaux futurs de fécondité dépendent de plusieurs facteurs

A partir de la reconstitution de la dynamique démographique de la Côte d'Ivoire qui vient d'être présentée, et des données disponibles les plus récentes, que peut-on dire de l'évolution future de la population de la Côte d'Ivoire ?

L'Institut de la Statistique de la Côte d'Ivoire (INS) a réalisé ses premières projections démographiques à partir des résultats du recensement de 1988. Ces projections prévoyaient quatre hypothèses de fécondité et deux hypothèses de migration anticipant toutes les deux une réduction progressive du solde migratoire (arrivées nettes) en Côte d'Ivoire. Les secondes projections ont été réalisées à partir des résultats du recensement de 1998 pour la période 1998-2018⁴⁴. Ces projections de type « normatif » ont retenu comme hypothèses pour l'année 2018 : 5,0 ; 4,4 et 4,0 enfants par femme en 2018 respectivement pour les hypothèses dites « haute », « moyenne » et « basse ». Ces projections, restaient en 2014, la référence officielle citée dans de nombreux documents.

Cependant, les premières projections de population concernant la Côte d'Ivoire sont celles effectuées par la Division de la population des Nations unies dans les années 1950 et 1960 (1951, 1954, 1958, 1963, 1968), puis tous les cinq ans jusqu'en 1978, et à partir de 1980 tous les deux ans. Les premières projections faites au niveau des pays ont été des projections à court terme, c'est-à-dire à 20-25 ans d'échéance, se terminant donc avant l'an 2000. Le terme des projections a été fixé ensuite à 2025 dans les années 1980, puis à 2050 dans les années 1990, et ce jusqu'aux projections 2008. Enfin dans les révisions 2010 et 2012, l'horizon retenu est 2100. Cet allongement de l'horizon des projections reflète le fait que celles-ci ne sont plus considérées uniquement comme des outils de prévisions à court terme (15-20 ans), mais de plus en plus comme des exercices de prospective.

Les hypothèses retenues pour ces diverses projections et leurs résultats ont finalement beaucoup varié au cours des 20 dernières années. C'est ainsi que les projections réalisées en 2000 anticipaient pour les pays africains une baisse très rapide de la fécondité, conduisant par exemple pour la Côte d'Ivoire à 2,1 enfants par dès 2030-

2035. Puis, avec la publication des résultats des recensements et des nombreuses enquêtes, notamment les enquêtes EDS, les hypothèses ont été révisées régulièrement, généralement à la hausse pour les pays africains.

Il faut souligner au sujet des projections que l'évolution de la population et de ses caractéristiques dépend principalement de l'évolution de la fécondité. En effet, si l'impact de l'évolution des autres variables : mortalité et mouvements migratoires, n'est pas négligeable, il est beaucoup moins important, sauf situations tout à fait exceptionnelles. C'est pourquoi les projections démographiques des Nations unies se sont appuyées traditionnellement sur une seule hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance et des migrations internationales, mais sur trois hypothèses : moyenne, haute et basse, d'évolution de la fécondité. Concernant la mortalité, l'impact de l'épidémie du VIH/sida sur la mortalité et donc sur l'évolution de l'espérance de vie à la naissance a été modélisé et pris en compte dès la révision 1998 des projections. Cette prise en compte a concerné les pays les plus affectés, c'est-à-dire ceux où la prévalence du VIH/sida pour la population âgée de 15 à 49 ans avait atteint au moins 1% entre 1980 et 2010, ainsi que pour quatre pays peuplés où le nombre de personnes infectées était très important (Chine, Inde, Russie, et États-Unis). Dans la révision 2010 des projections, 48 pays au total étaient concernés dont la Côte d'Ivoire. L'hypothèse, nécessairement très approximative, sur l'évolution future des migrations internationales, est faite en tenant compte des stocks de migrants et de réfugiés dans chaque pays, et des évolutions récentes observées. Enfin, concernant la fécondité, l'hypothèse moyenne d'évolution pour les pays n'ayant pas achevé leur transition est construite à partir des transitions de fécondité observées depuis 1950 dans divers pays en développement, en supposant une convergence à des horizons différents selon le dernier niveau de fécondité connu, autour de 2 enfants par femme c'est-à-dire au niveau de remplacement des générations.

C'est ainsi que dans la révision 2012 des projections des Nations unies, l'hypothèse moyenne retient pour la Côte d'Ivoire une diminution de 4,9 enfants par femme pour 2005-2010 à 3,2 enfants par femme en 2045-2050, et 2,1 enfants par femme en 2095-2100, ce qui correspondrait à 42 millions d'habitants en 2050 et à 76 millions d'habitants en 2100, soit alors près de 4 fois plus qu'aujourd'hui. Conventionnellement, l'hypothèse haute est définie en ajoutant 0,5 enfant par femme aux chiffres de l'hypothèse moyenne, et l'hypothèse basse en y retranchant 0,5 enfant. A ces trois hypothèses s'ajoute la variante fécondité constante, qui suppose le maintien sur l'ensemble de la période de la projection des dernières estimations de fécondité.

Les projections démographiques de la Division de la population des Nations unies constituent donc une référence de grande qualité, incontournable en la matière. De

⁴⁴ Projection démographique 1998-2018, Institut National de la Statistique (INS), 2002, Abidjan

plus, leur révision tous les deux ans permet de les ajuster aux dernières données et tendances connues. Elles sont donc très largement utilisées, mais c'est généralement seulement l'hypothèse dite moyenne qui est retenue et commentée. Il faut cependant rappeler et souligner à ce sujet que les projections démographiques en général, y compris celles des Nations unies, ne prétendent pas et ne doivent pas être considérées comme des prédictions. C'est pourquoi d'ailleurs la Division de la population a exploré pour les projections 2012 de nouvelles approches de type probabiliste sur la base d'estimations historiques, proposant un large éventail de trajectoires démographiques envisageables pour le futur. Ces projections et leurs résultats pour la Côte d'Ivoire sont présentés dans la section suivante.

En résumé, il faut être conscient que plus on s'éloigne du point de départ de la projection, plus les résultats des diverses hypothèses retenues sont divergents et incertains. C'est pourquoi, si ces résultats peuvent être considérés comme des estimations démographiques raisonnables du futur proche, les résultats obtenus à des horizons plus lointains, par exemple au-delà de 20 ans, relèvent de la prospective. Les résultats des projections doivent aussi être appréciés en fonction de la qualité des données qu'elles utilisent, de leur méthodologie et des hypothèses retenues. Il faut souligner aussi que les projections des Nations unies sont des projections de type tendanciel, car elles s'appuient sur des modèles basés sur des évolutions passées connues concernant les gains d'espérance de vie et les rythmes de baisse de la fécondité, sans tenir compte de leurs déterminants socio-économiques.

Cependant, la prise en compte de ces déterminants n'est pas chose facile. Concernant la mortalité, le modèle développé a porté sur la mortalité et la survie des enfants dans les pays en développement en distinguant, d'une part, les déterminants proches qui agissent directement sur les chances de survie de l'enfant, et d'autre part, les déterminants intermédiaires : socio-économiques, culturels, institutionnels et politiques⁴⁵. La révision de ce modèle, proposée par Magali Barbiéri⁴⁶, permet de distinguer deux types d'interventions. Tout d'abord, « les programmes destinés à modifier rapidement les niveaux de morbidité ou de mortalité » qui concernent les déterminants proches (exposition au risque, résistance, thérapie). Puis, des stratégies à plus long terme grâce auxquelles « la santé pourra être efficacement améliorée par la mise en œuvre d'interventions agissant au niveau des structures sociales, économiques et politiques ». L'avantage de ce modèle est qu'il permet de réfléchir sur les divers

⁴⁵ Mosley W.H., Chen L.C., 1984. « An analytical framework for the study of child survival in developing countries ». *Population and development Review*, a supplement to Volume 10, 25-49

⁴⁶ Barbieri M., 1991 « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde », Les dossiers du CEPED, n°18, Paris, octobre 1991, 68 pages
http://www.ceped.org/cdrom/integral_publication_1988_2002/dossier/pdf/dossiers_cpd_18.pdf

types d'interventions à mettre en œuvre, à court, moyen et long terme. Malheureusement, ce modèle n'a pas fait l'objet, comme la fécondité, d'une formalisation mathématique permettant de lier les niveaux de mortalité des enfants à leurs déterminants proches.

Les niveaux de fécondité sont, comme pour la mortalité, le résultat de deux ensembles de déterminants : les déterminants proches et les déterminants intermédiaires. Les déterminants intermédiaires sont essentiellement de nature socio-économique et leur influence sur la fécondité est indirecte. Ainsi des niveaux plus élevés d'éducation, une meilleure santé, l'emploi des femmes dans le secteur formel, des revenus plus élevés, et le fait de résider en zone urbaine sont des facteurs intermédiaires associés à des niveaux de fécondité plus faibles. Cependant, les interventions politiques dans ces domaines n'affectent pas directement et rapidement les niveaux de fécondité, car d'autres facteurs interviennent tels que les valeurs culturelles, les normes familiales, les réseaux sociaux etc. Ainsi, le relèvement des niveaux d'éducation pour les filles, la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'augmentation de la participation de la main-d'œuvre féminine dans le secteur formel, sont des objectifs politiques en eux-mêmes et non des politiques susceptibles de se substituer aux politiques de population et en santé de la reproduction, car elles ne conduisent pas directement à une accélération de la transition de la fécondité.

Les déterminants proches par contre sont des déterminants biologiques et comportementaux au travers desquels s'opère directement la maîtrise de la fécondité.

Les déterminants proches les plus importants retenus aujourd'hui sont au nombre de cinq. Il s'agit :

- 1) du mariage ou du fait d'être en union (vivre maritalement),
- 2) de l'insusceptibilité, ou infécondité post-partum⁴⁷,
- 3) de l'avortement,
- 4) de la stérilité, et
- 5) de l'utilisation de la contraception.

Il ne faut pas sous-estimer l'impact sur la fécondité des déterminants autres que la contraception, en particulier l'augmentation de l'âge d'entrée en union, l'importance de l'infécondité post-partum liée aux durées d'allaitement, et le recours aux avortements provoqués (du fait par exemple d'un accès limité aux services de

⁴⁷ L'insusceptibilité post-partum, est l'impossibilité pour une femme d'être enceinte pendant la période qui suit une naissance, soit parce qu'elle allaite et que son cycle menstruel n'est pas rétabli, soit parce que le couple s'abstient de rapports sexuels un certain temps après l'accouchement.

planification familiale). Il reste cependant que c'est la généralisation de l'utilisation de la contraception (surtout moderne) qui est, sauf recours massif à l'avortement, le principal facteur qui conduit à la maîtrise de la fécondité. Il revient à John Bongaarts d'avoir formalisé à la fin des années 1970 dans un modèle qui porte son nom la relation entre les niveaux de fécondité et les valeurs de ses déterminants proches⁴⁸, ce qui a permis l'élaboration de logiciels de projections démographiques utilisant son modèle.

On dispose maintenant pour de nombreux pays d'Afrique subsaharienne de séries sur l'évolution des valeurs de ces déterminants grâce aux « Enquêtes Démographiques et de Santé » (EDS/DHS), dont les EDS réalisées en Côte d'Ivoire en 1994, 1998-1999, et 2011-2012⁴⁹, et l'enquête MICS (Enquête par grappes à indicateurs multiples) réalisée en Côte d'Ivoire en 2006⁵⁰.

Les hypothèses retenues pour les projections de cette étude

A partir de l'ensemble des données disponibles en septembre 2014 pour la Côte d'Ivoire et l'Afrique subsaharienne, nous avons réalisé des projections pour la période 2010-2050. Dans ces projections, les niveaux futurs de fécondité ne sont pas fixés a priori ou en fonction de modèle d'évolution, mais dépendent des hypothèses retenues pour chacun de ses déterminants proches. Ces projections n'ont pas vocation à se substituer aux projections des Nations unies ou aux projections nationales, ni de présenter une hypothèse moyenne supposément probable. Leur objectif principal est de comparer les résultats obtenus selon plusieurs hypothèses contrastées, et d'être ainsi un outil d'aide à la décision en matière de politique démographique, familiale et de santé de la reproduction.

Les projections réalisées pour la Côte d'Ivoire à l'aide du logiciel SPECTRUM⁵¹ au niveau national pour la période 2010-2050 ont ainsi été basées sur les hypothèses ci-dessous :

⁴⁸ BONGAARTS J., 1978 – A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility. *Population and Development Review*, 4, 1, p. 105-132.

⁴⁹ Enquêtes démographiques et de santé/ Demographic and Health Surveys –DHS Program Côte d'Ivoire <http://dhsprogram.com/what-we-do/survey/survey-display-311.cfm>.

⁵⁰ Voir Côte d'Ivoire 2006 http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html

⁵¹ Le logiciel utilisé ci pour les projections est SPECTRUM version 5.06 (juin 2014) du Futures Institute, <http://www.futuresinstitute.org/pages/spectrum.aspx>

1) Population de départ par sexe et par âge : 18,977 millions au 1^{er} juillet 2010, telle qu'estimée par la Division de la population des Nations unies dans la révision 2012 de ses projections.

2) Mortalité : espérance de vie à la naissance croissante de 49,6 ans en 2010 (48,9 pour les hommes et 50,5 pour les femmes), à 64,8 ans en 2050 (63,5 pour les hommes et 66,2 pour les femmes), telle qu'estimée par la Division de la population des Nations unies dans la révision 2012 de ses projections. La progression par période quinquennale est de 1,76 année pour les hommes et de 1,88 année pour les femmes en début de période, et de 1,58 année pour les hommes et de 1,83 année pour les femmes en fin de période. Ainsi, l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des femmes et celle des hommes qui était de 1,6 année en 2010, passe à 2,8 années en 2050. La table type de mortalité utilisée pour les projections est la table dite « UN General ». À noter que ces chiffres prennent en compte l'impact de l'épidémie du VIH/sida sur la mortalité.

3) Migrations internationales : solde migratoire positif d'environ 10 000 par an en moyenne pour la période quinquennale 2010-2014, puis 6 000 par an pour les périodes quinquennales suivantes (65 % d'hommes, 35 % de femmes) tel qu'estimé par la Division de la population des Nations unies dans la révision 2012 de ses projections.

4) Fécondité : on a retenu comme niveau de fécondité de départ en 2010, 5,0 enfants par femme qui correspond à l'indice synthétique de fécondité ou ISF donné par l'enquête EDS-MICS 2011-2012 pour les trois ans précédant l'enquête. La Division de la population des Nations unies donne en 2010 un ISF de 4,9 enfants par femme et le projette ensuite pour la période 2010-2015 à 4,7 enfants par femme pour l'hypothèse basse, et 5,2 enfants par femme pour l'hypothèse haute.

La fécondité étant ici considérée comme une variable dépendante de ses déterminants proches, des hypothèses sur l'évolution de ces déterminants ont été faites.

Concernant tout d'abord le pourcentage de femmes en union et la durée de l'insusceptibilité post-partum, il a été constaté qu'avec la progression des niveaux d'éducation, d'urbanisation et d'autres changements de société, l'entrée en union est plus tardive et les pourcentages de femmes en union décroissent. Parallèlement, la durée de l'allaitement et de l'abstinence post-partum diminuent. C'est ainsi que sur la

base des données disponibles et des évolutions observées dans divers pays d'Afrique subsaharienne⁵², les hypothèses suivantes ont été retenues :

- pourcentage de femmes en union : partant de 62,7 % en 2012, chiffre donné par l'EDS-MICS 2011-2012, nous avons fait l'hypothèse que ce pourcentage était susceptible de diminuer de 0,10 point de pourcentage par an jusqu'en 2040, ce qui conduirait alors à un pourcentage de femmes en union de 60% que nous avons maintenu constant jusqu'en 2050 ;
- durée de l'insusceptibilité (ou infécondité) post-partum : partant de 13,5 mois, donnée par l'EDS-MICS 2011-2012, nous avons fait l'hypothèse que cette durée était susceptible de diminuer de 0,20 point de pourcentage par an, ce qui conduirait à une durée de 8,5 mois en 2040, que nous avons maintenu constante jusqu'en 2050.

Concernant les avortements et la stérilité, il a été retenu :

- avortements provoqués : aucune hypothèse spécifique n'a été retenue à ce sujet. Cependant le modèle SPECTRUM estime que ceux-ci pourraient représenter 29,5 % des grossesses non planifiées. Si on retient cette hypothèse, il pourrait y avoir 85 000 avortements en Côte d'Ivoire pour 786 000 naissances⁵³. A noter que cette approche conduit à une diminution du nombre d'avortements au fur et à mesure que le nombre de grossesses non planifiées diminue ;
- stérilité : nous avons fait l'hypothèse du maintien d'un taux de stérilité primaire standard (mesuré par le pourcentage de femmes de 45 à 49 ans n'ayant jamais eu d'enfants) de 3,0 % de 2010 à 2050.

Concernant enfin la contraception, à partir de la prévalence de 18,2% donnée par l'EDS-MICS 2011-2012, on a retenu une prévalence contraceptive pour l'ensemble

⁵² Guengant J.-P. et May J., 2011 – Expert Paper Series No. 2011/13 - Proximate determinants of fertility in sub-Saharan Africa and their possible use in fertility projections - United Nations Population Division http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/2011-13_GuengantandMay_Expert-paper.pdf

⁵³ L'avortement étant illégal en Côte d'Ivoire sauf pour sauver la vie de la mère (United Nations 2013, World Abortion Policies) <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml> il n'y a pas de données à ce sujet. Selon l'EDS-MICS 2011-2012, 24% des naissances des cinq dernières années étaient soit non désirées soit voulues plus tard. Si on retient pour 2015 le chiffre de 796 000 naissances cela correspondrait à 192 000 naissances non désirées ou voulues plus tard, et à 280 000 grossesses, dont 30%, soit 85 000, se seraient terminées par un avortement provoqué. Si on retient cette estimation cela signifierait qu'environ une grossesse sur 10 se terminerait en Côte d'Ivoire par un avortement. (voir à ce sujet <http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/SpectrumManualE.pdf>)

des méthodes en 2015 de 19,5 % pour les femmes une union, évoluant selon trois hypothèses :

- 1) **une hypothèse de diffusion lente de la contraception** avec augmentation de la prévalence de 0,5 point de pourcentage par an à partir de 2015. Cette hypothèse conduit en 2050 à une prévalence (ensemble des méthodes) de 37% ;
- 2) **une hypothèse de diffusion rapide de la contraception** avec augmentation de la prévalence de 1,0 point de pourcentage par an à partir de 2015. Cette hypothèse conduit en 2050 à une prévalence de 54,5 % ;
- 3) **une hypothèse de diffusion très rapide de la contraception** avec augmentation de la prévalence de 1,5 point de pourcentage par an à partir de 2015. Cette hypothèse conduit en 2050 à une prévalence de 72 %, soit un niveau équivalent à celui atteint aujourd'hui dans nombre de pays émergents et de pays dits développés.

Compte tenu de la faiblesse de l'augmentation de l'utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire : + 0,4 point de pourcentage par an en moyenne entre les enquêtes de 1994 et 2011-2012, l'hypothèse de diffusion lente de la contraception correspond à la poursuite des tendances, et l'hypothèse de diffusion rapide correspond à un engagement beaucoup plus fort qu'aujourd'hui des autorités, de la société civile, et des partenaires au développement de la Côte d'Ivoire en faveur de la planification familiale. L'hypothèse de diffusion très rapide de la contraception correspond à un engagement résolu des autorités et de la société civile d'arriver en trois ou quatre décennies à des niveaux de prévalence contraceptive comparables à ceux des pays émergents.

Ces hypothèses sont cohérentes avec les évolutions observées dans divers pays en développement⁵⁴. On dispose maintenant sur des périodes de plus de 20 ans, de données pour 50 pays sur la progression de l'utilisation des méthodes modernes qui constituent l'essentiel des méthodes utilisées⁵⁵. Selon ces données, l'augmentation la plus rapide enregistrée est celle de la Thaïlande, avec une augmentation de la prévalence pour les méthodes modernes de 14,8 % en 1970 à 72,2% en 1993, ce qui

⁵⁴ GUENGANT J.-P., RAFALIMANANA H., 2005 – « The Cairo Approach... Embracing too much? ». Tours, UIESP, 13-18 juillet 2005, <http://iussp2005.princeton.edu/abstractViewer.aspx?submissionId=50775%20>

⁵⁵ United Nations, Department of Economic and Social Affairs. Population Division: 2014 Update for the MDG Database for Contraceptive Prevalence <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/mdg/index.shtml> [Contraceptive Prevalence](#)

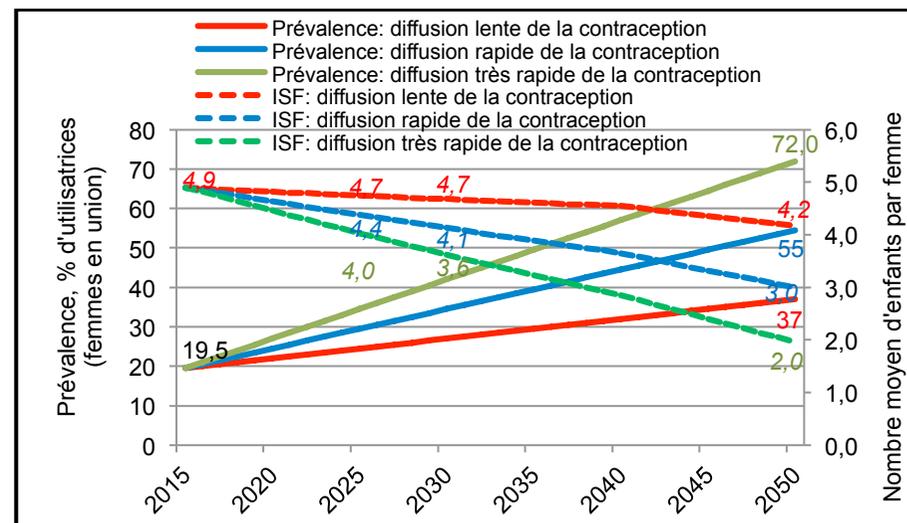
correspond à + 2,5 point de pourcentage par an en moyenne entre 1970 et 1993. Viennent ensuite neuf pays avec des augmentations moyennes de la prévalence pour les méthodes modernes égales ou supérieures à +1,5 point de pourcentage par an. On trouve parmi ces pays, par ordre décroissant : le Swaziland +2,1 point par an entre 1988 et 2010, le Mexique +1,8 point par an entre 1977 et 2003, l'Indonésie +1,7 point par an entre 1973 et 2003, la Corée du Sud +1,6 point par an entre 1971 et 2006, le Rwanda +1,5 point par an entre 1983 et 2011, et le Malawi + 1,5 point par an entre 1984 et 2010. Parmi les 40 autres pays, 17 pays ont enregistré des augmentations moyennes de leur prévalence contraceptive moderne comprises entre 1,0 point et moins de 1,5 point par an, et 23 pays (la moitié du total) des augmentations moyennes inférieures à 1 point par an. Sur des périodes plus courtes de l'ordre d'une dizaine d'années, les données disponibles pour 82 pays donnent des progressions de la prévalence contraceptive moderne exceptionnelles supérieures à +1,5 point de pourcentage par an pour 12 pays seulement dont le Rwanda +3,6 points par an, le Swaziland +3,1 points, et l'Éthiopie, près de 2 points par an. Ensuite, on peut qualifier de progressions très rapides, celles de 1,5 à 1,7 point de pourcentage par an observées pour le Malawi, et le Lesotho (2000-2010), la Namibie (2000-2007) et Madagascar (1999-2009). Pour les 71 autres pays, on observe des progressions intermédiaires, lentes, voire très lentes de moins de 1,5 point par an. Celles-ci sont comprises entre 1 point et moins de +1,5 point de pourcentage par an dans 15 pays (dont cinq pays d'Afrique subsaharienne), mais elles sont inférieures à +1,0 point de pourcentage par an dans 55 pays (dont 24 pays d'Afrique subsaharienne y compris la Côte d'Ivoire).

Entre 40 et 50 millions d'Ivoiriens en 2050

Les valeurs des indices de fécondité trouvées pour chacune des hypothèses retenues sont présentées ci-dessous (figure 14).

L'hypothèse de diffusion très rapide de l'utilisation de la contraception conduit logiquement aux indices synthétiques de fécondité les plus bas : 3,6 enfants par femme en 2030 et 2,0 enfants par femme en 2050. Elle est donc associée à la progression la moins rapide de la population. Pour cette raison nous la qualifierons dans la suite du texte d'« hypothèse démographique basse ». L'hypothèse de diffusion rapide de l'utilisation de la contraception conduit à des indices synthétiques de fécondité intermédiaires : 4,1 enfants par femme en 2030 et 3,0 en 2050 et à une progression intermédiaire de la population par rapport aux deux autres hypothèses. Nous la qualifierons donc d'« hypothèse démographique intermédiaire ». Enfin, l'hypothèse de diffusion lente de l'utilisation de la contraception, conduit aux indices synthétiques de fécondité les plus élevés : 4,7 enfants par femme en 2030 et 4,2 enfants par femme en 2050, et à la progression la plus rapide de la population. Nous la qualifierons donc dans la suite du texte d'« hypothèse démographique haute ».

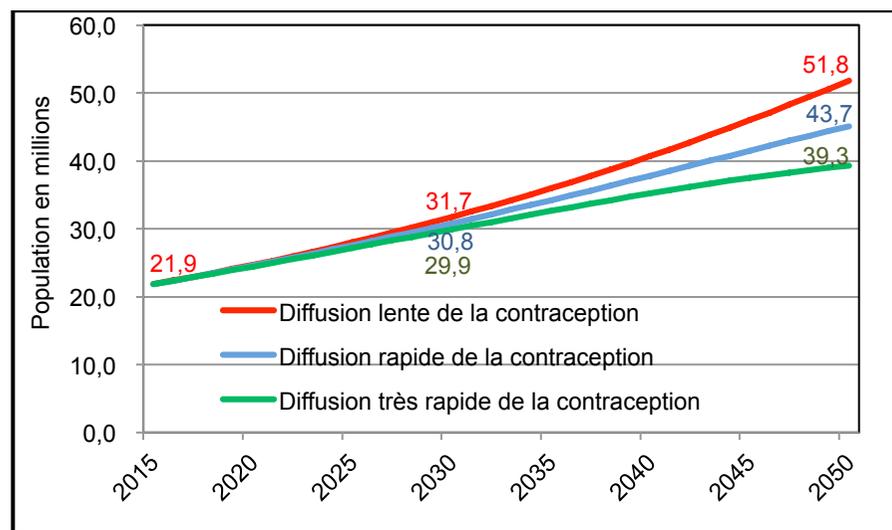
Figure 14 : Évolutions projetées des indices synthétiques de fécondité (ISF) selon les trois hypothèses de diffusion de la contraception retenues, 2015-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

Les résultats de ces trois hypothèses sont très contrastés selon les horizons, mais aussi selon les variables considérées. Premier constat, la population de la Côte d'Ivoire va continuer à augmenter fortement (figure 15), quelle que soit l'hypothèse de fécondité considérée.

Figure 15 : Projections de la population totale selon les trois hypothèses retenues, 2015-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

À l'horizon 2030 tout d'abord, les résultats de trois projections pour la population totale sont très proches, entre 30 et 32 millions contre 22 millions estimés en 2015. En 2050 par contre, les résultats sont différents. Ils varient en effet en gros entre 40 et 50 millions (entre 39 millions et 52 millions), et la population projetée est de 44 millions pour l'hypothèse diffusion rapide de la contraception, ou hypothèse démographique intermédiaire. Ces résultats correspondent approximativement à un doublement de la population entre 2015 et 2050 (une multiplication par 2,4 pour l'hypothèse démographique haute, par 2,2 pour l'hypothèse démographique intermédiaire, et par 1,8 l'hypothèse démographique basse).

Compte tenu de la poursuite de l'urbanisation (de 54% en 2015 à 71% en 2050), ces résultats se traduisent par des progressions plus rapides de la population urbaine et de celle de Abidjan. C'est ainsi qu'en 2030, la population urbaine pourrait être d'environ 19 millions et celle de Abidjan (42% de la population urbaine) de 8 millions, soit dans les deux cas 60% de plus qu'en 2015. En 2050 la population urbaine pourrait se situer entre 28 et 36 millions, et celle de Abidjan entre 12 et 15 millions selon les hypothèses retenues. Mais, la poursuite de l'urbanisation conduira parallèlement à la poursuite du ralentissement de la croissance de la population rurale, voire à sa stagnation autour de 11 millions en 2050 (contre 10 millions en 2015) avec l'hypothèse démographique basse. Il s'agit là d'évolutions majeures qui rendent

encore plus urgent le passage à une agriculture d'entrepreneurs capable à la fois de nourrir une population urbaine déjà majoritaire et en croissance rapide et de continuer à exporter et de garder la place de l'agriculture ivoirienne sur les marchés internationaux.

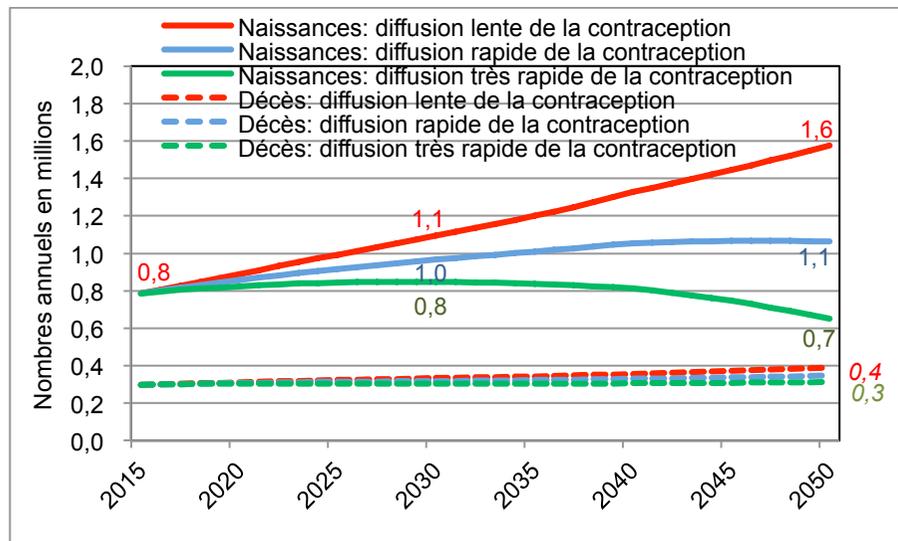
En clair, à cause des trois facteurs suivants : le niveau actuel toujours élevé de la fécondité, le temps nécessairement long d'augmentation de la prévalence de la contraception, et l'extrême jeunesse de la population (près de deux Ivoiriens sur trois, 61%, ont moins de 25 ans), on doit s'attendre dans les 35 ans à venir à la poursuite d'une croissance de la population totale quelles que soient les hypothèses de baisse de la fécondité retenues. Le chiffre d'environ 30 millions d'Ivoiriens en 2030 est donc une quasi-certitude. Ensuite, entre 2030 et 2050, la population continuera toujours d'augmenter mais plus ou moins rapidement selon l'hypothèse considérée.

À partir de ces résultats, nombre d'économistes et de démographes concluent que les politiques démographiques n'ont pas d'effets majeurs avant 30 ou 40 ans. La réalité est plus complexe. En effet, la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, l'impact d'hypothèses de fécondité différentes se fait sentir d'abord sur l'évolution du nombre de grossesses, d'accouchements et de naissances, puis sur les effectifs de jeunes enfants à suivre d'un point de vue nutritionnel, vaccinal, etc., ensuite sur les effectifs d'enfants à scolariser au primaire et au secondaire, et enfin sur le taux de croissance annuel de la population.

C'est ainsi qu'avec l'hypothèse démographique basse, le nombre de naissances annuelles est stabilisé dès 2015, autour de 800 000, et il ne commence à décroître légèrement qu'au début des années 2040 (figure 16). Avec l'hypothèse démographique intermédiaire, la stabilisation des naissances intervient dans les années 2040, autour d'un million. Mais, avec l'hypothèse démographique haute, le nombre des naissances continue d'augmenter et double pour atteindre 1,6 million en 2050. Concernant les décès, leur nombre progresse moins vite du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et des faibles pourcentages de personnes âgées qui continuent à prévaloir en 2050, et leur nombre reste très inférieur à celui des naissances quelles que soit les hypothèses considérées, d'où la poursuite de la croissance de la population.

Mais, alors qu'avec l'hypothèse démographique haute qui correspond à la poursuite des tendances, le taux de croissance de la population est toujours de 2,3 %, en 2050, il est de 1,6% avec l'hypothèse démographique intermédiaire, et de 0,9% avec l'hypothèse démographique basse.

Figure 16 : Projections des nombres annuels de naissances et de décès selon les trois hypothèses retenues, 2015-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

Ces évolutions conduisent en « écho » en 2030 puis en 2050 à des ralentissements, variables, de l'augmentation du nombre d'enfants de moins de cinq ans et du nombre de jeunes de moins de 20 ans. Par contre, la population des 20 à 64 ans (et des 65 ans et plus) continue de croître fortement jusqu'en 2050, car la plupart d'entre eux sont déjà nés. La comparaison de la pyramide des âges estimée en 2015 avec les pyramides des âges obtenues en 2050 pour chacune des trois hypothèses permet de visualiser les différences d'évolution auxquelles on doit s'attendre dans les quelques 35 prochaines années (figures : 17, 18 et 19).

Comme on peut le voir sur les pyramides des âges, les effectifs d'« actifs potentiels » de 20 à 64 ans en 2050, et des 65 ans et plus, sont supérieurs à tous les âges à ceux de 2015 quelle que soit l'hypothèse considérée. C'est le cas aussi des moins de 20 ans mais avec des différences importantes selon les hypothèses. En fait, c'est bien aux jeunes âges que se joue l'évolution future de la population ivoirienne et l'importance des défis que le pays aura à relever dans les 15 ans et 35 ans qui viennent, notamment en matière de santé, d'éducation, et de création d'emplois.

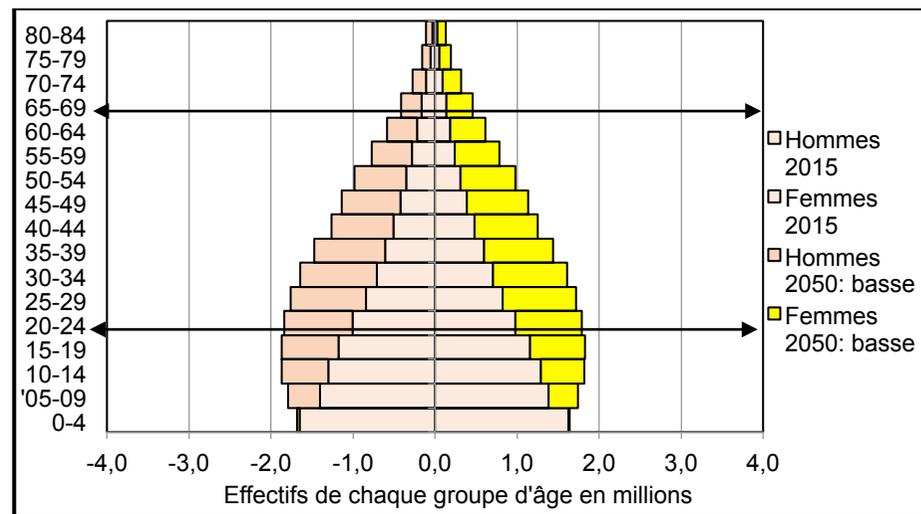
Ainsi, les effectifs des enfants de moins de 5 ans qui étaient estimés à 3,3 millions en 2015, seraient en 2050 de respectivement 3,2 millions avec l'hypothèse démographique basse (quasiment le même chiffre qu'en 2015), mais de 5 millions avec l'hypothèse intermédiaire, et de 7,1 millions avec l'hypothèse démographique haute (soit plus du double du chiffre de 2015).

Si on considère les moins de 20 ans, ils étaient estimés à 11 millions en 2015. Leurs effectifs en 2050 vont varier en fonction du nombre de naissances entre 2015 et 2035 (c'est-à-dire en fonction de la fécondité et du nombre de femmes en âge de procréer). Ils pourraient être ainsi en 2050 de 14 millions avec l'hypothèse démographique basse, mais de 19 millions avec l'hypothèse intermédiaire, et de 24 millions avec l'hypothèse démographique haute, soit plus du double du chiffre actuel.

Concernant les 15-24 ans qui constituent l'essentiel des entrants sur le marché du travail, leurs effectifs devraient passer de 4,3 millions en 2015, à 4,9 millions en 2020, 5,2 millions en 2025, et 5,7 millions en 2030. Cette évolution est inéluctable, puisque toutes ces personnes sont déjà nées. Quant aux « actifs potentiels » âgés de 20 à 64 ans, leurs effectifs devraient passer de 9,7 millions en 2015 à 14,5 millions en 2030 quelle que soit l'hypothèse retenue, et à 23 ou 24 millions en 2050, soit deux fois et demi de plus qu'en 2015.

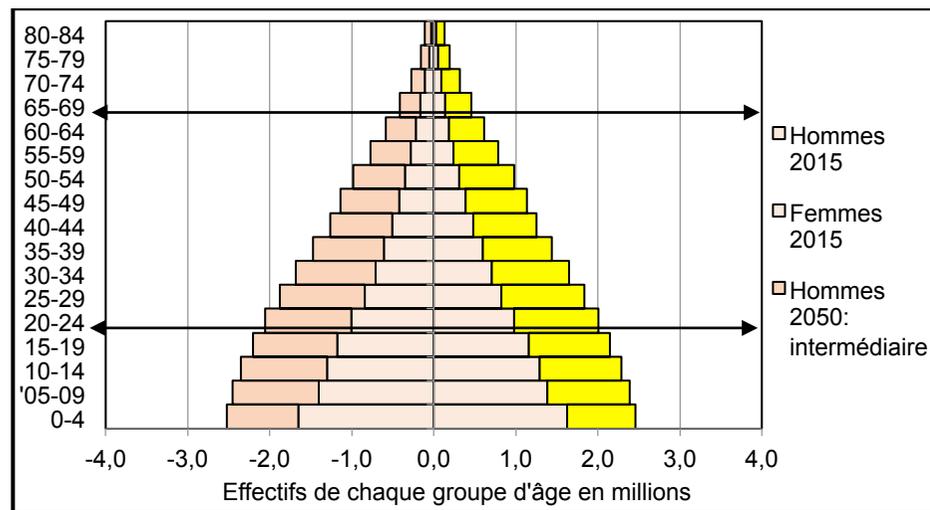
Enfin, les 65 ans et plus qui étaient estimés à environ 700 000 en 2014, devraient atteindre le million vers 2030 et tripler d'ici 2050 et atteindre alors 2 millions environ. Une évolution également inéluctable, puisque toutes ces personnes sont déjà nées.

Figure 17 : Côte d'Ivoire, Pyramide des âges en 2015 et 2050, hypothèse démographique basse.



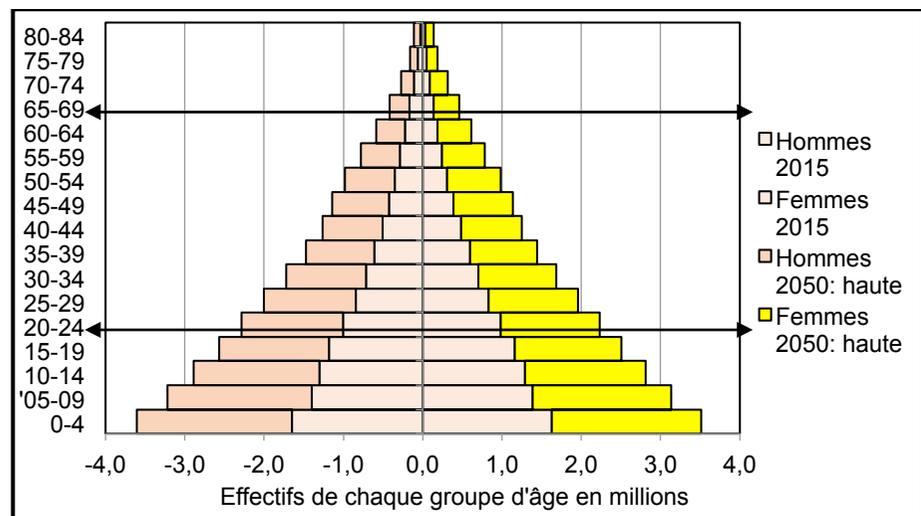
Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude.

Figure 18 : Côte d'Ivoire, Pyramide des âges en 2015 et 2050, hypothèse démographique intermédiaire.



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

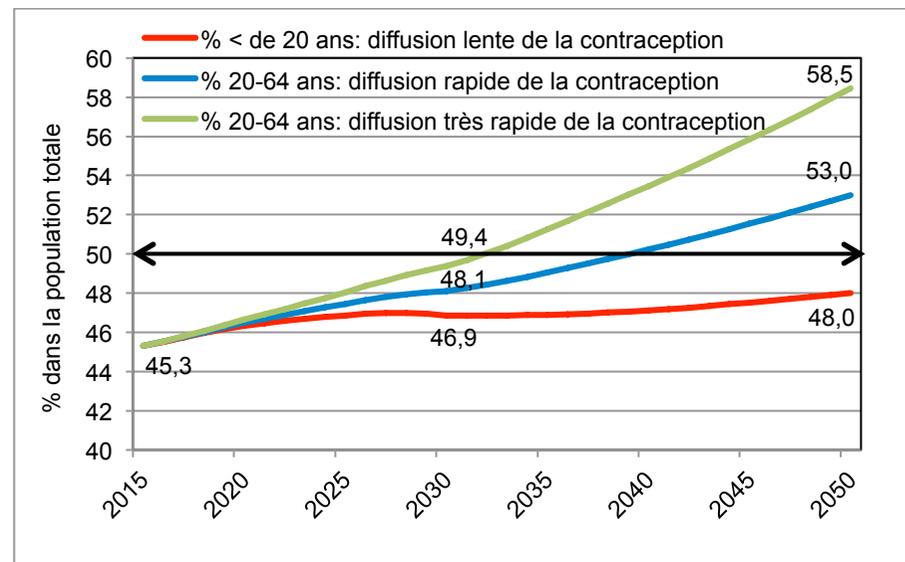
Figure 19 : Côte d'Ivoire, Pyramide des âges en 2015 et 2050, hypothèse démographique haute



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

La forte augmentation attendue des effectifs de la population active potentielle de 20-64 ans va cependant se traduire différemment selon l'évolution des effectifs de moins de 20 ans (figure 20), et donc sur les possibilités de bénéficier à plus ou moins long terme du dividende démographique. En effet, plus la croissance des effectifs de jeunes sera maîtrisée comme c'est le cas avec l'hypothèse diffusion très rapide de la contraception, plus le pourcentage de la population des 20-64 ans, les « actifs potentiels » sera importante. A l'inverse, si la maîtrise de la croissance des effectifs de jeunes n'est pas rapide, le pourcentage de la population de 20-64 ans restera faible. C'est ainsi que lorsque les 20-64 ans dépassent 50%, ceux-ci sont plus nombreux que les dépendants de moins de 20 ans et de 65 ans et plus. Cela se produit au début des années 2030 avec l'hypothèse de diffusion très rapide la contraception, à la fin des années 2030 avec l'hypothèse de diffusion rapide de la contraception, mais cela ne se produit pas avant 2050 avec l'hypothèse de diffusion lente de la contraception.

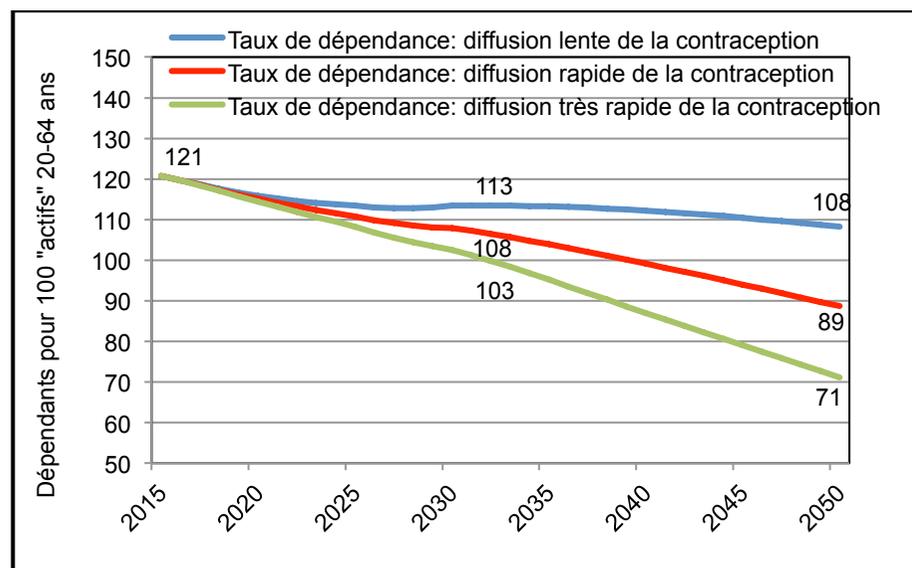
Figure 20 : Évolutions projetées des pourcentages de la population de 20-64 ans dans la population totale selon les trois hypothèses retenues, 2015-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

Ces évolutions divergentes se répercutent évidemment sur les taux de dépendance (figure 21)

Figure 21 : Projections des taux de dépendance pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans, selon les trois hypothèses retenues, 2010-2050



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

Ainsi, les taux de dépendance pour 100 « actifs potentiels » de 20 à 64 ans, ne deviennent inférieurs à 100 qu'après 2030, d'abord pour l'hypothèse de diffusion très rapide de la contraception, puis pour l'hypothèse de diffusion rapide de la contraception. Mais, le taux de dépendance reste supérieur à 100 en 2050 avec l'hypothèse de diffusion lente de la contraception. On notera que le taux atteint en 2050 avec l'hypothèse de diffusion très rapide de la contraception : 71 dépendants pour 100 actifs potentiels de 20-64 ans se situe dans la fourchette de 50 à 80 dépendants dans laquelle se situe actuellement les pays émergents (voir chapitre 1 figure 7).

Lorsqu'on examine les résultats des projections démographiques, il est donc fondamental de dépasser le simple examen de l'évolution de la population totale. En effet, les politiques et programmes visant à réduire la fécondité et donc la croissance démographique ont des effets différents à court, moyen et long terme selon les variables considérées. Ainsi par exemple, une augmentation très rapide et soutenue de l'utilisation de la contraception peut conduire en 2030 à une fécondité de 3,6 enfants par femme, contre 4,7 dans le cas d'une diffusion lente.

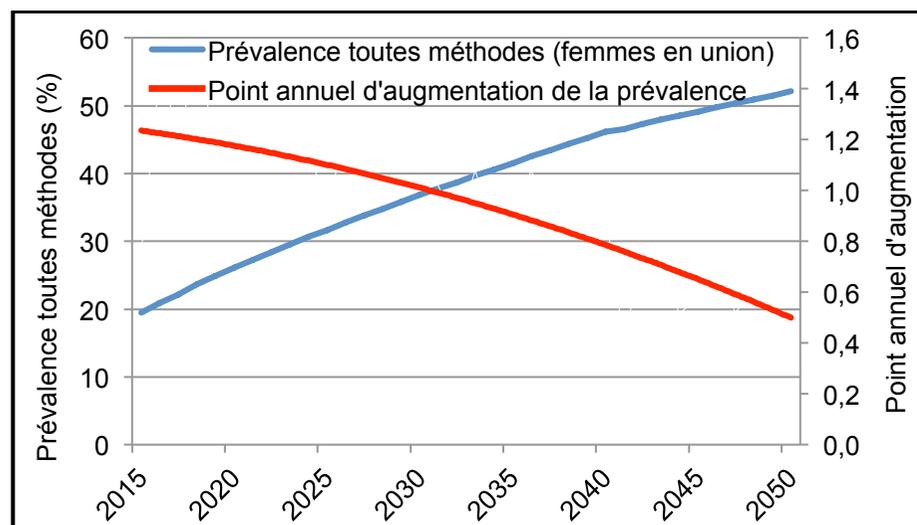
Hypothèse moyenne et projections probabilistes des Nations unies

Tel qu'indiqué précédemment, c'est généralement l'hypothèse tendancielle, dite moyenne, des projections de la Division de la population des Nations unies qui est utilisée et commentée par les analystes et les chercheurs. Mais ceci sans que l'on sache à quelle prévalence de la contraception cette hypothèse est associée, et aussi sans que l'on connaisse la confiance que l'on peut accorder aux résultats de cette hypothèse moyenne.

Si on considère la prévalence contraceptive comme une variable dépendante des niveaux de fécondité, on peut estimer grâce au modèle SPECTRUM, l'évolution de la prévalence contraceptive associée au niveau de fécondité de l'hypothèse moyenne telle qu'elle a été projetée en 2012 par les Nations unies. C'est ce que nous avons fait en partant d'une prévalence en 2015 de 19,5%, et en gardant les mêmes hypothèses pour les autres déterminants proches que celles présentées au chapitre 3 (voir « Les hypothèses retenues... »).

De manière intéressante, les résultats obtenus indiquent que la baisse de la fécondité projetée de 4,9 enfants par femme en 2010, à 3,9 enfants en 2030 et à 3,1 enfants en 2050 est associée à une progression plutôt rapide de l'utilisation de la contraception en début de période : 1,2 point de pourcentage par an, 1 point de pourcentage par an en 2030, puis 0,5 point de pourcentage en 2050 (figure 22). Ceci correspond donc à une baisse de la fécondité plus rapide que ce que suggèrent les tendances passées qui donnent une progression moyenne de l'utilisation de la contraception de seulement 0,4 point de pourcentage par an entre 1994 et 2011-2012. Ceci souligne la fragilité des résultats de l'hypothèse moyenne des projections de la Division de la population des Nations unies trop souvent présentée, implicitement ou explicitement, par les utilisateurs comme une hypothèse probable.

Figure 22 : Évolution implicite de la prévalence de la contraception associée à l'hypothèse moyenne des projections de la Division de la population des Nations unies de 2012



Source : calculs de l'auteur

C'est justement afin de mieux apprécier la confiance qu'on l'on peut accorder aux résultats de ses propres projections que la Division de la population des Nations unies a développé à partir de ses projections 2012 des projections probabilistes basées sur les estimations historiques de la population selon l'âge et le sexe, et les tendances de la fécondité et de la mortalité entre 1950 et 2010 pour tous les pays du monde⁵⁶

L'intérêt de ces projections est qu'elles nous permettent quantifier la confiance que l'on peut accorder aux résultats de la projection moyenne en calculant les intervalles de confiance (à 80% et à 95%) dans lesquels se situent les évolutions projetées de la population, de la fécondité et de la mortalité des divers pays du monde.

Les résultats de la troisième révision de ces projections probabilistes publiés en juillet 2014 pour chaque pays à l'horizon 2100 (comme les projections climatiques) mettent

ainsi en évidence un éventail très large de trajectoires possibles, non seulement au niveau mondial, mais aussi pour chaque pays⁵⁷.

Les résultats donnés à l'horizon 2100 pour la Côte d'Ivoire sont présentés ci-dessous, pour l'intervalle de confiance à 95% (valeurs des bornes supérieure et inférieure)⁵⁸ associé à l'hypothèse moyenne, ainsi que les résultats des hypothèses haute et basse, définies en ajoutant et en retranchant 0,5 enfant par femme à l'hypothèse moyenne, qui donnent en fait des résultats voisins de ceux obtenus pour l'intervalle de confiance à 80%.

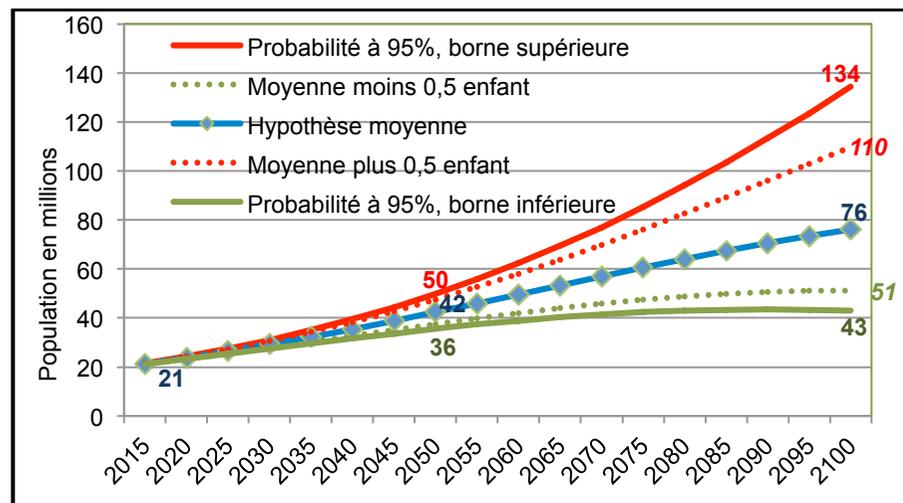
Concernant la population, il apparaît que celle-ci a 95% de chances de se situer entre 36 et 50 millions en 2050 (42 millions pour l'hypothèse moyenne), et entre 43 et 134 millions en 2100 (76 millions pour l'hypothèse moyenne) (figure 23). Ceci signifie que, selon les tendances passées, on ne peut pas exclure une croissance continue et une multiplication par six de la population entre 2015 et 2100. Mais, on ne peut pas exclure non plus une stabilisation de la population vers 2080 autour de 43 millions, soit deux fois plus qu'en 2015. La population de la Côte d'Ivoire va donc continuer de croître pendant encore plusieurs décennies. Toutefois, le futur est inconnu par définition, y compris en démographie, en dépit de l'affirmation de l'inertie des phénomènes démographiques. En fait, comme on l'a vu, cette inertie se vérifie plus ou moins à court et moyen terme pour la population totale, mais pas pour d'autres variables comme par exemple le nombre de naissances, et le taux de croissance de la population.

⁵⁶ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, July 2014: « Probabilistic Population Projections » <http://esa.un.org/unpd/ppp/index.htm>

⁵⁷ Gerland P. and al. « World population stabilization unlikely this century » Sciences Express Report, September 18, 2014

⁵⁸ L'intervalle de confiance à 95% signifie qu'il y a moins de 2,5% de chances que le résultat soit au dessous de la limite ou borne inférieure, et moins de 2,5% de chances que le résultat soit au dessus de la limite ou borne supérieure.

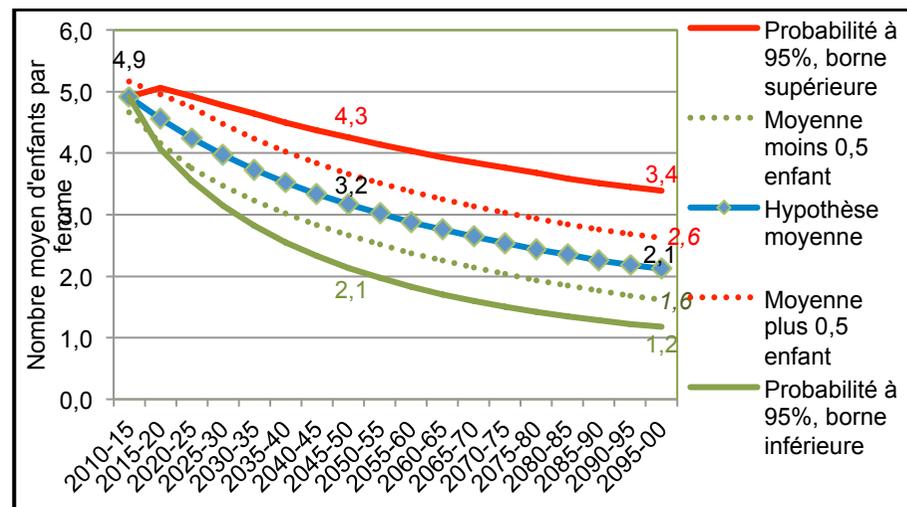
Figure 23 : Projection probabiliste à 95% de la population totale comparée aux hypothèses haute et basse, selon la Division de la population des Nations unies, 2015-2100



Sources : United Nations 2013 WPP 2012, et United Nations 2014 « Probabilistic Population Projections »

Concernant la fécondité, il apparaît que celle-ci a 95% de chances de se situer entre 4,3 et 2,1 enfants par femme en moyenne en 2045-2050 (3,2 enfants par femme avec l'hypothèse moyenne) et entre 3,4 et 1,2 enfants par femme en moyenne en 2095-2100 (2,1 enfants par femme avec l'hypothèse moyenne) (figure 24). Comme on peut le constater, les résultats obtenus en 2045-2050 sont proches des résultats de nos trois hypothèses (lente, rapide et très rapide de diffusion de la contraception) présentés au chapitre 3 (voir « Entre 40 et 50 millions d'Ivoiriens... », ce qui souligne l'intérêt d'associer les hypothèses d'évolution de la fécondité à des hypothèses d'évolution de la prévalence contraceptive.

Figure 24 : Projection probabiliste à 95% de la fécondité comparée aux hypothèses haute et basse, selon la Division de la population des Nations unies, 2010-2015-2095-2100



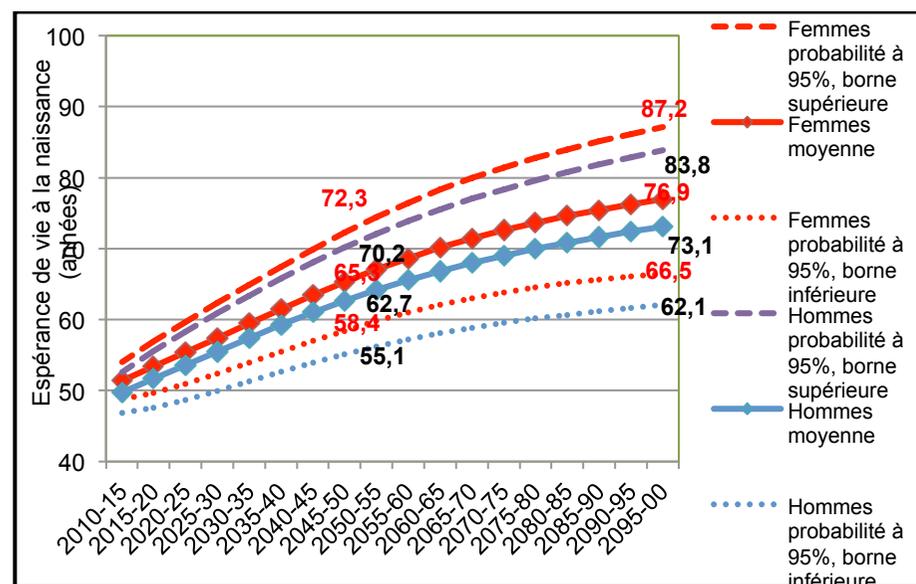
Sources : United Nations 2013 WPP 2012, et United Nations 2014 « Probabilistic Population Projections »

Après 2050, la baisse de la fécondité ne se prolongera pas nécessairement jusqu'à atteindre 1,2 enfant par femme, tel que le suggère la borne ou trajectoire inférieure. On peut aussi bien envisager que la fécondité se stabilisera par exemple autour de deux enfants par femme en moyenne, ce qui aurait pour résultat la poursuite de l'augmentation de la population, et non sa stabilisation vers 2080. A nouveau, le futur est inconnu, mais ces résultats montrent que dès 2050, il pourrait y avoir une différence de deux enfants par femme, ce qui est considérable, entre la borne ou trajectoire haute (correspondant à 4,3 enfants par femme) et la borne ou trajectoire basse (correspondant à 2,1 enfants par femme), dépendant principalement de la rapidité de la diffusion de la contraception.

Concernant la mortalité, les trajectoires sont très contrastées. Il apparaît en effet que l'espérance de vie à la naissance à 95% de chances de se situer entre 58 et 72 ans pour les femmes en 2045-2050, et entre 55 et 70 ans pour les hommes (figure 25). En 2095-2100, l'espérance de vie à la naissance pourrait se situer entre 67 et 87 ans pour les femmes, et entre 62 et 84 ans pour les hommes. Ces écarts importants en 2045-2050 entre la borne inférieure et la borne supérieure : une quinzaine d'années, et en 2095-2100 une vingtaine d'années, sont le reflet de l'irrégularité des évolutions observées depuis 1950. Elles soulignent aussi l'ampleur des incertitudes qui entourent

l'évolution de la mortalité, en fonction de l'efficacité des politiques et programmes de contrôle des maladies infectieuses, mais aussi des politiques et programmes de prévention et de traitement des maladies non infectieuses (voir chapitre 4 « Quels impacts de la croissance démographique sur la santé »).

Figure 25 : Projections probabilistes à 95% des espérances de vie à la naissance des hommes et des femmes selon la Division de la population des Nations unies, 2010-2015-2095-2100



Source : United Nations 2013 WPP 2012, 2014, United Nations 2014 « Probabilistic Population Projections »

BÉNÉFICIER DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE : LA CÔTE D'IVOIRE FACE AUX DÉFIS DE LA CROISSANCE ET DE L'AMÉLIORATION DE SON CAPITAL HUMAIN

La Côte d'Ivoire peut-elle bénéficier du dividende démographique ?

Les divers modèles utilisés jusqu'ici pour mettre en évidence la réalité du dividende démographique, diffèrent quelque peu quant aux variables utilisées, mais ils mettent tous en évidence l'impact positif sur la croissance économique de la diminution des taux de dépendance.

Compte tenu de l'amorce très récente et de la lenteur de la baisse de la fécondité dans les pays d'Afrique subsaharienne, et de leurs retards de développement, la question a été posée de savoir si ces pays étaient en mesure de « bénéficier du dividende démographique »⁵⁹. L'étude faite à ce sujet en 2007 a porté sur une centaine de pays dont un certain nombre de pays d'Afrique subsaharienne. Elle s'est appuyée sur un modèle de régression prenant en compte la croissance du pourcentage de la population des 15-64 ans et diverses variables socio-économiques (niveau et croissance du PIB par tête, niveau d'éducation, espérance de vie à la naissance...) et institutionnelles (gouvernance, environnement des affaires, ouverture du pays sur l'extérieur...).

Les résultats obtenus soulignent l'impact positif que peut avoir sur la croissance économique l'augmentation prévisible en Afrique subsaharienne du pourcentage de la population en âge de travailler, c'est-à-dire ici les 15-64 ans, mais ceci à condition que l'environnement institutionnel soit favorable. Ensuite, après l'examen des données disponibles pour 32 pays d'Afrique subsaharienne, dont la Côte d'Ivoire, les auteurs concluaient que cinq pays : le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Malawi, le Mozambique et la Namibie étaient alors en position de bénéficier du premier dividende démographique dans les 20 prochaines années, c'est-à-dire vers 2030. Ils indiquaient également que si le Sénégal, le Cameroun, la Tanzanie, le Togo et le Nigeria allaient connaître comme les pays précédents, une forte croissance du pourcentage de leur population en âge de travailler, les problèmes ou défaillances de nature

⁵⁹ Bloom D. E. *et al.* « *Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different?* ». Program on the Global Demography of Aging, Harvard University, mai 2007.
http://www.harvardschoolofpublichealth.org/pgda/WorkingPapers/2007/pgda_wp23_2007.pdf

institutionnelle qu'ils connaissaient ne leur permettaient pas d'envisager de bénéficier prochainement du dividende démographique. Enfin, la persistance de taux de dépendance élevés et d'un environnement institutionnel déficient excluait les autres pays considérés.

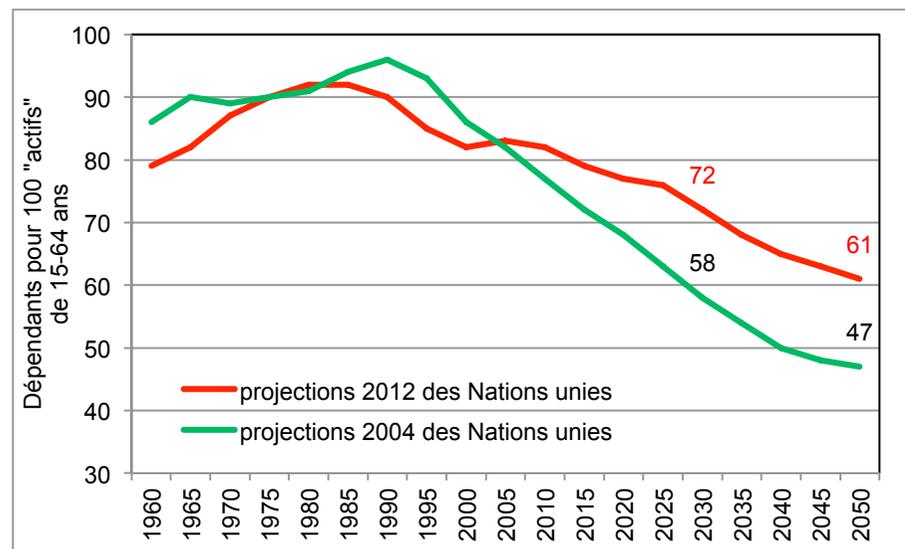
Une étude de 2013 a refait le point sur la question en s'appuyant sur les projections des Nations unies de 2010, alors que l'étude précédente s'appuyait sur les projections de 2004⁶⁰. Le constat est alors que pour trois des pays jugés en 2007 susceptibles de bénéficier du dividende démographique vers 2030 : la Côte d'Ivoire, le Malawi et le Mozambique, les baisses de leur fécondité, et donc de leurs taux de dépendance avaient été nettement moins rapides qu'anticipées dans les projections 2004. En conséquence, la Côte d'Ivoire ne faisait plus partie de la douzaine de pays dont le taux de dépendance la mettait en position de bénéficier éventuellement du premier dividende démographique dans les années 2030. Elle avait donc rejoint le groupe des 27 pays sur les 41 pays étudiés, dont la transition de la fécondité au début des années 2010 n'était pas suffisamment avancée pour qu'on puisse indiquer à quel moment elle pouvait entrer dans la fenêtre d'opportunité qui lui permettrait éventuellement de commencer à bénéficier du premier dividende démographique (figure 26).

En fait, les Nations unies anticipaient en 2004 pour la Côte d'Ivoire une fécondité de 3,9 enfants par femme pour la période 2010-2015, et de 2,2 enfants par femme en 2045-2050. Mais, les données de l'enquête EDS-MICS 2012, ont révélé une fécondité de 5 enfants par femme, plus élevée donc, et qui semble stagner au lieu de diminuer. Les projections 2012 des Nations unies estiment donc maintenant la fécondité à 4,9 enfants par femme pour la période 2010-2015, et à 3,2 enfants par femme pour 2045-2050, soit un enfant de plus qu'en 2004. Cette révision à la hausse a entraîné une projection de baisse moins rapide des effectifs de moins de 15 ans dans la population totale, et donc une baisse moins rapide des taux de dépendance. Ainsi, les projections 2004, projetaient un taux de dépendance (dépendants de moins de 15 ans et de 65 ans et plus, pour 100 actifs « potentiels » de 15-64 ans) de 58 dès 2030, c'est-à-dire à un niveau voisin des taux de 50 à 60 déjà atteints par les pays émergents. Mais, selon les projections 2012, le nombre de dépendants ne devrait être inférieur à 60 pour 100 actifs « potentiels » qu'après 2050.

Selon ces dernières données donc, « la fenêtre d'opportunité démographique » d'une cinquantaine d'années ne devrait donc concerner la Côte d'Ivoire qu'après 2050.

⁶⁰ « *Creating and Capitalizing on the Demographic Dividend for Africa* ». United Nations Economic Commission for Africa, African Union Commission, African Development Bank Group. Etude présentée lors du meeting « *Industrialization for an Emerging Africa* », 21-26 mars 2013 Abidjan Côte d'Ivoire
http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/bill-and-melinda-gates-institute-for-population-and-reproductive-health/policy_practice/DD.pdf

Figure 26 : Projections des taux de dépendance pour 100 « actifs potentiels » de *15 à 64 ans, selon les projections des Nations unies de 2004 et de 2012, 1960-2050



Sources : Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat: « World Population Prospects: The 2004 Revision » 2005, et Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat: « World Population Prospects: The 2012 Revision » 2013

Enfin, une étude du Fonds Monétaire International publiée en août 2014, essaie d'aller plus loin dans la quantification du dividende démographique⁶¹. Cette étude s'appuie également sur des comparaisons entre les grandes régions du monde entre 1965 et 2010 et un bref examen de la situation de chaque pays d'Afrique subsaharienne. Le modèle utilisé s'inspire des modèles précédents, mais avec quelques modifications, les variables retenues n'étant pas exactement les mêmes (la qualité de l'environnement institutionnel en particulier n'a pas été prise en compte).

Les principaux résultats obtenus confirment l'impact positif sur la croissance économique de l'augmentation du pourcentage (mais aussi en fait du nombre) des

personnes en âge de travailler, et donc de la diminution des taux de dépendance. Les auteurs estiment ainsi qu'une augmentation d'un point de pourcentage de la population en âge de travailler de 15 à 64 ans augmente la croissance du PIB réel par tête de 0,5 point de pourcentage en moyenne (avec cependant des variations selon les régions). Il apparaît également que, plus l'augmentation du pourcentage de la population en âge de travailler est rapide (c'est-à-dire plus la baisse de la fécondité est rapide), plus le bénéfice du dividende démographique interviendra tôt, et plus il sera important.

Les résultats confirment également l'importance des investissements dans le capital humain, des niveaux d'éducation élevés permettant de bénéficier d'un dividende démographique plus élevé. Mais, il faut rappeler aussi que pour bénéficier du dividende démographique, il est nécessaire que les personnes en âge de travailler, travaillent effectivement, et ce de plus en plus dans des emplois productifs et rémunérateurs.

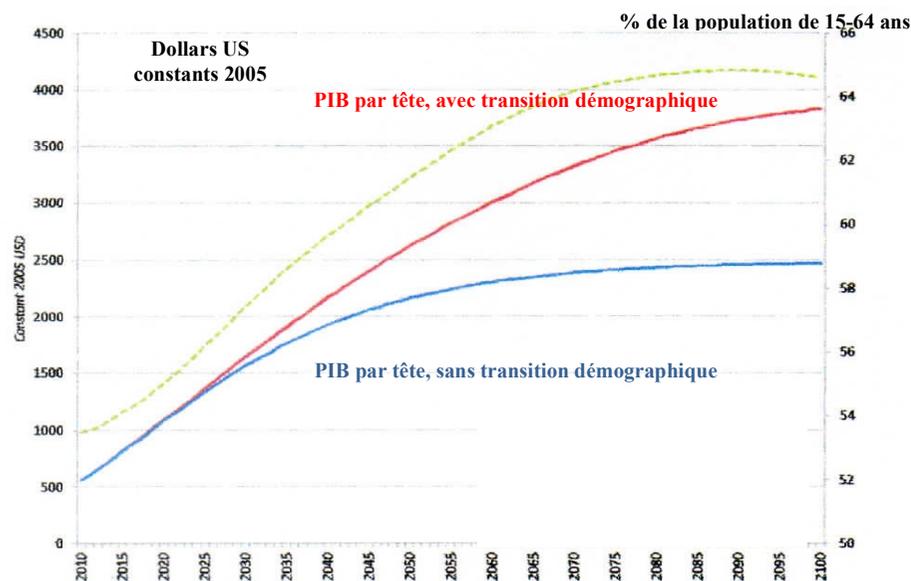
L'étude a estimé ensuite le montant du dividende démographique que l'Afrique pouvait espérer entre 2010 et 2100, en comparant pour un pays africain « moyen » deux scénarios d'évolution du PIB par tête, le premier scénario en l'absence de transition démographique, c'est-à-dire sans baisse de la fécondité, et donc sans dividende démographique, le second scénario avec transition démographique, donc avec baisse de la fécondité et possibilité de bénéficier du dividende démographique.

Le premier scénario suppose ainsi que la part de la population active de 15-64 ans dans la population totale reste constante au niveau actuel, autour de 50%. Par contraste, le second scénario suppose que, suite à la baisse de la fécondité, la part de la population active de 15-64 ans dans la population totale s'accroît jusqu'à 65% dans les années 2090, conformément à la projection moyenne de baisse de la fécondité des projections 2012 des Nations unies. Le PIB par tête de départ du pays africain « moyen » en 2010 a été estimé à 560 dollars US 2005 constants, ce qui correspond à la valeur médiane des PIB par tête des pays de la région à cette date.

Les résultats obtenus sont présentés à la figure 27. Ils donnent un PIB par tête en 2100 d'environ 2 500 dollars US 2005 pour l'hypothèse sans transition démographique (sans baisse de la fécondité), et d'environ 3 850 dollars US 2005 pour l'hypothèse avec transition démographique (donc avec baisse de la fécondité). Le dividende démographique pourrait donc être selon les auteurs d'environ 1 350 dollars US 2005 (la différence entre les deux résultats), et correspondre à un PIB par tête de 56% supérieur à celui de l'hypothèse sans transition démographique. On notera que le dividende démographique est peu important jusqu'en 2030, et que sa valeur ne s'accélère vraiment qu'à partir des années 2050 ou 2060.

⁶¹ « Africa Rising: Harnessing the Demographic Dividend » by Paulo Drummond, Vimal Thakoor, and Shu Yu - IMF Working Paper WP/14/143 ; International Monetary Fund August 2014, 22 pages <http://www.imf.org/external/pubs/ft/wp/2014/wp14143.pdf>

Figure 27 : Évolution du PIB par tête dans un pays africain « moyen », selon deux hypothèses : sans transition et avec transition démographique, 2010-2100



Source: « Africa Rising: Harnessing the Demographic Dividend » IMF Working Paper WP/14/143, 2014

Des estimations beaucoup plus approximatives du montant du dividende démographique que chaque pays peut escompter sont présentées à la figure 28.

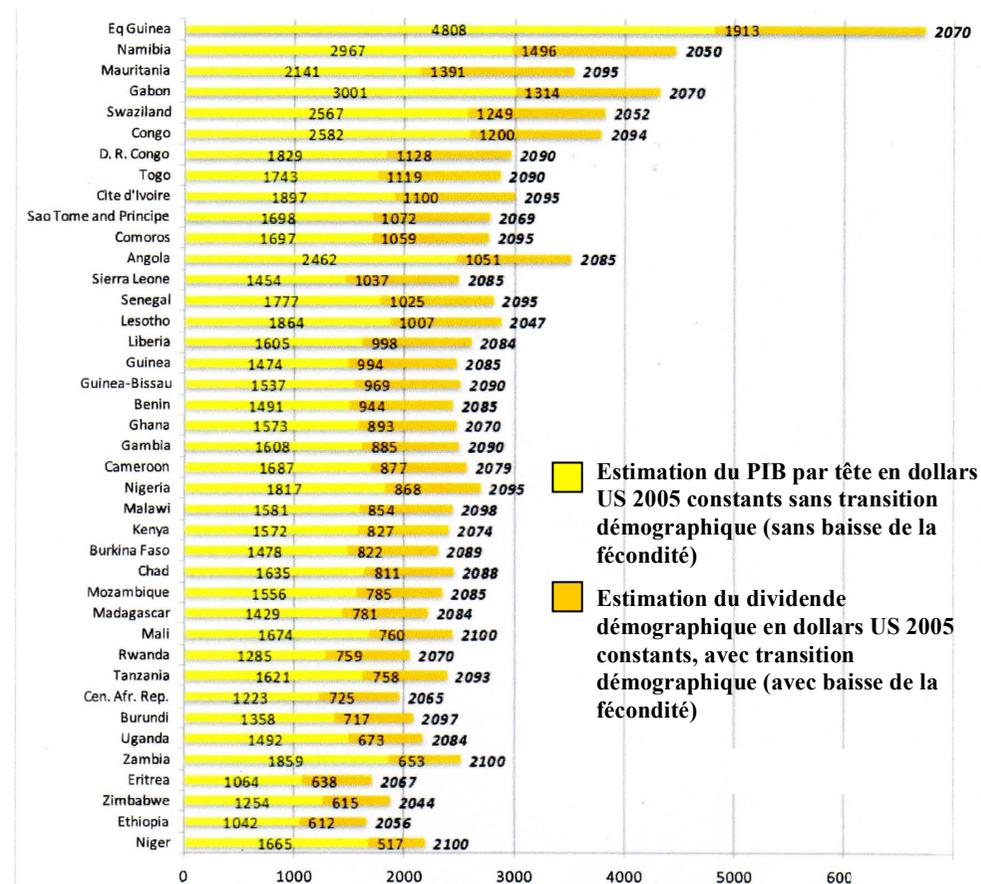
On notera d'abord que selon l'hypothèse moyenne de baisse la fécondité retenue par les Nations unies dans leurs projections 2012, l'année où le pourcentage des 15-64 atteint son maximum, qui est l'année où le dividende atteint lui aussi son maximum, varie d'un pays à l'autre. Mais, pour la majorité des pays, en particulier ceux d'Afrique de l'Ouest, ce maximum ne serait atteint avec l'hypothèse retenue que dans les années 2080 ou 2090, voire après 2100. Pour la Côte d'Ivoire, le maximum serait atteint en 2095.

Le PIB par tête de la Côte d'Ivoire en 2100 pour l'hypothèse avec transition démographique (donc avec baisse « moyenne » de la fécondité) a été estimée à environ 3 000 dollars US 2005 (contre 960 en 2010). Par contre, le PIB par tête estimé pour l'hypothèse sans transition démographique (sans baisse de la fécondité) a été estimé à 1 900 dollars. Le dividende démographique pourrait donc être selon les auteurs d'environ 1 100 dollars US 2005 (la différence entre les deux résultats), et

correspondre à un PIB par tête supérieur de 58% à celui de l'hypothèse sans transition démographique (sans baisse de la fécondité).

Ce dividende démographique conduit donc en 2100 non seulement à un PIB par tête supérieur de 58% à celui obtenu avec l'hypothèse sans transition démographique, mais il permet aussi une trajectoire de croissance nettement plus dynamique à partir des années 2050-2060.

Figure 28 : Estimation du dividende démographique et de l'année de son maximum par pays



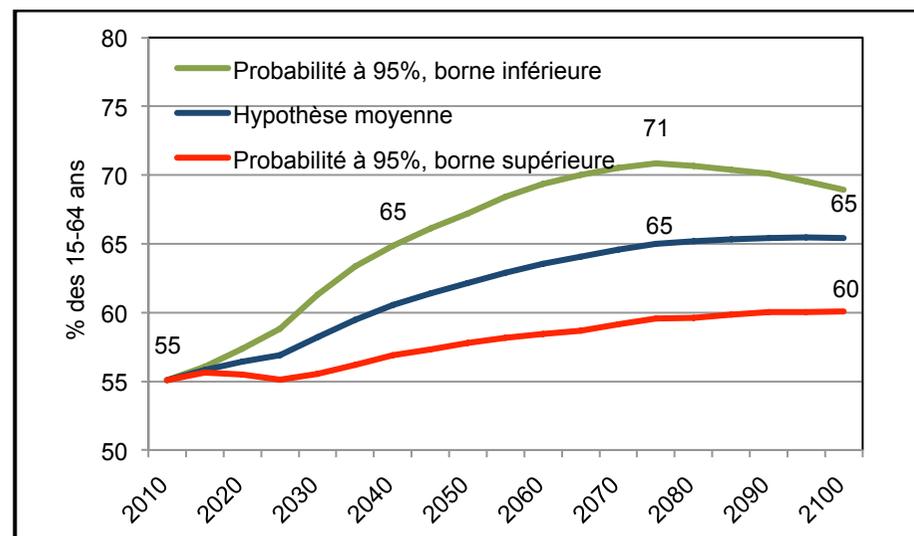
Source: « Africa Rising: Harnessing the Demographic Dividend » IMF Working Paper WP/14/143, 2014

On peut toutefois envisager pour la Côte d'Ivoire à l'horizon 2100 d'autres hypothèses d'évolution de la part de la population active des 15-64 ans dans la population totale que celle que l'on vient d'examiner. Comme on l'a vu précédemment, les projections probabilistes des Nations unies offrent un éventail d'évolutions assez large pour le futur. La borne ou trajectoire inférieure à 95 % de chances de réalisation de ces projections indique ainsi que le pourcentage des 15-64 ans dans la population totale pourrait atteindre 65% dès 2040, et un maximum de 71% en 2080 (figure 29 et tableau 2).

Ceci correspond à des taux de dépendance de 54, puis 42 personnes de moins de 15 ans et 65 ans et plus pour 100 « actifs potentiels » de 15-64 ans, et à l'inverse de 1,8, puis 2,4 « actifs potentiels » de 15-64 ans par dépendant, ce qui constitue des ratios très favorables, comparables à ceux observés dans les pays émergents.

Arriver à de tels ratios, suppose cependant, une baisse très rapide de la fécondité de 5 enfants par femme en moyenne aujourd'hui, à 2,1 enfants par femme en 2045-2050, et à 1,2 enfant par femme en 2095-2100, soit le niveau atteint aujourd'hui par la Corée du Sud et Singapour.

Figure 29 : Évolutions projetées du pourcentage des 15-64 ans dans la population totale de la Côte d'Ivoire selon les projections probabilistes des Nations unies, 2010-2100



Source : United Nations 2013, WPP 2012, voir Probabilistic Projections <http://esa.un.org/wpp/>

Tableau 2 : Évolutions projetées des pourcentages des 15-64 ans, des taux de dépendance (moins de 15 ans et 65 et plus) pour 100 « actifs potentiels », et des nombres d'« actifs potentiels » de 15-64 ans par dépendants, selon les projections probabilistes des Nations unies pour la Côte d'Ivoire 2010-2100

	% de la population âgée de 15-64 ans		Taux de dépendance (< 15 ans et 65 ans plus) pour 100 personnes de 15-64 ans					Nombre d'« actifs potentiels » de 15-64 ans par dépendant		
	Probabilité à 95% basse	Hypothèse moyenne	Probabilité à 95% haute	Probabilité à 95% basse	Hypothèse moyenne	Probabilité à 95% haute	Probabilité à 95% basse	Hypothèse moyenne	Probabilité à 95% haute	
2010	55	55	55	82	82	82	1,2	1,2	1,2	
2015	56	56	56	78	79	80	1,3	1,3	1,3	
2020	57	56	56	74	77	80	1,3	1,3	1,2	
2025	59	57	55	70	76	81	1,4	1,3	1,2	
2030	61	58	56	63	72	80	1,6	1,4	1,2	
2035	63	59	56	58	68	78	1,7	1,5	1,3	
2040	65	61	57	54	65	76	1,8	1,5	1,3	
2045	66	61	57	51	63	74	2,0	1,6	1,3	
2050	67	62	58	49	61	73	2,0	1,6	1,4	
2055	68	63	58	46	59	72	2,2	1,7	1,4	
2060	69	64	58	44	57	71	2,3	1,7	1,4	
2065	70	64	59	43	56	70	2,3	1,8	1,4	
2070	71	65	59	42	55	69	2,4	1,8	1,4	
2075	71	65	60	41	54	68	2,4	1,9	1,5	
2080	71	65	60	42	53	68	2,4	1,9	1,5	
2085	70	65	60	42	53	67	2,4	1,9	1,5	
2090	70	65	60	43	53	67	2,3	1,9	1,5	
2095	70	65	60	44	53	67	2,3	1,9	1,5	
2100	69	65	60	45	53	66	2,2	1,9	1,5	

Source : United Nations 2013, WPP 2012, voir *Probabilistic Projections*
<http://esa.un.org/wpp/>

Avec l'hypothèse moyenne, le pourcentage des 15-64 ans dans la population totale pourrait atteindre 65% en 2075 et se maintenir à ce niveau jusqu'en 2100. Ceci correspond à des taux de dépendance à partir de 2075 d'environ 54 personnes de moins de 15 ans et 65 ans et plus pour 100 « actifs potentiels », et à l'inverse de 1,9 « actifs potentiels » de 15-64 ans par dépendant. Ces ratios supposent une fécondité de 3,2 enfants par femme en moyenne en 2045-2050, et de 2,2 enfants par femme en 2095-2100.

Par contre avec la borne ou trajectoire supérieure à 95 % de chances de réalisation des projections, le pourcentage des 15-64 ans dans la population totale n'est que de 60% en 2100, et à cette date le taux de dépendance reste élevé, avec une fécondité de 3,4 enfants par femme en moyenne en 2095-2100. Dans ce cas, les conditions démographiques pour bénéficier pleinement du dividende ne sont pas remplies.

Que faut-il retenir de tout cela ? Il n'y a pas de raison *a priori* empêchant la Côte d'Ivoire de bénéficier du dividende démographique.

Mais, la première question qu'il convient de se poser à ce sujet est « quand ? ». Concernant le changement de structure par âge, première condition nécessaire pour pouvoir bénéficier du dividende démographique, on peut considérer que l'entrée dans la fenêtre d'opportunité démographique commence à partir d'un pourcentage de 15-64 ans dans la population totale de 65%, c'est à dire d'un taux de dépendance proche de 50 pour 100 « actifs potentiels », et d'un ratio d'environ 2 actifs potentiels par dépendant. Si on retient cette définition, l'entrée dans la fenêtre d'opportunité démographique est envisageable :

- au début des années 2040 si la fécondité est d'environ 2 enfants par femme en moyenne en 2050,
- au début des années 2070 si la fécondité est d'environ 3 enfants par femme en moyenne en 2050,
- après 2100 si la fécondité est d'environ 4 enfants par femme en moyenne en 2050, ce qui correspond à la poursuite des tendances actuelles.

Cela dit, il est possible de considérer des critères différents, comme par exemple un pourcentage d'actifs de 15-64 ans d'au moins 60% dans la population totale, ce qui correspond à un taux de dépendance d'environ 65 pour 100 « actifs potentiels », et un ratio d'environ 1,5 « actifs potentiels par dépendant ». Dans ce cas, l'entrée dans la fenêtre d'opportunité démographique est envisageable dans les années 2030, 2040, ou 2070, dépendant des hypothèses de baisse de la fécondité considérées. On pourrait

également prendre en considération, l'évolution du pourcentage d'actifs de 20-64 ans au lieu de 15-64 ans.

En fait, on peut aussi considérer que le processus d'atteinte du dividende démographique est enclenché à partir du moment où le pourcentage d'actifs de 15-64 ans (ou de 20-64 ans) dans la population totale augmente régulièrement et assez rapidement.

La deuxième question qu'il faut se poser pour savoir si la Côte d'Ivoire peut bénéficier du dividende démographique est celle des politiques ou leviers qu'il convient de mettre en œuvre pour que la fenêtre d'opportunité démographique ouverte par les changements de structure par âge se transforme en dividende démographique.

En effet, tel qu'indiqué plus haut, pour bénéficier du premier dividende démographique, il convient d'agir simultanément sur les cinq leviers suivants :

- 1) l'accélération de la transition démographique, condition nécessaire à la diminution des taux de dépendance élevés qui pèsent sur le développement ;
- 2) l'amélioration du capital humain, en assurant à l'ensemble de la population des soins et des services en quantité suffisante et de qualité acceptable en santé et en éducation ;
- 3) l'augmentation de l'épargne et des investissements dans des activités économiques créatrices de valeur ajoutée et d'emplois ;
- 4) la création d'un nombre suffisant d'emplois, notamment pour les jeunes, et l'amélioration de la productivité du travail, et par là, des rémunérations ;
- 5) l'effectivité de garanties juridiques et institutionnelles permettant aux acteurs économiques d'opérer dans des conditions satisfaisantes, c'est-à-dire la bonne gouvernance.

Ce dernier point, qui ne fera pas l'objet de développements ultérieurs, est cependant aussi important que les autres, car il conditionne la confiance que les acteurs nationaux et extérieurs accordent aux institutions du pays et donc leur volonté éventuelle d'y investir dans des activités créatrices de richesses et d'emplois.

Deux sources d'informations sont disponibles à ce sujet au niveau international : le classement de « Transparency International » sur la corruption et le « Doing Business Report », et une source au niveau africain : « l'Indice Mo Ibrahim ».

L'ONG « Transparency International publie chaque année depuis 2001, un rapport mondial sur la corruption qui classe les pays du monde à partir d'un indice de perception de la corruption construit à partir d'enquêtes réalisées auprès de divers

groupes de personnes (responsables politiques, entrepreneurs, universitaires etc.)⁶². Même si les résultats obtenus présentent un risque de subjectivité et sont souvent controversés, ils donnent une image du pays à l'extérieur qui peut être négative ou positive. Le classement publié en décembre 2013, classait la Côte d'Ivoire à la 136^{ième} place sur 175 pays, un classement qui mérite d'être amélioré. Le premier pays africain perçu comme le moins corrompu est le Botswana classé à la 30^{ième} place, suivi par le Cap Vert, classé à la 41^{ième} place.

Le « Doing business report » publié par la Banque mondiale depuis 2004, classe les pays selon un indice composite reflétant « la facilité de faire des affaires » selon plusieurs dimensions du cadre réglementaire applicable aux entreprises locales. Dans le rapport 2015, la Côte d'Ivoire occupe la 147^{ième} place sur 189 pays, alors qu'elle occupait la 167^{ième} place selon le rapport de 2014 (le premier pays africain étant l'Ile Maurice qui occupe la 28^{ième} place)⁶³. Le rapport 2015 souligne les efforts accomplis par la Côte d'Ivoire pour améliorer l'environnement des affaires dans quasiment tous les domaines : création d'entreprise, transfert de propriété, accès au crédit, protection des investisseurs, et facilitation du commerce transfrontalier.

Enfin, l'« Indice Ibrahim de la gouvernance africaine » (IIAG) ou Indice Mo Ibrahim fournit depuis 2007 une évaluation annuelle de la qualité de la gouvernance dans les pays africains à partir d'informations collectées auprès de diverses institutions indépendantes africaines et mondiales. L'Indice Mo Ibrahim porte sur l'état de droit, la responsabilité, la sûreté personnelle, la sécurité nationale, la participation, les droits, l'égalité des sexes, la gestion publique, l'environnement des affaires, les infrastructures, le secteur rural, l'aide sociale, l'éducation et la santé. Selon le classement publié en septembre 2014⁶⁴, la Côte d'Ivoire était classée en 40^{ième} position parmi les 52 pays considérés. L'Ile Maurice, le Cap-Vert et le Botswana, occupaient les trois premières places.

Ces données, malgré leurs limites, soulignent que des progrès considérables restent à accomplir en Côte d'Ivoire pour améliorer son image à l'extérieur. Il s'agit en particulier de réduire la corruption, faciliter les affaires (stimuler l'entrepreneuriat et attirer des investisseurs) et améliorer la qualité de la gouvernance et donc la qualité de vie des citoyens.

⁶² « Corruption Perceptions Index 2013 ». Transparency International
<http://www.transparency.org/cpi2013/results#myAnchor1>

⁶³ « Doing Business 2015: Au-delà de l'efficacité ». Banque internationale pour la reconstruction et le développement/La Banque Mondiale, publié le 29 Octobre 2014
<http://francais.doingbusiness.org/reports/global-reports/doing-business-2015>

⁶⁴ Indice Ibrahim de la gouvernance africaine (IIAG), 2014.
<http://www.moibrahimfoundation.org/fr/interactives/>

Au total, une prise de conscience à tous les niveaux de la société des enjeux associés au développement du pays, et parmi ceux-ci de la dimension démographique du développement apparaît nécessaire⁶⁵. Il est important à ce sujet de retenir la conclusion de l'étude du Berlin Institute de 2011, à savoir qu'aucun pays n'a pu se développer sans qu'il y ait eu parallèlement une baisse de la fécondité, et donc une baisse des taux de dépendance et de la charge qui pèse sur les actifs.

Il est également important de retenir que le processus d'atteinte du dividende démographique est un processus qui concerne à la fois le présent, le court, moyen, et long terme, et qu'il implique des changements majeurs de comportements, de bonnes performances dans tous les domaines, et une bonne image du pays.

⁶⁵ J.-P Guengant et L. Stührenberg, « Poser la question de la démographie en Afrique de l'Ouest », *Grain de Sel*, N 59-62, 2013 : 45-46.

Croissance économique et croissance démographique : bilan et perspectives

La croissance économique future de la Côte d'Ivoire et sa capacité à devenir une économie émergente en confortant sa croissance, dépendra donc pour une large part de sa capacité à mettre en œuvre les politiques nécessaires pour bénéficier du dividende démographique.

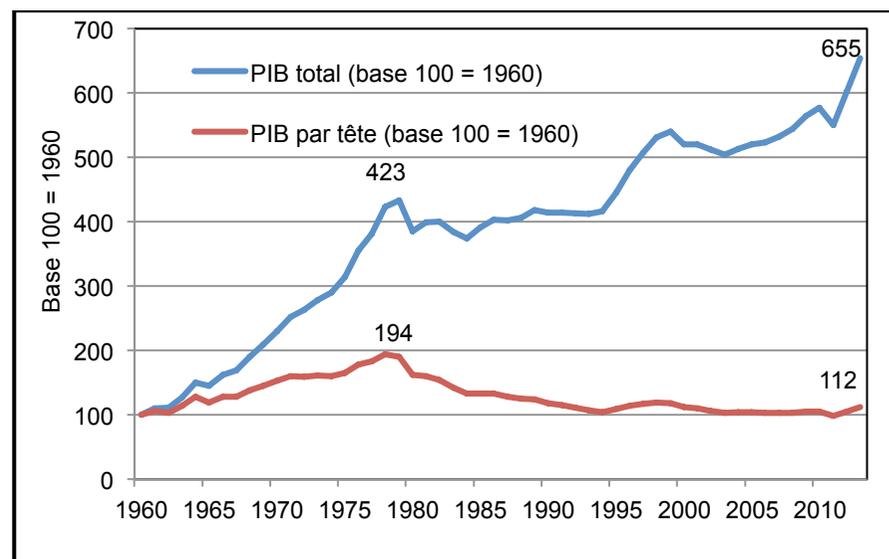
Pour y arriver, il importe de tirer les leçons du passé, de savoir d'où l'on part, et d'anticiper l'avenir, en particulier en matière d'économie, de santé, d'éducation, et d'emploi.

En matière d'économie, avec un PIB estimé par la Banque mondiale en 2013 à 15 268 milliards de FCFA (31 milliards de dollars américains ou dollars US, 23 milliards d'euros), la Côte d'Ivoire restait la première économie en importance de l'UEMOA. Elle représentait en 2013 35% du PIB total de la zone, contre il est vrai 45% en 1980, avant la période de crises multiples qu'a connues le pays.

En Afrique de l'Ouest l'économie ivoirienne représentait en 2013 4,5% du PIB de la sous-région, ce qui la plaçait au troisième rang derrière le Ghana (7%) et le Nigeria (77%). Parmi les 48 pays souverains d'Afrique subsaharienne, la Côte d'Ivoire se plaçait, toujours en 2013, au 9^{ième} rang, juste avant la République Démocratique du Congo. Les économies les plus importantes restaient celles du Nigeria (31% du PIB total) et de l'Afrique du Sud (22%).

Le PIB en termes réels de la Côte d'Ivoire a été multiplié par 6,5 entre 1960 et 2013. Mais, compte tenu de l'accroissement démographique, le PIB par tête n'était en 2013 que de 12% supérieur à ce qu'il était en 1960 (figure 30). En fait, la forte croissance du PIB dans les années 1960 et 1970 avait conduit à un quasi doublement du PIB réel par tête à la fin des années 1970. Ensuite, avec la crise économique qui a marqué les années 1980 et 1990, puis les troubles intérieurs graves qu'a connus le pays entre 1999 et 2002 et la crise politico-militaire qui a suivi, on a enregistré une baisse quasi continue du PIB réel par tête entre 1979 et 2011. C'est ainsi que le PIB réel par tête est tombé dans les années 2000 plus ou moins à son niveau de 1960. Le dénouement en avril 2011 de la grave crise post-électorale qu'a connue le pays, a conduit en 2012 et 2013 à une croissance vigoureuse et à la reprise de l'augmentation du PIB réel par tête.

Figure 30 : Évolution du PIB réel total et du PIB par tête en Côte d'Ivoire de 1960 à 2013 (en dollars américains constants de 2005).

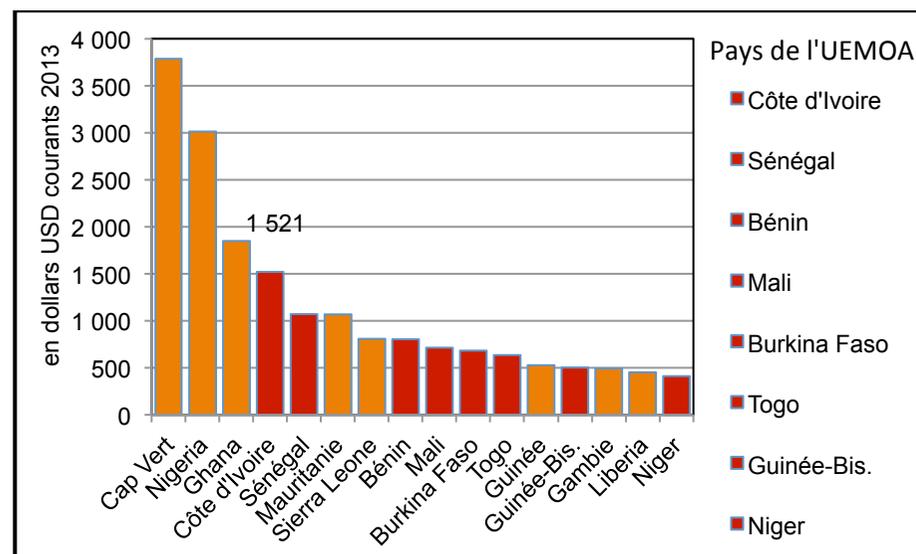


Source: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

En comparaison, au cours de la même période en Afrique de l'Ouest, les PIB par tête en termes réels ont été multipliés par 5,5 au Cap Vert (depuis 1980), 2,7 au Burkina Faso, 2,0 au Nigéria, 1,7 au Mali (depuis 1967) et en Mauritanie, 1,6 au Ghana, au Togo et en Sierra Leone, et 1,5 au Bénin. Et, du fait de croissances économiques moindres que leurs croissances démographiques, les PIB par tête étaient moins élevés en 2013 qu'en 1960, au Liberia, au Niger, au Sénégal et en Guinée Bissau. En comparaison, dans les pays émergents pour lesquels on dispose de données de 1960 à 2013, les PIB par tête ont été multipliés par 3,4 au Brésil, 4 en Turquie, 5 en Inde, 6 Indonésie, 7 en Malaisie, 15 à Singapour, 22 en Corée du Sud, et 27 en Chine.

Le PIB par tête de la Côte d'Ivoire était estimé en 2013 à 751 500 FCFA soit 1 520 dollars US courants. Le PIB par tête en dollars internationaux « en parité du pouvoir d'achat » (ou dollars PPA) était deux fois plus élevé puisqu'il était estimé à 3 010 dollars PPA. C'est ainsi que le PIB par tête en dollars US courants de la Côte d'Ivoire restait en 2013 le plus élevé parmi les pays de l'UEMOA, et le 4^{ième} en Afrique de l'Ouest, après celui du Ghana et avant celui du Sénégal (figure 31). Il occupait la 17^{ième} place parmi les 48 pays souverains d'Afrique subsaharienne.

Figure 31 : PIB par tête (en dollars américain courants) des pays d'Afrique de l'Ouest en 2013

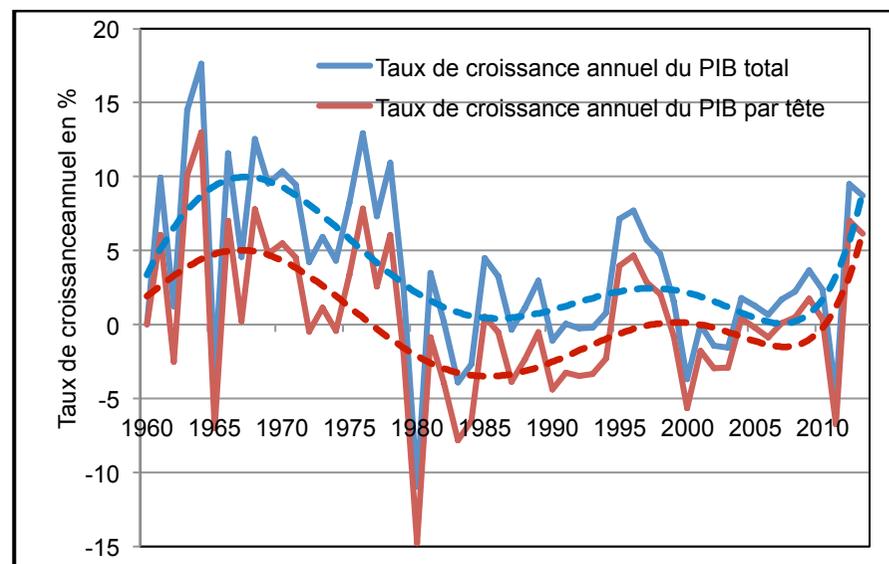


Source: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Depuis l'indépendance, la croissance économique en Côte d'Ivoire a été très variable (figure 32), et comme on l'a vu les progrès réalisés dans les années 1960 et 1970 ont fait place à un recul du PIB par tête à partir de 1979. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs : dépendance trop importante de l'économie ivoirienne vis-à-vis du cacao et du café dont les cours sont très volatiles sur les marchés internationaux, politiques économiques inadaptées, conséquences des programmes d'ajustement structurel, puis dans les années 1990 et 2000 effets négatifs des crises économique, politique et militaire qu'a connues le pays jusqu'au début de 2011. Les très bonnes performances des années 1960 et 1970 : +8,7% et +7,6% par an de croissance économique moyenne correspondent aux années dites du « miracle ivoirien ». Mais, les années 1980 et le début des années 1990 ont été marquées par un recul de la croissance économique moyenne à -0,2% par an entre 1980 et 1994 suite à l'effondrement des cours du cacao et du café. Ensuite, après le rebond de +5,4% par an en moyenne observé entre 1995 et 1999, le début des années 2000 est marqué par un nouveau repli entre 2000 et 2004 : -1,0% par an en moyenne, puis par une croissance modeste de 2 % par an entre 2005 et 2010 absorbée par la croissance démographique. Elle est suivie par une baisse de -4,7% en 2011, année de crise majeure, et enfin par une vigoureuse reprise en 2012 et 2013 avec une croissance moyenne de 9,1 %. Compte tenu de la croissance

démographique, cette reprise a permis sur ces deux années une augmentation moyenne appréciable de 6,6 % par an du PIB réel par tête.

Figure 32 : Évolution des taux de croissance annuels en termes réels du PIB total et du PIB par tête de la Côte d'Ivoire de 1960 à 2013.



Source: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

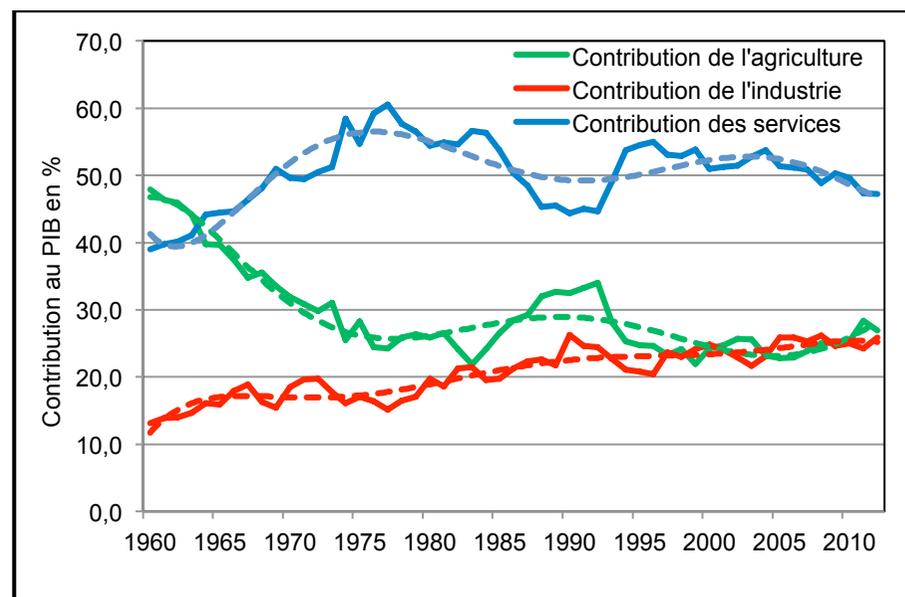
L'économie ivoirienne reste cependant une économie vulnérable toujours largement dépendante de son secteur agricole de plantation et donc de la grande variabilité des cours des produits exportés sur les marchés internationaux. Pour réduire cette dépendance, le gouvernement s'est efforcé comme au Ghana de développer le secteur manufacturier pour le marché intérieur et pour l'exportation⁶⁶. Par ailleurs, le secteur dit des services s'est étendu suite au développement de l'administration publique pendant la période faste des années 1960 et 1970, et aussi suite à l'expansion du secteur informel (notamment en milieu urbain), en réponse à l'incapacité du secteur moderne de créer un nombre suffisant d'emplois.

⁶⁶ Markus Eberhardt et Francis Teal, « Le Ghana et la Côte d'Ivoire : une inversion des rôles », *Revue internationale de politique de développement* [En ligne], 1 | 2010, mis en ligne le 11 mars 2010 voir <http://poldev.revues.org/111>

Conséquence de ces évolutions, la contribution du secteur primaire au PIB est passée d'environ 50% au moment de l'indépendance à quelques 25% à partir du milieu des années 1970 jusqu'à aujourd'hui, ce qui reste un pourcentage important (figure 33). La contribution du secteur secondaire au PIB a augmenté de manière assez régulière passant de 14% au début des années 1960 à environ 25% ces dernières années, le secteur manufacturier représentant environ la moitié de cette contribution. Quant à la contribution du secteur des services, elle est passée rapidement au cours des années 1960 et 1970 d'environ 40% à quelques 60%, pour décroître ensuite et se maintenir plus ou moins autour de 50% au cours des années 2000.

Au cours des années 2000, années de crise, le secteur agricole a enregistré une croissance modeste de +2,6% par an en moyenne entre 2000 et 2011. Mais, les autres secteurs ont été impactés négativement avec une croissance négative de -1,8% par an en moyenne pour le secteur manufacturier et de -0,5 % pour l'ensemble du secteur industriel, et de -0,6 % pour le secteur des services. La forte reprise de la croissance en 2012 : +9,5%, qui est une reprise post-crise, s'explique pour l'essentiel par le bond qu'ont connu le secteur industriel (qui comprend les travaux publics et le bâtiment) : +15,6% et le secteur des services : +11%, la croissance du secteur agricole restant modeste à +3%. On notera enfin, l'importance de l'appui apporté en 2012 à la reconstruction du pays par les partenaires développement de la Côte d'Ivoire : organisations internationales, partenaires bilatéraux, et organisations non gouvernementales. L'aide officielle au développement a ainsi représenté en 2012, 11,1% du Revenu intérieur brut du pays. Selon les données de la Banque mondiale, l'essentiel de cette aide provenait des membres du Comité d'Aide au Développement (CAD) de l'OCDE⁶⁷.

Figure 33 : Évolution de la contribution de chaque grand secteur d'activités au PIB de 1960 à 2012 en %.



Source: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

La reprise de la croissance économique et de l'augmentation du PIB par tête en Côte d'Ivoire depuis 2012 est trop récente pour avoir entraîné une diminution de la pauvreté dans le pays. Celle-ci a considérablement augmenté depuis les années 1980 suite aux diverses crises qui l'ont affectées et elle reste élevée. Certes, on ne dispose pas de données récentes sur le sujet, mais les autorités estimaient en 2012 qu'après la crise post-électorale de 2010-2011, plus de la moitié de la population vivait toujours en dessous du seuil de pauvreté⁶⁸.

Selon les résultats des diverses enquêtes sur les conditions de vie des ménages réalisées par l'INS en 1985, 1993, 1998, 2002 et 2008 année de la dernière enquête

⁶⁷ <http://databank.worldbank.org/data/> Net bilateral aid flows from DAC donors, Total (current US\$)

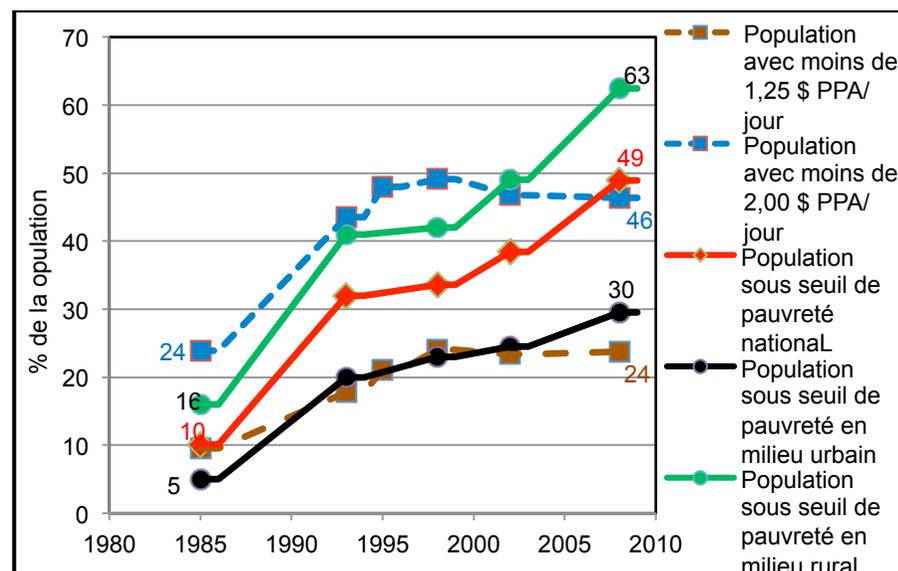
⁶⁸ Plan National de Développement (PND 2012-2015). Tome 1 : Résumé analytique, mars 2012, République de Côte d'Ivoire

réalisée, le pourcentage de la population vivant au-dessous du seuil national est passé de 10% en 1985 à 49% en 2008⁶⁹ (figure 34).

Le pourcentage de pauvres selon la définition nationale a triplé entre 1985 et 1995. Puis, la dévaluation du Franc CFA en 1994 conjuguée avec l'amélioration des termes de l'échange et la reprise des investissements a permis de ralentir quelque peu sa progression. Mais, dans la période qui a suivi, le ralentissement de la croissance a conduit à la poursuite de l'augmentation de la pauvreté qui a atteint 49% en 2008. Toujours selon les résultats de l'enquête de 2008, la pauvreté était deux fois plus importante en milieu rural qu'en milieu urbain (62,5% contre 29,5%), et à Abidjan un résident sur cinq (21%) était considéré comme pauvre.

Les estimations internationales qui utilisent des approches différentes donnent des pourcentages de personnes vivant avec moins de 1,25 \$ PPA par jour et moins de 2,00 \$ PPA par jour. Ces estimations reflètent également une augmentation de la pauvreté en Côte d'Ivoire dans les années 1980, mais les estimations données entre 1995-1998 et 2008 suggèrent une stabilisation du pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25 \$ PPA par jour (situation dite d'extrême pauvreté) autour de 25%, et du pourcentage de personnes vivant avec moins de 2,00 \$ PPA par jour au-dessous de 50%. L'estimation donnée pour 2008 : 46 % est ainsi proche de celle donnée selon la définition nationale : 48%.

Figure 34 : Évolution de la population vivant sous le seuil de pauvreté selon différentes définitions en %



Sources: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> pour les pourcentages de la population avec moins de 1,25\$ et moins de 2,00\$ PPA/jour de 1985 à 2008, et « Stratégie de Relance et de Réduction de la Pauvreté, 2009-2011, janvier 2009 », pages 6-7 pour les pourcentages de la population sous le seuil de pauvreté national de 1985 à 2008

Même si la reprise récente de la croissance en Côte d'Ivoire n'a pas encore eu d'effets sur la réduction de la pauvreté, elle constitue évidemment une bonne nouvelle. Cette reprise intervient d'ailleurs dans un contexte économique international plutôt favorable à l'Afrique. En effet, la croissance économique moyenne 2000-2013 pour l'ensemble de l'Afrique subsaharienne : +4,2 % par an, a été appréciable et plus élevée que celles de l'Amérique latine (+3,9%), de l'Amérique du Nord (+2,3%), et de l'Union Européenne (+0,9%). Elle reste cependant inférieure à celles de l'Asie de l'Est (+4,8%) et de l'Asie du Sud : 6,4%, qui est la plus élevée. Cependant, en Afrique subsaharienne, la moitié de la croissance a été absorbée par sa croissance démographique toujours forte (contre 20% en Asie), ce qui a laissé une croissance de son PIB moyen par tête plutôt modeste de 2,1% par an. Par ailleurs, comme le note le

⁶⁹République de Côte d'Ivoire (2009) : Document de Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la Pauvreté 2009-2013, Abidjan, janvier 2009 », pages 6-7

rapport 2012 de la Banque africaine de développement⁷⁰, la forte croissance économique enregistrée ces dernières années dans de nombreux pays africains a été largement tirée par les cours élevés des matières premières et elle n'a pas été « inclusive », c'est-à-dire qu'elle n'a pas profité de la même manière à tous les secteurs économiques, à toutes les régions, et à toutes les catégories de la population. En particulier, cette croissance n'a pas beaucoup profité aux jeunes qui sont restés confrontés à un chômage et à un sous-emploi important.

Il est évidemment impossible de prévoir quelle sera la croissance économique de la Côte d'Ivoire dans les décennies qui viennent. Les prévisions à court terme restent cependant optimistes. La croissance annuelle moyenne prévue par le Plan National de Développement 2012–2015 est en effet de 10%, objectif que le FMI estime réalisable mais optimiste, et qui table plutôt sur une trajectoire de croissance de 8 % par an sur la période⁷¹. Pour le plus long terme, il faut probablement tabler sur des croissances moindres. En effet, entre 1980 et 2013 (34 ans) par exemple, seulement neuf pays d'Afrique subsaharienne sur 48 ont enregistré des croissances annuelles moyennes supérieures à 5% (Guinée Équatoriale 16,9% %, Cap-Vert 7%, Botswana 6,7%, Ouganda 5,9%, Tchad 5,8%, Angola 5,7% , Éthiopie et Tanzanie 5,3%, et Burkina Faso 5%). Au niveau mondial seulement 15 pays non africains ont enregistré également des croissances annuelles moyennes supérieures à 5%. On trouve parmi ces pays la Chine 9,8%, Singapour 6,8%, le Vietnam 6,4 %, la Corée du Sud 6,3 %, l'Inde 6,2 %, la Malaisie 5,9 %, l'Indonésie 5,5% et la Thaïlande 5,4%.

Il n'est pas inutile cependant de chercher à savoir quelle pourrait être l'évolution du PIB par tête de la Côte d'Ivoire à partir de 2015 en fonction de sa croissance économique et démographique. Compte tenu de la forte croissance anticipée en 2013 et 2014 nous sommes partis d'un PIB par tête en 2015 de 1 800 dollars US (contre 1 521 dollars US en 2013) soit environ 925 000 FCFA. Puis nous avons calculé pour le futur des PIB par tête hypothétiques en combinant divers taux de croissance économique, avec les taux d'accroissement démographique trouvés avec les deux hypothèses haute et basse présentées au chapitre 3.

Les résultats obtenus indiquent qu'avec une croissance économique constante exceptionnelle sur longue période de 8 % par an le PIB par tête pourrait doubler en une douzaine d'années et tripler en près de 20 ans, avec seulement un an de différence entre l'hypothèse démographique basse (en 2033) et l'hypothèse démographique

haute (en 2034). Avec une croissance économique constante forte sur longue période de 6 % par an, le PIB par tête pourrait doubler en près de 20 ans et tripler en gros en 30 ans, mais dans ce cas, quatre ans plus tôt avec l'hypothèse démographique basse (en 2042) qu'avec l'hypothèse démographique haute (en 2046). Avec une croissance économique constante toujours forte sur longue période de 5 % par an, le PIB par tête pourrait doubler en 25 ans environ et tripler en 34 ans avec l'hypothèse démographique basse (en 2049), mais en 43 ans, soit près de 10 plus tard avec l'hypothèse démographique haute. Les résultats de ce type de projections mécaniques doivent évidemment être interprétés avec précaution. Ils indiquent cependant que, même avec des taux de croissance économique élevés sur longue période de 5% à 6% par an une augmentation significative du PIB par tête de la Côte d'Ivoire prendra quelques dizaines d'années, et qu'elle sera plus rapide si elle est combinée avec une réduction parallèle importante de la croissance démographique. On notera enfin qu'un PIB par tête de 5 400 dollars (soit près de 2 800 000 FCFA) est proche du PIB par tête en 2013 de pays comme la Thaïlande, l'Angola, l'Algérie, la Jamaïque, mais reste un peu inférieur au PIB par tête de l'Afrique du Sud qui était de 6 600 dollars US.

Cependant, la croissance du PIB et du PIB par tête ne sont pas tout, et la croissance n'est pas le développement. Le développement peut être en effet défini comme un processus endogène et cumulatif de progrès de productivité, et de réduction des inégalités à long terme⁷². C'est aussi selon le Prix Nobel d'Économie 1998 indien, Amartya Sen, un processus d'élargissement des choix des personnes qui apporte plus de liberté à tous⁷³. L'obtention d'un emploi est bien sûr l'un des pré requis pour accéder à l'élargissement des choix de chacun et à plus de liberté.

⁷⁰ Banque africaine de développement, 2012 – Perspectives économiques en Afrique en 2012 – Thème spécial : Promouvoir l'emploi des jeunes – BAD, OCDE, PNUD, CEA, 2012.

⁷¹ 2013 Fonds monétaire international, Juin 2013 : Rapport du FMI No. 13/173. Côte d'Ivoire — Plan national de développement — Note consultative conjointe <http://www.imf.org/external/french/pubs/ft/scr/2013/cr13173f.pdf>

⁷² Hugon P.: « Le post ajustement et l'après « Consensus de Washington » ou le quatrième temps de la pensée francophone en économie du développement » 1995 <http://www.gemdev.org/publications/etatdessaivours/pdf/hugon.pdf>

⁷³ AFD, 2008 – « Amartya Sen : un économiste du développement ? », sous la direction de Valérie Reboud, Notes et Documents N° 30. <https://www.afd.fr/fr/amartya-sen-un-economiste-du-developpement>

Quels impacts de la croissance démographique sur la santé ?

Le maintien d'une croissance économique forte et durable suppose également un capital humain de qualité⁷⁴. Et, la santé est, avec l'éducation, un élément essentiel du capital humain d'un pays. En effet, un état de santé satisfaisant de la population active est un facteur favorable à leur productivité et à leur contribution à l'économie. Par ailleurs, un état de santé satisfaisant des mères et des enfants, est un facteur favorable à la réussite scolaire des enfants et à la qualité du futur capital humain du pays.

Les données dont on a disposé pour apprécier l'état de santé de la population et les performances du système de santé en Côte d'Ivoire sont pour l'essentiel celles tirées des bases de données de la Banque mondiale et des Nations unies, ainsi que pour la période récente, les données de l'enquête EDS-MICS 2011-2012.

Globalement, les progrès pour réduire la mortalité générale en Côte d'Ivoire depuis 1960 ont été lents et perturbés par les crises multiples qui ont affectées le pays, la dégradation du système de santé, et l'impact du VIH/sida. Tel qu'indiqué précédemment, la Division de la population des Nations unies estime que l'espérance de vie à la naissance pour les deux sexes serait passée de 38 ans en 1960 jusqu'à un maximum de 53 ans dans les années 1980, puis aurait décliné jusqu'à 46 ans en 2002, pour reprendre ensuite sa progression et atteindre 52 ans en 2015, ce qui est un niveau faible (voir chapitre 2 figure 9). Des progrès notables dans la couverture sanitaire, le suivi des grossesses et des enfants doivent être cependant soulignés.

Concernant l'état de santé de la population, les causes de décès évitables constituent toujours en Côte d'Ivoire la majorité des causes de décès. Ces décès qui sont la conséquence de maladies infectieuses, d'un suivi prénatal insuffisant, d'une mauvaise prise en charge des accouchements et de la malnutrition représentaient en effet toujours en 2012, 61% du total des décès, contre 9% pour les décès dus à des causes accidentelles (accidents de la route, noyades, chutes, suicides etc.), et 30% pour les maladies non transmissibles (accidents cardio-vasculaires, accidents vasculaires cérébraux - AVC-, diabète, cancers). On notera cependant que la part des décès imputables aux maladies non transmissibles a sensiblement augmenté puisqu'on estime qu'elle est passée de 21% en 2000 à 30% en 2012. Cette augmentation, qui est la conséquence de l'allongement de la durée de vie signifie que le système de santé en Côte d'Ivoire doit considérer comme prioritaire la prévention et le traitement (coûteux) de ces maladies, tout en continuant à lutter contre les maladies

⁷⁴ Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances et aptitudes que possèdent les individus et qui les rend potentiellement plus productifs. Il suppose une bonne santé et résistance aux maladies de l'ensemble de la population et il s'acquiert par l'éducation et l'expérience.

transmissibles. En comparaison, les pays émergents ont éliminé la plupart des décès évitables, c'est-à-dire réalisé ce qu'on appelle la transition épidémiologique. Dans ces pays en effet, le pourcentage de décès imputables aux maladies infectieuses et autres causes associées, est aujourd'hui généralement inférieur à 20% du total des décès, et il est de 8% à Maurice et en Corée du Sud.

Par ailleurs, la malnutrition chronique, cause majeure de mortalité et de morbidité à tous les âges reste élevée, et elle a augmenté ces dernières années. Le rapport 2013 de la FAO⁷⁵ indique à ce sujet que le pourcentage de personnes souffrant de malnutrition chronique en Côte d'Ivoire est passé de 13% en 1990-1992 à 20,5 % en 2011-2013. Compte tenu de l'augmentation de la population, le nombre d'Ivoiriens souffrant de malnutrition chronique a plus que doublé, passant de 1,7 million en 1990-1992 à 4,2 millions en 2011-2013. Les données disponibles indiquent par ailleurs qu'en 2011, trois enfants sur quatre de moins de 5 ans (75%), et 57 % des femmes enceintes étaient anémiés. Mais, on estimait aussi que la moitié des femmes de 15-49 ans (48%) non enceintes étaient anémiées. Ces pourcentages élevés sont restés quasiment les mêmes depuis 1990, et on peut considérer qu'il s'agit là d'une des conséquences des années difficiles qu'a connues la population au cours de cette période. Des efforts considérables sont donc nécessaires pour assurer à tous les Ivoiriens la sécurité alimentaire et nutritionnelle qu'ils sont en droit d'espérer⁷⁶.

Le manque d'hygiène est également une cause majeure de mortalité et de morbidité à tous les âges. De ce point de vue, le pourcentage de la population ayant accès « à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité » en Côte d'Ivoire est assez élevé, mais il ne s'est pas vraiment amélioré ces dernières années. Entre 1990 et 2012, le pourcentage de personnes ayant un tel accès serait passé de 90% à 92% en milieu urbain, et de 67% à 68% en milieu rural. Toutefois, du fait de l'augmentation du pourcentage de la population vivant en milieu urbain, le pourcentage de la population totale ayant accès à une eau de qualité a augmenté, passant de 76% en 1990 à 80% en 2012. Par contraste, l'accès « à de meilleurs systèmes d'assainissement » reste très insuffisant, même s'il s'est un peu amélioré. Ainsi en 2012, seulement un Ivoirien sur trois (33 %) bénéficiait d'un tel accès en milieu urbain, contre 29% en 1990. En milieu rural, l'accès à un système d'assainissement était limité à 10% de la population en 2012, contre 7% en 1990.

⁷⁵ FAO : « L'état de l'insécurité alimentaire dans le monde : Les multiples dimensions de la sécurité alimentaire » Edition 2013, <http://www.fao.org/docrep/019/i3434f/i3434f.pdf>

⁷⁶ Selon la définition adoptée lors du Sommet mondial de l'alimentation organisé par la FAO en 1996 : « La sécurité alimentaire est assurée quand toutes les personnes, en tout temps, ont économiquement, socialement et physiquement accès à une alimentation suffisante, sûre et nutritive qui satisfait leurs besoins nutritionnels et leurs préférences alimentaires pour leur permettre de mener une vie active et saine » ftp://ftp.fao.org/es/esa/policy/briefs/pb_02_fr.pdf.

Dans ce contexte, le personnel médical et le nombre de lits d'hôpitaux reste toujours insuffisant malgré les progrès réalisés.

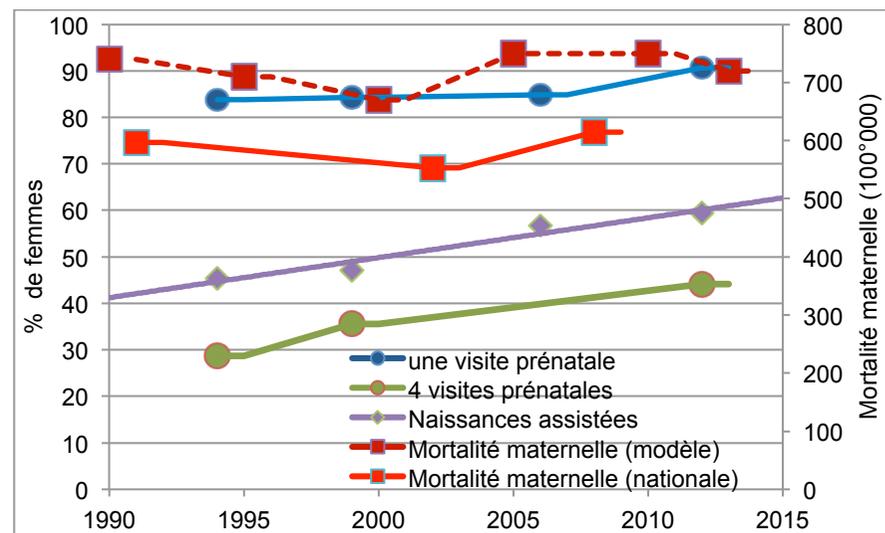
Selon les données de la Banque mondiale, la Côte d'Ivoire devait compter au moment de l'indépendance un peu plus d'une centaine de médecins. Le nombre de médecins a augmenté ensuite régulièrement, et on estimait en 2010 que la Côte d'Ivoire comptait environ 2 700 médecins, soit 24 fois plus qu'en 1960. Mais, la population ayant été multipliée par cinq entre ces deux dates, le nombre d'habitants par médecin, près de 7 000 en 2010, restait 2 à 3 fois plus élevé que dans les pays émergents où on compte un médecin pour 2 000 à 3 000 habitants. La Côte d'Ivoire comptait aussi en 2010, 9 200 infirmiers et sages-femmes correspondant à un infirmier et une sage-femme pour un peu plus de 2 000 habitants. Dans les pays émergents le ratio infirmier et sage-femme par habitant est moindre, de 500 à 1 500 habitants. Enfin, la Côte d'Ivoire comptait en 2006, un lit d'hôpital pour 2 500 habitants, soit un ratio 2,5 à 5 fois plus élevé que ceux observés dans les pays émergents où ces ratios sont d'un lit pour 500 à 1 000 habitants. Ces indicateurs, sont évidemment variables selon le lieu (urbain ou rural) et la région de résidence. Ils révèlent toutefois l'importance des efforts qui restent à accomplir globalement pour arriver à une meilleure couverture sanitaire de la population.

La santé de la reproduction recouvre de nombreuses composantes telles que la santé maternelle et infantile, les maladies sexuellement transmissibles, l'épidémie du SIDA, la stérilité, les soins post-avortements, les cancers liés à la reproduction etc. Nous nous limiterons ici à la santé des mères et des enfants (suivi prénatal, assistance à l'accouchement, suivi postnatal et vaccinations), et aux facteurs de risques qui expliquent, en partie, le maintien de taux élevés de mortalité maternelle, de mortalité des enfants et de malnutrition.

Concernant le suivi des grossesses, le pourcentage de mères ayant eu au moins une visite prénatale est élevé. Il était déjà de 84% en 1994, et il est passé à 91% en 2012 (figure 35). Le pourcentage de mères ayant eu les quatre visites prénatales recommandées a également augmenté puisqu'il est passé de 29% en 1994 à 44% en 2012, mais ce taux est toujours très insuffisant. Le pourcentage de femmes ayant bénéficié de l'assistance d'un personnel de santé qualifié – médecin, infirmier, sage-femme ou sage-femme auxiliaire – lors de leur accouchement est aussi relativement élevé et continue de progresser. Il est passé de 45% au cours des cinq années précédant l'enquête de 1994, à 59% au cours des cinq années précédant l'enquête de 2011-2012, c'est-à-dire entre 2007 et 2011. Toujours entre 2007 et 2011, 41% des mères avaient accouché à domicile, 53 % dans une structure de santé publique et 4% dans une structure privée. Cependant, en 2010-2012 un pourcentage élevé de mères, 70%, avaient reçu les premiers soins postnatals recommandés dans les deux jours suivant leur accouchement, ceci afin de réduire les risques de décès maternels et de

nouveau-nés. Au total, toutes les mères ne bénéficient pas encore d'un suivi prénatal complet, d'une prise en charge adéquate de leur accouchement, et des soins postnatals, ce qui peut être problématique lorsqu'il s'agit de grossesses et d'accouchements à risques qui, comme on le verra, sont nombreux.

Figure 35 : Pourcentage de femmes enceintes ayant eu des soins prénataux, assistées à leur accouchement par du personnel qualifié, et estimations des rapports de mortalité maternelle 1990-2013.



Source: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators> et EDS-MICS 2011-2012

Malgré ces avancées, les taux de mortalité maternelle estimés pour la Côte d'Ivoire restent très élevés. On doit souligner cependant que les données dont on dispose à ce sujet sont fragiles, en dépit du fait que ce taux mesure les progrès réalisés pour atteindre la cible 5a de l'OMD 5, à savoir la réduction de trois quarts entre 1990 et 2015 du taux de mortalité maternelle.

On dispose en effet pour apprécier les niveaux de mortalité maternelle de deux types d'estimations : les estimations dites nationales basées sur les données collectées sur la survie des sœurs des enquêtées (selon la méthode dite de sœurs) au cours des sept

années précédant les enquêtes, et les estimations « par modèle » entre 1990 et 2013 calculées à partir de modèles de régression⁷⁷,

La limite des estimations nationales tient au fait qu'elles sont estimées à partir d'un petit nombre de décès (120 décès de sœurs des enquêtées par exemple dans l'EDS-MICS 2011-2012), ce qui fait que les rapports de mortalité maternelle exprimés pour 100 000 naissances vivantes qui sont publiés comportent un intervalle de confiance très important, ce qu'on oublie souvent de mentionner. Le rapport de mortalité maternelle donné par l'EDS-MICS 2011-2012 pour la période 2005-2011 de 614 pour 100 000 naissances vivantes se situe ainsi en fait entre 445 et 783 pour 100 000 naissances vivantes. Celui donné par l'EIS de 2005⁷⁸ : 543, se situe en fait entre 321 et 766 pour 100 000 naissances vivantes. Et celui donné par l'EDS de 1994 : 597, se situe en fait entre 414 et 781 pour 100 000 naissances vivantes. Comme on peut le constater, les intervalles de ces estimations se chevauchent, et sur l'ensemble de la période, aucune tendance ne se dégage. Il semble donc que la mortalité maternelle soit plus ou moins restée au même niveau élevé au cours des 20 dernières années. On notera aussi que si on applique aux quelques 800 000 naissances estimées pour 2015, le rapport de mortalité maternelle donné par l'EDS-MICS 2011-2012, le nombre de décès maternels correspondant est d'environ 5 000 décès (ou entre 3 500 et 6 000 décès maternels si on tient compte comte de l'intervalle de confiance).

Les limites des rapports de mortalité maternelle estimés par modèle, tiennent à leur mode de calcul, mais l'avantage de ces estimations est qu'elles sont disponibles pour la plupart des pays du monde. Ainsi, le rapport de mortalité maternelle estimé par modèle pour la Côte d'Ivoire en 2013 : 720 pour 100 000 naissances vivantes, classe la Côte d'Ivoire parmi les dix pays ayant la plus forte mortalité maternelle au monde, avec un rapport de mortalité maternelle 10 à 30 fois plus élevé que ceux calculées pour les pays émergents.

Concernant la mortalité des enfants, la Division de la population des Nations unies estime que le taux de mortalité des enfants avant 5 ans et le taux de mortalité infantile ont été divisés par deux entre 1970 et 2015, malgré un ralentissement de la baisse dans les années 1980 et 1990 (figure 36).

⁷⁷ Le taux de mortalité maternelle correspond au nombre de femmes qui meurent de causes liées à la grossesse pendant la grossesse ou dans les 42 jours suivant la fin de la grossesse pour 100.000 naissances vivantes. Les niveaux de mortalité maternelle dit « par modèle » sont estimés pour divers pays du monde grâce à un modèle de régression utilisant les informations sur la proportion de décès maternels parmi les décès non liés au Sida chez les femmes âgées de 15-49 ans, la fécondité, les accoucheuses et le PIB. <http://databank.worldbank.org/data/views/variableSelection/selectvariables.aspx?source=world-development-indicators#>

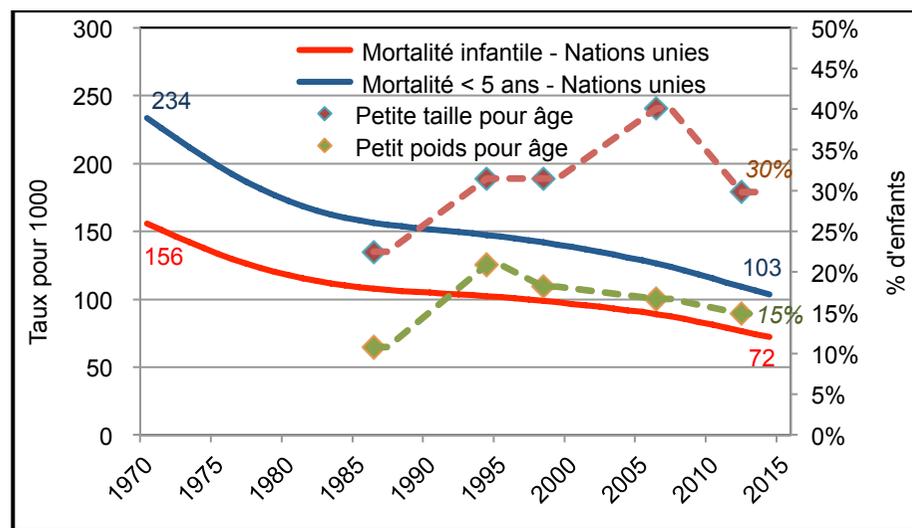
⁷⁸ Enquête sur les Indicateurs du Sida en Côte d'Ivoire 2005

Les taux estimés en 2015 : 72 pour 1000 enfants nés vivants pour la mortalité infantile et 103 pour 1000 enfants nés vivants pour la mortalité avant 5 ans, restent cependant élevés. Ils signifient qu'un enfant ivoirien sur 14 meurt avant un an, et qu'un enfant sur 10 meurt avant 5 ans, ce qui explique en partie la faiblesse actuelle de l'espérance de vie à la naissance du pays⁷⁹. Ces niveaux toujours élevés de mortalité chez les enfants et leur importance numérique (les moins de 5 ans représentent 15 % de la population totale en 2015) expliquent l'importance démesurée des décès d'enfants dans le total des décès. C'est ainsi que selon les projections réalisées dans cette étude, les décès d'enfants de moins de 5 ans en 2015 (122 000 décès) représentent 40% du total des 300 000 décès estimés pour l'année. Dans des pays comme la Corée du Sud et la Tunisie qui ont achevé en 40-50 ans leur transition démographique (avec à la fois des baisses de leurs niveaux de mortalité et de fécondité), les décès d'enfants de moins de 5 ans ne représentent plus que 1 % à 3 % du total des décès (et les décès des personnes de 60 ans et plus, 80 à 90 %).

La diminution de la mortalité des enfants s'explique largement par l'extension rapide de la couverture vaccinale depuis le milieu des années 1980. Le pourcentage d'enfants ayant reçu les trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (le DTC) serait passé de 19% en 1984 à 88% en 2013. De même, le pourcentage d'enfants vaccinés contre la rougeole serait passé de 31% en 1984 à 74 % en 2013. Par ailleurs en 2012, 83% des enfants étaient vaccinés contre la tuberculose (BCG), et 91 % contre la poliomyélite. Ces résultats sont appréciables, mais la couverture n'est pas encore complète. Ainsi en 2012, seulement un enfant sur deux (51%) avait reçu toutes les vaccinations du Programme élargi de vaccination (PEV). A nouveau ces taux sont variables selon le milieu (urbain rural) et la région de résidence.

⁷⁹ L'espérance de vie à la naissance est la moyenne des années vécues par une cohorte fictive soumise aux conditions de mortalité d'une année ou d'une période donnée. Ainsi, plus la mortalité aux jeunes âges est élevée, plus l'espérance de vie à la naissance est basse, et inversement.

Figure 36 : Évolution des taux de mortalité infantile et à moins de 5 ans et de la malnutrition des enfants en Côte d'Ivoire depuis 1970.



Sources: United Nations 2013, WPP 2012 <http://esa.un.org/wpp/Excel-Data/Interpolated.htm> et World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

La persistance parmi les enfants survivants de pourcentages élevés de malnutrition (qui est aussi une cause de décès), est un autre sujet majeur de préoccupation souvent négligé. Un enfant ivoirien sur six (15%) avait toujours en 2012 un petit poids par rapport à son âge. Ce « petit poids » peut être la conséquence de facteurs passagers, comme une maladie récente de l'enfant, mais aussi de facteurs plus permanents, comme une alimentation insuffisante ou inadaptée, notamment parmi les familles pauvres. Le pourcentage d'enfants de petite taille par rapport à leur âge est le double du précédent. Il touchait en 2012 près d'un enfant ivoirien sur trois (30%). Cette situation est extrêmement préoccupante. En effet, la petite taille par rapport à l'âge, ou retard de croissance, également appelé « malnutrition chronique », est révélatrice de problèmes majeurs de malnutrition et de santé rencontrés par l'enfant, notamment entre 6 et 24 mois. Ce retard de croissance a des conséquences à long terme très graves, car selon plusieurs études, il affecte négativement les capacités cognitives des enfants concernés et leur état de santé jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance en taille est donc susceptible d'avoir des effets négatifs

considérables et durables sur la productivité des économies et le bien-être des citoyens⁸⁰.

La persistance jusqu'en 2012 de taux élevés de mortalité maternelle et de mortalité des enfants, et de pourcentages importants d'enfants souffrant de retard de croissance est imputable à la fois aux faibles performances du système de santé, mais aussi à l'importance des grossesses à risques associées à la fécondité toujours élevée qui prévaut en Côte d'Ivoire.

Une grossesse à risques est une grossesse qui se développe dans des conditions difficiles et fait courir des risques à la santé de la mère et/ou de l'enfant à naître. On parle de grossesses à risques lorsque la future mère présente un terrain à risques, par exemple lorsqu'elle est très jeune ou relativement âgée, qu'elle présente des antécédents obstétricaux, suite notamment à des grossesses nombreuses et/ou rapprochées, ou encore lorsqu'elle souffre d'une maladie chronique (comme le diabète, l'hypertension artérielle, etc.). Ces grossesses doivent donc être suivies de près, davantage que les autres grossesses, ce qui n'est pas encore le cas pour la majorité des femmes enceintes en Côte d'Ivoire, puisque moins de la moitié d'entre elles (44 % en 2012) ont eu les quatre visites prénatales recommandées.

Les enquêtes « Démographique et de Santé » (EDS) définissent à partir des caractéristiques des naissances survenues au cours des 5 années précédant l'enquête, les naissances issues de grossesses à risques du fait de quatre facteurs comportementaux. Il s'agit⁸¹ :

- des naissances de mères ayant accouché avant 18 ans (naissances précoces),
- des naissances survenues moins de 24 mois après l'accouchement précédent (naissances rapprochées),
- des naissances de mères ayant accouché après 35 ans, (naissances tardives),
- des naissances de mères ayant déjà accouché d'un enfant de rang 4 ou plus (naissances nombreuses).

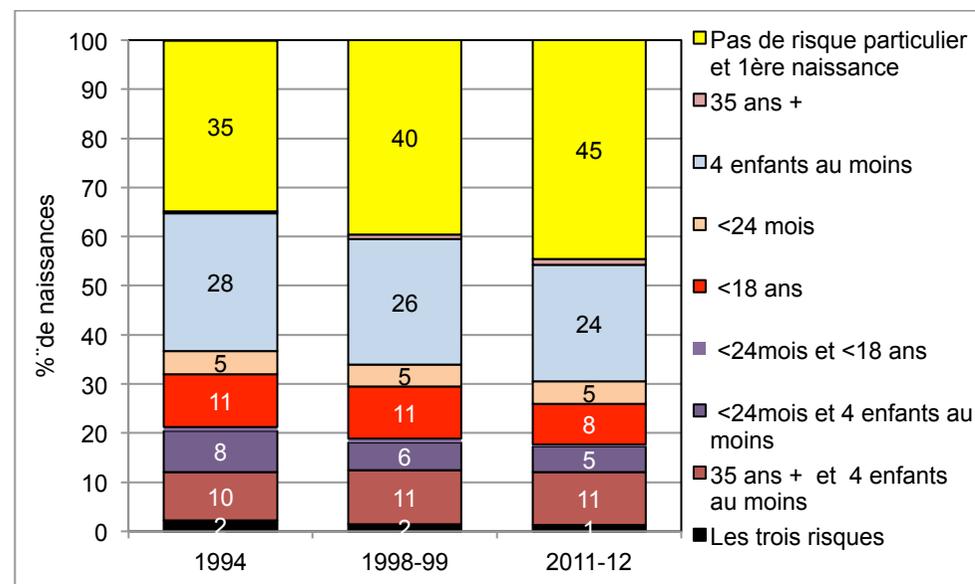
⁸⁰ Voir www.worldbank.org/adi, « Indicateurs du Développement en Afrique, 2010, Banque mondiale », p. 14.

⁸¹ « Guide To DHS Statistics » - Demographic and Health Surveys Methodology” – by Shea Oscar Rutstein, Ph.D, Guillermo Rojas, M.C.S., M.A.- Demographic and Health Surveys ORC Macro, Calverton, Maryland 168 pages September 2006 . Voir High -Risk Fertility Behavior Risk Ratios, page 98-99. http://dhsprogram.com/pubs/pdf/DHSG1/Guide_to_DHS_Statistics_29Oct2012_DHSG1.pdf

Les grossesses et les naissances de rang 2 ou 3 chez les mères âgées de plus de 18 ans et de moins de 35 ans au moment de leur accouchement sont considérées comme ne présentant pas *a priori* de risques particuliers. Et le risque associé à la première naissance chez les mères âgées de plus de 18 ans et de moins de 35 ans au moment de leur accouchement est considéré comme inévitable, mais ces grossesses doivent être correctement suivies.

En appliquant ces définitions aux données des enquêtes réalisées en Côte d'Ivoire en 1994, 1998-1999 et 2011-2012, on trouve que le pourcentage de naissances associées à un ou plusieurs risques a légèrement diminué passant de 65% en 1994 à 55 % en 2011-2012 (figure 37). En 2011-2012, 37% des naissances étaient le résultat de grossesses associées à un seul risque, et 18% de grossesses associées à plusieurs risques. Sur le total de 786 000 naissances estimées en 2015, ceci correspond à 440 000 naissances associées à des grossesses à risques (300 000 associées à un seul risque, et 140 000 associées à plusieurs risques).

Figure 37 : Évolution du pourcentage de grossesses à risques selon le type de risque entre 1994 et 2011-2012



Source : Enquêtes EDS Côte d'Ivoire, STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

Les risques combinés les plus importants étaient en 2011-2012 ceux associant une parité élevée (4 enfants et plus) et l'âge tardif (35 ans et plus). Venait ensuite le risque

combinant une parité élevée et un intervalle intergénéral trop court. Le risque simple le plus fréquent était celui lié à la parité élevée, suivi par le risque associé aux naissances précoces (avant 18 ans) qui représentaient encore en 2011-2012, 8% du total des naissances. Au total cependant, la parité élevée et l'âge tardif, combinés au non, constituent les deux facteurs de risque les plus importants, et concernaient le tiers (34%) de l'ensemble des naissances. Venaient ensuite, l'intervalle trop court, et à nouveau la parité, qui combinés au non, concernaient 10% des naissances.

Ces résultats soulignent l'importance de la sensibilisation en direction des multipares sur les risques importants associés à de futures grossesses tardives et à parité élevée, tout en continuant à sensibiliser les adolescentes pour éviter les grossesses précoces et/ou non désirées, y compris parmi les adolescentes déjà mariées.

En résumé, le fait que les causes de décès évitables constituent toujours en Côte d'Ivoire la majorité des causes de décès, l'importance de la malnutrition chronique, l'absence de baisse de la mortalité maternelle au cours des 20 dernières années, la persistance de taux de mortalité élevés des enfants avant un an et avant cinq ans soulèvent plusieurs problèmes, dont celui de l'importance des moyens consacrés au secteur santé, de l'utilisation de ces moyens, et de la qualité des services en santé.

Les données disponibles à ce sujet indiquent clairement que globalement les dépenses publiques consacrées au secteur santé sont insuffisantes.

La part des dépenses publiques en santé (qui comprennent les dépenses récurrentes et en capital de l'État (y compris les emprunts et les dons extérieurs) n'était en effet en 2012 que de 8%. Ce pourcentage représente la moitié de l'engagement pris par les gouvernements africains à Abuja au Nigéria en 2000 et réaffirmé en 2010, d'allouer au moins 15% de leurs budgets nationaux au secteur de la santé.

Ce faible engagement n'est pas nouveau et remonte en fait à la fin des années 1990. Il a pour conséquence que les dépenses publiques en santé ne couvrent en gros que le quart (27,5% en 2012) du total des dépenses en santé du pays. Ce sont donc les ménages qui supportent l'essentiel des dépenses de santé. C'est ainsi qu'en moyenne en 2010-2011-2012, près de 60% des dépenses de santé ont été directement payées par les patients. Ces dépenses étaient estimées en 2012 à environ 45 000 FCFA par habitant, soit 88 dollars US, ce qui reste faible. On doit noter cependant qu'elles ont quasiment doublé en valeur réelle entre 2002 et 2012.

Suite à cette augmentation, la part des dépenses consacrées à la santé dans le PIB qui était de 7,1% en 2012 a retrouvé son niveau moyen des années 1995-1999, après être descendu à 5% en moyenne entre 2001 et 2005. Mais, outre que le financement majoritaire de ces dépenses est à la charge des ménages, le pourcentage financé par des sources extérieures (organisations internationales, partenaires bilatéraux, organisations non gouvernementales étrangères) a fortement augmenté ces dernières

années puisqu'il est passé de 3% à la fin des années 1990, à 10% en moyenne en 2010-2011-2012.

La Côte d'Ivoire sera donc confrontée dans les 20 prochaines années à des défis importants pour améliorer la qualité de son capital humain en santé, c'est-à-dire arriver à un état de santé et à un état nutritionnel satisfaisant des mères et des enfants et de l'ensemble de la population. Il faudra à la fois améliorer la couverture sanitaire, s'assurer du bon fonctionnement des structures de santé, et améliorer la qualité des soins dispensés. Or, le financement actuel des dépenses de santé ne semble pas satisfaisant. Non seulement, il paraît insuffisant, mais la part supportée par les familles reste trop élevée. Compte tenu de l'importance des maladies transmissibles qui touchent surtout les jeunes enfants, toujours très nombreux, de la fécondité élevée, et de l'importance des grossesses à risques, les dépenses de santé pour les femmes et les enfants représentent peut-être aujourd'hui près de la moitié du total des dépenses du secteur. La poursuite de ces tendances n'est guère soutenable, d'autant plus que le nombre de cas de maladies non transmissibles (accidents cardio-vasculaires, diabète, cancers) va s'accroître. L'intensification des actions de prévention constitue l'une des réponses à ces défis. Mais l'anticipation des tensions à venir, à court, moyen, et long terme, est également indispensable. De ce point de vue, il sera moins difficile de gérer une situation dans laquelle le nombre de grossesses et les effectifs de jeunes se stabilisent, qu'une situation dans laquelle ils continueront d'augmenter fortement.

Au total, au-delà de la reconnaissance de l'importance d'avoir une population en bonne santé, il conviendra donc d'anticiper à partir d'objectifs réalisables et de données sûres les coûts correspondants aux objectifs retenus.

Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?

L'éducation est avec la santé, l'autre élément essentiel du capital humain⁸². De ce point de vue, on peut dire que la Côte d'Ivoire, en dépit des crises qu'elle a connues a pu maintenir une certaine progression des niveaux d'éducation de ses citoyens. Néanmoins, des efforts soutenus sont encore nécessaires pour que tous les actifs sachent lire et écrire, et pour que la Côte d'Ivoire puisse atteindre des niveaux d'éducation secondaire et universitaires comparables à ceux observés aujourd'hui dans les pays émergents.

On doit noter d'abord que les données de la Banque mondiale dont on dispose pour la Côte d'Ivoire fin 2014 (en particulier les taux par rapport à la population : taux de scolarisation et autres), devront être révisés lorsque les résultats du recensement de 2014 seront disponibles, notamment les résultats par âge détaillé.

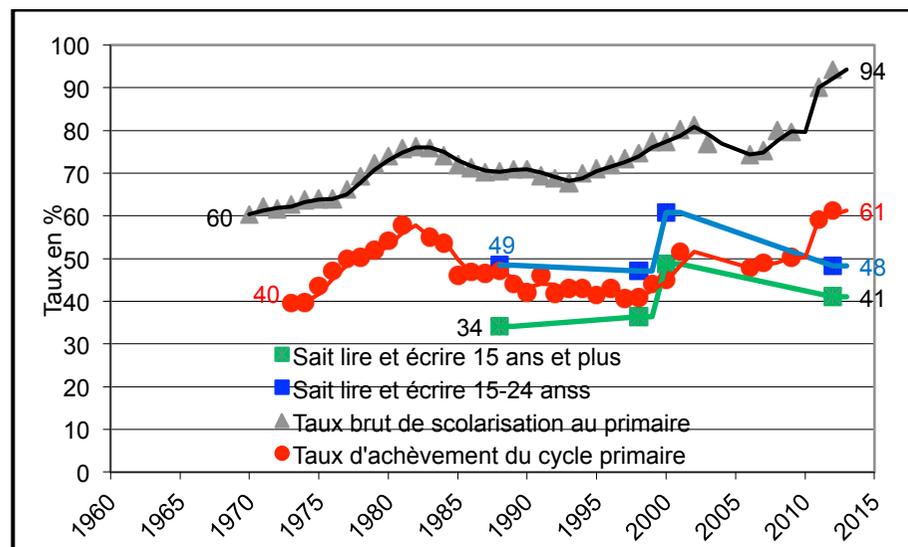
Partant de niveaux relativement plus élevés que d'autres pays de la sous-région au moment de l'indépendance, le pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) résidant en Côte d'Ivoire sachant lire et écrire serait passé de quelques 20-30 % dans les années 1960 à 41% en 2012 (figure 38). Chez les jeunes de 15-24 ans, ce pourcentage serait passé de 30-40 % dans les années 1960 à 48% en 2012. Ces progressions sont surtout le résultat des efforts récents consentis par la Côte d'Ivoire pour continuer à accroître le niveau d'éducation de la population après les reculs enregistrés dans les années 1980, puis à nouveau dans les années 2000.

Ainsi, entre 1960 et 2012, le taux brut de scolarisation au primaire aurait effectivement progressé d'environ 50% en 1960 (60% en 1971) à 94% en 2012. Cependant, le taux net de scolarisation⁸³ au primaire est resté au cours des trente dernières années inférieures d'une vingtaine de points au taux brut, puisqu'il était estimé en 2009 à 62% contre 80% pour le taux brut.

⁸² Le capital humain a aussi été défini comme le nombre d'années d'éducation pondéré par le niveau atteint. Ce nombre était en 2003 de 21 ans aux États-Unis, 16 ans en Grande-Bretagne, et 17 ans au Japon. Voir Maddison A., 2005 – *Growth and Interaction in the World Economy. The Roots of Modernity*, 2005, op. cit.

⁸³ Le taux brut de scolarisation au primaire est le rapport entre l'ensemble des élèves scolarisés au primaire, quel que soit leur âge et les enfants ayant l'âge normal requis, soit 6 à 11 ans. Il inclut donc les élèves « en retard », c'est-à-dire ayant dépassé l'âge normal (et en avance). Le taux net de scolarisation est le rapport entre les élèves ayant de 6 à 11 ans et l'ensemble des enfants scolarisables du même âge. Il n'inclut donc pas les élèves « en retard » ou en avance.

Figure 38 : Évolution des taux d'alphabétisation et de scolarisation, 1960-2012



Source: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Les résultats de l'enquête emploi 2012 donnent cependant des taux plus élevés. Ils donnent en effet un taux brut de scolarisation au primaire en 2012 de 110%, et un taux net de 75%, soit un écart de 35 points. Ces données soulignent l'ampleur du retard scolaire imputable à une entrée tardive au cours préparatoire et à l'importance des redoublements, les redoublants représentant environ 20% du total des effectifs scolarisés. Mais, les résultats de l'enquête emploi 2012 mettent aussi en évidence, l'ampleur du travail des enfants. De fait, pour venir en aide à leurs parents, de nombreux enfants, en milieu rural comme en milieu urbain, combinent la fréquentation de l'école et l'exercice d'une activité ou encore ont abandonné l'école. Le nombre d'enfants de moins de 14 ans exerçant une activité économique était estimé en 2012 à 304 000, ce qui correspondrait à environ 12% des enfants âgés de 10 à 14 ans. Le travail des enfants est à la fois une cause et une conséquence des abandons de l'école qui restent nombreux. On estimait en 2012, que 39% des élèves du primaire n'achevait pas le cycle, ce qui reste considérable, même si le taux d'achèvement du cycle a progressé ces dernières années.

La Côte d'Ivoire était donc encore loin en 2012, de l'objectif d'un taux net de scolarisation dans le primaire égal à 100 % en 2015, tel que défini dans l'Objectif du Millénaire numéro 2 (Cible 2A, indicateur 2.1)⁸⁴.

Ces résultats insuffisants ont plusieurs causes, parmi lesquels il faut citer un ratio élèves / enseignant au primaire qui reste trop élevé : 44 élèves par enseignant en moyenne depuis 2000, soit environ deux fois plus que les ratios enregistrés dans la plupart des pays émergents (où ils se situent entre 15 et 30 élèves par maître). Le développement de l'enseignement pré-primaire est susceptible d'améliorer à terme les performances au niveau de l'enseignement primaire, mais il ne concernait en 2012 en Côte d'Ivoire que 5,4% des enfants de 3 à 5 ans, et ce surtout en milieu urbain. Toutefois, l'enseignement pré-primaire progresse rapidement puisque ce taux a doublé depuis 2000.

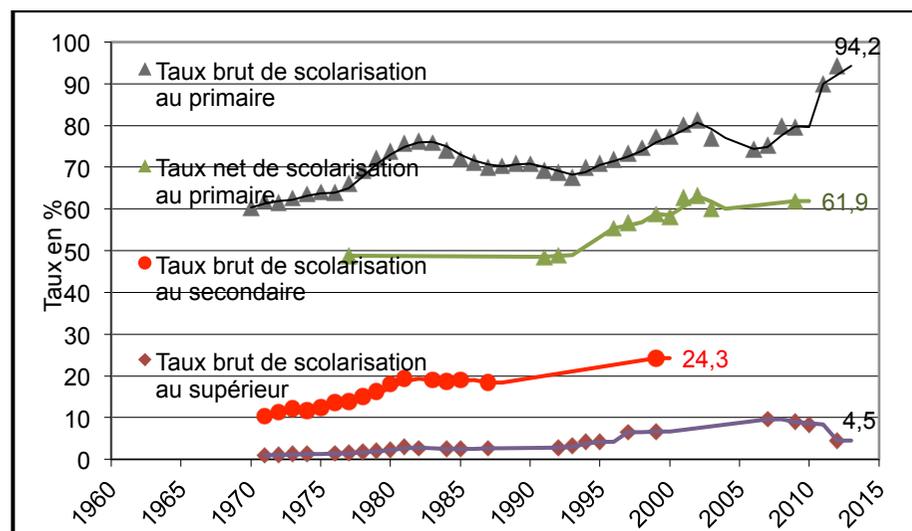
La progression de la scolarisation aux niveaux secondaire et supérieur peut être également appréciée au travers l'évolution des taux de scolarisation. Le taux brut de scolarisation au secondaire qui était de 10% en 1971 serait passé à 24% en 1999 (figure 39) et à 55% en 2012 selon les résultats de l'enquête emploi.

Dans l'enseignement supérieur, le taux brut de scolarisation a progressé globalement de 1% en 1971, à 4,6% en 2012. Mais, comme dans le cas du primaire et du secondaire, son évolution a été perturbée dans les années 1980 et 2000. C'est ainsi qu'alors que le taux brut de scolarisation était d'environ 6,5% à la fin des années 1990, il serait passé par un maximum de 9,6% en 2007, pour décroître ensuite et se situer à 4,5% en 2012. L'offre dans l'enseignement supérieur en Côte d'Ivoire est toutefois importante, puisque selon le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESR), le pays comptait en 2006-2007 42 établissements publics dont trois universités, et 143 établissements privés, dont 17 universités et 126 grandes écoles, la plupart concentrés dans le District d'Abidjan⁸⁵. Parmi les quelques 160 000 étudiants que comptait alors le pays, 90% étaient inscrits dans des établissements sous tutelle du MESR. Malgré une offre importante donc, le taux de scolarisation dans le supérieur en Côte d'Ivoire, près de 5% en 2012, restait particulièrement faible, puisqu'il était au minimum cinq fois moindre que celui des pays émergents où il se situait entre 25% et 60%.

⁸⁴ AFDB « Objectifs du Millénaire pour le développement, 2011. 150. ». Annexe 1 : Liste des indicateurs associés aux OMD <http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Annexe%20Fr%20MDG2011.pdf>

⁸⁵ Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESR) - Site officiel du Ministère. http://www.enseignement.gouv.ci/index.php?open=le_ministere

Figure 39 : Évolution des taux bruts et des taux nets de scolarisation dans l'enseignement primaire, secondaire et supérieur, 1960-2012



Source: World Development Indicators » <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>

Les taux de scolarisation ont donc progressé à tous les niveaux depuis l'indépendance. Ceci doit être souligné, car cette progression a nécessité la mobilisation de moyens d'autant plus importants que les effectifs scolarisables, de 6 à 18 ans par exemple, ont été multipliés par près de six fois depuis 1960. Mais comme on vient de le voir, il reste encore beaucoup à faire.

Concernant les écarts défavorables en matière de scolarisation des filles, des progrès importants ont été également réalisés. Ainsi en 2012, les filles représentaient au niveau primaire pas loin de la moitié (46%) de l'ensemble des enfants scolarisés contre 37% dans les années 1970. Au niveau secondaire, les filles représentaient 40% des enfants scolarisés contre 22 % au début des années 1970. Au niveau supérieur, le taux brut de scolarisation des filles était, toujours en 2012, de 3,9% contre 5,0% pour les garçons, ce qui signifie que les filles représentaient plus de 40% des étudiants. Les progrès à ce niveau ont été spectaculaires. En effet, alors qu'au début des années 1970 on comptait environ cinq étudiants pour une étudiante, ce ratio est passé à trois étudiants pour une étudiante au milieu des années 1990, et en 2012, les effectifs des étudiants n'étaient plus que d'environ 30% supérieurs aux effectifs des étudiantes.

Le corps enseignant restait cependant très largement dominé par les hommes. En 2012, 76 % des enseignants étaient des hommes au niveau primaire, et 90% au niveau supérieur (il n'y pas de données pour le niveau secondaire). Cette prépondérance des hommes et de leur « pouvoir » au sein du système éducatif ivoirien doit être réduite, car elle est susceptible de constituer un obstacle à un changement des normes et valeurs concernant la place des femmes dans la société et la promotion de l'égalité des genres.

On doit souligner que les deux avancées notées précédemment : l'augmentation des taux de scolarisation et la réduction des écarts entre garçons et filles en Côte d'Ivoire et dans la région s'expliquent en partie par la forte mobilisation ces dernières années au niveau national et international en faveur de l'éducation et en particulier de l'éducation des jeunes filles. Cependant, dans de nombreux pays africains, le sentiment dominant est que cette mobilisation s'est faite au détriment de la qualité de l'enseignement qui s'est fortement dégradée, les systèmes scolaires n'arrivant plus à gérer les flux massifs d'élèves à tous les niveaux. Le maintien d'une qualité acceptable des enseignements dispensés constitue ainsi un défi supplémentaire posé au secteur éducatif. Dans ce contexte, certains parents espèrent assurer une meilleure éducation à leurs enfants en les scolarisant dans le secteur privé, mais cette option est limitée aux parents qui en ont les moyens. En 2012, les établissements du secteur privé scolarisaient en Côte d'Ivoire 12 % des élèves au niveau primaire, pourcentage qui a peu varié depuis le début des années 1980. Le pourcentage d'enfants scolarisés dans le secteur privé au secondaire devrait être plus important, mais nous n'avons trouvé à ce sujet qu'une seule estimation : 36%, donnée pour 1999.

Les divers dysfonctionnements du système éducatif ivoirien ont fait l'objet de plusieurs analyses, notamment en 2005, 2009 et 2012. Le rapport sur le Système Éducatif Ivoirien de 2005⁸⁶, fait un état des lieux du fonctionnement, du financement, et du rendement du système éducatif pendant une période fort troublée. Il souligne en particulier la nécessité d'améliorer les conditions d'enseignement, la qualité des services éducatifs rendus, et la gestion du système. Il appelle à « refonder le système éducatif national, dans un cadre financier et budgétaire tenable à moyen terme » et recommande l'adoption d' « une gestion fondée sur les résultats et qui serait décentralisée ». L'analyse sur l'exclusion scolaire en Côte d'Ivoire réalisée par

⁸⁶ « Côte-d'Ivoire. Rapport d'Etat du Système Educatif Ivoirien »: Eléments d'analyse pour instruire une politique éducative nouvelle dans le contexte de l'EPT et du .PRSD. Banque mondiale septembre 2005, 108 pages http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPEUCATION/Resources/444659-1210786813450/ED_CSR_Cote_d_Ivoire_fr.pdf. Cette étude fait partie des Rapports d'Etat sur les Systèmes Educatifs Nationaux (RESEN) préparés par la Banque Mondiale avec les équipes nationales dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne

l'UNICEF à partir des données de l'Enquête auprès des ménages de 2008⁸⁷, met quant à elle l'accent sur la scolarisation des enfants de 6 à 24 ans par âge détaillé, le parcours des enfants scolarisables au primaire et au secondaire, et les principaux facteurs d'exclusion scolaire. L'enquête emploi de 2012, fournit à ce sujet une analyse sommaire actualisée des raisons de la déperdition scolaire au primaire et au secondaire. Selon cette analyse les principales raisons de l'importante déperdition scolaire qui prévaut toujours en Côte d'Ivoire sont dans l'ordre : « l'impossibilité financière des parents » suivie par « l'échec scolaire », puis par le souhait « d'apprendre un travail » (une raison certainement liée aux deux précédentes).

Pour résumer, malgré les progrès réalisés, les niveaux d'éducation de la population ivoirienne sont toujours insuffisants. Les auteurs du rapport de l'enquête de l'emploi de 2012 soulignent à ce sujet à partir de leurs résultats que « L'examen de la scolarisation et de l'alphabétisation en français des individus de 15 ans et plus met en évidence un niveau globalement moyen de la dotation en capital humain de la population ivoirienne, mais avec d'importantes disparités non seulement suivant le sexe, mais aussi suivant les régions et le milieu de résidence ». Le rapport ajoute que « près de la moitié (48,2%) de la population ivoirienne n'a aucun niveau d'instruction et seulement 21,3% ont atteint un niveau d'études secondaire ou plus ». Et, on peut rappeler ici qu'en Côte d'Ivoire, la durée moyenne des études en nombre d'années de scolarité est de 8,3 années parmi les actifs occupés (contre 21 ans aux États-Unis, 16 ans en Grande-Bretagne, et 17 ans au Japon⁸⁸).

Pourtant, contrairement à la santé, les moyens consacrés à l'éducation sont importants, et ils devront l'être encore plus dans les années à venir, ce qui pose le problème de l'utilisation efficiente de ces ressources et de la gouvernance du système.

Selon les données de la Banque mondiale l'ensemble des dépenses publiques consacrées à l'éducation a représenté en moyenne entre 2000 et 2008 (dernière année publiée), 22% des dépenses de l'État (et 4,2% du PIB). Les dernières données disponibles sur le coût par élève sont malheureusement anciennes et portent sur l'année 1999. Elles permettent cependant de se faire une idée des différences de coût par élève selon les niveaux. En 1999 le coût par élève représentait 14% du PIB par tête pour les élèves du primaire (soit 68 000 FCFA), 40% pour les élèves du secondaire (soit 196 000 FCFA), et 137% par étudiant du supérieur (soit 671 000 FCFA). Si on applique ces pourcentages au PIB par tête de la Côte d'Ivoire de 2013, on arrive à une estimation des coûts par élève en 2013 de 105 000 CFA (159 euros)

⁸⁷ « L'exclusion scolaire - Côte-d'Ivoire », analyse à partir de l'« Enquête sur le Niveau de Vie des ménages (ENV 2008). UNICEF <http://www.unicef.org/wcaro/french/CoteIvoire.pdf>

⁸⁸ Maddison A. – Growth and Interaction in the World Economy. The Roots of Modernity, 2005, op. cit.

pour le primaire, 302 000 FCFA (461 euros) pour le secondaire, et 1 030 000 (1 570 euros) pour le supérieur. Ces données signifient que le coût d'un élève au secondaire était (en 1999) 2,9 fois plus élevé qu'au primaire, et que le coût d'un étudiant au supérieur était 3,4 fois plus élevé qu'au secondaire, et 10 fois plus élevé qu'au primaire. Or, dans les prochaines années les besoins en financement vont surtout concerner l'enseignement secondaire et supérieur, ainsi que l'enseignement professionnel.

A partir des données précédentes sur les taux de scolarisation et les coûts par élève, on peut estimer en gros qu'actuellement parmi l'ensemble des élèves/étudiants scolarisés 75% le sont dans le primaire, 25% dans le secondaire et 5% au niveau supérieur. Mais, compte tenu des différences de coût par élève, les dépenses totales en matière d'éducation devraient se répartir en gros en 40% pour le niveau primaire, 45% pour le niveau secondaire et 15% pour le niveau supérieur.

A l'horizon 2030, on pourrait par exemple se fixer comme objectif pour le primaire de réduire les retards et d'avoir 100% (taux net) des enfants de 6 à 11 ans scolarisés (contre peut-être être 80% aujourd'hui). Ensuite, on pourrait se fixer comme objectif pour le secondaire d'avoir comme dans les pays émergents au moins 70% (taux net) des enfants scolarisés (contre environ 30% aujourd'hui), et pour le supérieur d'avoir un taux brut de scolarisation d'au moins 30% (contre 5% aujourd'hui). Lorsqu'on combine ces hypothèses avec l'évolution d'ici 2030 des effectifs de 6-11 ans, 12-18 ans, et 19-24 ans, on arrive à un triplement des dépenses en éducation entre 2015 et 2030, correspondant à une augmentation continue des dépenses de 8% par an pendant 15 ans, ce qui risque d'être supérieur à la croissance économique à long terme du pays. A noter aussi que selon les hypothèses retenues, les dépenses totales en éducation pourraient se répartir en gros en 2030 en 40% pour le secondaire, autant pour le supérieur, et 20% pour le primaire (soit deux fois moins qu'aujourd'hui).

Ce type de simulation n'a pas de prétention prospective. En effet, d'une part les données utilisées sont anciennes, et d'autre part toutes les dépenses futures ne sont pas explicitement prises en compte au travers des coûts par élève à chaque niveau, comme par exemple les dépenses relatives à l'amélioration de la qualité des enseignements et celles relatives à la formation plus longue des nombreux enseignants supplémentaires qui seront nécessaires aux niveaux secondaire et supérieur. Mais, à l'inverse, une gestion avisée est susceptible de réduire les coûts par élève. L'objectif de cet exercice est de souligner, comme pour la santé, que l'amélioration du capital humain du pays a un coût qu'il convient d'anticiper à partir de données sûres et actualisées, en se fixant des objectifs réalisables à chaque niveau, et en favorisant aussi les filières techniques et scientifiques comme l'a souligné le rapport 2012 de la BAD sur l'emploi des jeunes.

L'amélioration nécessaire du niveau d'éducation et de formation de la population ivoirienne dans les années qui viennent devra viser en particulier : la résorption des retards scolaires au primaire et au secondaire, la progression de la scolarisation au secondaire et au supérieur, le maintien à tous les niveaux d'une qualité acceptable des enseignements dispensés, l'élimination complète des disparités entre garçons et filles, la formation des enseignants, la promotion de l'emploi des femmes dans le secteur éducatif, la réduction des disparités régionales, et aussi l'entretien et la réhabilitation des établissements scolaires et la construction de nouveaux établissements.

De plus des moyens très importants devront être consacrés au développement de la formation professionnelle, jusqu'ici peu valorisée, alors que son développement est absolument nécessaire pour mieux répondre aux besoins de l'économie et améliorer l'« employabilité » des jeunes sortant du système scolaire.

Un enjeu majeur : permettre l'accès à un emploi « décent » à tous les jeunes

L'un des héritages les plus lourds de la forte croissance démographique passée, concerne l'emploi, en particulier l'emploi des jeunes, les jeunes ivoiriens restant en effet confrontés à un chômage et à un sous-emploi important.

Par ailleurs, comme on l'a indiqué au chapitre 2, les effectifs des 15 à 24 ans, les entrants sur le marché du travail vont continuer à augmenter dans les années qui viennent. Ils devraient passer en effet de 4,3 millions en 2015, à 4,9 millions en 2020, 5,2 millions en 2025, et 5,7 millions en 2030. Si on fait l'hypothèse que chaque année un dixième d'entre eux se porte sur le marché du travail et que leur taux d'activité est de 70 %, cela correspond à 300 000 nouveaux candidat(e)s à un emploi en 2015, 340 000 en 2020, 370 000 en 2025, et 400 000 en 2030. Ces chiffres conduisent à un total de 1,6 million d'emplois à trouver ou à créer entre 2015 et 2019, 1,8 million entre 2020 et 2024, et 1,9 million entre 2025 et 2029, soit un total cumulé de 5,3 millions entrées sur le marché du travail d'ici 2030. Tel qu'indiqué précédemment, cette évolution est inéluctable puisque toutes ces personnes sont déjà nées. Il sera plus facile de consacrer des moyens importants à « la bataille de l'emploi » et à l'accompagnement des nouveaux entrants sur le marché du travail, si parallèlement le nombre de naissances et les effectifs d'enfants à soigner et à solariser augmentent moins vite qu'aujourd'hui, comme c'est le cas avec l'hypothèse démographique basse.

Ces nouveaux arrivants vont se répartir entre les diverses catégories existantes, notamment l'emploi informel, le chômage mais aussi l'inactivité subie qui chacune mérite une attention particulière.

Au cours des trente dernières années, l'incapacité du secteur moderne en Côte d'Ivoire et ailleurs dans la région, à créer un nombre suffisant d'emplois dans un contexte de forte croissance démographique, s'est traduite par un développement rapide des activités informelles et de l'emploi informel et une augmentation importante du chômage et des migrations.

Le secteur informel occupe donc depuis un certain temps une place importante dans l'économie ivoirienne, puisque selon les données fragmentaires dont on dispose il représentait en 1999/2000, 44%⁸⁹ du PIB total du pays, 60% des emplois en 2002⁹⁰, et 70% du total des emplois non agricoles du pays en 2008⁹¹.

Malheureusement, la situation de l'emploi en Côte d'Ivoire s'est considérablement détériorée récemment, suite notamment à la crise post-électorale de 2010-2011. Les résultats de l'enquête emploi réalisée en 2012⁹² révèlent en effet que 91,2 % des emplois (en prenant en compte les emplois domestiques) relèvent selon les définitions adoptées du secteur informel⁹³, 4,9% du secteur privé formel, et 3,9 % du secteur public et parapublic. Le taux de chômage selon la définition élargie retenue est de 9,4 % pour l'ensemble du pays, mais moitié moindre, 5,6 % si on retient la définition du BIT⁹⁴. Le taux de chômage selon la définition élargie, est plus élevé chez les jeunes de

⁸⁹ OECD Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008, décembre 2008, 2.3.2. : Économie Informelle - Source : Charmes J. (2000), <http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/42358563.pdf>

⁹⁰ République de Côte d'Ivoire (2009) : Document de Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la Pauvreté 2009-2013, Abidjan (voir page 46 et <http://www.ins.ci/> chercher Tableau 5: Population selon la situation dans l'activité.

⁹¹ Charmes J. "The informal economy worldwide: trends and characteristics" in Margin (The Journal of Applied Economic Research, 6 : 2 (2012): 103-132, 2012. <http://mar.sagepub.com/content/6/2/103.full.pdf+html>

⁹² « Situation de l'emploi en Côte d'Ivoire en 2012 -Enquête emploi auprès des ménages en Côte d'Ivoire en 2012 ». AGEPE (Agence d'Études et de Promotion de l'Emploi) 106 pages. http://www.univ-fhb.edu.ci/fr/images/Situation%20de%20le%20emploi%20en%202012%2005%2009%202013_1.pdf

Et « Situation de l'emploi en Côte d'Ivoire en 2012 Rapport de synthèse » - AGEPE Agence d'Études et de Promotion de l'Emploi Observatoire de l'Emploi, des Métiers et de la Formation Abidjan Juillet 2013, 18 pages <http://www.agepe.ci/publications/>

⁹³ Dans l'enquête emploi 2012, l'emploi informel est défini selon un critère de déclaration, mais il peut être approximé aussi par la part de l'emploi dans le secteur informel, le secteur informel étant composé des unités de production non enregistrées.

⁹⁴ La définition élargie du chômage retenue correspond au pourcentage de la population active (personnes occupées plus chômeurs) de 14 ans et plus sans emploi et disponibles pour travailler. La définition du BIT définit les chômeurs comme les personnes sans emploi, disponibles pour travailler et activement à la recherche d'un emploi, condition effectivement difficile à remplir lorsqu'il y a très peu d'emplois disponibles.

14-24 ans et de 14-35 ans : (13,8% et 12,2% respectivement), et chez les femmes (11,9% contre 7,4% chez les hommes). Mais, à côté des jeunes chômeurs, dont 40% disent douter de la capacité du marché du travail ivoirien à leur procurer un emploi, on compte une forte proportion de jeunes inactifs « ni en emploi, ni en éducation, ni en formation ». Plus d'un jeune sur cinq de 14-24 ans ou de 14-35 ans est dans cette situation. Il s'agit selon les termes du rapport de l'enquête 2012 de jeunes en situation de vulnérabilité, appartenant à des groupes à risque qui méritent qu'on y prête une attention particulière.

Appliqués à une population totale estimée en 2012 par l'INS à 22,4 millions de personnes dont 14,6 millions de 14 ans et plus, ces taux correspondent à quelques 9,5 millions de personnes occupées (ayant un emploi), dont 8,5 millions avaient un emploi considéré comme relevant de l'informel et un million avaient un emploi dans le secteur formel (public ou privé). Les chômeurs étaient près d'un million (986 000), dont 690 000 (70%) étaient des primo demandeurs d'emplois et 772 000 (78%) étaient des jeunes âgés 14 à 35 ans. Enfin, les jeunes de 14 à 35 ans « ni en emploi, ni en éducation, ni en formation » peuvent être estimés à 660 000. Ils étaient donc presque aussi nombreux que les primo demandeurs d'emplois.

L'ajustement à cette situation de sous-emploi massif (qui comprend donc le sous-emploi des personnes occupées, le chômage proprement dit, et l'inactivité subie) se fait de manière différente selon les zones de résidence.

C'est ainsi qu'en milieu rural l'insertion sur le marché du travail se fait massivement, faute de choix, par l'acceptation d'emplois mal rémunérés, notamment dans le secteur agricole, mais considérés comme relevant de l'informel. Le taux d'activité (ou rapport des actifs occupés et des chômeurs à la population en âge de travailler) est très élevé : 80%, le taux de chômage particulièrement faible : 3,8%, et la quasi-totalité des emplois occupés : 96% sont considérés comme informels.

La situation est différente en milieu urbain et surtout à Abidjan, où les possibilités de soutien des jeunes chômeurs et des inactifs par leurs parents ou leurs proches sont plus importantes, d'où des possibilités d'ajustement au marché du travail plus ouvertes. Tout d'abord, les taux d'activité en milieu urbain : 64%, et à Abidjan : 68%, sont moins élevés qu'en milieu rural, ce qui implique une plus forte proportion d'inactifs dont un certain nombre de jeunes « ni en emploi, ni en éducation, ni en formation ». Certes, l'obligation d'accepter un emploi mal rémunéré reste l'option dominante, puisque quatre emplois sur cinq (82% en milieu urbain et 77% à Abidjan) sont considérés comme informels. De fait, rester en chômage d'attente de l'emploi désiré, grâce à l'appui de parents ou de proches, n'est pas donné à tous. Mais, les taux de chômage peuvent être beaucoup plus élevés qu'en milieu rural, et ils le sont effectivement puisqu'ils sont de 15% en milieu urbain et de 19,5% à Abidjan, contre 3,8% en milieu rural.

Enfin, l'inactivité, suppose comme le chômage un support. Celui-ci peut être fourni par la famille ou les proches, mais il peut provenir aussi de l'exercice d'activités illicites. Il a été souligné à ce sujet qu'après avoir été des lieux de promotion sociale, les villes africaines sont désormais des lieux sinon d'exclusion, du moins d'éviction en particulier du marché du travail, ce qui a facilité la criminalisation croissante des économies urbaines africaines⁹⁵.

Les écarts entre les rémunérations sont importants selon le type d'emploi exercé. Le revenu mensuel moyen dans le secteur public a été estimé en 2012 à 226 000 FCFA (345 euros), contre 140 000 FCFA (213 euros) dans le secteur privé formel, et 55 000 FCFA (84 euros) pour les actifs occupés dans le secteur informel (chiffres arrondis), soit quatre fois moins que dans le secteur public, où cependant les qualifications requises sont différentes. La durée moyenne des études est en effet de 7,6 années pour les actifs occupés dans le secteur informel, de 10 années pour les actifs du secteur privé formel, et de 12,8 années pour les actifs du secteur public. Les actifs occupés dans le secteur informel le sont principalement dans l'agriculture (50%), le commerce de détail (22%) et les services (10%). Les revenus mensuels les plus bas relèvent des secteurs d'activité économique suivants : hôtel et restaurant 43 500 FCFA (66 euros), confection d'articles vestimentaires 46 000 FCFA (71 euros), service aux ménages 50 000 FCFA (76 euros), agriculture 51 000 FCFA (78 euros), et commerce de détail 53 000 FCFA (81 euros). Les revenus mensuels les plus élevés, toujours dans l'informel, relèvent des secteurs d'activité économique suivants : bâtiments et travaux publics 79 000 FCFA (120 euros), services de réparation : 68 000 FCFA (104 euros), et transport, postes et télécommunication : 67 000 FCFA (102 euros).

Au total, 43% de la population ayant un emploi percevaient en 2012 une rémunération inférieure au SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti) qui était alors de 36 607 FCFA (56 euros) soit un niveau particulièrement bas. Cette proportion était plus élevée chez les femmes (51%) que chez les hommes (36%). Le revenu moyen mensuel des jeunes de 14-35 ans était aussi relativement faible (environ 49 000 FCFA soit 74 euros) mais supérieur au SIMG de 2012. Toutefois, il était deux fois moindre pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes (30 000 FCFA contre 63 000 FCFA, ou 46 euros contre 96 euros), ce qui souligne l'insertion plus difficile des jeunes femmes sur le marché du travail. La revalorisation du SMIG à 60 000 FCFA (92 euros) était déjà à l'ordre du jour lors de l'enquête de 2012. C'est pourquoi les auteurs du rapport ont calculé que plus de la moitié (58%) de la population totale occupée percevaient en 2012 une rémunération inférieure au SMIC envisagé. De fait, le SMIG est effectivement passé à 60 000 FCFA en mars 2013. Cependant, il faut

⁹⁵ Dubresson A. et Raison J.-P. (2003), L'Afrique subsaharienne. Une géographie du changement, Paris, Amand Colin-VUEF

souligner que son application ne concerne que les salariés qui sont minoritaires parmi les actifs occupés.

Effectivement en 2012, 18% seulement des actifs occupés étaient salariés, la majorité d'entre eux (58%) étant des travailleurs indépendants à leur compte. Par ailleurs 21% des actifs occupés étaient des travailleurs familiaux, qui généralement ne sont pas rémunérés. Enfin, seulement 1% étaient employeurs, ce qui explique largement la faiblesse de l'emploi salarié en dehors du secteur public et parapublic. Dans ce contexte général, les femmes sont à nouveau défavorisées puisque seulement 9% d'entre elles sont des travailleuses indépendantes à leur compte (notamment dans le petit commerce), et 30% sont des travailleuses familiales.

Ainsi en 2012, quatre emplois sur cinq (79%) pouvaient être considérés comme des emplois vulnérables, définis comme la part des travailleurs à leur compte et des travailleurs familiaux dans le total des emplois. Comme pour les proportions d'emplois informels, le pourcentage d'emplois vulnérables était beaucoup plus important en milieu rural où il était de 91%, qu'en milieu urbain et à Abidjan où il était respectivement de 65% et 57%. La proportion d'emplois vulnérables était aussi plus importante chez les femmes que les hommes.

Concernant le chômage, il s'agit comme on l'a dit d'un phénomène surtout urbain. Près de 800 000 chômeurs résidaient en 2012 en milieu urbain, dont plus de 500 000 à Abidjan qui concentrait donc la moitié des chômeurs du pays. Le chômage concerne aussi plus particulièrement les jeunes. En effet, 70% des chômeurs sont des primo-demandeurs d'emploi, et quatre chômeurs sur cinq (78%) étaient âgés de 15 à 34 ans. La durée moyenne d'ensemble du chômage : 5,7 années était particulièrement élevée.

La durée moyenne d'études des chômeurs qui était de 9,6 années, correspond plus ou moins au niveau 3^{ième}, ce qui est un niveau appréciable. Mais, phénomène inquiétant, les diplômés avaient les taux de chômage les plus élevés. Le taux de chômage croît en effet avec le niveau de diplôme d'enseignement général : de 6,4 % pour ceux qui n'ont aucun diplôme (et peu de choix), à 30 % pour ceux qui ont une maîtrise. Néanmoins, les titulaires d'un DEA et d'un Doctorat se tiraient mieux d'affaires puisque les premiers avaient un taux de chômage de 7% et les seconds de 4%. Mais, les titulaires d'un diplôme technique n'étaient pas mieux lotis puisque les taux de chômage étaient par exemple de 15% chez les titulaires d'un CAP, de 25% chez les titulaires d'un BAC Technique et de 28% chez les titulaires d'un DUT. Seuls les titulaires d'un BEP avaient un taux de chômage plus faible de 9,5%.

Les attentes des chômeurs sont élevées. La plupart souhaitent avoir un emploi permanent (77%). Un tiers (35%) aspire à un emploi salarié, un autre tiers (36%) envisagent un emploi indépendant, les autres (29%) n'indiquant aucune préférence. En fait, même si les chômeurs n'indiquent pas clairement une préférence pour le

secteur formel, leurs aspirations sont proches des emplois du secteur formel. Ainsi, le salaire ou revenu minimum acceptable déclaré par les primo demandeurs était de 102 000 FCA (155 euros), soit le double du revenu moyen mensuel des jeunes de 14-35 ans.

Ces données mettent en évidence un certain nombre de faits qui doivent retenir l'attention. Elles soulignent d'abord l'écart abyssal entre l'offre et la demande d'emploi en Côte d'Ivoire du fait de la faiblesse du secteur formel public et privé. Elles soulignent aussi les difficultés des familles dont les jeunes générations restent à charge, malgré les investissements réalisés pour leur donner accès à l'éducation. Or le retour sur éducation est faible compte tenu à la fois de la faiblesse de l'offre d'emploi, mais aussi, en partie, à cause de l'inadéquation des formations dispensées par rapport aux réalités du marché du travail. Ces données mettent aussi en évidence les grandes difficultés d'insertion des jeunes ivoiriens non seulement sur le marché du travail, mais aussi dans la société en tant que citoyens. L'importance des faibles rémunérations des actifs, l'importance du désœuvrement des jeunes qui sont soit en chômage, soit inactifs (« ni en emploi, ni en éducation, ni en formation ») constituent une menace majeure en termes de conflits et d'instabilité sociale, notamment en milieu urbain où les attentes des jeunes (diplômés ou non) sont élevées.

Il faut citer à ce sujet le rapport 2012 de la Banque africaine de développement qui est consacré à la transition des jeunes Africains vers l'emploi entre 15 et 30 ans. Ce rapport fait le constat suivant : à 30 ans, seulement 25 % des jeunes Africains et 10 % des jeunes Africaines occupent un emploi « satisfaisant », généralement comme salarié(e) dans le secteur formel ou « moderne », les autres étant, comme en Côte d'Ivoire, dans des situations précaires : soit dans des emplois peu, voire non rémunérés dans le secteur informel ou l'agriculture, soit chômeurs ou inactifs. À partir de ce constat, les auteurs du rapport soulignent que le secteur « moderne » ou secteur formel ne sera pas en mesure d'absorber les très nombreux arrivants sur les marchés du travail africains, et que l'activité informelle et l'emploi précaire resteront la norme pour beaucoup de jeunes. Ils appellent en conséquence à reconnaître que le secteur informel continuera de jouer un rôle essentiel d'absorption des jeunes sur les marchés du travail, et ils recommandent que le secteur informel soit pris en considération dans toute politique publique axée sur les jeunes. Une autre étude de 2014 sur l'emploi des jeunes en Afrique subsaharienne présente un certain nombre de pistes de réflexion et de recommandations à ce sujet⁹⁶. Cette étude souligne tout d'abord que la contribution

⁹⁶ Filmer, Deon; Fox, Louise; Brooks, Karen; Goyal, Aparajita; Mengistae, Taye; Premand, Patrick; Ringold, Dena; Sharma, Siddharth; Zorya, Sergiy. 2014. Full report. Vol. 2 of Youth employment in Sub-Saharan Africa. Africa development forum series. Washington DC ; World Bank Group. <http://documents.worldbank.org/curated/en/2014/01/19342178/youth-employment-sub-saharan-africa-vol-2-2-full-report>

du secteur informel à l'emploi et à la survie des populations a longtemps été négligée, alors qu'environ 80 % des personnes qui travaillent relèvent du secteur informel. Les jeunes, y compris dans les zones rurales et semi-urbaines, cherchent cependant à saisir les opportunités d'accéder vers de meilleurs emplois, y compris dans le secteur informel. Il est donc important d'aider ces jeunes à saisir ces opportunités, voire à en créer. Mais, la recherche et la création d'emplois pour les jeunes doit faire partie d'une politique globale, intégrant l'amélioration du capital humain, la gouvernance (afin d'améliorer l'environnement des affaires), et la recherche d'une productivité accrue dans l'agriculture, les entreprises familiales, et le secteur salarié moderne. Cette politique globale doit être également plus inclusive que cela n'a été le cas par le passé et chercher à réduire la dépendance des économies africaines vis-à-vis des industries extractives, en favorisant d'autres secteurs qui ont des potentiels de créations d'emploi plus importants. Ceci constitue autant de conditions nécessaires à remplir afin que tous les jeunes puissent entrevoir de meilleures perspectives d'avenir que leurs parents. Il convient enfin de mettre en place des mécanismes qui permettent aux jeunes de participer au processus politique, et leur permettent de s'exprimer et d'influer sur la formulation des politiques et des décisions qui les concernent.

Ce diagnostic semble être largement partagé par les autorités ivoiriennes, puisque celles-ci ont adopté en juin 2012 une Politique Nationale de l'Emploi (PNE) qui vise : en particulier :

- à accroître les opportunités d'emploi par des mesures d'incitation à la création d'entreprises à « haute intensité de main d'œuvre » et à l'auto-emploi,
- à assurer le meilleur accès possible à l'emploi par la formation des jeunes sans qualification, par la promotion de stages rémunérés pour les jeunes diplômés qualifiés, et la mise en œuvre de programmes d'insertion à l'emploi,
- à consolider et améliorer l'emploi informel et rural par des mesures d'appui à la transformation et à la modernisation.

La mise en œuvre de cette politique nécessitera des moyens considérables pour la formation et l'accompagnement des personnes actives sur une longue période. En effet, la Côte d'Ivoire va être confrontée dans les 15 ans qui viennent à un triple défi : a) améliorer les conditions d'exercice de leur activité et les conditions de vie des millions de travailleurs insuffisamment ou pas rémunérés qui sont aujourd'hui occupés dans le secteur informel, b) permettre la création de suffisamment d'emplois

« décents »⁹⁷ notamment dans le secteur informel pour répondre, du moins en partie, aux aspirations du million de chômeurs que compte actuellement le pays, c) anticiper l'entrée de plus de cinq millions de nouveaux arrivants sur le marché du travail d'ici 2030.

⁹⁷ « L'insertion des jeunes en Afrique subsaharienne. De quoi parle-t-on ? » - GRET- AFD, juin 2013
http://www.afd.fr/jahia/webdav/site/afd/shared/ELEMENTS_COMMUNS/imgs_newsletter_afd/pdf/Insertion-jeunes-afrique-de-quoi-parle-t-on.pdf

LES POLITIQUES PUBLIQUES DE LA CÔTE D'IVOIRE FACE AUX DÉFIS DÉMOGRAPHIQUES⁹⁸

Les politiques de population

La croissance très rapide de la population en Côte d'Ivoire est bien documentée depuis le milieu des années 1970. En effet, les projections des Nations unies, comme les diverses projections nationales (les premières sont celles élaborées à la suite du recensement de 1988) ont anticipé la croissance rapide de la population et les rôles respectifs de l'accroissement naturel et de l'immigration nette dans cette croissance. Mais, du fait de la forte croissance économique et des besoins en main-d'œuvre du pays pendant les années du « miracle ivoirien », les autorités de la Côte d'Ivoire ont considéré jusqu'au début des années 1990, que l'évolution démographique du pays (taille et taux de croissance), était satisfaisante et qu'il était même souhaitable d'avoir une population plus nombreuse et d'encourager la fécondité⁹⁹.

Jusqu'au début des années 1990 donc, les problèmes liés à la forte croissance démographique de la Côte d'Ivoire n'étaient pas vraiment perçus dans le pays comme une contrainte pesant sur son développement. Ce n'est qu'en octobre 1991 que le discours officiel reconnaît la nécessité d'élaborer une politique de population. Une Déclaration de Politique de Développement des Ressources Humaines est alors adoptée et opérationnalisée par le Programme de Valorisation des Ressources Humaines qui couvre la période 1991-1994.

Une Politique Nationale de Population est ensuite adoptée par le Gouvernement en Conseil des Ministres en mars 1997, et un organe consultatif de la politique nationale

⁹⁸ Les informations relatives aux années 1990, 2000 et jusqu'à la fin de 2010 présentées dans cette partie s'appuient sur le travail d'analyse de nombreux documents réalisés par Benjamin ZANOU, Raïmi FASSASSI, Lazare SIKI, Elise A. KACOU et Viviana DODO, consultants nationaux dans le cadre de la première version de cette étude finalisée en juin 2011. Les informations postérieures à juin 2011 sont le résultat d'une mise à jour réalisée pour la période juin 2011- septembre 2014 à partir des documents auxquels nous avons pu avoir accès.

⁹⁹ United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division - *World Population Policies 2013* - Government Views and Policies, Côte d'Ivoire, pages 226-227.
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/policy/WPP2013/wpp2013.pdf#zoom=100>

de population, le Conseil National de Population (CONAPO) est créé. Cet organe est doté d'un secrétariat technique permanent, le Bureau national de la Population (BUNAP), qui devient en 2006 la « Direction Générale de la Population et du Renforcement des Capacités » (DGPRC) responsable de la coordination de la politique de population.

La Déclaration de Politique Nationale de Population (DPNP) de 1997¹⁰⁰ devait couvrir une période de 10 ans. C'est la raison pour laquelle un processus de révision a été engagé en 2007, et a abouti en novembre 2009 à une nouvelle politique de population¹⁰¹, adoptée en conseil des Ministres le 25 août 2010.

La DPNP de 1997 affichait six objectifs généraux, à savoir :

1. maîtriser la croissance naturelle de la population ;
2. maîtriser les mouvements migratoires internes et internationaux ;
3. parvenir à une adéquation entre l'offre et la demande liées aux besoins essentiels de la population ;
4. valoriser la famille et améliorer le statut des femmes et des jeunes ;
5. contribuer à l'amélioration du cadre de vie des populations et à la sauvegarde de l'environnement ;
6. développer les capacités de conception et de gestion des programmes de mise en œuvre de la DPNP.

Parmi les huit objectifs démographiques spécifiques de la DPNP 1997, l'un concerne la fécondité et trois autres la mortalité et la morbidité. Il s'agissait des objectifs suivants :

1. infléchir le niveau de la fécondité en faisant passer le nombre moyen d'enfants par femme de 5,7 à 4,5 en 2005 ;
2. réduire de moitié la morbidité et la mortalité maternelle et infantile d'ici l'an 2015,
3. réduire de moitié la morbidité et la mortalité générale d'ici l'an 2015,
4. réduire l'expansion des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de l'épidémie de VIH SIDA.

Les quatre autres objectifs concernaient la maîtrise des migrations internationales, la répartition spatiale de la population, l'habitat et l'urbanisation.

¹⁰⁰ Ministère délégué auprès du Premier Ministre chargé du Plan et du Développement Industriel (1997) : *Déclaration de Politique Nationale de Population*, Abidjan

¹⁰¹ Ministère d'État, du Plan et du Développement, « *Politique Nationale de Population* » de novembre 2009, adoptée en Conseil des Ministres le 25 août 2010, Abidjan, 20 pages.

Un Programme d'Actions en matière de population 2002-2006¹⁰² a été élaboré en 2002. Puis, en 2007, une évaluation de la mise en œuvre de la DPNP à travers ce programme a été faite¹⁰³. Le rapport d'évaluation produit à cette occasion constate que l'environnement national marqué par des crises à répétition depuis fin décembre 1999, a empêché la mise en œuvre la Politique Nationale de Population et créé de nouveaux problèmes (tels que l'apparition de « personnes déplacées » et le recrutement d'enfants soldats). En plus des contraintes posées par le contexte national, le rapport constate la complexité et l'étendue du champ couvert par la politique de population, ainsi que l'insuffisance de la coordination entre services et le manque d'informations socio-démographiques actualisées. Le rapport d'évaluation recommande ainsi une restriction du champ de la politique de population et une plus grande synergie d'actions entre les différents départements ministériels concernés par les problèmes de population (une vingtaine de Ministères et de Directions étaient membres du CONAPO).

Les recommandations de cette évaluation ont été plus ou moins suivies. La politique de population de 2009 identifie en effet après une analyse de la situation du pays en matière de population et développement, douze défis à relever couvrant un champ très large : transition démographique, mouvements migratoires, urbanisation, assainissement, environnement, éducation, insertion des jeunes, protection des enfants, genre, santé maternelle et infantile, VIH/sida, couverture sociale de la population. A partir de là et tenant compte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), la politique de 2009 retient six objectifs généraux :

1. maîtriser la croissance de la population ;
2. gérer les migrations internationales pour en faire une opportunité pour le développement humain durable ;
3. valoriser le capital humain en tant que ressource économique pour le développement ;
4. améliorer le cadre de vie des populations et l'environnement ;
5. promouvoir l'égalité des chances et l'équité de genre ;
6. améliorer la prise en charge des personnes en situation difficile.

L'objectif 1 « maîtriser la croissance de la population », comprend trois sous-objectifs spécifiques :

¹⁰² Ministère de la Planification du Développement (2002) : *Programme National d'Actions en matière de Population 2002-2006*, Abidjan

¹⁰³ Ministère d'État, Ministre du Plan et du Développement (2007) : *Évaluation de la Politique Nationale de Population et du Programme d'Actions en matière de Population*, Abidjan

1. infléchir le niveau de la fécondité en faisant passer le nombre moyen d'enfants par femme de 4,6 en 2005 à 3,5 en 2025 à travers la promotion de la planification familiale et l'amélioration du statut de la femme et de la jeune fille, l'amélioration de l'offre de services de santé de la reproduction de qualité, l'implication des hommes comme partenaires de la santé de la reproduction, la lutte contre les barrières culturelles favorisant la descendance nombreuse ;
2. réduire de moitié la mortalité générale par l'intégration des programmes sectoriels notamment de santé, de lutte contre le VIH/Sida, le paludisme et les grandes pandémies, en vue de la réduction significative de la morbidité et de la mortalité, et plus généralement d'une amélioration de la qualité de vie des populations ;
3. concernant la migration internationale, réguler les flux des migrants par la mise en place d'un dispositif fiable de régulation des flux migratoires internationaux et le développement des capacités de gestion des migrations.

Les cinq autres objectifs généraux comprennent également divers sous-objectifs spécifiques, dont plusieurs sont en fait une reprise ou une adaptation des OMD. Finalement, le seul objectif spécifique quantifié propre à la politique de population concerne la diminution de la fécondité de 4,6 en 2005 à 3,5 en 2025, mais ceci sans autre précision sur les actions correspondantes, comme par exemple sur la prévalence contraceptive nécessaire pour atteindre cet objectif.

Il est précisé par ailleurs que c'est le « Ministère en charge de la Planification et du Développement (qui) assure la coordination intersectorielle de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation au niveau central et décentralisé de la Politique Nationale de Population ». Ce Ministère : « est l'organe gouvernemental désigné pour la coordination des activités et des programmes de Population et Développement » et à cet effet « il met en place un cadre de concertation multisectoriel et initie des rencontres semestrielles avec les autres organes de mise en œuvre ».

Récemment, plusieurs évolutions sont intervenues démontrant un intérêt renouvelé envers les enjeux de population. En premier lieu, la création, inscrite dans le Plan National de Développement (PND 2012-2015), d'un Office National de la Population (ONP) créé effectivement par décret le 9 février 2012. Cette création répond à la volonté du Gouvernement de renforcer le cadre institutionnel, juridique et opérationnel de gestion des questions de population afin de permettre à la Côte d'Ivoire de tirer pleinement profit de son dividende démographique¹⁰⁴. L'objectif de l'ONP, encore en cours de structuration, est résumé dans son « slogan » : « Ensemble

¹⁰⁴ Site de l'ONP <http://www.onp-ci.org/vision.php>

relevons le défi du dividende démographique en Côte d'Ivoire », et sa vision selon laquelle l'Office National de la Population, Établissement Public National à caractère Administratif, se veut un organe « de référence au leadership affirmé à même de coordonner les interventions pour relever les défis socio-démographiques dans le but de faciliter la réalisation du dividende démographique en capitalisant les efforts de développement pour le mieux-être des populations de Côte d'Ivoire ».

Conformément à cette vision et aux missions qui lui ont été attribuées, l'ONP a défini quatre axes stratégiques d'intervention, auxquels sont rattachées des missions. Il s'agit des axes stratégiques suivants :

- Axe 1 : Renforcer le cadre institutionnel, légal, réglementaire et opérationnel de gestion des problématiques de population en Côte d'Ivoire.
- Axe 2 : Accroître la production, la diffusion, la dissémination et l'utilisation des données en matière de Population et Développement, y compris la Santé de la Reproduction, le Genre et les Droits Humains.
- Axe 3 : Promouvoir la prise en compte effective des questions de population dans la planification sectorielle et locale.
- Axe 4 : Renforcer les capacités et les mécanismes de coordination des interventions en matière de population et développement (ONP, interfaces aux niveaux sectoriels, Partenaires Techniques et Financiers, Collectivités Territoriales).

On notera que les deux missions rattachées à l'axe 1 :

- concevoir la Politique du Gouvernement en matière de Population et Développement et veiller au développement des plans d'actions de mise en œuvre, et
- assurer une meilleure synergie de la Politique Nationale de Population avec les Politiques sectorielles de développement,

laissent entrevoir une révision, d'ailleurs en cours, de la Politique de Population de 2009, et soulignent la nécessité d'une meilleure articulation de la Politique de Population avec le prochain Plan national de Développement et les politiques sectorielles qui seront révisées pour la plupart en 2015 ou 2016.

Au plan administratif, l'ONP est placé sous deux tutelles : une tutelle administrative et technique exercée par le Ministère d'État, Ministère du Plan et du Développement, et une tutelle financière exercée par Ministère en charge de l'Économie et des Finances. Par ailleurs, l'ONP repose sur les organes suivants : un conseil de gestion et une Direction Générale. Le conseil de gestion se réunit une fois par trimestre. Il est

constitué de représentants de huit Ministères techniques reflétant la multisectorialité des questions de population (Plan et Développement, Économie et Finances, Santé; Emploi et Affaires Sociales; Intérieur; Logement; Éducation Nationale; Famille, femme et enfant). La Direction Générale de l'ONP est un organe de contrôle, de gestion et de décision au quotidien et de supervision de l'ensemble des opérations de l'office. L'ONP compte quatre départements et neuf divisions qui sont les centres de conception et de suivi des programmes et projets en matière de population. Les ressources financières de l'ONP proviennent essentiellement de la dotation budgétaire de l'État, des ressources collectées auprès de Partenaires Techniques et Financiers, et de dons et legs.

Au total, l'ONP de par ses missions, son statut et son organisation devrait être mesure dans les années qui viennent de positionner les questions de population au premier rang de l'agenda national du développement. Elle dispose aussi d'un appui des partenaires techniques et financiers, notamment de l'UNFPA, et elle pourrait jouer un rôle important dans la coordination du projet régional en cours d'élaboration sur l'autonomisation des femmes au Sahel et de dividende démographique, qui doit être lancé en 2015.

Les politiques de santé et en santé de la reproduction

Le précédent Plan National de Développement Sanitaire a couvert la période 2009-2013¹⁰⁵. Ce Plan mentionne les facteurs démographiques tels que la croissance de la population, les migrations internes et leur aggravation du fait de la crise, et les migrations internationales comme des déterminants de la demande des services en santé. Dans son analyse de la situation, le PNDS fait aussi référence aux projections de population de l'Institut National de la Statistique (INS) basées sur les résultats du recensement de 1998 et retient un taux de croissance de la population de 2,8% par an. Mais, le PNDS 2009-2013, ne fait pas référence explicitement ni à la DPNP 1997, ni à la PNP de 2009.

Les principaux objectifs à contenu démographique sont résumés dans les stratégies développées dans le cadre de l'amélioration de l'offre et la qualité des prestations de services. Le PNDS 2009-2013 retenait ainsi d'ici 2015 les objectifs suivants qui ne concernaient que la mortalité :

- baisser la mortalité maternelle de 543 en 2005 à 345 décès maternels pour 100 000 ;
- baisser la mortalité néonatale de 41‰ naissances vivantes en 2005 à 31‰ ;
- baisser la mortalité infanto-juvénile de 125‰ à 88‰.

Un nouveau Plan National de Développement Sanitaire a été adopté début 2012 couvrant la période 2012 – 2015¹⁰⁶. Le plan mentionne à nouveau les projections de population de l'Institut National de la Statistique (INS) basées sur les résultats du recensement de 1998 et retient un taux de croissance de la population de 2,8% par an. Comme le PNDS 2009-2013, il ne fait pas référence à la politique de population de 2009.

Ce plan s'appuie sur une analyse de situation complète et sans complaisance de l'état sanitaire du pays, du fonctionnement du système de santé et des défis majeurs auquel celui-ci est confronté. Il s'agit de plusieurs défis au niveau : 1) de la gouvernance et du leadership, 2) des prestations des services de santé, 3) des ressources humaines du secteur, 4) des médicaments, intrants stratégiques, infrastructures, équipements et matériels, 5) du financement de la santé et 6) de l'information sanitaire.

¹⁰⁵ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008) : *Plan National de Développement Sanitaire 2009-2013*, Abidjan

¹⁰⁶ « Plan National de Développement Sanitaire 2012 – 2015 ». Ministère de la santé et de la Lutte contre le Sida, Abidjan, mai 2012, 92 pages [PNDS 2013-2015 - Health Research Web](#)

Les objectifs (ou effets) attendus de la mise en œuvre du plan sont :

- le renforcement de la gouvernance du secteur santé et du leadership du Ministère de la santé ;
- l'amélioration de l'offre et de l'utilisation de services de santé de qualité ;
- l'amélioration de la santé maternelle et de celle des enfants de moins de 5 ans ;
- le renforcement de la lutte contre la maladie et les infections nosocomiales ;
- le renforcement de la prévention, de la promotion de la santé et de la médecine de proximité.

Le coût total du PNDS 2012 – 2015, pour les quatre années de son exécution a été estimé à 1 617 milliards de FCFA (2 465 millions d'euros) répartis en 28% pour les dépenses d'investissement, 49% pour les dépenses de fonctionnement hors personnel, et 23% pour le personnel (salaires et motivation et renforcement des capacités). Concernant le financement, il est prévu de ne pas augmenter le niveau de contribution des ménages, mais d'augmenter progressivement la part des dépenses de l'État allouées à la santé de 6% en 2012 à 10% en 2015, et d'accroître de 50% par rapport au niveau actuel la contribution des partenaires aux dépenses de santé. Le PNDS 2012 – 2015 devrait être ainsi financé sur l'ensemble de la période à 48% par l'État, 25 % par les ménages, et 28% par les partenaires, c'est-à-dire aux trois quarts sur ressources internes.

Les dépenses qu'il est prévu d'allouer à l'amélioration de la santé maternelle et de celle des enfants de moins de 5 ans représentent respectivement 5% et 3,3% du budget total du PNDS, et celles affectées « au renforcement de la réponse nationale face au VIH/sida, de 12,5%. Mais, s'agissant de services intégrés, ces pourcentages ne représentent qu'une partie seulement du total des dépenses qui devraient être consacrées à l'amélioration de la santé maternelle et de celle des enfants, ainsi qu'à la prévention et à la lutte contre le VIH/sida.

Le PNDS se fixe au total 17 objectifs à atteindre entre 2012 et 2015, parmi lesquels on peut retenir :

- l'augmentation de la prévalence contraceptive de 9,5% en 2012 à 30% en 2015 ;
- la diminution de la prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans de 3,4% à 1,8 % ;
- l'augmentation de 45% à 80% du pourcentage de personnes vivant avec le VIH/sida en besoin de traitement et bénéficiant de traitement ;

- l'augmentation du pourcentage d'accouchements assistés par du personnel qualifié de 69% à 80% ;
- l'augmentation du pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins quatre consultations prénatales de 45% à 70% ;
- la baisse du taux de mortalité avant 5 ans de 125 pour mille à 88 pour 1000 en 2015 ;
- la baisse du taux de mortalité maternelle de 543 à 324 pour 100 000 naissances vivantes en 2015 ;
- l'augmentation du taux d'utilisation des services de santé de 18% à 30%.

On notera que tous ces objectifs sont fixés en pourcentage sans référence aux effectifs concernés.

En matière de santé de la reproduction, la Côte d'Ivoire a adopté trois lois en 1991 et 1998 en faveur des droits reproductifs et sexuels des femmes. Il s'agit de :

- la loi adoptée en 1991 amendement la loi française de 1920 jusqu'alors en vigueur, qui autorise la « propagande anticonceptionnelle » (vente et utilisation des produits contraceptifs) ;
- la Loi n°98/756 du 23/12/1998 qui réprime le harcèlement sexuel, l'union précoce et forcée ;
- la Loi n°98/757 du 23/12/1998 qui interdit la pratique des mutilations génitales féminines.

Mais, en Côte d'Ivoire comme ailleurs, ces lois et surtout leur application se sont révélées insuffisantes pour permettre une promotion efficace de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Il en va de même dans certains pays des lois en matière de santé de la reproduction adoptées qui reconnaissent le droit à la santé de la reproduction comme un droit universel fondamental. L'atelier organisé à Abidjan, en 1999, par le Forum Africain et Arabe des Parlementaires pour la Population et le Développement (FAAPPD) avait réuni 17 pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre et abouti à une « loi-type sur la Santé de la Reproduction ». À la suite de cet atelier, huit pays francophones ont effectivement adopté une loi en matière de santé de la reproduction (Guinée, 2000, Tchad 2002, Mali 2002, Bénin 2003, Sénégal 2005, Burkina Faso 2005, Niger 2006, Togo 2007), mais le processus correspondant n'a pas abouti en Côte d'Ivoire. Afin de mieux promouvoir la santé sexuelle et reproductive, un avant-projet de loi sur la santé de la reproduction avait été élaboré en 2002, mais la situation de crise qu'a connue le pays n'a pas permis son adoption à l'Assemblée

Nationale. Il pourrait être nécessaire de réviser ce projet et de le soumettre à l'Assemblée Nationale.

Toujours en santé de la reproduction, la Côte d'Ivoire a adopté plusieurs politiques, plans et programmes. Il s'agit de : la Politique Nationale de la Santé de la Reproduction (PNSR) adoptée en 2008¹⁰⁷, du Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction (PSNSR) de 2009¹⁰⁸, qui couvre la période 2010-2014, du Plan Stratégique de la Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (PSSPSR) 2008- 2012, et du Plan stratégique de la planification familiale 2013–2016.

La Politique Nationale de la Santé de la Reproduction (PNSR) de 2008 vise à promouvoir la santé sexuelle et reproductive des populations à travers cinq objectifs principaux. Ces objectifs, qui ne sont pas quantifiés, visent premièrement à réduire la mortalité et la morbidité liées à la sexualité et à la reproduction en général et pour des groupes spécifiques (adolescents et jeunes, personnes du troisième âge, populations rurales et mobiles, populations transfrontalières, populations déplacées), et deuxièmement à réduire la mortalité et la morbidité néonatale et infantile. La planification familiale apparaît dans le PNSR comme l'une des dix composantes essentielles de la Santé de la Reproduction après la maternité sans risque. Néanmoins, le PNSR reconnaît dans la section « Analyse causale des problèmes de la santé de la reproduction » en Côte d'Ivoire, l'insuffisance de l'utilisation des services de planification familiale. Par ailleurs, le PNSR souligne à plusieurs reprises l'importance des avortements en Côte d'Ivoire et indique que ceux-ci étant pour la plupart pratiqués dans des conditions de sécurité insuffisante (l'avortement est illégal en Côte d'Ivoire¹⁰⁹) ils contribuent à augmenter le nombre de grossesses à risques. Le PNSR indique que « la prévalence de l'avortement chez les femmes sexuellement actives est estimée à 43% »¹¹⁰. La mise en œuvre de la politique nationale de la santé de la reproduction est dévolue à la Direction de Coordination du Programme National de la Santé de la Reproduction et de la Planification Familiale (DC-PNSR-PF). En fait, il semble que faute de moyens et dans le contexte troublé qui a suivi l'adoption du PNSR, la DC-PNSR-PF a réalisé peu d'actions de suivi et d'évaluation afin améliorer l'impact de ses interventions.

¹⁰⁷ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008) : *Politique Nationale de la Santé de la Reproduction (version 2008)*, octobre 2008, Abidjan

¹⁰⁸ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2009) : *Plan Stratégique Nationale de Santé de la Reproduction 2010-2014*, Abidjan

¹⁰⁹ La loi 81/640 du 31 juillet 1981 a promulgué un nouveau code pénal qui assimile l'avortement à un délit et le réprime (articles 366, 367, 368 et 369)

¹¹⁰ Repris de AIBEF, IPPF : *Connaissances, attitudes et pratiques de l'avortement provoqué clandestin en Côte d'Ivoire*, 2008.

Au plan opérationnel, la Côte d'Ivoire dispose d'un Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction (PSNSR) adopté en 2009 qui couvre la période 2010-2014¹¹¹, d'un Plan Stratégique de la Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (PSSPSR) qui couvre la période 2008 à 2012¹¹², et d'une Feuille de Route pour la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile qui couvre la période 2008-2015¹¹³.

Le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction (PSNSR) 2010-2014 vise en particulier à :

- réduire la mortalité maternelle de 543 décès pour 100.000 naissances en 2005 à 272 en 2014,
- réduire de 41‰ à 25‰ la mortalité néonatale de 2010 à fin 2014,
- augmenter la prévalence contraceptive de 13% en 2010 à 25,1% en 2014.

Il reprend aussi plusieurs objectifs de la PNSR concernant la réduction de la mortalité et de la morbidité liées à la sexualité et à la reproduction. Tout comme le PNDS et la PNSR, le PSNSR ne fait pas référence à la DPNP, ni à la PNP 2009.

Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction (PSSPSR) 2008- 2012 (adopté avant le Plan Stratégique National de Santé de la Reproduction) est le premier plan de ce genre élaboré en Côte d'Ivoire. Pour arriver à sécuriser les produits de la santé de la reproduction le PSSPSR a défini plusieurs objectifs stratégiques, parmi, lesquels on peut citer :

- l'amélioration de la demande des services de SR de 60% dans toutes les localités d'ici à 2012,
- l'augmentation de la part du budget de l'Etat alloué à la santé à hauteur de 15%, dont 5% affecté à la SR à partir de 2009.

A part cela, le PSSPSR n'affiche pas d'objectifs quantitatifs à atteindre ni au niveau de la prévalence contraceptive, ni pour d'autres indicateurs de la santé de la

reproduction. Il est davantage conçu comme un plan destiné à organiser la sécurisation des produits, au travers notamment du renforcement de la coordination des activités de SR, la pérennisation des ressources nécessaires à l'achat des produits en SR, la création d'un système national intégré d'information de gestion logistique des produits de la SR et le renforcement du système de suivi et évaluation existant. Le PSSPSR ne fait pas référence non plus à la DPNP.

La Feuille de Route 2008-2015 a été adoptée en Côte d'Ivoire comme dans les autres pays de la sous-région afin d'accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile. Cette feuille de route, fait référence au PNDS 1996-2005, à la DPNP 1997, ainsi qu'au DSRP intérimaire de 2002 (voir plus bas). Les trois objectifs généraux retenus se limitent à la mortalité maternelle et des enfants, et sont fixés conformément aux OMD. Il s'agit de :

- la réduction de la mortalité maternelle de 543 à 136 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2015 ;
- la réduction de la mortalité néonatale de 41 à 10,25 pour 1000 naissances vivantes en 2015 ;
- la baisse du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 125 à 42 pour 1000 naissances vivantes d'ici 2015.

La Feuille de Route mentionne cependant le faible niveau de prévalence contraceptive dans le pays qu'elle explique par l'insuffisance d'intégration de la planification familiale dans le paquet minimum d'activités des établissements sanitaires et la faible mobilisation des populations pour la maîtrise de la fécondité. Elle indique aussi, mais en annexe, une liste de 20 indicateurs d'impact et de suivi parmi lesquels on trouve :

- la diminution de la fécondité de 4,6 enfants par femme en 2005, à 4,1 enfants en 2010, et à 3,3 enfants en 2015, et
- l'augmentation de la prévalence de la contraception moderne de 13% en 2008, à 20 % en 2010 et 30% en 2015.

Enfin la Côte d'Ivoire a adopté en 2012, un « Plan stratégique de la planification familiale » couvrant la période 2013–2016¹¹⁴. Ce plan s'appuie sur un état des lieux de la planification familiale en Côte d'Ivoire en 2012 : contexte juridique et institutionnel, rôle et interventions des partenaires, offre et utilisation des services en planification familiale, etc. Malheureusement les auteurs du plan ne disposaient pas au moment de son élaboration des résultats préliminaires de l'EDS-MICS 2011-2012.

¹¹¹ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2009) : Plan Stratégique Nationale de Santé de Reproduction 2010-2014, Abidjan

¹¹² Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008) : Plan Stratégique de la Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction de la République de Côte d'Ivoire 2008-2012, Abidjan

¹¹³ Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (2008) : Feuille de route de la Côte d'Ivoire pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelle, néonatale et infantile 2008-2015, Abidjan, 71 pages, http://www.nationalplanningcycles.org/sites/default/files/country_docs/Cote%20DIvoire/cote_divoire_mnh_feuille_de_route_2008-2015.pdf

¹¹⁴ Plan stratégique de la planification familiale. 2013–2016. Ministère de la Santé et de la Lutte contre Le Sida, Abidjan octobre 2012, 114 pages

Puis, les auteurs énumèrent les forces, faiblesses, contraintes et opportunités dont le plan doit tenir compte.

Le plan a pour but de contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être des individus, des familles, des communautés et des populations dans la perspective d'un développement durable, et il vise en particulier à réduire de façon significative la morbidité et la mortalité liées à la sexualité et à la reproduction en Côte d'Ivoire.

Il retient sur la période 2013-2016, les objectifs d'impact et de résultats suivants (tableau 3) :

Tableau 3 : Objectifs d'impact et de résultats du Plan stratégique de la planification familiale 2013-2016

Objectifs d'impact	Objectifs de résultats en 2016
Réduire de 543 à 149 le ratio de décès maternel	Accroître de 9,50% à 30% la prévalence contraceptive chez les femmes en âge de procréer
Réduire de 50% la morbidité liée à la sexualité et à la reproduction chez les femmes, les jeunes et les hommes	Réduire de 10% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes de 15 à 49 ans Réduire de 10% le taux de prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les hommes de 15 à 59 ans Réduire de 10% le nombre de grossesses non désirés et d'infections IST chez les adolescentes et les jeunes filles
Augmenter de 50% les activités de soutien à la planification familiale	Améliorer le système d'approvisionnement des produits contraceptifs Assurer la coordination, le suivi, la supervision et l'évaluation des activités dans tous les Districts Sanitaires

Source: Plan stratégique de la planification familiale. 2013–2016, page 42.

Pour atteindre ces objectifs, le Plan retient les sept axes stratégiques suivants :

- 1- l'amélioration de l'environnement juridique, réglementaire et institutionnel de la PF/VIH/sida ;
- 2- le renforcement et l'extension de l'offre des services de PF ;
- 3- l'amélioration de la qualité des services de PF/VIH/sida ;
- 4- l'amélioration de la qualité des services de PF ;
- 5- la mobilisation des ressources additionnelles pour financer le plan ;
- 6- le développement de la Recherche opérationnelle ;

7- le renforcement de la coordination, du suivi, de la supervision et de l'évaluation.

Le plan détaille ensuite la liste des activités qui doivent permettre d'atteindre les résultats attendus de sa mise en œuvre. Celle-ci est placée sous la responsabilité du Ministère de la Santé et de tous les niveaux de la pyramide sanitaire, y compris les institutions de formation et de recherche qui doivent également intervenir. Toutefois, compte tenu de l'approche multisectorielle retenue, les départements d'une dizaine d'autres ministères sont également concernés par la mise en œuvre du plan.

Le coût global du plan a été estimé pour la période 2012-2016 à 35,5 milliards de FCFA (54 millions d'euros), répartis en 62% pour l'augmentation de la prévalence contraceptive, 8% pour la réduction des taux d'avortements à risques et des grossesses précoces chez les adolescentes et les jeunes, 5% pour la réduction de la prévalence de l'infertilité et de l'infécondité chez les femmes et les hommes, et 25% pour le renforcement de la gouvernance et du leadership du Ministère de la santé (DC-PNSR-PF). Ce budget fait aussi l'hypothèse que les ressources financières affectées aux activités de PF augmenteront d'au moins 50% pendant la durée du plan.

L'objectif d'accroître la prévalence contraceptive de 9,5% à 30% en quelques années est très ambitieux voire irréaliste lorsqu'on sait qu'en 2010 par exemple l'Enquête SONU estimait que seulement un peu plus de la moitié des structures sanitaires offrait des services de planification familiale. Si on considère que la prévalence contraceptive de 9,5% se réfère à 2009, l'objectif de 30% en 2016 correspond à une augmentation de 3 points de prévalence par an, et de 4,5 point par an si on prend en compte la prévalence de 12% donnée par l'EDS-MICS 2011-2012. On notera aussi que le passage d'une prévalence de 12% en 2012 à 30% en 2016 en Côte d'Ivoire correspond selon nos estimations à une augmentation du nombre d'utilisatrices en union de méthodes modernes de moins de 500 000 en 2012 à un million en 2016.

Pourtant, le plan mentionne une estimation qui semble plus réaliste des besoins en contraceptifs pour 2016 correspondant à un taux de prévalence contraceptive de 18%. Il s'agit de l'estimation basée sur les données de distribution suite aux rencontres régulières de toutes les parties prenantes publiques, privées et ONG, actives dans le domaine de la planification familiale.

Le Plan stratégique de la planification familiale 2013-2016 a été complété en juillet 2014 par un Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020¹¹⁵ élaboré dans le cadre du « Partenariat de Ouagadougou ». Ce partenariat,

¹¹⁵ Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020 (PNBPF), 104 pages, Abidjan, juillet 2014,

lancé lors de la Conférence Régionale de Ouagadougou sur la Population, le Développement et la Planification Familiale en février 2011, concerne neuf pays francophones d'Afrique de l'Ouest dont la Côte d'Ivoire. Il s'agit d'une initiative de mobilisation pour accélérer les progrès dans l'utilisation des services de planification familiale. Dans ce cadre, la Côte d'Ivoire a indiqué qu'elle s'était fixée comme objectif « d'accroître la disponibilité de la planification familiale par le biais des établissements de santé, passant de 60 % en 2010 à 100 % en 2015 », et d'augmenter les ressources allouées à la planification familiale, notamment celles destinées aux produits contraceptifs¹¹⁶. La Côte d'Ivoire a également indiqué souhaiter renforcer ses services communautaires, développer la diversité des méthodes de planification familiale, et offrir l'accès aux méthodes de planification familiale pour les femmes vivant avec le VIH et les jeunes dans le cadre de la stratégie d'élimination de la transmission mère-enfant.

Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020 se fixe comme objectif d'accroître l'utilisation des méthodes modernes de contraception parmi l'ensemble des femmes de 15-49 ans (et pas seulement les femmes en union) de 19,4% en 2014 à 36% en 2020 (contre 30% en 2016 dans le Plan 2014-2016).

Cet objectif correspond selon les auteurs à une augmentation du nombre d'utilisatrices de 15-49 ans de méthodes modernes de contraception d'environ 1,2 million d'utilisatrices en 2014 à 2,6 millions en 2020, impliquant une augmentation du nombre d'utilisatrices de 14% par an. Notons que ces chiffres s'appuient sur un nombre total de femmes de 15-49 ans en 2015 de 6,3 millions (estimation nationale) contre 5,1 millions selon les estimations des Nations unies. Ce plan est ensuite détaillé par région et budgété par année et par axes d'intervention : création de la demande, amélioration et extension de l'offre de services, création d'un environnement favorable à la planification familiale, et suivi et coordination. Le coût de sa mise en œuvre pour six ans (de 2015 à 2020) a été estimé à 33,6 milliards de FCFA (51 millions d'euros ou 71 millions de dollars) dont les deux tiers sont alloués à l'offre de services. Cependant, de nombreuses activités de plaidoyer et de sensibilisation sont prévues. Toutefois, le document ne précise pas quelle pourrait être la part du financement du plan qui reviendrait à la Côte d'Ivoire et la part qui serait attendue des partenaires financiers. Ce point est important car en 2014, il n'existait pas de financement de l'État ivoirien alloué spécifiquement à la planification familiale,

¹¹⁶ Planification familiale, le Partenariat de Ouagadougou. <http://partenariatouaga.org/pays-accueil/cote-divoire/>. A noter qu'un plan d'action spécifique à la planification familiale a aussi été élaboré avec l'appui du Partenariat de Ouagadougou par le Burkina Faso, la Guinée, la Mauritanie, le Niger, le Sénégal, et le Togo voir Plans d'actions disponibles <http://partenariatouaga.org/nos-actions/>

comme c'est le cas d'ailleurs dans la plupart des autres pays de la sous-région. Assez curieusement, le plan ne donne pas non plus d'indications sur les coûts d'achat des contraceptifs et sur la prise en charge de ces coûts.

Au total, ce plan est assez complet et bien élaboré. Il soulève cependant la question du réalisme des objectifs retenus. On est ici, comme dans nombre d'autres cas, devant le dilemme classique du choix entre un objectif très ambitieux supposément mobilisateur mais peu réaliste et source potentielle de frustrations, et le choix d'un objectif raisonnablement ambitieux et atteignable offrant aux personnels concernés et à la population en général la satisfaction d'être éventuellement réalisé.

Lutte contre la Pauvreté et Politiques Nationales de Développement

En 1997, l'accroissement de la pauvreté a provoqué en Côte d'Ivoire une série de réflexions stratégiques qui ont conduit à l'adoption d'un Programme National de Lutte contre la Pauvreté, suivi en 1998 par la création de la Cellule de Lutte contre la Pauvreté alors rattachée au cabinet du Premier Ministre. Ces différents organes ont accéléré l'admission du pays à l'initiative Pays Pauvres Très Endettés (PPTÉ), ce qui a aidé à la mise en place des différents organes chargés de l'élaboration du Document Stratégique de Réduction de la Pauvreté ou DSRP. Le processus d'élaboration du DSRP a conduit en mars 2002 à l'adoption du DSRP intérimaire (DSRP-I), puis après une interruption due à la crise politico-militaire qu'a connue le pays, à l'adoption en 2009 du DSRP 2009-2013¹¹⁷.

A partir d'un diagnostic de la pauvreté et de l'examen de diverses possibilités d'évolution du pays, la Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la Pauvreté (ou DSRP 2009-2013) a retenu en 2009 l'évolution dite de « la renaissance ». Cette vision a été déclinée « en quatre impacts regroupant les six axes stratégiques identifiés dans le cadre du processus participatif, assortis d'actions prioritaires de développement ». Ces six axes stratégiques étaient :

- 1) la consolidation de la paix, de la sécurité des personnes et des biens et la promotion de la bonne gouvernance ;
- 2) l'assainissement du cadre macroéconomique ;
- 3) la création d'emplois et de richesses par le soutien au monde rural et la promotion du secteur privé comme moteur de la croissance ;

- 4) l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux de base, la préservation de l'environnement, la promotion de l'égalité de genre et la protection sociale ;
- 5) la décentralisation comme moyen de participation des populations au processus de développement et de réduction des disparités régionales ;
- 6) le contexte international et l'intégration régionale.

Les quatre « impacts majeurs » : associés à ces axes stratégiques étaient :

- IMPACT 1 : le rétablissement et le raffermissement des fondements de la République ;
- IMPACT 2 : la transformation de la Côte d'Ivoire en un pays émergent ;
- IMPACT 3 : assurer un bien-être social pour tous ;
- IMPACT 4 : faire de la Côte d'Ivoire un acteur dynamique de la scène régionale et mondiale.

Divers objectifs à atteindre à l'horizon 2013 et 2015 avaient été fixés pour chacun des impacts.

La variable démographique était examinée principalement dans le contexte de l'impact 3 « assurer un bien-être social pour tous », mais elle était aussi largement évoquée au niveau de l'impact 2 « la transformation de la Côte d'Ivoire en un pays émergent », dans lequel il était mentionné que « l'évolution démographique en déphasage avec le rythme de croissance économique a entraîné un relâchement des liens communautaires ». Il était ainsi noté que « la dynamique démographique accroît les charges de l'État relatives à la demande sociale ». En 2007, cette demande sociale se caractérise par « 16% de la population totale à vacciner (0 à 5 ans), 8,6% de la population totale à scolariser dans le préscolaire (3-5 ans), 15% dans le primaire (6-11 ans), 14% respectivement dans le secondaire (12-17 ans) et le supérieur (18-24 ans) ». Mention était faite de la politique de population en cours d'élaboration (la politique de population de 2009 finalement adoptée août 2010) qui devrait permettre la maîtrise du « rythme et [des] modalités de la transition démographique ». Dans la section intitulée « Valorisation du capital humain ; objectifs à l'horizon 2013 et 2015 pour les questions de Population », il était bien précisé que « L'objectif visé est de maîtriser la croissance démographique et la ramener d'ici à 2015 à des proportions de l'ordre de 2,85 » et que « le pays est en train de se doter d'une politique nationale de population ».

La variable démographique était donc largement mentionnée et prise en compte, jusqu'à un certain point, dans le DSRP 2009-2013. De fait, l'objectif de ramener la croissance démographique à 2,85% d'ici 2015 était associé avec l'objectif d'avoir en

¹¹⁷ République de Côte d'Ivoire (2009) : Document de Stratégie de Relance du Développement et de Réduction de la Pauvreté 2009-2013, Abidjan

2015 une croissance du PIB par tête de 3,7%. Cependant la fixation de ces objectifs s'appuyait sur un seul scénario d'évolution démographique et un seul scénario d'évolution économique.

Ceci dit, aucune action n'était vraiment envisagée à part l'attente d'une nouvelle politique de population. Dans la matrice des interventions prioritaires du DSRP 2009-2013, au niveau de l'impact 3 et de son axe 4 « amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services sociaux de base, préservation de l'environnement », il était simplement prévu une sensibilisation sur les méthodes contraceptives et le VIH/Sida en milieu scolaire. Par ailleurs, dans le chapitre 1 du document, « Défis, vision et objectifs de développement », il était indiqué concernant les objectifs de développement : « Au total, le principal instrument de réduction de la pauvreté restera la croissance économique. En 2009, la croissance devrait redémarrer et atteindre 3,9%, puis se maintenir autour de 6% en moyenne annuelle entre 2010 et 2013. Un taux moyen de 7% de croissance annuelle serait maintenu sur la période 2013-2015, soit une moyenne annuelle de 5,9% environ sur la période 2009-2015. Avec une telle trajectoire de croissance comparée au croît démographique qui s'établirait à 3,3% dans la période 2009-2015, le pays pourra réduire la pauvreté de 27,6 points de pourcentage entre 2009 et 2015 à travers la croissance économique. ».

Pour faire face aux nouveaux défis nés des différentes crises qu'a connues le pays, les autorités mises en place en mai 2011, se sont rapidement attachées à l'élaboration d'un nouveau plan. Le Plan National de Développement 2012-2015 (PND 2012-2015) publié en mars 2012 vise ainsi à « ramener le pays sur le sentier d'une croissance vigoureuse, soutenue, inclusive et solidaire, afin de permettre à la Côte d'Ivoire d'être émergente à l'horizon 2020 »¹¹⁸. Il présente trois scénarios pour la période 2012-2015 intitulés : 1) le Triomphe de l'Éléphant, 2) le Réveil de l'Éléphant, et 3) le Départ manqué de l'Éléphant. Le scénario retenu est celui du Triomphe de l'Éléphant afin de remplir les conditions minimums de l'émergence, à savoir : 1) réaliser une croissance forte et soutenue sur une longue période ; 2) arriver à constituer une classe moyenne significative qui a accès aux biens de consommation durable ; et 3) participer au système de production mondial.

Tirant les leçons de l'histoire économique et politique de la Côte d'Ivoire depuis 1960, la stratégie retenue dans le Plan 2012-2015, vise à accélérer la dynamique de croissance autour de « moteurs puissants de croissance » tout en tenant compte des goulots d'étranglement et des pesanteurs qui ont ralenti le développement du pays au cours des dernières décennies. Parmi les sources de croissance « transversales » sélectionnées on peut citer la gouvernance territoriale et administrative, y compris la

lutte contre la corruption, la mise en place d'un climat des affaires propice au secteur privé, le développement de l'enseignement technique et supérieur, la recherche scientifique et l'innovation technologique, et l'amélioration de l'état de santé et nutritionnel de la population et la lutte contre le VIH/sida. Parmi les sources « verticales » de croissance sélectionnées on peut citer l'emploi, la jeunesse, les affaires sociales et la population, la protection de l'égalité du genre, et le bien-être familial et de l'enfant.

Les principaux objectifs quantitatifs retenus pour la période 2012-2015 sont : 1) réaliser un taux de croissance constant du PIB d'environ 10% en moyenne ; 2) réduire de moitié du taux de pauvreté ; 3) atteindre ou se rapprocher le plus possible des Objectifs du Millénaire pour le développement ; 4) créer un des meilleurs climats des affaires en Afrique ; 5) rejoindre le groupe de tête des pays africains en ce qui concerne la bonne gouvernance et la lutte contre la corruption.

Cinq axes stratégiques sont identifiés et associés aux résultats généraux suivants :

- 1) les populations vivent en harmonie dans une société sécurisée dans laquelle la bonne gouvernance est assurée ;
- 2) la création de richesses nationales est accrue, soutenue et les fruits de la croissance répartis dans l'équité ;
- 3) les populations, en particulier les femmes, les jeunes, les enfants et autres groupes vulnérables ont accès aux services sociaux de qualité dans l'équité ;
- 4) les populations vivent dans un environnement sain et un cadre de vie adéquat ;
- 5) le repositionnement de la Côte d'Ivoire sur la scène régionale et internationale est effectif.

Le plan détaille ensuite les résultats attendus pour chaque axe dans chaque secteur identifié et les « mesures clés » à mettre en œuvre.

Le montant des « mesures clés » envisagées pour les quatre années du PND 2012-2015 est d'environ 11 000 milliards de FCFA (pour un PIB estimé en 2013 à 15 300 milliards de FCFA), soit environ 17 milliards d'euros et 22 milliards de dollars US. Le cadrage budgétaire correspondant attribue 64% du budget à l'axe 2 : la création de richesses nationales, ce qui souligne la priorité accordée à la relance de l'économie.

L'axe 3, qui inclut le secteur « Population et migrations » se voit attribuer 15% du budget total, dont 37% est alloué à la santé, et 44% à l'éducation, mais plus particulièrement à l'enseignement supérieur et à l'enseignement technique, ce qui correspond à la priorité accordée dans l'axe 3, à l'amélioration du capital humain du pays.

Concernant plus spécifiquement le secteur « Population et migrations », le plan relève que « le rythme de croissance de la population ivoirienne figure parmi les plus élevés

¹¹⁸ Plan National de Développement 2012-2015. République de Côte d'Ivoire. Tome 1 Résumé analytique, mars 2012 ; Abidjan, 62 pages

dans le monde avec un taux de croissance de 2,8 % entre 1998 et 2010. Cette croissance rapide est due à une fécondité et à une immigration importante. De surcroît, cette population est majoritairement jeune ».

L'impact visé par le PND 2012-2015 est donc la maîtrise des phénomènes démographiques et des flux migratoires, qui devra être atteint à travers la réalisation des trois effets suivants :

- 1) l'amélioration de la gouvernance du secteur ;
- 2) la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de la Politique Nationale de Population « intégrée » et ;
- 3) la maîtrise de la gestion des flux migratoires.

Les mesures clés retenues pour la population sont énoncées comme suit :

- 1) élaborer une Politique Nationale de Gestion des Migrations ;
- 2) prendre un décret de création d'un Office National de la Population ;
- 3) élaborer un rapport annuel sur l'état de la population en Côte d'Ivoire (REPCI) et ;
- 4) éditer et vulgariser la Politique Nationale de Population (PNP).

Pour ces actions, le cadrage budgétaire du PND 2012-2015 retient une somme de 2,088 milliards de FCFA (3,2 millions d'euros).

Au total, les phénomènes démographiques sont mieux pris en compte qu'auparavant en tant que secteur « Population et migrations », et l'objectif de maîtrise des phénomènes démographiques et des flux migratoires est bien affiché. Mais, pour atteindre cet objectif le PND 2012-2015 s'en remet logiquement à la mise en œuvre d'une Politique Nationale de Population « intégrée », d'une Politique Nationale de Gestion des Migrations, et à l'Office National de Population.

Il faut mentionner enfin que la Côte d'Ivoire a renoué avec sa tradition d'élaboration d'études prospectives, après « Côte d'Ivoire 2000 », « Côte d'Ivoire 2010 » et « Côte d'Ivoire 2025 ». Le communiqué du Conseil des Ministres du 23 juillet 2014 indique à ce sujet que « La dernière (étude) est en cours¹¹⁹, et prévoit la mise en place d'une commission « chargée de conduire toutes les consultations nécessaires à l'élaboration des études nationales prospectives, à leur opérationnalisation et à la mise en œuvre d'un mécanisme institutionnel de veille stratégique ».

¹¹⁹ Communiqué du Conseil des Ministres du Mercredi 23/07/2014. Projets de décrets http://www.gouv.ci/conseil_des_ministres_transportflux1.php?recordID=205

Il faut noter également que la Confédération Générale des Entreprises de Côte d'Ivoire (CGECI) a divulgué en 2013 un plan stratégique de développement intitulé « Côte d'Ivoire 2040 : le défi du meilleur ». Ce plan est le résultat d'une réflexion initiée par la CGECI depuis 2008. Il vise à promouvoir le développement du secteur privé ivoirien à travers la conception et la mise en œuvre d'une vision prospective accompagnée d'une stratégie idoine pour la croissance et le développement pour faire de la Côte d'Ivoire un État prospère à l'horizon 2040.¹²⁰ Le rapport de l'atelier qui s'est tenu à ce sujet à Yamoussoukro en 2010 relève seulement que « De la forte croissance démographique résultent de fortes pressions sur les structures socio-économiques de la Côte d'Ivoire. En conséquence, les enjeux démographiques majeurs de la Côte d'Ivoire d'aujourd'hui sont le développement de capacités économiques, sociales et humaines aptes à assurer un encadrement adéquat et un cadre de vie meilleure à sa population ». Aucune opinion n'était exprimée sur l'éventuelle nécessité de maîtriser la croissance démographique, ni d'ailleurs sur les migrations¹²¹.

L'utilité des exercices de prospective n'est plus à démontrer. Il faut souhaiter cependant que l'Étude Nationale Prospective : Côte d'Ivoire 2040 en cours tiendra compte cette fois-ci de divers scénarios d'évolution démographique de type aide à la décision, tels que ceux présentés au chapitre 3, et que l'impact de chacun de ces scénarios sur l'évolution du PIB par tête et sur les secteurs (besoins en santé, en éducation, sécurité alimentaire etc.) sera bien mis en évidence.

¹²⁰ Note sur Côte d'Ivoire 2040 et la CGECI <http://www.primaturecotedivoire.net/site/suite-p.php?newsid=1891>

¹²¹ Rapport de l'Atelier « Cote D'ivoire 2040 » Le Defi Du Meilleur. Plan Stratégique de Développement de La Côte d'Ivoire- Vision par et pour le Secteur Prive Yamoussoukro 26, 27 et 28 avril 2010

COMMENT GÉRER LA VARIABLE POPULATION EN CÔTE D'IVOIRE ?

Les partenaires en population et santé de la reproduction

De nombreux partenaires au développement interviennent aux côtés des autorités ivoiriennes dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction. Nous en avons dénombré une vingtaine. Il s'agit entre autres (la liste qui suit n'est pas forcément exhaustive) :

- des agences du Système des Nations unies : UNFPA, Unicef, OMS, PNUD, PAM et Banque mondiale ;
- des Agences interétatiques et fonds spéciaux : Délégation de l'Union européenne, Banque africaine de développement (BAD), et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme¹²² ;
- des Agences bilatérales : Agence française de développement (AFD), KfW pour la coopération allemande, et USAID pour la coopération américaine ;
- des ONG et Associations de la société civile : telles que l'Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial (AIBEF), l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS), CARE Côte d'Ivoire¹²³, Family Health International (FHI)¹²⁴, International Center for AIDS Care and Treatment Programs (ICAP)¹²⁵, du PEPFAR¹²⁶, du Programme franco-ivoirien de recherche sur le VIH/SIDA (PAC-CI)¹²⁷, et de Population Services International (PSI)¹²⁸.

Les agences du système des Nations unies et la coopération multilatérale et bilatérale apportent essentiellement un appui financier aux structures ivoiriennes (appui

¹²² Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, Côte d'Ivoire
<http://portfolio.theglobalfund.org/en/Country/Index/CIV>,

¹²³ Voir <http://www.care.ci/>

¹²⁴ Voir <http://www.fhi360.org/countries/cote-divoire>

¹²⁵ Voir <http://icap.columbia.edu/where-we-work/cote-divoire>

¹²⁶ Voir <http://abidjan.usembassy.gov/pepfar.html>

¹²⁷ Voir <http://www.anrs.fr/VIH-SIDA/Pays-en-developpement/Les-pays-partenaires/Le-site-de-Cote-d-Ivoire>

¹²⁸ Voir <http://www.psi.org/cote-divoire>

financier à des projets et/ou appui budgétaire). Les partenaires privés qui reçoivent des fonds internationaux, d'origine bilatérale et privée, sont plus souvent directement impliqués dans la fourniture de services ou de prestations. Ces organisations interviennent généralement dans plusieurs des cinq principaux champs de la Santé de la reproduction (SR) à savoir : 1) la mortalité maternelle, 2) les enfants (mortalité des enfants et nutrition), 3) la planification familiale, 4) le VIH/sida et les IST, et 5) les violences aux femmes.

Compte tenu de l'importance de l'épidémie du VIH/Sida en Côte d'Ivoire, la plupart des intervenants ont des activités dans la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA. Viennent ensuite les intervenants qui ont des activités dans les domaines de la réduction de la mortalité maternelle et/ou de l'amélioration de la survie des enfants, puis les intervenants qui ont des activités en matière de planification familiale, et enfin les intervenants qui ont des activités en matière de lutte contre les violences faites aux femmes.

Certains intervenants se concentrent en priorité, voire exclusivement, sur la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA. Il s'agit du Fonds mondial, de CARE Côte d'Ivoire, de FHI, d'ICAP, du PEPFAR, du PAC-CI et de PSI. Ce nombre élevé d'intervenants se justifie par l'importance du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida en Côte d'Ivoire, près de 500 000 personnes en 2012 selon ONUSIDA (en fait entre 390 000 et 530 000 personnes), le second chiffre le plus élevé d'Afrique de l'Ouest après celui du Nigéria¹²⁹. Mais, comme on l'a vu au chapitre 2, grâce aux efforts des autorités et de leurs partenaires, la prévalence du VIH/Sida a été divisée par deux depuis 2001, puisqu'elle est passée de 6,4 % (entre 5,9% et 7,2%) en 2001, à 3,2 % (entre 2,8% et 3,8%) en 2012.

L'UNFPA, agence spécialisée des Nations unies pour les questions de population, intervient en Côte d'Ivoire depuis 1972. A partir des années 1980 ses interventions se sont inscrites dans le cadre d'un programme de coopération exécuté sur une période de plus ou moins cinq ans. A ce jour, cinq programmes de coopération ont été mis en œuvre. Compte tenu des troubles qu'a connus la Côte d'Ivoire ces dernières années, le cinquième programme qui couvrait la période 2003-2007 a été étendu à 2008 et 2009, et il en a été de même du sixième programme qui couvrait la période 2009-2013¹³⁰, qui a été prorogé en 2014-2015.

¹²⁹ ONUSIDA : « Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013. op. cit.

¹³⁰ Voir <http://cotedivoire.unfpa.org/> et Plan d'Action du Programme de Pays (CPAP) 2009-2013 entre l'UNFPA et le Gouvernement de Côte d'Ivoire, Abidjan, février 2009
http://cotedivoire.unfpa.org/drive/CPAP_2009_2013.pdf

Le cinquième programme 2003-2007/2009 était structuré autour de sous-programmes : Santé de la Reproduction, Population et Développement, et Genre. Au cours des années de crise 2003-2004, la priorité des interventions de l'UNFPA est allée à des interventions humanitaires. Parallèlement l'UNFPA est intervenu sur trois principaux axes : la prévention de la sur-morbidité et de la surmortalité maternelle et néonatale, la prévention des infections sexuellement transmissibles, du VIH et des violences sexuelles, et la santé sexuelle et de la reproduction des adolescents et des jeunes. En Santé de la Reproduction, l'accent a été mis sur les interventions ayant un potentiel d'amélioration de la qualité des services de SR. Le recours aux services intégrés de SR de qualité dans les formations sanitaires, la prise en charge des complications des avortements et une meilleure information à l'endroit des adolescents et des jeunes ont été les principales actions menées au cours de la période 2003-2007/2009. Par ailleurs, en Population et Développement et Genre, les interventions ont été axées sur le renforcement des capacités institutionnelles, l'amélioration de la collecte des données en matière de population, et l'amélioration de l'environnement socio-juridique pour améliorer l'égalité des chances en matière de genre.

Le sixième programme de coopération 2009-2013 s'est inscrit dans le cadre de l'UNDAF (*United Nations Development Assistance Framework*). Ce cadre global s'est appuyé alors sur les priorités nationales définies dans le document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) de 2009. Mais, après la mise en place des nouvelles autorités en mai 2011, les Nations unies ont adopté un UNDAF révisé couvrant la période 2013-2015, afin d'appuyer la mise en œuvre du Plan National de Développement (PND) 2012-2015. La prolongation du sixième programme de l'UNFPA en 2014-2015 est la conséquence logique de l'adoption l'UNDAF révisé 2013-2015.

L'exécution du programme de l'UNFPA 2009-2013, a fait l'objet avant son extension d'une évaluation publiée en décembre 2012¹³¹. Les objectifs de cette évaluation étaient de fournir une appréciation indépendante de la performance du programme, d'apprécier la valeur ajoutée apportée par l'UNFPA aux politiques de développement, et de formuler des constats et recommandations utiles en vue de l'extension du programme en 2014 et 2015. Il s'agissait aussi à travers l'analyse des composantes du programme (Population et Développement, Santé de la Reproduction, et Genre) d'apprécier les résultats obtenus et la capacité des acteurs locaux à continuer et à étendre les activités du programme.

¹³¹ Évaluation du 6ième Programme de Coopération UNFPA/Côte d'Ivoire (2009-2013). Rapport final de l'évaluation, , Abidjan décembre 2012. 112 pages <https://data.unfpa.org/docDownload.unfpa?docId=117>

Le rapport final de cette évaluation fournit 16 conclusions, 18 recommandations à l'intention de l'UNFPA, et 19 recommandations à l'endroit du gouvernement. Parmi ces dernières on a relevé les recommandations suivantes :

- 1) prendre les dispositions nécessaires en vue du renforcement du cadre institutionnel légal de la SR ;
- 2) prendre les mesures nécessaires au renforcement de la prévention des grossesses et des avortements en milieu scolaire ;
- 3) prendre la bonne mesure des défis et enjeux démographiques cruciaux de la Côte d'Ivoire, afin de systématiser la prise en compte des questions de population et développement ;
- 4) mettre en place, avec l'appui de l'UNFPA, un programme national de promotion des réponses éducatives aux problèmes de population et de vie familiale incluant la problématique de la scolarisation de la jeune fille, et
- 5) finaliser, valider et/ou adopter les documents cadres notamment le code des Personnes et de la Famille, la Politique Nationale de la Famille, la Stratégie Nationale de lutte contre les VBG (violences basées sur le Genre).

Le Programme 2014-2015 Côte d'Ivoire-UNFPA qui s'inscrit donc dans le cadre de l'UNDAF révisé 2013-2015, s'inscrit donc aussi dans le Plan Stratégique de l'UNFPA 2014-2017¹³². Les résultats attendus du programme sont ainsi articulés autour des quatre objectifs / réalisations attendus du Plan Stratégique de l'UNFPA 2014-2017, à savoir :

- 1) l'accroissement de la disponibilité et de l'utilisation de services intégrés de santé reproductive et sexuelle (notamment la planification familiale, la santé maternelle et le VIH) ;
- 2) accorder une priorité accrue aux adolescents, en particulier les jeunes adolescentes, dans les politiques et programmes nationaux de développement et mettre à leur disposition des services complets d'éducation sexuelle et de santé en matière de sexualité et de procréation ;
- 3) la progression de l'égalité des sexes, de l'autonomisation des femmes et des filles, et
- 4) le renforcement des politiques nationales et des programmes internationaux de développement par l'intégration d'une analyse de la dynamique de la

¹³² Fonds des Nations Unies pour la population, Annexe 1 Cadre de résultats intégrés. Plan stratégique de l'UNFPA, 2014-2017: Rapport du Directeur exécutif (DP/FPA/2013/12) [Cadre de résultats intégrés - UNFPA](#)

population fondée sur les données et une analyse de ses liens avec le développement durable, la santé sexuelle et reproductive et les droits reproductifs, le VIH et l'égalité des sexes. Ces activités comprennent notamment un accompagnement pour renforcer les capacités de l'ONP.

Huit indicateurs sont associés aux trois premiers objectifs. Ils concernent : 1) la couverture des besoins obstétricaux, 2) la scolarisation garçons et filles, 3) l'insuffisance pondérale des enfants, 4) la prise en charge des victimes de viol, 5) l'incidence des diarrhées chez les enfants, 6) l'assistance à l'accouchement, 7) la prévalence du VIH/Sida dans la population, et 8) la prévalence de la contraception (supposée atteindre 18% en 2015). Trois indicateurs sont associés au quatrième objectif. Il s'agit de : 1) la satisfaction des usagers par rapport au service public, 2) le classement de la Côte d'Ivoire dans l'indice de corruption de *Transparency International*, et 3) le classement de la Côte d'Ivoire dans l'indice Mo Ibrahim.

Examinons maintenant brièvement les activités de l'Association Ivoirienne pour le Bien Etre Familial (AIBEF), qui intervient sur le terrain en planification familiale et de l'AIMAS qui intervient dans le domaine du marketing social des contraceptifs.

L'AIBEF est l'une des quelques 170 associations nationales de planning familial affiliées à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF)¹³³. L'AIBEF qui a été créée en 1979 bénéficie en Côte d'Ivoire d'une image de marque auprès des populations et de ses partenaires nationaux et internationaux. Elle est en effet l'une des organisations du pays les plus expérimentées en matière de planification familiale et de santé de la reproduction, ce qui lui a valu d'être sollicitée pour apporter son appui et son expertise pour l'ouverture des services de planification familiale dans les structures de santé publique. L'AIBEF mène des campagnes de sensibilisation et d'information autour des problèmes de santé de la reproduction, donne de l'information et des conseils, et gère un programme de distribution de contraceptifs. Des agents communautaires font aussi la promotion de l'usage de la planification familiale. L'AIBEF a implanté une trentaine de projets en santé de la reproduction dans des structures privées, et elle donne des consultations et services en planification familiale et traite des personnes ayant contracté des IST dans divers centres du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Au travers un réseau de 84 points de service, dont 35 cliniques, l'AIBEF offre une gamme étendue de prestations et de services en santé de la reproduction en direction de divers groupes cibles (jeunes, hommes, femmes, etc.). Ces services comprennent le conseil et des consultations en planification familiale, le diagnostic et le traitement des

IST, le dépistage volontaire du VIH/sida etc. En 2011, l'AIBEF a fourni 334 000 services de santé sexuelle et reproductive, y compris les consultations en planification familiale, et des services à 127 000 jeunes de moins de 25 ans. En 2012, l'AIBEF avait des antennes dans 11 des 31 régions de la Côte d'Ivoire.

Le Programme de Marketing Social des contraceptifs a été mis en œuvre en Côte d'Ivoire à partir de 1996 par l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS) dans le cadre du programme « Planification familiale et prévention du VIH/SIDA » financé par la coopération allemande au travers la KFW (Banque allemande de développement ou Kreditanstalt für Wieraufbau). Les contraceptifs concernés étaient les condoms masculins *Prudence* et la pilule contraceptive *Confiance*.

Selon les informations contenues dans le Plan stratégique de la planification familiale 2013–2016, AIMAS dispose aujourd'hui d'un entrepôt de stockage et de deux antennes régionales, ce qui lui permet de déployer ses activités sur l'ensemble du territoire national. Elle possède aussi un centre de communication audio-visuelle performant, offrant une variété de produits de sensibilisation aux ONG ainsi qu'aux organismes de développement établis en Côte d'Ivoire et dans la sous-région. L'AIMAS a produit de nombreux films à succès tels que « Sida dans la Cité », « Amah Dja Foule », « Aka Nê Dèmê » qui ont été diffusés dans plusieurs pays africains. Elle a parachevé en 2011 la réalisation d'un feuilleton télévisé de 21 épisodes intitulé « *ma Femme, mon Amie* » qui sert de support à une campagne multimédia sur la planification familiale.

L'AIMAS a vendu en Côte d'Ivoire entre 2002 et 2011, 277 millions de préservatifs masculins et 12 millions de cycles de pilule à travers le circuit pharmaceutique. En 2011, elle a vendu 24 millions de préservatifs, deux millions de cycles de pilule et 27 000 injectables. L'utilisation des condoms correspond surtout à des besoins de protection contre les IST et le VIH/sida, et de prévention contre les grossesses non désirées, notamment chez les jeunes, plutôt qu'à des besoins de planification familiale d'unions stables. Il n'en va pas de même pour la pilule et les injectables dont les ventes correspondent à près de 150 000 « couple-année de protection » (ou CAP)¹³⁴ pour la pilule (soit plus de la moitié des pilules utilisées en Côte d'Ivoire) et 7 000 « couple-année de protection » pour les injectables. Ces données sont le reflet du rôle essentiel d'AIMAS sur le marché du condom masculin et des pilules contraceptives en Côte d'Ivoire.

¹³³ The International Planned Parenthood Federation <http://www.ippf.org/our-work/where-we-work/Africa/Cote-dIvoire>

¹³⁴ Le couple-année de protection (CAP) mesure le nombre total d'années de protection contraceptive fournie à un couple, (IPPF, 2010) ceci en fonction des diverses méthodes modernes de contraception utilisées : ainsi 13 cycles de pilules et quatre injections d'injectables protègent un couple pendant une année, et une insertion de stérilet protège en moyenne un couple pendant trois ans et demi.

Enfin, l'Agence française de développement (AFD) est devenue récemment un intervenant important dans le domaine de la santé, mais aussi en santé de la reproduction, à travers son appui à deux projets : le Projet de Renforcement du Système de Santé (PRSS), et le Projet d'intensification de la Politique de Planification Familiale (PIPPF) qui couvrent tous les deux la période 2013-2015.

L'AFD est présente en Côte d'Ivoire depuis plus de soixante ans, avec pour mission de financer et accompagner des projets et programmes de développement mis en œuvre par l'État, les entreprises publiques et privées, ainsi que par diverses institutions financières (banques et institutions de microfinance). L'activité principale de l'AFD depuis 2012 est la gestion pour le compte de l'État français du Contrat de Désendettement et de Développement (C2D) pour la période 2012-2015. Le C2D est un mécanisme de reconversion de la dette de la Côte d'Ivoire envers la France par lequel la France reverse à la Côte d'Ivoire les échéances qu'elle rembourse, les montants reversés finançant alors des projets et programmes approuvés d'un commun accord. Le C2D 2012-2015 couvre six secteurs : la santé, l'éducation, l'agriculture et la gestion des ressources naturelles, environnement, le développement urbain, les infrastructures routières et la justice. Le groupe de l'AFD soutient également le secteur privé, notamment via PROPARGO, filiale de l'AFD.

Le Projet de Renforcement du Système de Santé (PRSS 2013-2015) s'inscrit dans le cadre des objectifs du Programme National de Développement Sanitaire (PNDS 2012-2015), et du Plan National de Développement (PND 2012-2015). Ses objectifs spécifiques sont les suivants :

- 1) - appuyer le développement des ressources humaines paramédicales ;
- 2) - renforcer la disponibilité en médicaments essentiels ;
- 3) - améliorer la qualité et l'accès aux soins et services de santé maternelle et infantile (SMI) afin notamment de réduire les disparités régionales existantes ;
- 4) - renforcer les capacités institutionnelles du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida.

Ce projet financé au titre du premier C2D Santé de Côte d'Ivoire est doté pour trois ans d'un budget de 40,8 milliards de FCFA ou 62,2 millions d'euros, dont près de la moitié (43%) a été allouée à l'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins et services de santé maternelle et infantile.

Le Projet d'Intensification de la Politique de Planification Familiale (PIPPF 2013-2015) part du constat que la faible utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire résulte d'une information insuffisante et d'une offre faible et inadéquate au regard des besoins exprimés, et insuffisamment intégrée dans le service minimum offert par les établissements sanitaires. Il souligne par ailleurs que la Côte d'Ivoire

pourrait à travers la maîtrise de sa fécondité et la baisse de la mortalité maternelle et infantile, accélérer sa transition démographique et bénéficier du dividende démographique nécessaire pour conforter sa croissance économique. Ce qui signifie que les enjeux en matière de Planification familiale dépassent largement le seul secteur de la santé.

Les objectifs spécifiques du PIPPF retenus sont les suivants :

- 1) renforcer les ressources nationales, humaines et financières consacrées au pilotage du Programme National de Santé de la Reproduction et de Planification familiale (PNSR-PF), et à la coordination et au suivi du Plan Stratégique de la Planification Familiale ;
- 2) améliorer l'accessibilité aux services publics et privés de Planification familiale et offrir une offre de Planification familiale diversifiée et de qualité ;
- 3) renforcer les moyens de distribution de produits contraceptifs dans le secteur privé et de promotion de la PF auprès de la population ivoirienne ; et
- 4) soutenir la sensibilisation communautaire à la Planification familiale.

Ce projet est présenté comme une « opération coup de poing » devant permettre un saut quantitatif de la couverture de la Planification familiale en Côte d'Ivoire en soutenant financièrement le Plan Stratégique de Planification familiale (PSPF 2013-2016). Il repose sur trois acteurs : la Direction de coordination du PNSR-PF (DC PNSR/PF) et deux ONG partenaires historiques : l'Association Ivoirienne pour le Bien-être Familial (AIBEF), et l'Agence Ivoirienne de Marketing Social (AIMAS).

Ce projet est également financé au titre du premier C2D Santé de Côte d'Ivoire, et il est doté d'un budget de 5 milliards de FCFA ou 7,6 millions d'euros pour trois ans.

Les résultats attendus du projet sont :

- 1) l'amélioration de la santé maternelle et infantile grâce à l'accessibilité accrue aux soins et services de santé de la reproduction et de planification familiale, permettant notamment l'allongement de l'espacement des grossesses, la diminution du nombre de grossesses à risques, et à terme la diminution de l'indice de fécondité ;
- 2) l'augmentation du taux de prévalence contraceptive, la diminution du taux des besoins non-satisfaits en planification familiale et la disponibilité de toute la gamme de produits contraceptifs dans les établissements publics et les centres privés et associatifs des dix districts visés par le projet ;

- 3) l'amélioration du niveau d'information et de sensibilisation des populations sur la planification familiale et l'utilisation des méthodes modernes de contraception.

Il faut se féliciter de l'adoption du Plan Stratégique de Planification familiale (PSPF 2013-2016) et de l'approche pragmatique et volontariste du Projet d'Intensification de la Politique de Planification Familiale (PIPPF 2013-2015). Selon les résultats de l'EDS-MICS 2011-2012, en 2012 seulement 26 % des utilisatrices de la contraception s'adressaient au secteur public pour se procurer leur méthode contre 75% en 1998-1999, ce qui est l'une des conséquences des années de crises et de détérioration du système de santé qu'a connues la Côte d'Ivoire. Toujours en 2012, près de la moitié (46%) des utilisatrices se procuraient leur méthode dans le secteur médical privé, essentiellement dans une pharmacie, c'est-à-dire probablement sans entretien sur leur état de santé, et sans conseils sur la méthode achetée, son utilisation et ses effets secondaires. Parmi les méthodes les plus utilisées, la pilule et le condom masculin étaient majoritairement distribués par les pharmacies privées (57 % pour la pilule et 44 % pour le Condom). Seuls les injectables étaient distribués majoritairement (à 49%) par les centres de santé publics.

Il conviendra de faire en 2016, une évaluation détaillée de la situation et des résultats obtenus par le PSPF 2013-2016 et le PIPPF 2013-2015. Il conviendra aussi, selon nous, de mettre à jour le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020, compte tenu des nouvelles données disponibles.

L'extension de l'utilisation de la contraception moderne jusqu'au niveau atteint aujourd'hui par les pays émergents prendra au moins deux à trois décennies. Dans cette perspective, il conviendra donc d'apprécier aussi les capacités de chaque prestataire (public et privé), de déterminer l'évolution future souhaitable de la répartition des méthodes envisagées (entre méthodes de court et long terme), d'élaborer de nouveaux messages pour accélérer l'utilisation de la contraception moderne, et d'estimer les besoins de financement correspondants.

Par ailleurs, il faudra veiller à ce que l'intégration des services de santé reproductrice dans le système de santé publique ne se fasse pas au détriment de la planification familiale. En effet, vu la diversité des composantes de la santé de la reproduction : santé maternelle et infantile, maladies sexuellement transmissibles, épidémie du SIDA, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction, etc. il existe une certaine concurrence entre ces diverses composantes pour la définition de priorités. Dans de nombreux pays, la priorité implicite ou explicite a souvent été donnée à une maternité protégée et aux soins des enfants, ces besoins étant les plus pressants. Mais cela s'est fait le plus souvent aux dépens de la planification familiale comme

l'indique l'évaluation faite par les Nations unies sur ce sujet en 2004¹³⁵. Toutefois, l'intégration des services de santé reproductrice et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Enfin, il faudra veiller aussi à ce que les personnels de santé sensibilisent effectivement toutes les femmes qui se présentent en consultation pré ou post-natale, aux avantages de la planification familiale pour elles, pour leurs enfants, et pour leur famille, ce qui n'a pas été le cas dans le passé¹³⁶.

Peut-on accélérer la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire ?

Dans le contexte démographique, socio-économique, politique et culturel qui vient d'être décrit, est-il nécessaire, est-il possible d'accélérer la baisse de la fécondité en Côte d'Ivoire, afin de lui permettre d'entrer plus rapidement dans la première fenêtre d'opportunité démographique ?

L'utilisation de méthodes modernes de contraception parmi les femmes en union en Côte d'Ivoire a progressé ces dernières années, puisque selon les données publiées, elle est passée de 4,3% en 1994 à 12,5 % en 2011-2012, ou 11,9% si on exclue la « MAMA »¹³⁷ encore appelée « Contraception en post-partum » (tableau 4). Concernant les méthodes utilisées, on notera que de 1994 à 2011-2012, la pilule a toujours représenté au moins la moitié des méthodes modernes utilisées, les injections environ 20%, et le condom entre 15% et 25%, ce qui donne pour ces trois méthodes de courte durée 95% du total des méthodes en 2006 et en 2011-2012. Les implants d'introduction plus récente, ne représentaient en 2011-2012 que 1,7% des méthodes utilisées.

¹³⁵ United Nations 2004. Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

¹³⁶ Jaffré, Yannick and Jean-Pierre Olivier de Sardan, eds. (2003). *Une Médecine Inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans Cinq Capitales d'Afrique de l'Ouest* (Abidjan, Bamako, Conakry, Dakar, Niamey). Paris: Karthala Edition.

¹³⁷ La MAMA ou « Contraception en post-partum » est considérée aujourd'hui par certains comme une méthode moderne de contraception. Toutefois, l'efficacité de la MAMA est limitée à six mois et suppose que les trois conditions suivantes soient remplies simultanément : 1) le bébé doit avoir moins de 6 mois, 2) la mère doit être aménorrhéique (ne pas avoir revu ses règles), 3) l'allaitement doit être pratiqué à la demande jour et nuit. En fait, la MAMA est souvent assimilée à l'allaitement, et les pourcentages d'utilisatrices de cette méthode sont sujets à caution. Les chiffres de 2012 incluent 0,6% d'utilisatrices de la « MAMA » (et 1,3% dans l'enquête MICS de 2006) En toute rigueur ils doivent être exclus des comparaisons dans le temps puisque la MAMA n'est pas incluse dans les premières enquêtes.

Si on considère l'ensemble des méthodes de contraception (y compris donc les méthodes traditionnelles et celles dites « folkloriques ») l'utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire est passée de 11,4% en 1994 à 18,2 % en 2011-2012 (ou 17,6% si on exclue la « MAMA »). Entre 1994 et 2011-2012, la part des méthodes traditionnelles parmi l'ensemble des méthodes utilisées a diminué de moitié (de 62% à 32%), mais, il faut souligner à ce sujet que selon le déroulement des entretiens, l'utilisation des méthodes traditionnelles est déclarée de manière très variable selon les enquêtes et les pays. C'est pourquoi, l'analyse de l'évolution de l'utilisation de la contraception se limite le plus souvent à l'analyse de l'évolution de l'utilisation des méthodes modernes.

Quel que soit le chiffre retenu, l'utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire en 2011-2012 reste parmi les plus faibles au monde, conséquence d'une progression très lente. La progression de l'utilisation de la contraception moderne a été en effet de 0,43 point de pourcentage par an entre 1994 et 2011-2012, et de 0,71 point de pourcentage par an entre les enquêtes de 2006 et 2011-2012. Mais ce dernier chiffre doit être pris avec précaution car ces deux enquêtes ont utilisé des questionnaires et des méthodologies sensiblement différentes.

Cependant, les femmes en union qui n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitent espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants, ce qui correspond à des « besoins non satisfaits », étaient plus nombreuses que celles utilisant la contraception. En 2011-2012 en effet, 27% des femmes en union ont exprimé un besoin non satisfait d'espacement ou d'arrêt de leur fécondité, contre 18,2% d'utilisatrices dont les besoins étaient donc « satisfaits ». La demande totale exprimée en planification familiale (besoins satisfaits plus besoins non satisfaits) était ainsi en 2011-2012 de 45,3% (contre 41,8% en 1994) ce qui reste faible.

En comparaison avec les évolutions observées en Côte d'Ivoire, la prévalence de la contraception, selon les données internationales, se situait en gros dans les pays émergents au milieu des années 2000 entre 60 % et 85 %. De fait, ces pays qui pour la plupart avaient des prévalences de la contraception moderne de l'ordre de 10 % à 20 % dans les années 1970, ont réalisé comme on l'a déjà indiqué, leur « révolution contraceptive »¹³⁸ en une quarantaine d'années¹³⁹. Dans ces pays aujourd'hui, les méthodes traditionnelles sont généralement peu utilisées, et les besoins non satisfaits

¹³⁸ Comme on l'a dit plus haut, le terme révolution contraceptive apparaît dans la littérature scientifique dans les années 1970. L'article le plus récent sur le sujet concerne l'Afrique : « The contraceptive revolution: focused efforts are still needed » by John Cleland and al, The Lancet, [Volume 381, Issue 9878](#), Pages 1604 - 1606, 11 May 2013.

¹³⁹ Guengant J.-P., Rafalimanana H., 2005 – « The Cairo Approach... Embracing too much? » op. cit.

concernent de 2-3 % des femmes (Chine, Thaïlande, Maurice...) à 10 % des femmes (Mexique, Maroc...). La demande totale en planification familiale dans ces pays se situe donc aujourd'hui en gros entre 70 % et 85 % des femmes en union, soit presque deux fois plus qu'en Côte d'Ivoire. Les 15% à 30% de femmes restantes ne sont pas concernées par la planification familiale, soit parce qu'elles désirent être enceintes, soit parce qu'elles sont ou pensent être stériles.

Tableau 4 : Évolution de l'utilisation de la contraception parmi les femmes de 15-49 ans en union par type de méthode entre 1994 et 2011-2012.

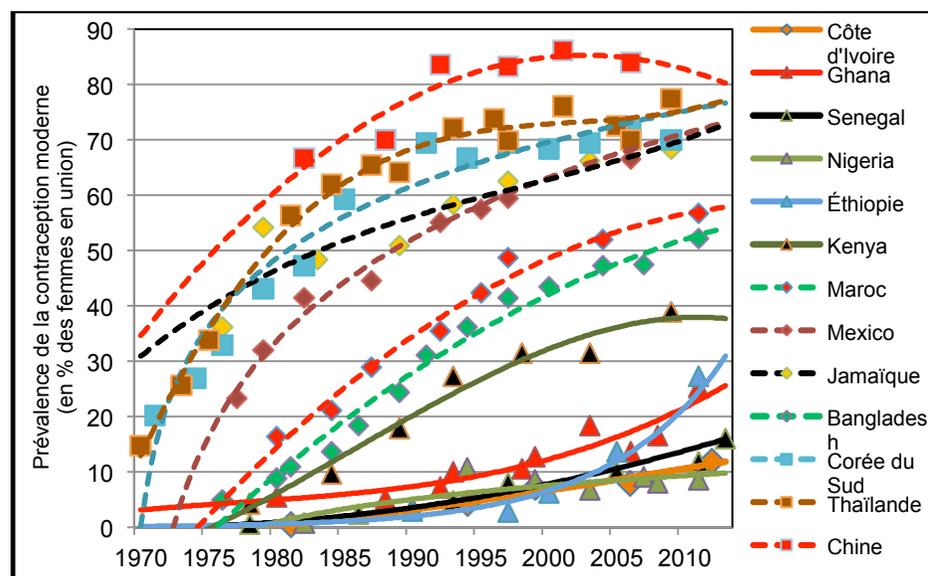
Enquêtes DHS	1994 DHS	1998-99 DHS	MICS 2006	2011-12 DHS
Prévalence de la contraception				
- méthodes modernes sans MAMA	4,3	7,3	8,0	11,9
- "MAMA » (1)			1,3	0,6
- méthodes traditionnelles	7,1	7,8	3,6	5,7
% Pilules dans méthodes modernes	51,2%	47,9%	68,8%	59,7%
% Injections dans méthodes modernes	18,6%	19,2%	13,8%	20,2%
% Condoms dans méthodes modernes	16,3%	24,7%	12,5%	15,1%
Sous total % pilules, injections, condoms	86,0%	91,8%	95,0%	95,0%
% méthodes traditionnelles dans total	62%	52%	31%	32%
Prévalence totale avec MAMA	11,4	15,1	12,9	18,2
Prévalence totale sans MAMA	11,4	15,1	11,6	17,6
Progression annuelle moyenne en points de pourcentage	1994- 1998-99	1998- 2006	2006- 2011-	1994 2011-12
- méthodes modernes	0,67	0,09	0,71	0,43
- méthodes traditionnelles	0,16	-0,56	0,38	-0,08
Total non compris MAMA	0,8	-0,45	1,09	0,35

Sources : STATcompiler <http://www.statcompiler.com/> et MICS 2006 Côte d'Ivoire

Note (1) : MAMA classée avec les méthodes traditionnelles en 2006, avec les méthodes modernes en 2011-2012

La rapidité de la progression de l'utilisation de la contraception moderne est illustrée pour quelques pays, dont plusieurs pays émergents, de traditions et de cultures très différentes tels que la Chine, la Thaïlande, la Corée du Sud, le Bangladesh, la Jamaïque, le Mexique et le Maroc (figure 40).

Figure 40 : Évolution de la prévalence contraceptive moderne dans divers pays depuis 1970



Source: United Nations, Population Division, Fertility and Family Planning Section, 2014, 2014 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/mdg/index.shtml>.

Cette rapidité contraste fortement avec la lenteur des évolutions observées dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale comme on peut le constater pour la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Sénégal, et le Nigeria. En Afrique de l'Est, le Kenya, comme le Ghana d'ailleurs, a mis en œuvre dès les années 1960, un programme de planification familiale. Cependant, dans les deux cas, la trop grande dépendance par rapport aux financements extérieurs et le soutien timide et irrégulier des autorités a, entre autres raisons, empêché ces programmes de monter en puissance, et la prévalence de la contraception moderne n'était au Kenya en 2009 que de 39%, et au Ghana en 2011 que de 25%. Pour la période récente toutefois, la prévalence de la contraception moderne progresse rapidement dans plusieurs pays. Par exemple, elle a fortement progressé en Éthiopie ainsi qu'au Rwanda suite à la mise en œuvre de

programmes dynamiques, initiés par les autorités, et s'appuyant sur des campagnes de sensibilisation fortes et des réseaux denses d'agents communautaires décentralisés.

En bref, le succès de la « révolution contraceptive », dans les pays émergents est le résultat de plusieurs facteurs. Mais il faut citer parmi ceux-ci : l'engagement fort, continu et sans faille des autorités, des principaux acteurs publics (Ministres et hauts fonctionnaires), et de la société en général (industriels et commerçants, communautés académiques, personnalités culturelles et leaders religieux). Parallèlement, le soutien en faveur de la planification familiale de la communauté médicale (gynécologues, médecins, sages-femmes, infirmiers) et le développement de cliniques et de centres de consultations offrant des services en santé familiale et planification familiale a joué également un rôle important. De plus, l'engagement de personnalités du monde de la culture afin d'assurer la production et une large diffusion de messages culturellement adaptés en faveur de la famille réduite et de l'utilisation des méthodes modernes de contraception, a permis de « légitimer » la planification familiale tout en respectant la culture du pays. Ces expériences confortent les idées « diffusionnistes »¹⁴⁰ selon lesquelles l'accélération de l'utilisation de la contraception nécessite des campagnes permanentes d'information, d'éducation, de communication (IEC), et de changements de comportements (CCC), accompagnées évidemment de services accessibles et de qualité en planification familiale.

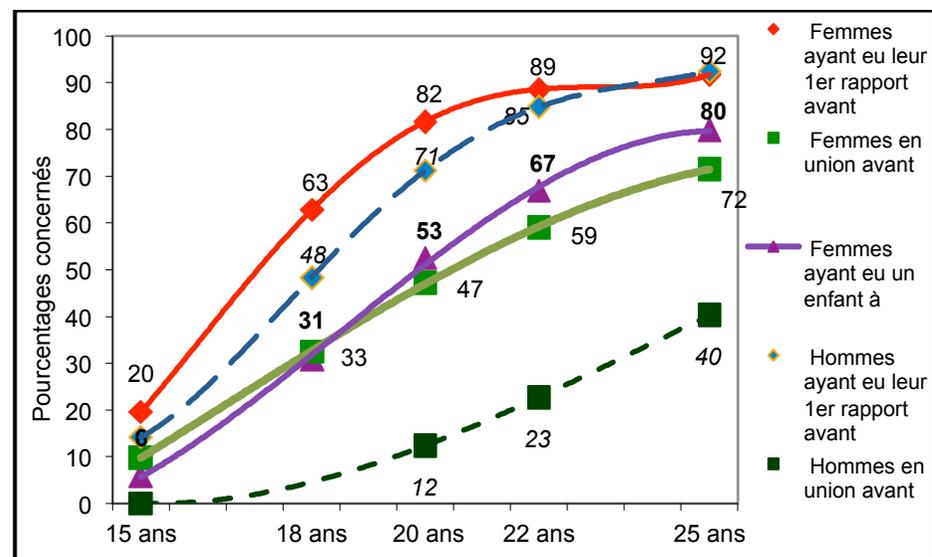
Par rapport aux pays émergents donc, la Côte d'Ivoire se trouve dans la situation paradoxale où l'utilisation de la contraception est faible et progresse très lentement, les besoins non satisfaits sont importants, mais la demande totale reste faible et est mal satisfaite.

La faible utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire explique largement pourquoi les naissances y sont toujours précoces, peu espacées, nombreuses et tardives, d'où comme on l'a vu au chapitre 4 (« Quels impacts de la croissance démographique sur la santé ») les pourcentages élevés de naissances issues de grossesses à risques observés (55 % pour l'ensemble des naissances). L'entrée en vie sexuelle commence tôt et bien avant le mariage ou l'entrée en union en Côte d'Ivoire. C'est ainsi que selon les données de l'EDS-MICS 2011-2012, parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans au moment de l'enquête, une sur cinq (20 %) a déclaré avoir eu ses premiers rapports

¹⁴⁰ Pour les « diffusionnistes », la faiblesse de la pratique contraceptive et la forte fécondité dans certains pays ou groupes de populations, notamment les plus pauvres, est essentiellement imputable au fait que le contrôle de la fécondité est mal compris, et que les informations sur les méthodes contraceptives ne sont pas ou sont mal diffusées. Ils ne considèrent donc pas que la faiblesse des niveaux d'éducation et la pauvreté sont des obstacles à la diffusion de la pratique contraceptive, et donc ne pensent pas que l'augmentation des niveaux d'éducation soit un préalable à la diffusion de la pratique contraceptive (voir Casterline J. (2001) – « Diffusion processes and fertility transition » in Casterline J. (ed.) : *Diffusion Processes and Fertility Transition: selected Perspectives*, Washington D.C., National Academy Press, p. 1-38.

sexuels avant son 15^{ème} anniversaire, et deux sur trois (63 %) avant leur 18^{ème} anniversaire (figure 41). L'entrée en union intervient plus tard, une femme sur 10 ayant déclaré avoir été en union avant son 15^{ème} anniversaire, et une sur trois (33 %) avant son 18^{ème} anniversaire. La première naissance intervient peu après, 6% des femmes ont déclaré avoir eu leur premier enfant lorsqu'elles étaient âgées de 15 ans, et 31% lorsqu'elles étaient âgées de 18 ans, puis une sur deux (53%) lorsqu'elles étaient âgées de 20 ans.

Figure 41 : Age aux premiers rapports sexuels et à la première union chez les femmes et chez les hommes âgés de 25 à 29 ans en 2007, et âge à la première naissance chez les femmes



Source : STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

La manière dont les âges aux premiers rapports sexuels et à la première naissance sont appréciés varie évidemment selon les pays, les cultures, et les groupes sociaux. Cependant, les études sur ce sujet indiquent que « Du point de vue du développement physiologique du corps, il est reconnu de manière quasi universelle que les filles de 14 ans sont trop jeunes pour avoir des rapports sexuels » quelle que soit la manière dont elles jugent elles-mêmes, ou d'autres jugent que leur développement physique

leur permet d'avoir des rapports sexuels »¹⁴¹. « À 15-17 ans, les filles qui auront eu leurs règles relativement tôt (entre 11 et 13 ans) peuvent être considérées comme physiquement mûres, mais les autres qui se sont développées plus tardivement ne le seront pas ». Enfin, « À 18 ans, la grande majorité des jeunes femmes auront achevé un degré de maturité physique suffisant pour réaliser leur transition » vers une vie sexuelle, puis vers leur première grossesse. Ces considérations ne portent que sur la maturité physique des jeunes filles, et elles ne prennent pas en compte l'aptitude psychologique et les autres capacités indispensables à une fille pour avoir et élever un enfant. A l'évidence, l'âge aux premiers rapports sexuels et à la première naissance devraient être plus tardifs en Côte d'Ivoire pour permettre aux jeunes ivoiriennes (et à leur partenaire ou mari) de se préparer à la lourde responsabilité d'élever leurs enfants dans les meilleures conditions possibles compte tenu du contexte dans lequel elles/ils vivent, ainsi que de favoriser leur autonomisation et leur pleine participation au développement de leur pays.

Chez les hommes, l'âge aux premiers rapports sexuels est plus tardif. Parmi les hommes âgés de 25 à 29 ans au moment de l'enquête, un sur six (14 %) a déclaré avoir eu ses premiers rapports sexuels avant son 15^{ème} anniversaire, un sur deux (48 %) avant son 18^{ème} anniversaire, et près de trois sur quatre (71 %) avant leur 20^{ème} anniversaire. Quant à l'entrée en union et le mariage, les hommes semblent, si on peut dire, « prendre leur temps » pour se décider, puisque seulement un homme sur quatre (23%) a déclaré avoir été en union avant son 22^{ème} anniversaire, et 40% avant son 25^{ème} anniversaire.

On attribue souvent la faiblesse de l'utilisation de la contraception et la forte fécondité en Afrique subsaharienne à la prégnance des comportements natalistes et aux poids des traditions qualifiées de « pesanteurs socioculturelles ». On l'attribue également à la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté. Les données disponibles à ce sujet ne confirment que partiellement ces interprétations.

Selon les résultats de l'EDS 2011-2012 l'utilisation de la contraception, toutes méthodes confondues, chez les femmes ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus, était environ deux fois et demi plus élevée que chez celles qui n'avaient pas été scolarisées : 30 % contre 13 % (tableau 5). Il en va de même, pour les femmes appartenant aux ménages les plus aisés par rapport à celles appartenant aux ménages les plus pauvres (28 % contre 12 %).

¹⁴¹ Dixon-Mueller R., 2008 – « How Young is “Too Young”? Comparative Perspectives on Adolescent, Sexual, Marital and Reproductive Transitions », *Studies in Family Planning*, New York, vol. 39, No. 4, p. 247-261.

Tableau 5 : Utilisation, besoins, et demande exprimée en contraception par niveau d'éducation, quintile de richesse, et lieu de résidence en 2011-2012.

	Utilisation contra- ception	Besoins non sa- tisfaits	Deman- de pour espacer	Deman- de pour arrêter	Deman- de totale exprimée	%dem satis- faite	%dem pour espacer
Par niveau d'éducation							
- non scolarisées	13,0	28,1	29,6	11,5	41,1	32%	72%
- de niveau primaire	25,8	29,0	41,5	13,4	54,9	47%	76%
- secondaire ou plus	30,3	18,5	36,7	12,1	48,8	62%	75%
Par quintile de richesse, ménages :							
- les plus pauvres	11,7	30,5	31,9	10,3	42,2	28%	76%
- très pauvres	16,0	30,4	33,9	12,5	46,4	34%	73%
- pauvres	14,6	27,5	30,4	11,7	42,1	35%	72%
- à richesse moyenne	21,4	26,9	35,6	12,7	48,3	44%	74%
- les plus aisés	28,0	19,8	34,9	12,9	47,8	59%	73%
Par lieu de résidence							
- Abidjan	29,2	22,7	40,3	11,6	51,9	56%	78%
- urbain	23,1	24,9	36,0	12,1	48,1	48%	75%
- rural	14,7	28,8	31,4	12,0	43,4	34%	72%
Ensemble	18,2	27,1	33,3	12,0	45,3	40%	74%

Sources : *STATcompiler* <http://www.statcompiler.com/> et calculs de l'auteur

Chez les femmes qui n'avaient pas été scolarisées comme chez celles qui appartenaient aux ménages les plus pauvres, les besoins non satisfaits en contraception concernaient environ 30% d'entre elles, ce qui représentait plus du double de leurs besoins satisfaits (c'est-à-dire l'utilisation de la contraception qui est de 12-13%). C'est l'inverse qu'on observe pour les femmes les plus éduquées et appartenant aux ménages les plus aisés chez qui les besoins non satisfaits concernaient environ 20% d'entre elles, ce qui compte tenu du pourcentage d'utilisatrices (environ 30%) correspond à une demande satisfaite à environ 60%. Les femmes qui n'avaient pas été scolarisées et qui appartenaient aux ménages les plus pauvres, étaient ainsi doublement discriminées par rapport aux femmes les plus

éduquées et les plus aisées, puisqu'elles étaient deux fois et demie moins nombreuses à utiliser la contraception, et que leur demande était deux fois moins bien satisfaite (à 30% environ contre 60%).

La faible satisfaction de la demande exprimée chez les femmes les moins éduquées et appartenant aux ménages les plus pauvres peut s'expliquer par les difficultés (géographique, financière, sociale, etc.) qu'elles rencontrent pour accéder aux services en santé de la reproduction et aux contraceptifs. Par exemple seulement 15% des femmes en union utilisent une méthode quelconque de contraception en milieu rural contre 29% à Abidjan. Il faut souligner également la faiblesse de la demande totale exprimée en contraception par les femmes non scolarisées : 42%, et par les femmes les plus pauvres : 41%, ce qui est très loin des 70% à 85% exprimés dans les pays émergents, toutes catégories de population confondues. Cela signifie que 30 à 40 % de ces femmes, n'avaient pas exprimé d'opinion vis-à-vis de la contraception alors qu'elles sont directement concernées (puisque les femmes désirant être enceintes ou qui se croient stériles ne sont pas incluses dans ce calcul). On notera toutefois que la demande totale exprimée chez les femmes les plus éduquées et chez les femmes appartenant aux ménages les plus aisés, n'est pas non plus très importante : respectivement 49 % et 48 % ce qui correspond à 20 à 30 % de femmes n'ayant pas exprimé d'opinion vis-à-vis de la contraception.

On peut émettre l'hypothèse que les Ivoiriennes les moins favorisées n'ont pas encore toutes pris conscience de leurs droits d'avoir, au moment où elles le veulent le nombre d'enfants qu'elles jugent convenable par rapport à leurs souhaits et à leurs moyens. On peut évoquer pour ces femmes un triple déni de leurs droits : un déni d'accès aux services, un déni d'information et/ou un déni de reconnaissance de leurs droits en matière de mariage et de procréation. Mais, la faiblesse de la demande exprimée en contraception peut également être la conséquence de la forte demande d'enfants découlant de la valorisation sociale accordée aux femmes ayant de nombreux enfants.

Le nombre moyen idéal d'enfants donné par l'EDS-MICS 2011-2012 : 5,2 enfants, restait en effet élevé, et ce davantage chez les femmes les moins favorisées. Les femmes qui n'avaient pas été scolarisées et celles appartenant aux ménages les plus pauvres ont indiqué en effet comme nombre idéal 5,9 et 6,1 enfants (tableau 6). Les nombres idéals indiqués par les femmes les plus éduquées et par les femmes appartenant aux ménages les plus aisés étaient en revanche de respectivement 4,0 et 4,4 enfants, soit presque 2 enfants de moins que précédemment. Mais ces chiffres sont toujours plus ou moins le double de ceux indiqués aujourd'hui par les femmes dans les pays émergents.

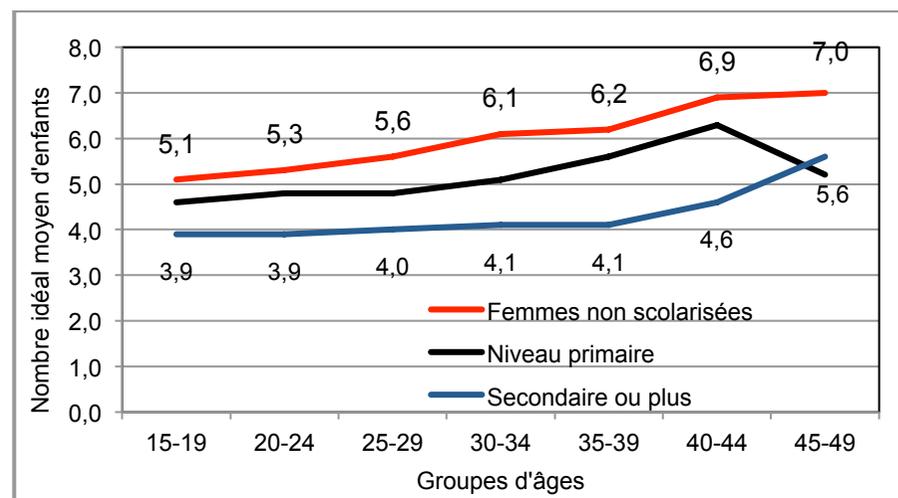
Tableau 6 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge, niveau d'éducation, quintile de richesse, et lieu de résidence en 2011-2012

	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	Total
Par niveau d'éducation								
- femmes non	5,1	5,3	5,6	6,1	6,2	6,9	7,0	5,9
- de niveau primaire	4,6	4,8	4,8	5,1	5,6	6,3	5,2	5,0
- secondaire ou plus	3,9	3,9	4,0	4,1	4,1	4,6	5,6	4,0
Par quintile de richesse, ménages :								
- les plus pauvres	5,4	5,5	5,7	6,4	6,5	7,4	6,6	6,1
- très pauvres	4,8	4,9	5,4	5,9	5,8	6,8	7,2	5,6
- pauvres	4,7	5,0	5,4	5,7	6,3	6,9	7,2	5,5
- à richesse moyenne	4,4	4,7	5,0	5,4	5,4	6,2	6,1	5,1
- les plus aisés	4,1	4,1	4,4	4,6	4,9	4,7	5,7	4,4
Par lieu de résidence								
- Abidjan	4,1	4,3	4,4	4,8	4,9	5,3	5,8	4,6
- urbain	4,2	4,4	4,6	4,9	5,2	5,5	6,1	4,7
- rural	5,1	5,3	5,6	6,1	6,2	7,0	6,9	5,8
Ensemble	4,5	4,8	5,1	5,5	5,7	6,4	6,5	5,2

Source : STATcomplier <http://www.statcompiler.com/>

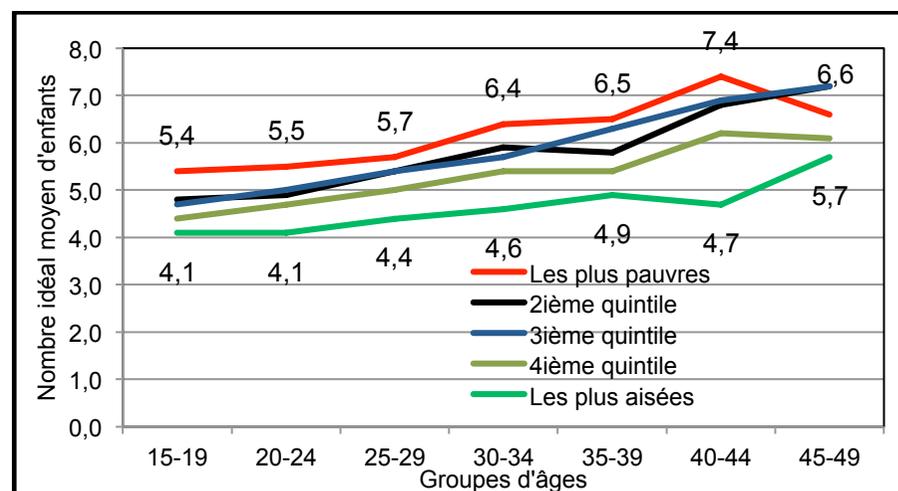
Les résultats par groupe d'âge et niveau d'éducation et par quintile de richesse en 2011-2012 mettent aussi en évidence des nombres moyens idéals d'enfants toujours élevés, y compris chez les jeunes femmes éduquées (figures 42 et 43).

Figure 42 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et niveau d'éducation en 2011-2012.



Source : STATcomplier <http://www.statcompiler.com/>

Figure 43 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge et quintile de richesse 2011-2012.



Source : STATcomplier <http://www.statcompiler.com/>

Une trentaine d'années sépare les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans lors de l'EDS-MICS 2011-2012 et celles âgées de 45 à 49 ans (qui peuvent donc être considérées comme leurs mères). Les plus âgées ont commencé leur vie féconde à la fin des années 1970, et les plus jeunes à la fin des années 1990. Au cours de ces 30 années, le nombre moyen idéal d'enfants est passé de 6,5 enfants chez les femmes de 45-49 ans, à 4,5 enfants chez les femmes de 15-19 ans, soit une diminution de deux enfants. Mais, le nombre moyen idéal exprimé chez des jeunes femmes de 15-19 ans : 4,5 enfants reste un chiffre élevé, plus ou moins le double de ceux observés aujourd'hui dans les pays émergents. Il explique largement la fécondité toujours élevée des adolescentes et des femmes ivoiriennes au-delà de 35 ans.

Par niveau d'éducation, le nombre moyen idéal d'enfants donné par les femmes les plus éduquées était inférieur selon les âges, en gros d'un à deux enfants à celui donné par les femmes non scolarisées. Mais il était toujours de 3,9 enfants chez les adolescentes et les femmes de 20-24 ans les plus éduquées.

Par quintile de richesse, les écarts sont plus ou moins les mêmes, les jeunes femmes appartenant aux ménages les plus aisés de 15-19 ans et de 20-24 ans indiquaient un nombre idéal d'enfants de 4,1 enfants, contre 5,4 et 5,5 enfants pour les femmes appartenant aux ménages les plus pauvres. Dans les pays émergents où la « révolution contraceptive » est quasiment achevée, on observe des écarts similaires mais d'amplitude variable, selon les niveaux d'éducation, le quintile de richesse et l'âge. Cependant, les nombres moyens idéals d'enfants se situent depuis deux ou trois décennies entre 2 et 3 enfants.

En Côte d'Ivoire donc, les écarts entre catégories sont réels, mais les diminutions observées ces dernières années sont plus ou moins de même ampleur entre les femmes les plus éduquées et les femmes non scolarisées, ainsi qu'entre les femmes appartenant aux ménages les plus aisés et celles appartenant aux ménages les plus pauvres. On notera aussi que chez les femmes les plus éduquées le nombre idéal semble s'être plus ou moins stabilisé autour de 4 enfants depuis une vingtaine d'années.

Ces résultats indiquent que les progrès de l'éducation et « l'effet jeunesse » (les jeunes voulant moins d'enfants que leurs aînés) n'ont pas suffi à eux seuls à amorcer une maîtrise rapide de la fécondité et de la croissance démographique en Côte d'Ivoire, comme c'est aussi le cas d'ailleurs dans les autres pays de la sous-région.

Certes, l'amélioration des niveaux d'éducation et du niveau de vie sont deux facteurs qui sont associés à l'augmentation de l'utilisation de la contraception. Mais il s'agit là de déterminants socio-économiques et non pas de déterminants proches. On oublie souvent à ce sujet que l'augmentation de l'utilisation de la contraception et la maîtrise de la fécondité supposent que des services en santé de la reproduction et les

contraceptifs soient accessibles, et que l'environnement social et politique soit favorable. Ces deux conditions n'étaient pas vraiment réunies en Côte d'Ivoire entre 1990 et 2011. En clair, contrairement aux idées avancées en 1974 à la conférence de Bucarest par les « développementalistes », l'amélioration des niveaux d'éducation et la progression du niveau de vie ne suffisent pas à eux seuls à enclencher une large utilisation de la contraception et la maîtrise de la fécondité. D'une part, ces améliorations prennent du temps, et d'autre part, l'éducation et l'amélioration du niveau de vie ne sont pas des contraceptifs, et ne remplacent pas l'absence ou l'insuffisance de services en Santé de la reproduction. Comme nous l'enseigne l'expérience des pays aujourd'hui émergents, une accélération de l'utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire nécessitera un engagement politique et financier important et surtout constant¹⁴².

En effet, la demande totale exprimée en contraception reste insuffisante pour réaliser la « révolution contraceptive », et elle est trop majoritairement orientée vers l'espacement pour qu'on puisse envisager dans un futur proche des changements majeurs dans la progression de l'utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire.

Une accélération de l'utilisation de la contraception nécessitera donc dès 2015 de nouvelles initiatives, plus résolues, mais aussi plus réalistes, si la Côte d'Ivoire veut bénéficier le plus rapidement possible du premier dividende démographique. On notera que le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020 constitue une avancée dans cette direction.

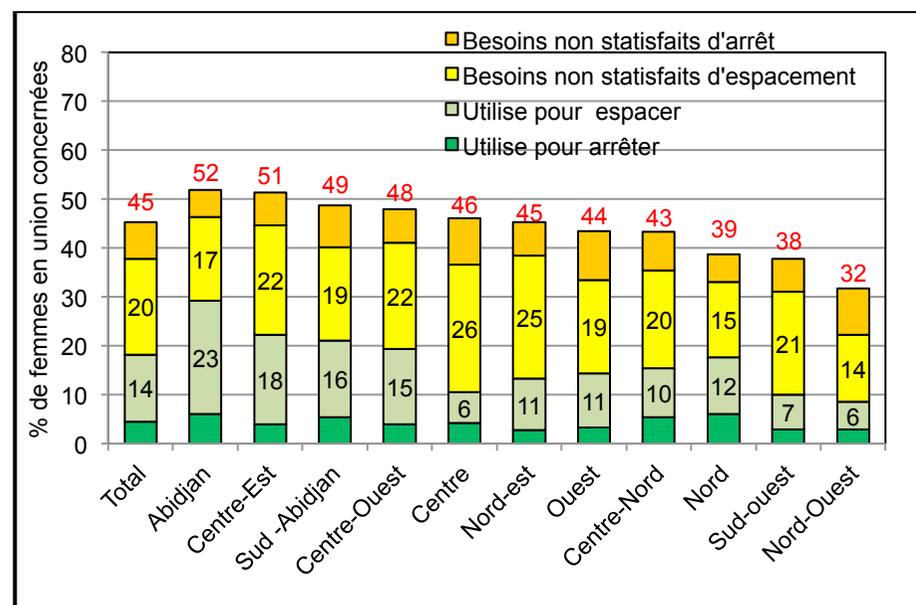
On a déjà noté (voir plus haut tableau 5) que non seulement la demande totale en contraception était faible, y compris chez les femmes les plus éduquées et les femmes appartenant aux ménages les plus aisés (49% et 48% respectivement). Mais, de plus, il s'agit dans leur cas comme pour les autres catégories de la population d'une demande exprimée essentiellement pour des raisons d'espacement.

Il en va de même pour toutes les régions de la Côte d'Ivoire (figure 44). En effet, selon les résultats de l'EDS-MICS 2011-2012, les demandes exprimées les plus élevées sont de l'ordre de 50% dans trois régions seulement (Abidjan, Centre-Est et le Sud sans Abidjan). Cela signifie que même dans ce cas « favorable », entre 20% et 30% des femmes directement concernées par la contraception n'ont exprimé aucune opinion sur le sujet. Dans les autres régions, les demandes exprimées se situent en gros entre près de 40% et moins de 50%, sauf dans le Nord-Ouest où la demande n'est que de 32%. Cependant, dans toutes les régions l'utilisation de la contraception est essentiellement une utilisation à des fins d'espacement et les besoins non satisfaits

¹⁴² Sur une revue complète des politiques de population dans le monde voir : John F. MAY, 2012 – *World Population Policies: Their Origin, Evolution, and Impact*, New York, Springer.

sont aussi pour l'essentiel des besoins d'espacement. Le pourcentage de la demande totale en espacement varie ainsi en gros entre 70% et 80% (sauf à nouveau dans le Nord-Ouest où ce pourcentage est de 61%). Il est aussi très élevé à Abidjan : 78%, qui pourtant à la prévalence contraceptive la plus élevée.

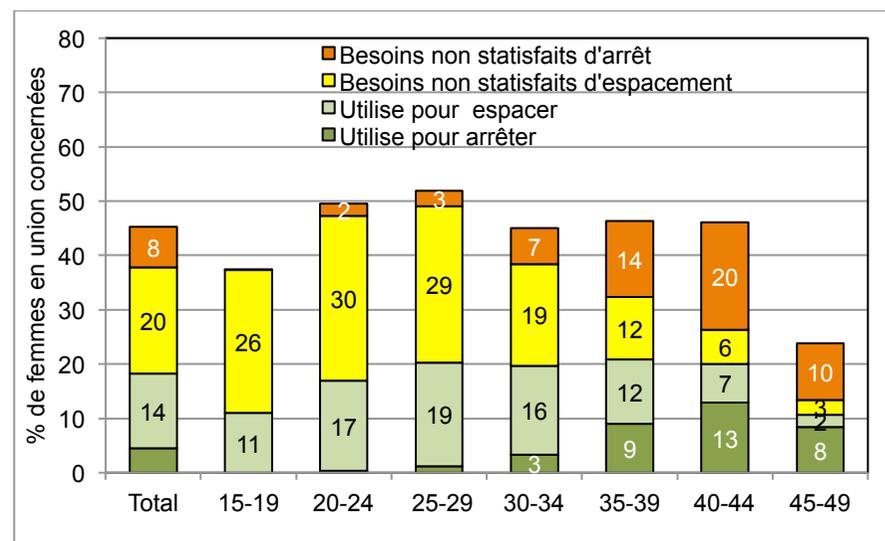
Figure 44 : Utilisation de la contraception, besoins non satisfaits et demande totale exprimée en contraception par régions en 2011-2012.



Source : STATcomplier <http://www.statcompiler.com/>

Les besoins en contraception n'étant pas les mêmes selon que la femme commence sa vie sexuelle et reproductive ou qu'elle est sur la fin de sa vie féconde, la situation est un peu différente par groupe d'âge (figure 45).

Figure 45 : Utilisation de la contraception, besoins non satisfaits et demande totale exprimée en contraception par groupes d'âge en 2011-2012.



Source : STATcomplier <http://www.statcompiler.com/>

On notera d'abord que l'utilisation de la contraception la plus élevée n'est que d'environ 20% entre 25-29 ans et 40-44 ans. Quant à la demande exprimée, elle n'atteint 50% qu'entre 20-24 ans et 25-29 ans. Là encore, la contraception reste essentiellement utilisée à des fins d'espacement. En effet, ce n'est qu'à partir de 40-44 ans que l'utilisation à des fins d'arrêt dépasse l'utilisation à des fins d'espacement. Quant aux besoins non satisfaits, ils restent aussi surtout des besoins d'espacement, et ce n'est qu'à partir de 35-39 ans que les besoins non satisfaits d'arrêt dépassent les besoins non satisfaits d'espacement.

Dans ce contexte, l'augmentation de l'utilisation de la contraception en Côte d'Ivoire, toutes méthodes confondues, de 11% en 1994 à 18% en 2011-2012, s'est traduite par une augmentation de la satisfaction des besoins qui est passée de 27% en 1994 à 40% en 2011-2012. Mais, les besoins qui ont été satisfaits sont essentiellement de besoins en espacement, dont l'impact sur la maîtrise de la fécondité a été peu important.

Ces constatations ont des implications programmatiques importantes. En effet, si l'on retient comme objectif la satisfaction des besoins non satisfaits (27% en 2011-2012), comme c'est le cas de la cible 5b de l'OMD 5, cet objectif pourra être atteint, non pas en 2015, mais tôt ou tard selon la rapidité de la progression de l'utilisation de la contraception : dans 18 ans avec une progression de 1,5 point de pourcentage de

prévalence par an, dans 27 ans avec une progression de 1,0 point de pourcentage par an, et dans 54 ans avec une progression de 0,5 point de pourcentage de prévalence par an. Mais, cet objectif sera atteint sans que la transition de la fécondité s'accélère.

Si par contre, l'objectif recherché, est la réalisation de la « révolution contraceptive », cela implique une demande totale en planification familiale de 70% à 85% et une demande totale de plus de 50% pour des motifs de maîtrise de la taille des familles, ce qui n'est pas le cas pas le cas actuellement, compte tenu des normes en matière de fécondité.

En résumé, l'examen des données disponibles tirées des EDS menées dans 36 pays d'Afrique subsaharienne et en Côte d'Ivoire 2011-2012, suggère ainsi :

1. que la faiblesse de l'utilisation de la Côte d'Ivoire est liée à la faiblesse de la demande (figure 46),
2. que la faiblesse de la demande est elle-même liée au nombre idéal d'enfants toujours élevé indiqué par les Ivoiriennes (figure 47), et
3. que la faiblesse de la demande est aussi le résultat de l'importance de la demande en espacement (figure 48).

Si on souhaite faire sauter le verrou que constitue actuellement la faiblesse de la demande en contraception pour accélérer l'achèvement de la transition démographique, il convient donc de redéfinir sur des bases entièrement renouvelées, les actions à mener en matière de planification familiale.

Concernant les cibles, il convient d'éviter la dispersion et de se concentrer pour la planification familiale, sur la vie sexuelle et reproductive des femmes de 15-49 ans, de l'adolescence à la fin de leur vie féconde, et concernant le VIH/sida sur les hommes de 15-59 ans.

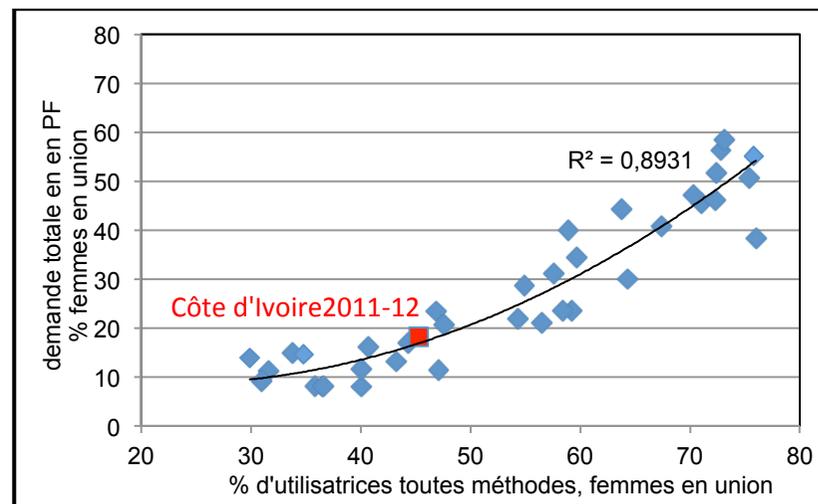
Ces actions devraient donc se concentrer sur les « déterminants proches » de la fécondité, et les normes culturelles, à savoir : l'entrée précoce en union, l'impact des « quatre trop » (trop tôt, trop rapprochées, trop nombreuses, et trop tard), sur la santé de la mère et des enfants, et l'utilisation de la contraception, non seulement comme moyen d'éviter les grossesses à risques mais aussi pour permettre aux femmes d'avoir un meilleur accès à l'éducation, et de s'autonomiser, via des activités leur procurant une rémunération dont elles pourraient disposer librement.

Il conviendrait donc d'insister auprès des femmes sur la nécessité d'anticiper la venue au monde de leurs enfants, en cherchant à minimiser les risques attachés à leur grossesse et à leur accouchement, et aussi sur la nécessité de se préparer à assumer leurs responsabilités de nourrir, soigner et éduquer leurs enfants.

Concernant les messages, les messages actuels tel que celui du Plan Stratégique de la Planification Familiale « Une Côte d'Ivoire où aucune femme ne meurt en donnant la vie et où chaque personne naît en bonne santé et vit une sexualité et une reproduction saines » ne sont pas forcément les plus pertinents compte tenu des niveaux toujours très élevés de mortalité maternelle, de mortalité des enfants, et de mortalité en général. Les messages devraient plutôt mettre l'accent selon nous sur la prévention du risque et être par exemple « aucune femme ne doit prendre le risque de mourir ou de perdre son enfant en accouchant ». Une autre piste pourrait être d'insister sur le fait que « la contraception, c'est avoir des enfants sains, capables d'apprendre et de réussir ».

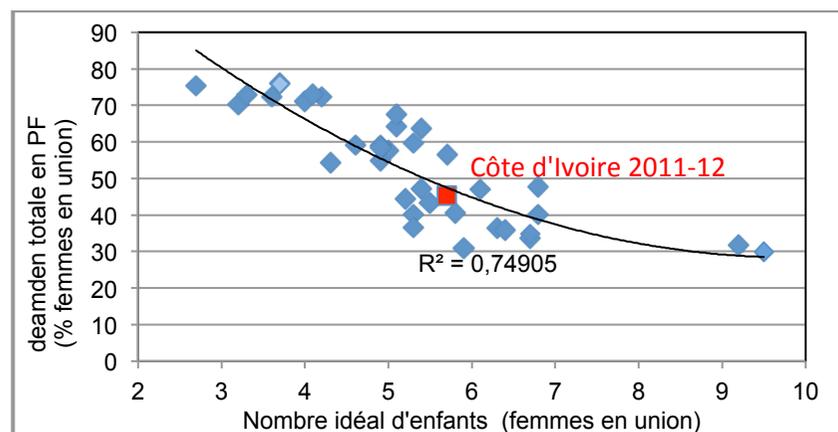
Au total, les messages doivent être courts, positifs, faciles à traduire en langues nationales, et ils ne doivent pas être trop nombreux (leur multiplication étant source de dispersion et de confusion).

Figure 46 : Demande en planification familiale et utilisation d'une méthode de contraception chez les femmes en union dans 37 pays d'Afrique subsaharienne



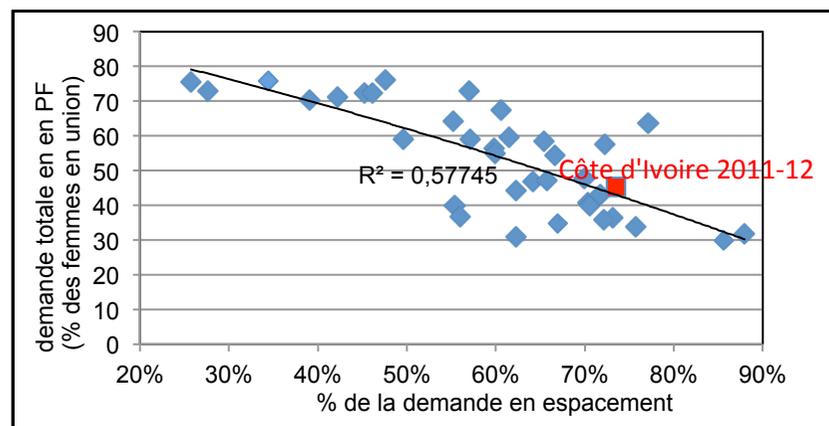
Source : Enquêtes EDS, STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

Figure 47 : Demande en planification familiale et nombre idéal d'enfants chez les femmes en union dans 37 pays d'Afrique subsaharienne



Source : Enquêtes EDS, STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

Figure 48 : Demande en planification familiale et pourcentage de la demande en espacement chez les femmes en union dans 37 pays d'Afrique subsaharienne



Source : Enquêtes EDS, STATcompiler <http://www.statcompiler.com/>

Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?

L'estimation des coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile. Tout d'abord, les services de planification familiale dans le secteur public sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé et il est compliqué d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement sont multiples ce qui est le cas en Côte d'Ivoire. Ensuite, les parts respectives du secteur public et du secteur privé et l'importance du marketing social varient d'un pays à l'autre¹⁴³.

Les coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive comprennent en premier lieu les coûts d'achat des contraceptifs. Mais ils comprennent aussi des frais de personnel, des frais généraux, et des frais de soutien au programme.

Les coûts d'achat des contraceptifs dépendent de l'évolution du nombre d'utilisatrices/utilisateurs de chaque méthode multipliée par le nombre d'unités nécessaire pour un(e) utilisatrice/utilisateur pendant un an (ou couple-année de protection CAP), et par le coût de chaque unité. Les frais directs de personnel sont constitués des rémunérations des personnels (médecins, infirmières et autres) qui conseillent et fournissent les méthodes contraceptives aux utilisatrices/utilisateurs. Les frais généraux comprennent les coûts d'électricité, d'eau, de location et d'entretien des locaux, les frais d'administration, de gardiennage, etc. des structures concernées. Lorsque les services de planification familiale sont intégrés dans des structures existantes (publiques ou privées), certains analystes considèrent que les frais de personnels et les frais généraux imputables à ces services peuvent être absorbés par les budgets habituels des structures concernées car il s'agit de frais fixes qui, de toute façon, doivent être pris en charge. Cependant, dans le cas d'un programme de planification familiale visant une augmentation rapide du nombre d'utilisatrices, il est vraisemblable que la charge de travail supplémentaire pour les personnels et l'augmentation des frais généraux nécessite un budget additionnel correspondant à la part du temps de travail et des charges imputables aux activités de planification familiale dans la structure. Enfin, les frais de soutien au programme comprennent diverses composantes qui ont aussi un coût. Il s'agit en particulier des coûts relatifs :

¹⁴³ Methods for Estimating the Cost of Family Planning, MEASURE Evaluation Population and Reproductive Health – Report of the Expert Group Meeting on Family Planning Costing. November 2011. See report at http://futuresgroup.com/resources/publications/methods_for_estimating_the_cost_of_family_planning#sthash.IE9iy9e.dpuf

- a) à la création d'un environnement politique et institutionnel favorable à la planification familiale (au travers par exemple de l'organisation de réunions de haut niveau à l'intention des membres du gouvernement, des parlementaires etc.) ;
- b) à la formation des personnels de santé (formation à l'accueil et au conseil en planification familiale, formation à la fourniture de méthodes de longue durée) ;
- c) au renforcement des capacités de management des personnels administratifs (au travers de formations diverses) ;
- d) à l'organisation d'actions de communication (au travers de campagnes multimédia en faveur de la planification familiale) ;
- e) à la recherche, la publication et à la dissémination des résultats de recherches, par exemple sur les obstacles à l'acceptation de la planification familiale, l'amélioration des résultats du programme etc. ;
- f) à la mise en place et au fonctionnement d'un système logistique performant et pérenne ; et
- g) à la mise en place et au fonctionnement d'un système de Suivi et Évaluation efficace, capable de produire rapidement des rapports annuels exhaustifs sur l'ensemble des résultats.

A noter que le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020 adopté en juillet 2014, prévoit d'exécuter la plupart de ces activités de soutien au programme et qu'il en a estimé les coûts.

Il est cependant difficile d'estimer le coût de chacun de ces éléments : coûts d'achat des contraceptifs, frais de personnel, frais généraux, et frais de soutien. C'est pourquoi trois approches sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achat des produits contraceptifs, coûts auxquels on ajoute éventuellement un pourcentage variable pour la couverture des autres dépenses.

La deuxième approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres de « couple-année de protection ». Cette approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs.

La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de

fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

Nous nous sommes limités ici à une estimation rapide des coûts d'achats des contraceptifs entre 2015 et 2030 pour chacune des trois hypothèses de diffusion de la contraception présentées au chapitre 3, à savoir :

1. l'hypothèse de diffusion lente de la contraception avec augmentation de la prévalence de 0,5 point de pourcentage par an à partir de 2015 ;
2. l'hypothèse de diffusion rapide de la contraception avec augmentation de la prévalence de 1,0 point de pourcentage par an à partir de 2015 ; et
3. l'hypothèse de diffusion très rapide de la contraception avec augmentation de la prévalence de 1,5 point de pourcentage par an à partir de 2015.

Dans un premier temps, nous avons estimé le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception (sans la MAMA) à partir des résultats de l'EDS-MICS 2011-2012 qui donnent les pourcentages de femmes utilisant une méthode moderne de contraception, d'une part pour les femmes en union, et d'autre part pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans. En appliquant ces pourcentages aux résultats de nos projections pour l'année 2011, nous avons obtenu des estimations d'utilisatrices à cette date pour la pilule, les injectables et le condom pour les femmes en union et pour l'ensemble des femmes de 15-49 ans (tableau 7).

Tableau 7 : Estimations des utilisatrices (en milliers) de méthodes modernes de contraception selon le statut matrimonial en 2011

Méthodes	% d'utilisatrices		Répartition		par Utilisatrices, milliers	
	Femmes	Ensemble	Femmes	Ensemble	Femmes	Ensemble
	15-49 en union	15-49 ans femmes	15-49 ans en union	15-49 ans femmes	15-49 en union	15-49 ans femmes
Pilule	7,1	6,1	59,2	45,2	275	278
Injectables	2,4	1,9	20,0	14,1	93	87
Condom	1,8	5,0	15,0	37,0	70	228
Autres méthodes (1)	0,7	0,5	6,0	3,8	27	23
Total	11,9	13,4	100,0	100,0	465	615

Sources : EDS-MICS 2011-2012, et calculs de l'auteur

Note (1) : DIU, implants, stérilisation, spermicides, diaphragme etc.

On notera que l'estimation des utilisatrices de 15-49 ans en 2011, 615 000 est supérieure de 32% à l'estimation des utilisatrices en union : 465 000, la différence (de 150 000) étant constituée de femmes qui ne sont pas en union permanente, mais sexuellement actives. Celles-ci, recourent fréquemment au condom, puisque parmi l'ensemble des femmes de 15-49 ans, 37% ont déclaré utiliser le condom comme méthode contre 15% chez les femmes en union. Les résultats de l'EDS-MICS 2011-2012 le confirment, puisqu'ils indiquent que parmi les femmes qui ne sont pas en union mais sexuellement actives, 30% utilisent une méthode de contraception, et que cette méthode est dans 62 % des cas le condom.

Puis, dans un second temps nous avons estimé les coûts d'achats des produits contraceptifs pour la période 2015-2030. L'évolution des coûts d'achats des produits contraceptifs dépend de quatre facteurs : 1) le coût de chaque méthode acceptée dans l'année et l'augmentation des prix au cours du temps ; 2) l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer (et en union) ; 3) les changements dans la répartition des méthodes utilisées (puisque les coûts varient d'une méthode à l'autre) ; et 4) les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues pour les méthodes modernes.

Concernant le coût des méthodes, nous avons repris le coût moyen par utilisatrice de 5 dollars US soit environ 2 500 FCFA, estimé à partir des coûts des divers contraceptifs reçus en Côte d'Ivoire entre 2005 et 2010 tels que notifiés (en dollars US) dans la

base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*.¹⁴⁴ Ce coût moyen a été maintenu constant entre 2015 et 2030. Les données pour les autres facteurs résultent des projections démographiques réalisées par SPECTRUM et des hypothèses présentées au chapitre 3.

La méthodologie utilisée ici est donc différente de celle utilisée dans le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020. D'une part, nous nous sommes limités à estimer le nombre d'utilisatrices de méthodes modernes de contraception en union (l'estimation des besoins spécifiques aux femmes non en union devant faire l'objet selon nous d'un exercice séparé). Ensuite, les hypothèses retenues prévoient une augmentation de l'utilisation de la contraception beaucoup moins rapide que celle retenue dans le Plan de Planification Familiale 2015-2020. Enfin, nous nous sommes limités ici à estimer les coûts d'achat des contraceptifs qui ne figurent pas (du moins pas explicitement) dans le Plan de Planification Familiale 2015-2020.

Nous arrivons ainsi pour notre part à une estimation du nombre d'utilisatrices en union de méthodes modernes de contraception en 2015 de près de 600 000 (572 000) et à un coût correspondant d'achat des contraceptifs de près de 3 millions de dollars US (soit environ 2,2 millions d'euros et 1,5 milliard de francs FCFA) (tableau 8). On notera que le montant total des importations de contraceptifs en Côte d'Ivoire entre 2010 et 2013 s'est élevé à 7 millions de dollars US, soit 1,7 million de dollars US en moyenne par an. Toutefois, le montant des importations pour les neuf premiers mois de l'année 2014 s'est élevé à 3,9 millions de dollars soit davantage que notre estimation des besoins en 2015. Ces importations importantes correspondent probablement à un besoin de reconstitution des stocks après les importations beaucoup plus modestes de 2013.

¹⁴⁴ Coûts estimés sur la base du coût moyen (2005-2010/11), <http://rhi.rhsupplies.org/>. Ces coûts n'ont probablement pas beaucoup changé ces dernières années.

Tableau 8 : Évolutions projetées du nombre d'utilisatrices/utilisateurs de méthodes contraceptives modernes (en milliers), et des coûts correspondants d'achat des contraceptifs selon les hypothèses de diffusion de la contraception chez les femmes/hommes en union entre 2015 et 2030.

Années	Diffusion	Diffusion	Diffusion très
	lente de la	rapide de la	rapide de la
	Contraception	contraception	contraception
Nombre d'utilisatrices en milliers			
2015	572	572	572
2020	734	817	900
2025	914	1 101	1 287
2030	1 124	1 436	1 749
Coûts d'achats en milliers de dollars US			
2015	2 860	2 860	2 860
2020	3 669	4 086	4 502
2025	4 571	5 504	6 436
2030	5 621	7 182	8 744
Ratio 2030/2015	2,0	2,5	3,1
Cumul des coûts en milliers de dollars US			
2015-2019	15 869 780	16 662 945	17 456 140
2020-2024	20 133 520	23 214 390	26 295 260
2025-2029	24 881 500	30 752 290	36 623 075

Source : calculs de l'auteur

La projection jusqu'en 2030 du nombre d'utilisatrices de méthodes modernes en union et des coûts correspondants d'achat des contraceptifs (à 5 dollars US constant en moyenne par utilisatrice par an) indique entre 2015 et 2030 un doublement du nombre d'utilisatrices et des coûts correspondants pour l'hypothèse diffusion lente de la contraception, une multiplication par 2,5 pour l'hypothèse diffusion rapide de la contraception, et un triplement pour l'hypothèse diffusion très rapide de la contraception, ce qui correspond respectivement à des augmentations moyennes d'environ 4,5%, 6,5% et 8% par an.

Selon ces estimations donc, les coûts d'achat des contraceptifs pourraient passer de près de 3 millions de dollars en 2015 (1,5 milliard de francs FCFA), à entre 3,7 et 4,5 millions de dollars en 2020 (soit entre 1,9 et 2,3 milliards de FCFA) selon l'hypothèse considérée, et le cumul des coûts d'achat entre 2015 et 2019 pourrait s'élever, hors inflation, entre 16,0 et 17,5 millions de dollars (soit entre 8,1 et 8,9 milliards de FCFA).

Il convient de garder à l'idée que ces calculs sont de caractère exploratoire. Mais, il faut souligner aussi qu'au-delà des coûts d'achat des contraceptifs et du coût total d'un programme de planification familiale (ce coût représente souvent entre trois et cinq fois les coûts d'achat des contraceptifs), la diffusion de la contraception entraîne aussi des bénéfices pour la population et pour le pays.

Une étude sur la contribution de la planification familiale à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) réalisée en 2006, a estimé pour 16 pays d'Afrique subsaharienne, les coûts associés entre 2005 et 2015 à la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale dans ces pays d'ici 2020¹⁴⁵. Cette étude utilise l'approche « coûts par couple-année de protection » avec un coût moyen de 11,20 dollars américains par « couple-année de protection ». Ce chiffre correspond au coût moyen trouvé pour cinq pays d'Afrique subsaharienne à la fin des années 1990. Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur » en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception qui permet de réaliser des économies d'échelle. Pour l'Afrique subsaharienne, l'estimation du coût moyen par utilisateur est de 28 dollars américains en 2005 et de 26,2 dollars américains en 2010, soit environ cinq fois le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice/utilisateur estimé pour la Côte d'Ivoire. Une étude plus récente du même auteur principal donne pour 2010 un coût moyen par utilisateur pour l'Afrique de 27,6 dollars américains, soit un chiffre voisin des estimations précédentes¹⁴⁶.

Outre ces estimations de « coûts par couple-année de protection » et de « coûts par utilisateur », l'étude de 2006 donne également une idée des « coûts-bénéfices » qu'on peut attendre de la mise en œuvre de programmes de planification familiale dans les

¹⁴⁵ Moreland S., Talbird S., 2006 – Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning. Washington D.C., Futures Group, Policy Project. Moreland & Talbird P: <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINA L.pdf>

¹⁴⁶ Moreland S., Smith E., Sharma S., 2010 – World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning. April (revised October 2010). Futures Group, <http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

16 pays d'Afrique subsaharienne retenus (malheureusement la Côte d'Ivoire n'en fait pas partie). Elle calcule ainsi pour ces pays les économies réalisées du fait de la croissance moins rapide du nombre d'enfants de moins de 10 ans entre 2005 et 2015, en comparant les résultats d'une hypothèse de maintien de l'utilisation de la contraception au dernier niveau connu, avec ceux d'une hypothèse d'augmentation rapide correspondant à la satisfaction des besoins non satisfaits en 10 ans (ce qui correspondrait pour la Côte d'Ivoire à une progression moyenne de l'utilisation de la contraception toutes méthodes confondues de 2,7 points de pourcentage par an, supérieure à l'hypothèse de diffusion très rapide que nous avons retenue). Ces gains qui ont été calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme, apparaissent en 10 ans en gros cinq fois plus importants que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. 80 % des économies réalisées le sont dans l'éducation, la santé maternelle, et les vaccinations.

Ce ratio « coût-bénéfice » de cinq, signifie qu'un investissement supplémentaire en planification familiale doit être considéré comme un investissement avec des retours très importants à la fois à court terme et à long terme, et comme un investissement qui facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les divers éléments contenus dans ce document n'ont pas d'autre objectif que de permettre d'approfondir les réflexions en cours sur les politiques et programmes à mettre en œuvre afin que la Côte d'Ivoire puisse bénéficier aussi rapidement que possible d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération sa croissance économique.

Que faut-il en retenir ? Tout d'abord, que les idées sur les questions de population ont beaucoup évolué depuis le début des années 2000, et qu'il importe de sortir des approches dogmatiques traditionnelles opposant néo malthusiens et « développementalistes » qui n'ont plus guère de sens aujourd'hui.

Comme le montre l'expérience récente des pays émergents, comme d'ailleurs l'histoire des pays développés, il n'y a pas de développement sans maîtrise progressive de la croissance démographique, et donc sans transition démographique. Il n'y a pas d'exemples de pays qui se soient développés avec une fécondité qui s'est maintenue entre 5 et 7 enfants par femme sur longue période. Ainsi, parmi les 10 pays « en développement » du G20, tous sauf un (l'Argentine) avaient au début des années 1960, entre 6 et 7 enfants par femme. En 2005-2010, ils avaient entre 1,2 et 3 enfants par femme.

Pour devenir des économies émergentes, ces pays ont mis en œuvre simultanément des politiques, plans et programmes visant à : a) accélérer leur transition démographique b) améliorer leur capital humain (éducation et santé), c) augmenter l'épargne et les investissements, d) créer des emplois, et e) promouvoir la bonne gouvernance.

L'accélération de la transition démographique remplit la première condition pour accéder à « l'émergence ». Elle implique une diminution parallèle de la mortalité, notamment de la mortalité des enfants, et de la fécondité. Celle-ci se traduit progressivement par une stabilisation, voire une diminution du nombre des naissances. Cette stabilisation ou diminution permet l'augmentation de la proportion des personnes en âge de travailler dans la population totale, et parallèlement une diminution de la proportion des dépendants, et donc une diminution des taux de dépendance. On notera qu'au début de la transition, les dépendants sont essentiellement des jeunes de moins de 15 ans ou de moins de 20 ans selon la définition retenue. Mais, il faut aussi garder à l'esprit que l'accélération de la transition démographique requiert une augmentation rapide de l'utilisation de la contraception et sa généralisation à l'ensemble de la population concernée.

Il doit être clair que l'accélération de la transition démographique, la maîtrise de la fécondité à des niveaux modérés, la généralisation de l'utilisation volontaire de la contraception à l'ensemble de la population, l'augmentation relative de la proportion des personnes en âge de travailler (et effectivement occupée) dans la population totale et la diminution des taux de dépendance sont des expressions différentes, mais équivalentes, reflétant un enchaînement d'événements qui sont indissociables et qui constituent l'une des ruptures sociétales majeure associée à l'émergence.

Cette rupture prend du temps, plus ou moins une quarantaine d'années si l'on se réfère à l'expérience récente des pays émergents. C'est pourquoi il est difficile de préciser exactement à quel moment un pays, la Côte d'Ivoire par exemple, entrera dans une « fenêtre d'opportunité démographique » lui permettant d'entrevoir « son » dividende démographique. En utilisant l'hypothèse moyenne des projections 2012 de la Division de la population des Nations unies, plusieurs études indiquent que la Côte d'Ivoire n'entrerait dans cette fenêtre qu'après 2050, et que le dividende démographique maximum associé à cette hypothèse serait atteint en 2095. Cette présentation des faits ne reflète cependant qu'en partie les évolutions démographiques sociale et économique associées à la transition démographique.

Entre temps, il conviendra d'assumer d'ici 2030, l'arrivée de millions de jeunes sur le marché du travail. Il faudra créer les conditions nécessaires pour que cette jeunesse, majoritairement urbaine et aux aspirations élevées, puisse accéder à des emplois décents et prendre part à l'élaboration des politiques du pays. Il sera plus facile de faire face à ce défi, si parallèlement le nombre de jeunes enfants à la charge des parents et de la société est stabilisé, c'est à dire si la maîtrise de la fécondité et le processus menant à l'ouverture de la fenêtre d'opportunité démographique sont bien engagés.

Au plan économique, selon le modèle utilisé, la croissance des pays africains ne devrait s'accélérer vraiment qu'à partir des années 2050 ou 2060, et le PIB par tête escompté en 2100 pour la Côte d'Ivoire serait d'environ 60% supérieur à celui estimé pour une projection sans transition démographique, c'est à dire sans baisse de la fécondité. Non seulement ce supplément qui correspond donc au dividende démographique est loin d'être négligeable, mais surtout, l'hypothèse moyenne retenue de transition démographique (en gros 3 enfants par femme en moyenne en 2050 et 2,1 en 2100) inscrit la croissance économique future du pays dans une trajectoire de croissance nettement plus dynamique à partir des années 2050-2060.

Toutefois, d'autres hypothèses de maîtrise de la fécondité peuvent être envisagées, comme par exemple l'hypothèse de 2 enfants par femme en moyenne en 2050 (l'hypothèse basse de nos projections), et l'hypothèse extrême de 1,2 enfant par femme en moyenne en 2100, comme c'est le cas aujourd'hui en Corée du Sud et à Singapour. De telles hypothèses sont susceptibles d'ouvrir plus rapidement (avant

2050) la fenêtre d'opportunité démographique et de conduire à un dividende démographique plus important que celui envisagé avec des hypothèses moyennes de baisse de la fécondité. Mais, encore faut-il que des évolutions aussi rapides soient voulues et acceptées par la société, les autorités et les organisations de la société civile.

Au plan social, il faut rappeler aussi que l'accélération de la transition démographique et de la maîtrise de la fécondité permet assez rapidement un « gain fiscal », résultant des dépenses moindres pour l'éducation, l'amélioration de la santé maternelle et les vaccinations, du fait du ralentissement de l'augmentation, voire de la stabilisation rapide du nombre de naissances. L'accélération parallèle de l'utilisation de la contraception permet aussi de favoriser l'autonomisation des femmes en les libérant des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives, leur permettant ainsi de mieux contribuer aux activités économiques.

Le slogan de l'ONP : « Ensemble relevons le défi du dividende démographique en Côte d'Ivoire » recouvre donc un ensemble complexe de choix à opérer concernant l'avenir à court, moyen, et long terme de la Côte d'Ivoire. Ces choix portent sur des transformations structurelles et institutionnelles, et de comportement, de grande ampleur qui doivent justement permettre à la Côte d'Ivoire de devenir aussi rapidement que possible une économie émergente à fort potentiel de croissance.

Compte tenu de la volonté des autorités de positionner les questions de population au premier rang de l'agenda national du développement, et de la révision prochaine des politiques, plans et programmes qui arriveront à leur terme en 2015 ou 2016, nous prenons le risque de soumettre à l'appréciation des autorités, de la société civile et des partenaires techniques et financiers de la Côte d'Ivoire quelques recommandations.

Nous suggérons d'abord de faire, à la lumière des dernières données disponibles et des publications les plus récentes, un réexamen critique et objectif concernant :

- le contenu du plaidoyer actuel « population-développement » et « dividende démographique » en direction des leaders ;
- le contenu de la politique de population de 2009, et des actions menées dans ce cadre, afin de pouvoir formuler une nouvelle politique de population tenant compte des leçons du passé, et disposant de moyens adaptés à ses objectifs ;
- les objectifs retenus dans les politiques, plans, programmes en matière de santé et de santé de la reproduction (comment ces objectifs ont-ils été fixés ? ont-ils été atteints ? étaient ils réalistes ?) ;

- la répartition, explicite et implicite, des rôles de chaque acteur (public, ONG, privé, partenaires) dans les domaines de la population, de l'information et des services en planification familiale ;
- les campagnes de sensibilisation menées jusqu'ici concernant la planification familiale et le contenu des messages diffusés ;
- le fonctionnement des services public, privés, et du marketing social en matière de planification familiale.

Suite à ce réexamen, on pourrait envisager pour 2015-2016, les actions suivantes :

- 1) la réalisation et la publication de nouvelles projections nationales de population à moyen terme (2050 voire 2100) s'appuyant sur les résultats du recensement de 2014 et sur ceux de l'EDS 2011-2012, avec plusieurs hypothèses permettant d'éclairer l'importance du facteur population pour les nombreux secteurs concernés (santé, éducation aménagement rural et urbain, emploi, agriculture, etc.) ;
- 2) l'intégration effective des résultats de ces projections de population dans le Plan National de Développement 2016-2020, qui doit conduire la Côte d'Ivoire à l'émergence, et dans l'Étude Nationale Prospective : Côte d'Ivoire 2040 (ENP CI 2040) ;
- 3) l'intégration effective des résultats de ces projections de population, dans les nouvelles politiques sectorielles (Politique de Population, Plan National de Développement Sanitaire, etc.) afin que les nouveaux documents sectoriels qui seront élaborés en 2015-2016 puissent intégrer la dimension démographique dans leur programmation, en tenant compte à la fois de l'augmentation des sous-populations concernées, et des retards de couverture à combler ;
- 4) l'évaluation des résultats obtenus par le Plan stratégique de la planification familiale 2013-2016, et la mise à jour de ce plan compte tenu des nouvelles données disponibles du Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020 ;
- 5) l'organisation de plusieurs rencontres ou séminaires (au niveau national et provincial) sur le thème « Population et développement » et « Dividende démographique » afin de réexaminer la situation de la Côte d'Ivoire à la lumière des publications des 15 dernières années et des connaissances nouvelles acquises à ce sujet au niveau international ;
- 6) la réalisation de nouveaux outils de plaidoyer « Population et développement » et Dividende démographique afin de mieux faire

comprendre a) la nécessité d'accélérer la maîtrise de la fécondité en Côte d'Ivoire afin de ne pas compromettre ses chances d'arriver à l'émergence et à un développement durable, et b) la nécessité de diminuer le nombre des grossesses à risques qui coûtent cher au pays et aux familles. Ces outils de plaidoyer doivent viser à « légitimer » la planification familiale, dans le respect général de la culture du pays, et en tenant compte des résistances actuelles à une large diffusion de la contraception ;

- 7) le lancement de plusieurs actions de sensibilisation (en utilisant en particulier les nouveaux outils de plaidoyer développés) au niveau du gouvernement, des parlementaires, des universitaires, des élites, des leaders d'opinion et des personnalités du monde culturel ;
- 8) la préparation, puis le lancement d'une campagne nationale multimédia de communication en continu, pour promouvoir non seulement la satisfaction des besoins non satisfaits en contraception, mais surtout l'adoption de nouvelles normes culturelles en matière de reproduction, et le libre choix informé des femmes en matière de reproduction.

Pour conclure, comme l'a dit Thabo Mbeki dans sa préface à l'ouvrage « Afrique 2025 Quels futurs possibles pour l'Afrique au sud du Sahara ? », déjà cité, et ces propos s'appliquent aussi à la Côte d'Ivoire :

« Dans le monde actuel, le Ciel ne garantit pas à l'Afrique que ses entreprises seront couronnées de succès. Il n'y a pas non plus de forces surnaturelles qui nous condamnent à l'échec. Ce qui adviendra au cours des vingt et quelques prochaines années, dépendra de ce que nous, Africains, ferons ».