

SEMINAIRE du CICRED

Les transitions des structures par âge : bonus démographiques mais défis nouveaux pour la population et le développement durable

Gervais Beninguisse, Hamidou Koné

**« LES TRANSITIONS DES STRUCTURES PAR AGE : BONUS
DEMOGRAPHIQUES, MAIS DEFIS NOUVEAUX POUR LA POPULATION ET LE
DEVELOPPEMENT DURABLE »**

SEMINAIRE DU CICRED

**CHANGEMENT DE STRUCTURE PAR AGE ET DEVELOPPEMENT
AU CAMEROUN**

Gervais Beninguisse^{*}, Ph.D et Hamidou Koné^{**}

RESUME :

Cet article examine l'évolution passée et future de la structure par âge de la population du Cameroun en mettant en évidence ses implications pour le développement économique et social. L'évolution passée est retracée à partir des données de recensements (1976 et 1987) et de l'Enquête Démographique et de Santé de 1998. L'évolution future est simulée sur un horizon temporel de 35 ans avec comme base, la structure de la population et les indicateurs démographiques de l'année 1998. Les prévisions sont faites en l'absence et en tenant compte de la pandémie du VIH/SIDA, dont la vitesse de propagation est sans précédent. D'après les résultats, l'évolution passée de la structure par âge est caractérisée par un malus démographique généré par un renforcement de la dépendance économique des inactifs sur les actifs, avec comme corollaire, l'accroissement des besoins d'investissements sociaux au détriment des investissements économiques créateurs de richesse. En dépit des efforts consentis, la réponse économique et sociale de l'Etat n'a pas été à la hauteur des besoins inhérents au changement de structure par âge. En 1998, près d'un enfant de 6-14 ans sur trois n'était pas scolarisé, près d'une personne sur trois était au chômage et 64% des enfants de 12-23 mois n'étaient pas complètement vaccinés. L'avenir aurait pu être envisagé avec plus d'optimisme, puisqu'on postule l'émergence d'un modeste bonus démographique caractérisé par une diminution progressive de la proportion de la population jeune au profit d'une augmentation régulière de la population active et d'une baisse continue de la dépendance économique. Mais, ce modeste bonus démographique pourrait être inhibé, contrebalancé ou précarisé par le VIH/SIDA et une réponse pronataliste à cette pandémie, dont la maîtrise est difficilement envisageable sur la période projection (1998-2033). Dans ce contexte épidémiologique, il sera difficile d'atteindre les objectifs millénaires pour le développement. Des défis majeurs interpellent la mise en place des politiques adéquates dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'économie.

^{*} Gervais Beninguisse est Enseignant-Chercheur à l'IFORD (Yaoundé, Cameroun) et actuellement Chercheur postdoctoral à l'Unité de Santé Internationale, Université de Montréal (Canada)

^{**} Hamidou Koné est Chercheur-Doctorand à l'IFORD (Yaoundé, Cameroun).

Introduction

Le Cameroun fait partie des 46 pays d'Afrique au Sud du Sahara ayant entamé leur transition démographique. D'après les résultats d'enquêtes démographiques nationales, l'indice synthétique de fécondité y baisse en moyenne de 0,87 tous les 10 ans. Entre 1950-55 et 1990-2000, la baisse de la mortalité a été spectaculaire, faisant passer l'espérance de vie de 36 ans à 50 ans, soit un gain de vie 15 ans en 45 ans environ (United Nations, 2002). Les conséquences de telles évolutions sur la structure par âge de la population et l'économie du pays sont inéluctables. Au niveau de la structure par âge, la baisse de la fécondité réduit la proportion des enfants tandis que celle de la mortalité prolonge l'espérance de vie. Au plan économique, cette évolution se traduit par une hausse de la population économiquement active et une baisse de la dépendance économique des personnes inactives vis-à-vis des personnes actives, cette dernière étant fortement alimentée par la sous-population des enfants. Ces tendances déterminent les politiques de développement économique et social, notamment en matière de production et de création des richesses, de prise en charge des jeunes et des personnes âgées.

La poursuite de la baisse de la fécondité et de la mortalité aurait pu laisser entrevoir ce que d'aucuns ont appelé « bonus démographique » ou « fenêtre d'opportunité » (Bloom, Canning & Sevilla., 2003) engendré par une prépondérance continue de la population économiquement active associée à une baisse continue de la dépendance économique des personnes inactives vis-à-vis des personnes actives. Mais l'émergence du VIH/SIDA et sa vitesse de propagation sans précédent, pourrait remettre en question cet optimisme, tout au moins la tempérer sensiblement.

Cet article tente de le démontrer en examinant l'évolution passée et future de la structure par âge de la population du Cameroun et ses implications pour le développement économique et social.

I. Evolution passée de la structure par âge de la population et ses implications pour le développement économique et social

L'évolution passée de la structure par âge de la population du Cameroun est retracée à partir des données de recensements (1976 et 1987) et de l'Enquête Démographique et de Santé de 1998. D'après ces données, la population camerounaise est passée de plus de 7,5 millions en 1976, 10,5 millions en 1987 à 14,3 millions en 1998, soit une augmentation décennale moyenne de 37%. Cette augmentation est en grande partie due à une forte

croissance naturelle¹ estimée à près de 3%, résultante d'une mortalité en baisse continue et d'une fécondité toujours élevée malgré quelques signes de baisse. En effet, l'espérance de vie à la naissance est passé de 48 ans en 1976, 51 ans en 1987 à 55 ans 1998, tandis que l'indice synthétique de fécondité est passé de 6,7, 5,8 à 5,2 enfants par femme au cours des mêmes périodes respectivement. L'incidence de ces changements sur la structure par âge de la population a des implications politiques pour la population jeune, la population active et les personnes âgées.

a) Implications pour la population jeune

La structure démographique du Cameroun est restée majoritairement jeune. La proportion de jeunes de moins de 15 ans est passé de 43% en 1976 et à 46% en 1987 et 1998, soit une augmentation de trois points (graphique 1). La proportion des jeunes enfants (moins de 5 ans) est passé de 17% en 1976 à 18% en 1987 tandis que celle des 5-14 ans est passé de 26% à 28% au cours de la même période. Cette augmentation est le résultat combiné d'une forte natalité et d'une baisse spectaculaire de la mortalité des jeunes et en particulier celle des enfants de moins de cinq ans qui, d'après les données d'enquêtes démographiques nationales, est passé de 200‰ en 1976 à 165‰ en 1987. En 1998, la proportion des enfants de moins de cinq ans est retombée à 16% tandis que celle des 5-14 ans s'élevait à 30%. La proportion des 15-24 ans a, quant à elle, peu varié entre 1976 et 1998, se stabilisant autour de 18% (graphique 1).

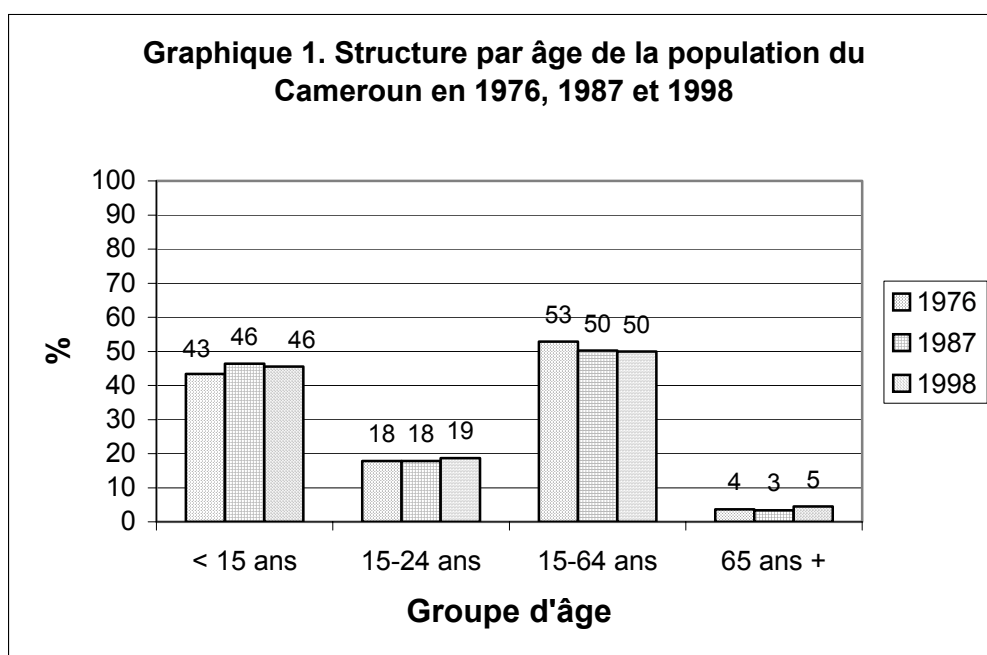
L'augmentation de l'importance relative de la population jeune peut être préjudiciable pour le développement économique et social (Nizamuddin, 1994). En effet, la proportion relativement élevée des jeunes (de moins de 15 ans), n'ayant pas encore l'âge de travailler, tend à diminuer l'apport de travail par habitant et partant, toute choses égales par ailleurs, le revenu par habitant. En outre, elle exige qu'une part plus importante des ressources limitées soit affectée aux investissements sociaux au détriment des investissements économiques créateurs des richesses. Ces investissements sociaux concernent surtout l'éducation et la santé.

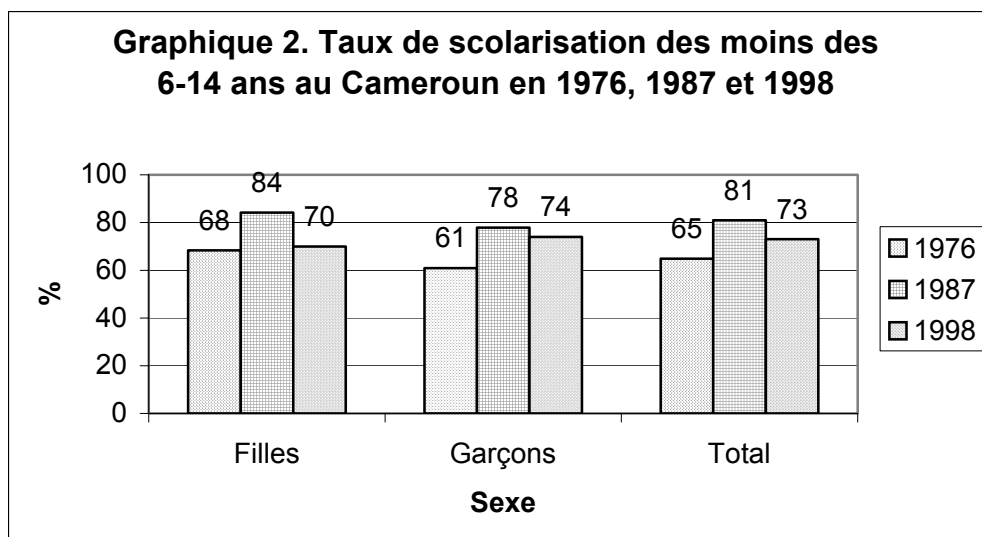
Dans le domaine de l'éducation, la population scolarisable des moins de 15 ans est passé de 3326748 personnes en 1976, 4870491 en 1987 à 6594100 individus en 1998, soit un accroissement moyen de plus de 140000 jeunes à scolariser théoriquement chaque année dans l'enseignement maternel, primaire et secondaire premier cycle. La population scolarisable de 15-24 ans est passée de 1331411 à 1864283 personnes, soit un ajout de 48443 individus à

¹ La croissance naturelle est donnée par la différence entre le taux brut de natalité et le taux brut de mortalité.

scolariser théoriquement chaque année dans l'enseignement secondaire deuxième cycle et supérieur. En 1998, cette sous-population se chiffrait à plus de 2,7 millions, ce qui représente une augmentation annuelle de près de 72000 personnes sur la période 1987-1998.

Dans quelle mesure le gouvernement camerounais a-t-il été à la hauteur de ces besoins de scolarisation ? Le taux de scolarisation des enfants de 6-14 ans est passé de 65% en 1976 à 81% en 1997 (graphique 2), ce qui témoigne des efforts déployés en matière d'accès à l'éducation, abstraction faite de la qualité de l'enseignement. Mais cette tendance s'est inversée entre 1987 et 1998 puisqu'on observe une baisse du taux de scolarisation de 81% à 73%. Cette baisse est attribuable à la conjoncture économique particulièrement défavorable des années 1990 qui, à travers ses programmes d'austérité (ajustement structurel, baisse des salaires, dévaluation monétaire), a érodé significativement le pouvoir d'achat des ménages et leur capacité financière à scolariser leurs enfants. Si l'on suppose que l'accès à l'éducation est un besoin fondamental pour les enfants, il ressort que l'ampleur des besoins non-satisfaits en matière de scolarisation, dans la sous-population de 6-14 ans, est de 35% en 1976, 19% en 1987 et 27% en 1998.





Dans le domaine de la santé, la sous-population des moins de cinq ans permet d'évaluer les besoins en services et soins de protection infantile. Si l'on s'en tient à la couverture vaccinale des enfants, des besoins immenses ne sont pas satisfaits. Le pourcentage d'enfants de 12-23 mois ayant reçu tous les vaccins du programme élargi de vaccination (PEV) est passé de 41% en 1991 à 36% en 1998 (Fotso et al., 1999), soit une baisse de 12% attribuable également à la conjoncture économique des années 1990.

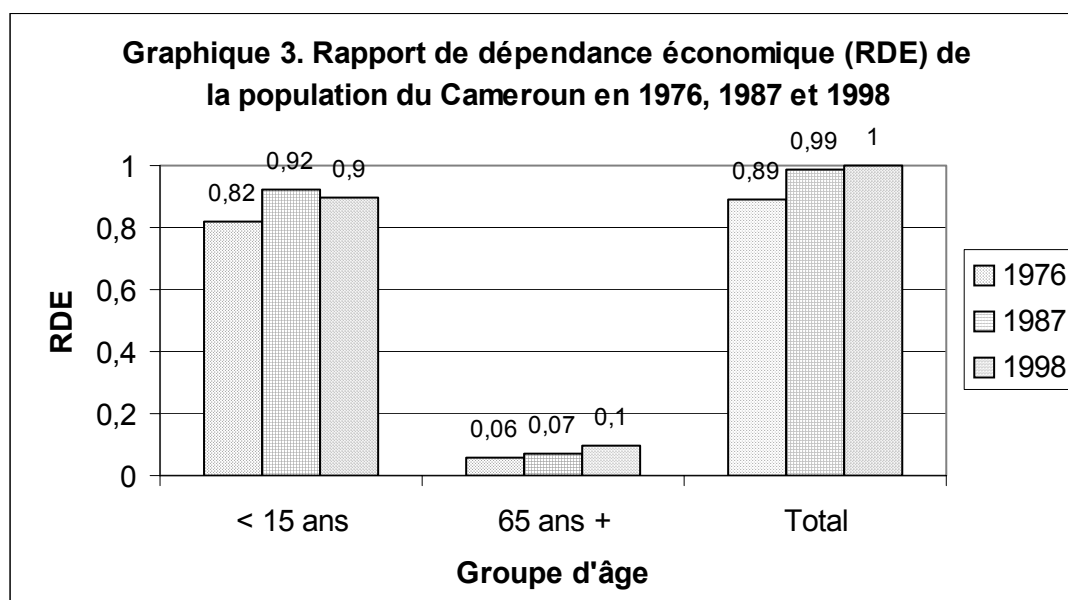
b) Implications pour les personnes âgées

La population âgée de 65 ans et plus, beaucoup plus restreinte, a peu variée dans le temps. Elle est passée de 4% en 1976, 3% en 1987 à 5% en 1998 (graphique 1). Le processus de vieillissement de la population ne s'est pas enclenché au cours de cette période, probablement à cause des niveaux encore élevés de fécondité et de mortalité adulte. Le processus de vieillissement démographique est donc encore attendu, mais sans doute avec un plus long décalage dans le temps, le Cameroun n'étant qu'à l'amorce de sa transition démographique. Il n'est donc pas étonnant que le vieillissement démographique et ses implications en terme de prise en charge des personnes âgées ne soit pas une préoccupation politique au Cameroun. En effet, la protection et la prise en charge des personnes âgées ne bénéficient pas encore d'un cadre juridico-législatif spécifique au Cameroun.

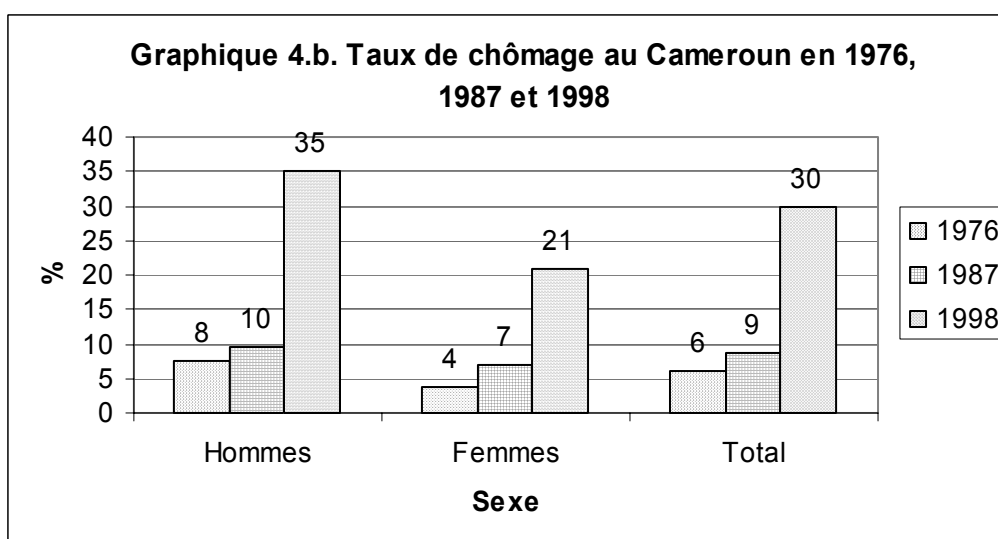
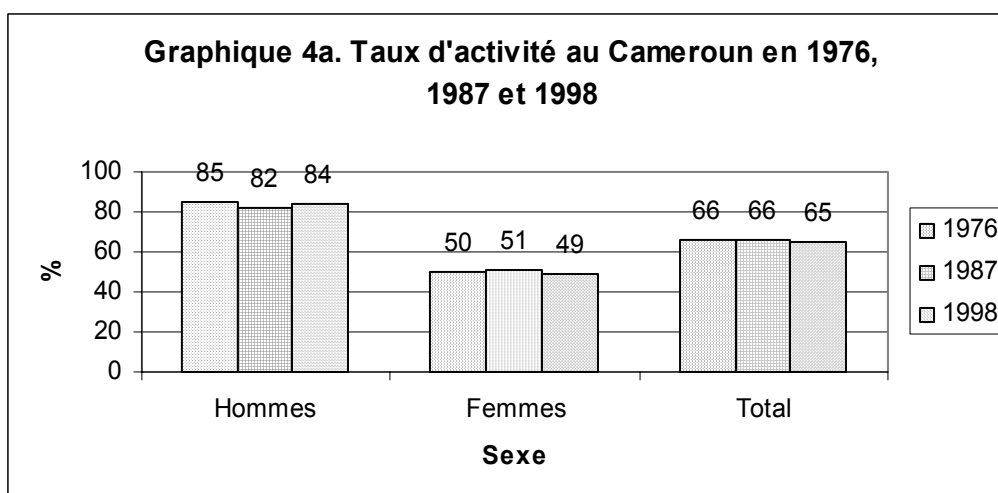
c) Implications pour la population active

L'augmentation de la population jeune de moins de 15 ans a eu pour corollaire, la diminution du poids de la population active. La proportion des personnes de 15-64 ans est passée de 53% en 1976 à 50% en 1987 (graphique 1), soit une diminution de 3 points. L'une

des conséquences de la diminution de la proportion de la population active est l'augmentation de la dépendance économique des personnes inactives vis-à-vis des personnes actives. Cette situation s'illustre par le rapport de dépendance économique, qui est la somme des moins de 15 ans et des plus de 65 ans, rapportée à la population active. Le rapport de dépendance économique est passé de 0,89 en 1976 à 0,99 en 1987. Autrement dit, en 1976 un actif avait à sa charge en moyenne moins d'une personne inactives, alors qu'en 1987, cette charge atteint une personne. Entre 1991 et 1998, le poids de la population active et le rapport de dépendance économique se sont stabilisés. La charge économique potentielle envers les actifs est essentiellement due aux moins de 15 ans. En effet, les rapports de dépendance des moins de 15 ans et celui des 65 ans et plus sont respectivement de 0,82 et 0,06 en 1976, 0,92 et 0,07 en 1987 et 0,9 et 0,1 en 1998 (graphique 3). Seul le rapport de dépendance économique des moins de 15 ans est en augmentation entre 1976 et 1987 mais stable entre 1987 et 1998.



Les graphiques 4a et 4b illustrent le degré de satisfaction des besoins économiques liés à l'emploi, autrement dit la capacité d'absorption de la main d'œuvre par le marché du travail. Il y ressort que le taux d'activité économique a peu varié entre 1976 et 1998, se situant autour de 65% (graphique 4a). Il se dégage également que 35% de la population active est inoccupée. Mais le taux de chômage est en augmentation durant cette période, passant de 6% en 1976, 9% en 1987 à 30% en 1998. L'augmentation significative du chômage entre 1987 et 1998 illustre bien les difficultés économiques des années 1990.



d) Bilan de l'évolution passée : un malus démographique associé à une réponse économique et sociale insuffisante.

En définitive, l'évolution passée de la structure par âge de la population du Cameroun, sur la période 1976-1998, est caractérisée essentiellement par une augmentation de la proportion des jeunes de moins de 15 ans, alimentée par une fécondité encore élevée et une mortalité en forte baisse, surtout dans la sous-population des enfants de moins de cinq ans. Cette augmentation a entraîné une diminution de la proportion de la population active et un renforcement de la dépendance économique des jeunes vis-à-vis des actifs. Loin d'un bonus démographique, le Cameroun a plutôt vécu un malus démographique caractérisé par un renforcement de la dépendance économique des inactifs sur les actifs, avec comme corollaire, l'accroissement des besoins d'investissements sociaux au détriment des investissements économiques créateurs de richesse. Mais la réponse économique et sociale n'a pas été suffisante puisqu'en dépit des efforts consentis, l'Etat camerounais n'a pu couvrir tous les besoins sociaux et économiques inhérents à la modification de la structure par âge de la

population. En 1998, près d'un enfant sur trois n'était pas scolarisé, 35% de la population active était inoccupée, près d'une personne sur trois était au chômage et 64% des enfants de 12-23 mois n'avaient pas reçu tous les vaccins prévus par le PEV. Le processus de vieillissement de la population n'est pas véritablement enclenché, la baisse de la fécondité étant encore insuffisante pour diminuer sensiblement la base de la pyramide. Partant de ces changements, comment prévoir l'évolution future de la pyramide des âges du Cameroun et ses implications pour le développement social et économique futur? Les lignes qui suivent apportent quelques éléments de réponse.

I. Evolution prévisionnelle de la structure par âge de la population et ses implications pour le développement économique et social

a) La méthodologie

A partir de la structure de la population et des indicateurs démographiques issus de l'enquête démographique et de santé de 1998, nous avons simulé l'évolution future de la pyramide des âges jusqu'en 2033, soit un horizon temporel de 35 ans. Les prévisions sont faites en l'absence et en tenant compte de la pandémie du VIH/SIDA. Ce dernier cas prend donc en considération l'impact du VIH/SIDA dont la vitesse de propagation est sans précédent. En effet, de moins de 1% en 1989, la séroprévalence du VIH/SIDA atteint 5% en 1997, 7% en 1999 et près de 12% en 2001 (UNAIDS/WHO/UNICEF, 2002). Les prévisions sont faites au moyen du logiciel SPECTRUM de « Policy Project », un outil de projection des données nécessaires à la mise en œuvre des politiques et programmes de population et de santé reproductive. Les prévisions reposent sur des paramètres démographiques et celles de l'épidémiologie du VIH/SIDA.

1°) Les paramètres démographiques.

Ils portent sur les hypothèses d'évolution de l'espérance de vie à la naissance, de l'indice synthétique de fécondité et de la migration internationale.

- *Evolution de l'espérance de vie à la naissance.* Comme les Nations Unies (United Nations, 2002) l'ont postulé pour le cas du Cameroun, l'espérance de vie à la naissance pourrait se situer autour de 59 ans pour la période 2000-2005, en l'absence du VIH/SIDA. Dans cette hypothèse, l'espérance de vie augmenterait de 2,5 ans par période quinquennale sur la période de projection. Mais en présence de cette

pandémie, l'espérance de vie s'en trouverait sensiblement diminué, compte tenu de l'impact direct de VIH/SIDA sur la structure de la mortalité générée par les paramètres épidémiologiques que nous décrivons brièvement plus loin.

- *Evolution de l'indice synthétique de fécondité (ISF)*. L'ISF est postulé décroître régulièrement entre 1998 et 2033, passant ainsi de 5,2 enfants par femme à 3 enfants par femme.
- *Evolution de la migration internationale*. Nous avons émis l'hypothèse d'un solde migratoire nul et de l'indépendance de la migration internationale vis-à-vis de la structure par âge de la population.
- *Les schémas de mortalité de fécondité*. Le schéma de fécondité choisi est celui de l'Afrique subsaharienne/modèle des Nations Unies. Le schéma de mortalité est celui de la table-type-modèle général des Nations Unies.

2°) Les paramètres épidémiologiques du VIH/SIDA.

Les paramètres épidémiologiques portent principalement sur les hypothèses d'évolution de la prévalence du VIH/SIDA, le schéma de propagation de l'infection, les paramètres structurels, l'impact supposé du VIH/SIDA sur la fécondité, les paramètres de prise en charge.

- *Evolution de la prévalence du VIH/SIDA*. Nous considérons l'estimation des Nations Unies (United Nations, 2003) selon laquelle il sera difficile pour les pays fortement affectés de contrôler l'épidémie du VIH/SIDA avant 2050. Par conséquent nous simulons, sur la période de projection (1998-2033), une évolution continue de la prévalence du VIH/SIDA à partir de son schéma actuel.
- *Schéma de propagation de l'infection*. La transmission du VIH étant en grande partie d'origine hétéro-sexuelle, nous avons choisi le modèle hétérosexuel associé au progiciel.
- *Les paramètres structurels*. Ils concernent l'année de début de l'épidémie, estimée à 1980, l'espérance de vie après l'apparition du SIDA, estimée à 1 an, et le taux de transmission mère-enfant, estimé à 35%
- *L'impact supposé du VIH/SIDA sur la fécondité*. L'impact du VIH/SIDA sur la fécondité est mal connu. Nous avons accepté l'option par défaut du progiciel qui considère, sur la base de quelques études empiriques en Afrique, que la fécondité des jeunes femmes de 15 à 19 ans serait 50% plus élevée parmi les femmes séropositives

que parmi les femmes séronégatives. Chez les femmes de 20 à 49 ans, la fécondité des séropositives serait de 20% plus faible que celle de leurs congénères séronégatives.

- *Les paramètres de prise en charge.* Il s'agit ici de l'accès au traitement anti-rétroviral. Nous ne disposons d'aucune estimation empirique de la proportion des personnes infectées qui reçoivent le traitement anti-rétroviral. Par conséquent, nos projections ne prennent pas en compte l'accès au traitement anti-rétroviral.

b) Evolution des indicateurs démographiques de base

1°) L'évolution prévisionnelle de la fécondité

La fécondité, par le biais des naissances, est le principal déterminant de la base de la pyramide des âges. L'évolution prévisionnelle de la fécondité est une baisse modérée. En présence ou en l'absence du VIH/SIDA, l'indice synthétique de fécondité (ISF) passerait de 5,2 enfants par femmes en 1998 à 3 enfants en 2033 (annexe 1). En présence ou en l'absence du VIH/SIDA, le capital reproducteur ne serait pas sensiblement entamé, puisque le taux net de reproduction resterait largement au-dessus de l'unité. L'effet du VIH/SIDA sur la fécondité n'est pas apparent. En conséquence, la fécondité continuerait d'alimenter la base de la pyramide des âges (voir annexe 2).

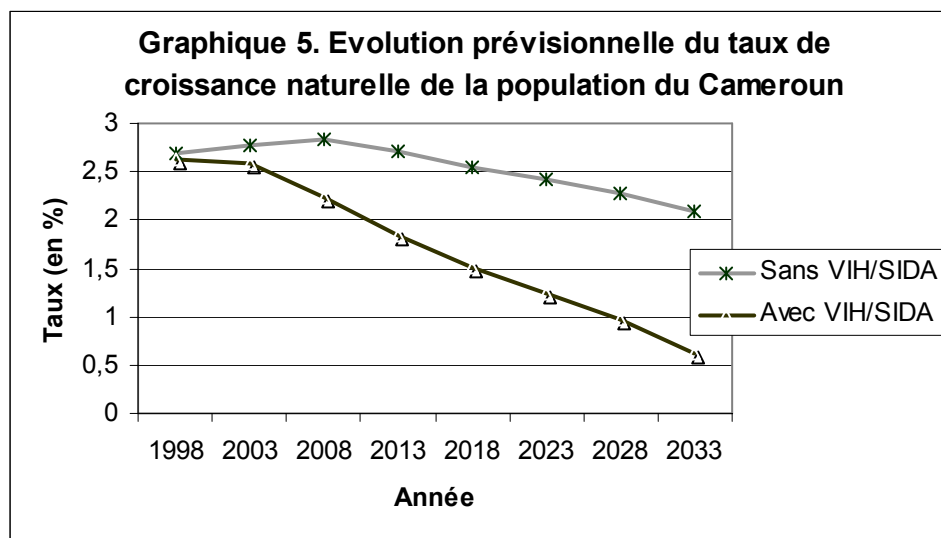
2°) L'évolution prévisionnelle de la mortalité

L'impact du VIH/SIDA sur la mortalité est catastrophique. En l'absence de cette pathologie, la mortalité des enfants baisserait de façon continue et sensible, passant de 122‰ en 1998 à 31‰ en 2033 (annexe 1). En présence du VIH/SIDA, les niveaux seraient sensiblement plus élevés de 4% en 1998 à 200% en 2033, avec un rythme de baisse nettement plus faible. Sans la pandémie du VIH/SIDA, l'espérance de vie à la naissance augmenterait régulièrement, passant de 57 ans en 1998 à 75 ans en 2033. Mais le VIH/SIDA diminuerait l'espérance de vie de 2 ans en 1998 à 37ans en 2033.

3°) La croissance naturelle prévisionnelle

La pyramide des âges se modifie par un effet de structure associé à la transition démographique, dont l'accroissement naturel est le principal dérivé. En conséquence des évolutions de la natalité et de la mortalité, la croissance naturelle (différence entre le taux brut de natalité et le taux brut de mortalité) baisserait plus rapidement avec en présence du VIH/SIDA, avec des niveaux en deçà de 1% à partir de 2028 (graphique 5). Cette baisse de la

croissance naturelle alimenterait plus la base de la pyramide que le sommet (annexe 2), ce qui pourrait ralentir le processus de vieillissement, notamment à cause de la forte mortalité générée par la VIH/SIDA.



b) Evolution de la structure par âge de la population

1°) Evolution prévisionnelle de la population jeune

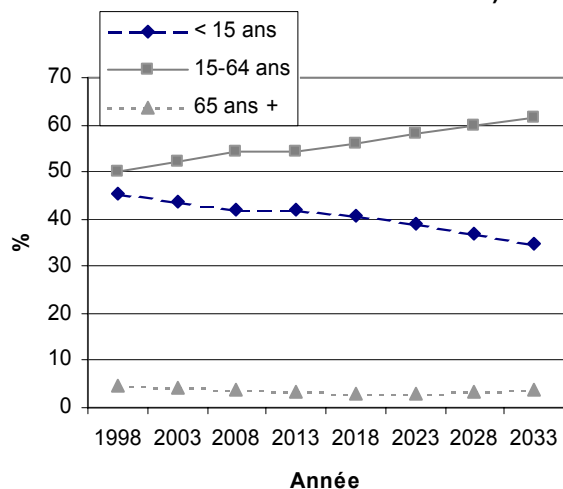
Avec le ralentissement de la croissance naturelle de la population, la proportion des jeunes de moins de 15 ans amorcerait une baisse régulière dès 2003, mais avec un rythme moins rapide en présence du VIH/SIDA et très souvent avec des niveaux plus élevés (graphiques 6a et 6b). En effet, de 46% en 1998, cette proportion atteindrait 35% en 2033 en l'absence du VIH/SIDA et 37% en présence de la pandémie. L'évolution prévisionnelle à la baisse de la population jeune laisse donc présager dans l'avenir un relâchement de la pression sociale exercée par les jeunes à travers les investissements sociaux. Mais la pandémie du VIH/SIDA freinerait ce relâchement.

2°) Evolution prévisionnelle des personnes âgées

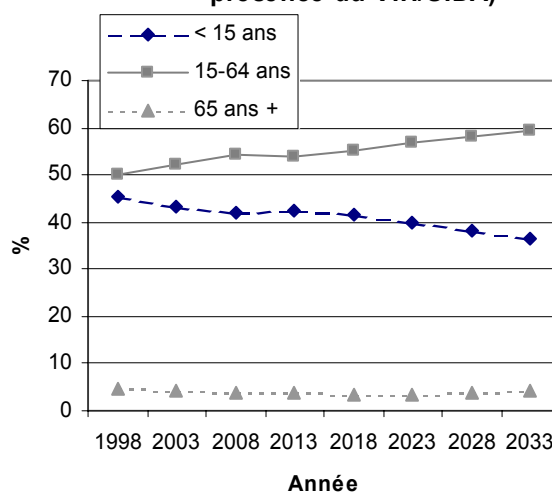
La baisse de la proportion de la population jeune ne semble pas pouvoir enclencher un processus soutenu et continu de vieillissement, tout au moins d'ici l'an 2033. Les prévisions ne révèlent pas d'augmentation de la proportion des personnes de 65 ans et plus. En présence comme en l'absence du VIH/SIDA, cette proportion fluctuerait entre 3% et 4% (graphiques 6a et 6b). Il y a lieu de penser qu'aussi longtemps que la fécondité restera au-dessus du seuil de remplacement des générations et en présence d'une pandémie de VIH/SIDA non maîtrisée

tant par la prévention que par l'accès au traitement, un processus soutenu et continu de vieillissement de la population se mettra difficilement en place au Cameroun. Et quand bien même une baisse significative de la fécondité serait amorcée (en deçà du seuil de remplacement des générations) et une réponse sanitaire adéquate au VIH/SIDA mise en place, il faudra probablement un certain décalage temporel pour voir émerger le vieillissement démographique, compte tenu de l'effet d'inertie structurelle².

Graphique 6a. Evolution des proportions des grands groupes d'âge entre 1998 et 2033 (en l'absence du VIH/SIDA)



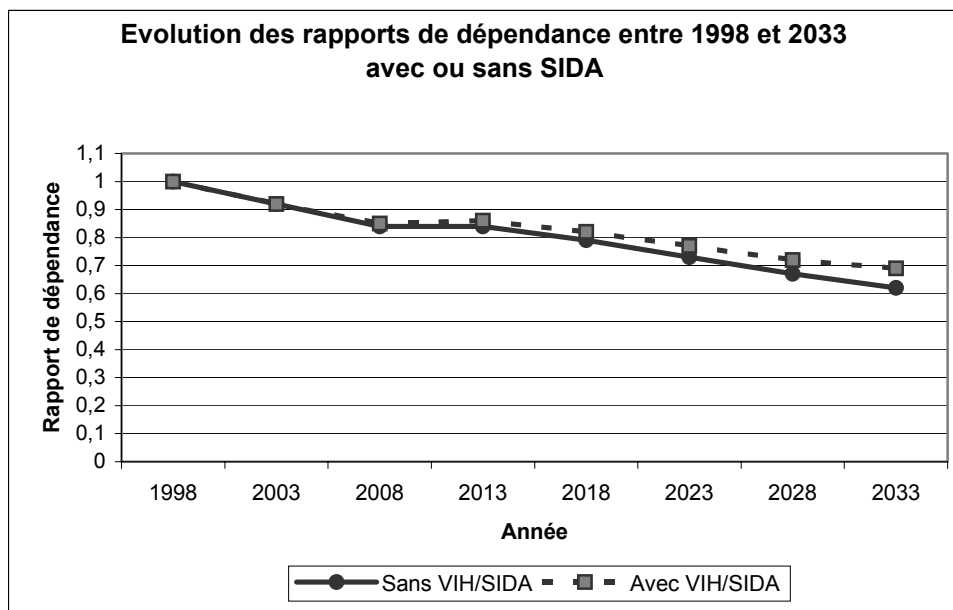
Graphique 6a. Evolution des proportions des grands groupes d'âge entre 1998 et 2033 (en présence du VIH/SIDA)



3°) Evolution prévisionnelle de la population active

La baisse continue de la proportion des jeunes de moins de 15 ans et la stagnation de la proportion de personnes âgées se feraient au profit de la population active. La proportion des 15-64 ans augmenterait régulièrement dès 2003, mais à un rythme plus lent en présence du VIH/SIDA et très souvent avec des niveaux plus faibles (graphiques 6a et 6b). Cette augmentation de la proportion de la population active, favorable au système productif et à la création des richesses, se traduit, dès 2003, par une diminution continue du rapport de dépendance économique. Mais en présence du VIH/SIDA, les rapports de dépendance seraient dès 2013 au-dessus des niveaux envisageables en l'absence de la pandémie. En effet, de sa valeur unitaire en 1998, le rapport de dépendance économique tombe à 0,6 et 0,7 en 2033 respectivement en l'absence et en présence du VIH/SIDA (graphique 7). La pandémie du VIH/SIDA aurait un effet inhibiteur sur le processus l'émergence du bon démographique.

² L'effet d'inertie structurelle signifie ici le temps qu'il faudra pour que les conditions nécessaires au



4°) Bilan de l'évolution future de la structure par âge : l'émergence d'un bonus démographique mais avec un effet inhibiteur et précarisant du VIH/SIDA

Que retenir de l'évolution prévisionnelle de la structure par âge de la population du Cameroun ? La tendance future, à l'horizon 2033, de la structure par âge de la population est jeune, alimentée par une fécondité, certes en baisse mais encore largement au-dessus du seuil de remplacement des générations, et d'une mortalité dont la baisse régulière est hypothéquée par la pandémie du VIH/SIDA. Cette évolution de la structure par âge se caractériserait néanmoins par une diminution progressive de la proportion des enfants de moins de 15 ans au profit d'une augmentation régulière de celle des 15-64 ans, ce qui laisse entrevoir un relâchement de la pression exercée sur les investissements sociaux et un renforcement du potentiel productif et de création des richesses. Elle entraînerait également une diminution de la dépendance économique de la population inactive vis-à-vis de la population active. Tout ceci laisserait entrevoir l'émergence d'un modeste bonus démographique mais dont la pandémie du VIH/SIDA lui exercerait un effet inhibiteur et précarisant. L'effet serait inhibiteur parce que la prépondérance de la population active et la baisse de la dépendance économique auraient tendance à ralentir en présence de la pandémie. L'effet serait précarisant car l'émergence du bonus démographique se ferait avec une perte de productivité du travail due au VIH/SIDA. En outre, ce modeste bonus démographique

pourrait être contrebalancé par un effet du « momentum »³, notamment par une réponse pronataliste à la pandémie du VIH/SIDA, provoquant une reprise de la fécondité et de la croissance de la population. Le processus de vieillissement, c'est-à-dire l'augmentation progressive de la proportion des 65 ans et plus, est une éventualité peu probable d'ici 2033. Sans être totalement écarté, le vieillissement démographique nécessiterait une baisse significative du potentiel reproducteur, une réponse adéquate à la pandémie du VIH/SIDA et un décalage temporel plus important.

5°) Implications pour la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement.

Le bonus démographique, définie ici comme un processus continu de prépondérance de la population économiquement active et de baisse de la dépendance économique des personnes inactives vis-à-vis des personnes actives, ne peut être effectif s'il n'est pas soutenu par des politiques adéquates dans les domaines de la santé, du capital humain et de l'économie. Tout ceci concourt à la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Quelles sont les implications pour la réalisation des OMD suggérées par l'évolution prévisionnelle de la structure par âge de la population du Cameroun ? Quel chemin sera parcouru à l'horizon temporel 2015, date choisie pour l'évaluation à mi-parcours des OMD ? Les lignes qui suivent apportent quelques éléments de réponse.

Dans le domaine de la santé. Le défi majeur sera d'apporter une réponse efficace en matière de santé sexuelle et reproductive. Il sera difficile de stopper la propagation du VIH/SIDA en 2015, puisque la prévalence au sein de la population adulte atteindrait les 20% (annexe 2). En 2015 et en l'absence d'une prévention et d'une prise en charge efficace, on pourrait s'attendre à une incidence annuelle de 208000 cas parmi lesquels 52000 naissances séropositives. Cette incidence constituerait également une menace importante pour la productivité du travail. En 2015, le SIDA aura tué environ 1,65 millions d'individus au Cameroun. A cette même date, le niveau de mortalité des enfants des années 1990 (environ 147‰) n'aura pas été réduit de deux tiers conformément aux attentes des OMD, puisqu'il serait autour de 96‰ (annexe 2). Une amélioration substantielle de l'accès aux services de santé reproductive (contraception et maternité à moindres risques), en tant que déterminant d'une baisse sensible de la fécondité et

³ Pour une définition de l'effet du « momentum », lire le chapitre de Ian Pool intitulé "Of Demographic Dividends, Windows of Opportunity and Development: Age-structure, Population Waves and Cohort Flows" dans cet ouvrage.

de la dépendance économique, constitue également un des défis à relever pour tirer meilleur profit du bonus démographique. Ce défi, passe nécessairement par des politiques de promotion du statut de la femme. Le constat actuel en matière d'accès aux services de santé reproductive, faisant état d'une dégradation sensible de la situation au cours des années 1990 (Beninguise, 2003), ne permet d'envisager avec optimisme la réalisation de l'objectif de réduction de trois quarts de la mortalité maternelle d'ici 2015.

Dans le domaine du capital humain. Le principal défi sera de doter la population des qualifications nécessaires pour l'accès aux emplois et, l'éducation en est la clé pour y parvenir. En 2015, c'est près de 9 millions d'enfants de moins de 15 ans qu'il faudra assurer la scolarisation primaire. Si le mouvement de baisse du taux de scolarisation primaire enregistré au cours des années 1990, devrait se poursuivre dans l'avenir, il sera difficile d'atteindre en 2015 l'objectif de l'éducation primaire universelle.

Dans le domaine de l'économie. La mise en œuvre d'une politique économique favorable à la création des emplois et d'une politique de bonne gouvernance constituent des déterminants clés pour tirer effectivement avantage du bonus démographique. Si le contexte actuel de mauvaise gouvernance (montée de la corruption) et de morosité économique (poids important de la dette, faiblesse du pouvoir d'achat, faible capacité de mobilisation de l'épargne, accès limité au crédit, etc.) et ses corollaires en terme d'accentuation du chômage, devait se poursuivre dans un avenir proche, il sera difficile de réduire sensiblement la pauvreté d'ici 2015.

En guise de conclusion

Le changement de structure par âge d'une population est un processus inéluctable de la dynamique démographique, en particulier des tendances de la fécondité et de la mortalité et, dans certains cas, des migrations (Sala-Diakanda, 1992). Les enjeux sont énormes pour le développement économique et social et, pour les pays en développement et africains en particulier, dont le faible dynamisme des économies, pose le défis crucial de satisfaction des besoins fondamentaux inhérents aux transitions des pyramides d'âges. Nous avons tenté dans cet article d'en apprécier l'ampleur au Cameroun et ses implications pour le développement économique et social. D'une évolution passée, mesurée entre 1976 et 1998, caractérisée par un rajeunissement renforçant la base de la pyramide et l'augmentation de la dépendance économique, on postule pour l'avenir l'émergence d'un modeste bonus démographique

caractérisé par une diminution progressive de la proportion de la population jeune au profit d'une augmentation régulière de la population active et d'une baisse continue de la dépendance économique. Mais la pandémie du VIH/SIDA, dont la maîtrise est difficilement envisageable sur la période projection (1998-2033), aura un effet inhibiteur et précarisant sur le bonus démographique. En outre, ce bonus démographique pourrait être contrebalancé par une réponse pronataliste à la pandémie du VIH/SIDA. Dans ce contexte épidémiologique, il sera difficile d'atteindre les objectifs millénaires pour le développement. Des défis majeurs interpellent donc les autorités de l'Etat pour la mise en place des politiques adéquates dans les domaines de la santé, de l'éducation et de l'économie.

Références bibliographiques.

Beninguisse G. (2003), *Entre tradition et modernité. Fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Academia-Bruylant/L'Harmattan, Louvain-la-Neuve/Paris, 298p.

Bloom, D. E., Canning, D., & Sevilla, J. (2003), *The demographic Dividend. A new perspective on the Economic Consequences of Population Change*, Populations Matters, RAND, 106p

Fotso, M., Ndonou, R., Libité, P.L., Tsafack, M., Wakou, R., Ghapoutsas, A., Kamga, S., Kemgo, Kwekem Fankam, M., Kamdoum, A., & Barrère, B. (1999), *Enquête Démographique et de Santé Cameroun, 1998*, Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population, Demographic and Health Survey , 215p.

Nizamuddin, M. (1994), "Croissance démographique, évolution de la pyramide des âges et incidences sur le développement », *Le Courrier*, pp. 55-61.

Pool, I. (2004), "Of Demographic Dividends, Windows of Opportunity and Development: Age-structure, Population Waves and Cohort Flows".

Sala-Diakanda (1992), *Introduction à l'étude des populations*, Les documents pédagogiques de l'IFORD, 136p.

UNAIDS/WHO/UNICEF (2002), *Epidemiological facts by country.*, http://www.who.int/emc/hiv/fact_sheets/All_countries_plain.htm#Africa.

UNITED NATIONS (2002), World Population Prospects. The 2000 revision. Volume III.
Analytical Report.