

ETUDE SUR LES CONDITIONS DE BENEFICE DU

DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE

AU CAMEROUN



2012



Sigles et acronymes

BAD	Banque Africaine de Développement
BIT	Bureau International du Travail
BUCREP	Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population
CEA	Commission Economique pour l’Afrique
DSCE	Document de Stratégie pour la Croissance et l’Emploi
ECAM	Enquête Camerounaise auprès des Ménages
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EESI	Enquête sur l’Emploi et le Secteur Informel
ENF	Enquête Nationale de Fécondité
INS	Institut National de Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
MICS	Multiple Indicators Cluster Survey (Enquête à Indicateurs Multiples)
MINSANTE	Ministère de la Santé Publique
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PIB	Produit Intérieur Brut
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RESEN	Rapport d’Etat du Système Educatif National
RNEPC	Rapport National sur l’Etat de la Population au Cameroun
SIDA	Syndrome d’Immunodéficience Acquis
SSS	Stratégie Sectorielle de Santé
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund

Sommaire

Sigles et acronymes	ii
Sommaire	iii
Liste des tableaux	v
Liste des graphiques	vi

INTRODUCTION

1

I. DEFIS DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE CAMEROUNAISE	3
I.1. ANALYSE DE L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DU CAMEROUN	3
I.1.1 L'évolution des composantes de la croissance démographique.	3
I.1.2. Les traits marquants de la démographie camerounaise	7
I.2. ANALYSE APPROFONDIE DE LA POPULATION DES JEUNES	9
I.2.1 L'importance relative de la population des jeunes	9
I.2.2. La répartition des jeunes selon le sexe et le milieu de résidence	10
I.3. IMPLICATIONS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA DYNAMIQUE DEMOGRAPHIQUE DANS LA DEMANDE SOCIALE EN INFRASTRUCTURES DE BASE	
I.3.1. La Demande d'éducation	14
I.3.2 La Demande des services de santé	15
I.3.3 L'Accès à l'eau potable et à l'énergie électrique	16
I.4. IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX DEFIS DE LA JEUNESSE	17
I.4.1 L'Education chez les jeunes	17
I.4.2 Le Marché du travail chez les jeunes	18
II. CONDITIONS D'ATTEINTE DE LA FENETRE D'OPPORTUNITE DEMOGRAPHIQUE AU CAMEROUN	21
II.1. DETERMINANTS DE L'EVOLUTION FUTURE DE LA POPULATION CAMEROUNAISE	22
II.1.1. La population de départ	22
II.1.2. La mortalité	23
II.1.3. Les Migrations internationales	25
II.1.4. La Population actuelle : urbaine et rurale	25
II.1.5. La Fécondité	26
II.2. FUTURS DEMOGRAPHIQUES DU CAMEROUN	29
II.2.1. Les effectifs de population	29
II.2.2. La structure par groupes d'âges	32

III. POLITIQUES PUBLIQUES ET DEFIS DEMOGRAPHIQUES	38
III.1. POLITIQUE D'EDUCATION	38
III.1.1. Le système éducatif camerounais	39
III.1.2. Les Performances du système éducatif camerounais	40
III.2. POLITIQUE DE SANTE	43
III.2.1. La réforme du secteur de la Santé	43
III.2.2. La Stratégie Sectorielle de la Santé	43
III.2.3. La performance du système de santé camerounais	44
III.3. SANTE DE LA REPRODUCTION	45
III.3.1. Les composantes de la Santé de la Reproduction	45
III.3.2. Les performances en matière de Santé de Reproduction	47
III.4. POLITIQUE D'EMPLOI JEUNE	48
III.4.1. Les programmes de promotion de l'emploi chez les jeunes	48
III.4.2. Les performance des politiques publiques en faveur de la promotion de l'emploi des jeunes	49
IV. MESURES A ENVISAGER POUR TIRER PROFIT DU DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE	50
IV.1. LES DETERMINANTS DE LA BAISSSE DE LA FECONDITE AU CAMEROUN	50
IV.1.1. Les déterminants proches de la fécondité	50
IV.1.2. Les Evolutions récentes des déterminants proches de la fécondité au Cameroun	51
IV.1.3. La politique gouvernementale en matière de maitrise de la fécondité	55
IV.1.4. Les efforts en matière de planification familiale	56
IV.2. TIRER PROFIT DE L'ATTEINTE DE LA FENETRE DE L'OPPORTUNITE DEMOGRAPHIQUE	57
IV.2.1. Quelles politiques pour réduire la fécondité ?	58
IV.2.2. Accroitre la création d'emplois pour la population active jeune	59
CONCLUSION	60
Bibliographie	61

Liste des tableaux

Tableau 1 : Effectif de la population par année	3
Tableau 2 : Taux brut de natalité selon le milieu de résidence par année de recensement	4
Tableau 3 : Indice Synthétique de Fécondité par année selon le milieu de résidence	5
Tableau 4 : Evolution des indicateurs de mortalité	5
Tableau 5 : Estimation de la mortalité adulte par âge	6
Tableau 6 : Evolution des effectifs des principaux groupes de populations	9
Tableau 7 : Répartition des jeunes selon le sexe et le milieu de résidence en 2005	10
Tableau 8 : Evolution des taux d'encadrement dans l'enseignement primaire et secondaire entre 1990 et 2000	15
Tableau 9 : Evolution des taux d'encadrement* dans le primaire sur la période 2006-2011.	15
Tableau 10 : Evolution du taux net de scolarisation (6-14 ans)	15
Tableau 11 : Evolution du nombre de formations sanitaires entre 2001 et 2007	16
Tableau 12 : Evolution de la couverture médicale de la population entre 1998 et 2009	16
Tableau 13 : Evolution des proportions des ménages en fonction de la source d'approvisionnement en eau de boisson	17
Tableau 14 : Indicateurs du niveau d'éducation des jeunes de 15-24 ans	18
Tableau 15 : Indicateurs du niveau d'éducation des jeunes de 15-34 ans	18
Tableau 16 : Evolution des indicateurs de possibilité d'emploi entre 2005 et 2010	19
Tableau 17 : Evolution des indicateurs de condition d'activité entre 2005 et 2010	20
Tableau 18 : Population de départ des projections à mi 2010	23
Tableau 19 : Modèle des Nations Unies concernant les accroissements de l'espérance de vie au cours d'une période quinquennale	24
Tableau 20 : Evolution future de l'espérance de vie à la naissance	24
Tableau 21 : Taux d'accroissement en 2010 par milieu de résidence	26
Tableau 22 : Evolutions futures de l'ISF suivant le niveau de fécondité	27
Tableau 23 : Evolutions des taux de fécondité par âge pour le niveau « haut » de fécondité	28
Tableau 24 : Evolutions des taux de fécondité par âge pour le niveau « moyen » de fécondité	28
Liste des graphiques	
Tableau 25 : Evolutions des taux de fécondité par âge pour le niveau « faible » de fécondité	29
Tableau 26 : Projections démographiques 2010-2060	30
Tableau 27 : Ecart des projections suivant les hypothèses démographiques	31
Graphique 1 : Evolution des taux de fécondité par âge	4
Graphique 2 : Evolution de la mortalité chez les enfants	6
Graphique 3 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance	7

Graphique 4 : Evolution du nombre de villes	8
Graphique 5 : Evolution de la proportion des jeunes	10
Graphique 6 : Répartition régionale des jeunes de 15-24 ans en 2005	11
Graphique 7 : Répartition régionale des jeunes de 15-34 ans en 2005	11
Graphique 8: Répartition régionale des jeunes de 15-24 ans en 2005 selon le sexe	12
Graphique 9 : Répartition régionale des jeunes de 15-34 ans en 2005 selon le sexe	12
Graphique 10 : Répartition des jeunes de 15-24 selon le milieu de résidence par Région	13
Graphique 11 : Répartition des jeunes de 15-34 selon le milieu de résidence par Région	13
Graphique 12 : Taux de fécondité par âge pour la période 2010-2015 selon la source de l'information	27
Graphique 13 : Projections de la population totale de 2010 à 2060	32
Graphique 14 : Projections du nombre annuel de naissances de 2010 à 2060	32
Graphique 15 : Evolution de la structure par groupes d'âge des enfants et des jeunes de 2010 à 2060	33
Graphique 16 : Evolution des effectifs des groupes d'âge des enfants et des jeunes de 2010 à 2060	34
Graphique 17 : Projections du rapport Actifs/Inactifs de 2010 à 2060	35
Graphique 18 : Projections des moins de 15 ans, des 15-65 ans et des 65 ans et plus de 2010 à 2060	37

INTRODUCTION

L'importante des changements de structure de la population par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, en l'occurrence ceux de l'Asie de l'Est, est de plus en plus mise en évidence. L'écart entre les taux de croissance économique de l'Afrique subsaharienne et ceux d'un échantillon d'autres pays serait dû aux facteurs démographiques parmi lesquels les taux de dépendance encore élevés en Afrique, résultats d'une forte fécondité, alors qu'ils ont diminué rapidement ailleurs, grâce à une baisse rapide de la fécondité. L'un des autres facteurs est l'espérance de vie à la naissance, qui en Afrique est la plus faible et progresse le plus lentement.

Les méthodologies utilisées prennent en compte la dynamique de la structure par âge de la population liée à la transition démographique, et intègrent la solidarité intergénérationnelle comme une donnée de toute société. De manière schématique, deux articulations sont mises en exergue dans le processus de transition démographique.

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, mais, la population d'âge actif (15-64 ans) continue d'augmenter. Les taux de dépendance diminuent. Les Gouvernements et les actifs, plus nombreux, sont alors en mesure de réduire leurs dépenses en faveur des enfants et de consacrer une part plus importante de leurs revenus à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant, ils contribuent à stimuler la croissance économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance ouvre une première fenêtre d'opportunité qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite.

Dans un deuxième temps, vers la fin de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux, ouvre ce que certains auteurs ont appelé la période du « second dividende démographique ». Selon ces auteurs, ces nouvelles personnes âgées susceptibles de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incitées à épargner, à accumuler des biens et des avoirs. Si les produits de ces biens ou ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national.

Entre 1970 et 2000, la plupart des régions en développement, où les transitions démographiques ont été rapides, ont bénéficié du dividende démographique, hormis l'Afrique subsaharienne parce que les

taux de dépendance y sont restés très élevés. L'expérience des pays d'Asie de l'Est souligne par ailleurs l'importance de trois facteurs pour bénéficier du dividende démographique :

- 1) la qualité du capital humain (éducation et santé) ;
- 2) la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail, et par là, les salaires ;
- 3) le rôle de l'épargne et des investissements.

Au regard de l'évolution démographique récente du Cameroun, mise en évidence par les résultats du 3ème Recensement Général de la Population et de l'Habitat (2005), ainsi que les enquêtes d'envergure comme l'Enquête Démographique et de Santé-Multiple Indicators Cluster Survey (2011), le concept de dividende démographique peut-il être pertinent pour ce pays ? Dans quelles mesures les politiques publiques, particulièrement la politique de population, peuvent-ils diminuer les niveaux de mortalité et de fécondité afin d'accéder à la fenêtre d'opportunité du dividende démographique et en tirer le bénéfice ?

En vue d'apporter un éclairage sur la situation et contribuer aux réflexions sur l'élaboration des politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter la croissance économique, la présente étude qui s'intitule « Les conditions de bénéfice du dividende démographique au Cameroun », a précisément pour objectif d'analyser les conditions pour tirer bénéfice du dividende démographique au Cameroun. De manière spécifique, il s'agit de :

1. d'analyser les conditions pour que le Cameroun présente les caractéristiques démographiques nécessaires pour bénéficier du dividende démographique ;
2. d'analyser les actions des pouvoirs publics pour bénéficier du dividende démographiques.

Pour ce faire les développements qui ont été menés s'articulent autour de quatre parties principales : (i) les défis de la croissance démographique au Cameroun, (ii) les conditions de l'atteinte de la fenêtre d'opportunité démographique au Cameroun ; (iii) les politiques publiques et les défis démographiques, et enfin ; (iv) les mesures à envisager pour tirer profit du dividende démographique

Dans la première partie, il s'agira d'analyser l'évolution démographique passée du Cameroun et d'en identifier les principales implications socio-économiques, avec une attention particulière accordée à la population des jeunes.

L'analyse des conditions pour atteindre la fenêtre de l'opportunité démographique dont traite la deuxième partie, s'est appuyée sur des hypothèses d'évolutions futures possibles de la démographie camerounaise en mettant notamment en exergue les implications éventuelles de la structure par âge de

la population en ce qui concerne particulièrement le ratio de dépendance.

La troisième partie examinera les principales politiques et programmes mis en œuvre par les pouvoirs publics pour apporter une réponse aux implications résultants de l'évolution de la démographie camerounaise.

Enfin, la quatrième partie présente les mesures à envisager pour tirer profit du dividende démographique au Cameroun.

I. DEFIS DE LA CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE CAMEROUNAISE



I.1. ANALYSE DE L'EVOLUTION DEMOGRAPHIQUE DU CAMEROUN

Les travaux du Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population ont permis de reconstituer l'effectif de la population camerounaise en 1912, 1954 et 1965. En mettant ensemble ces données avec celles issues des trois recensements démographiques exécutés en 1976, 1986 et 2005, ainsi qu'avec les projections de la population en 2012, on peut retracer l'évolution de la population camerounaise.

Tableau 1 : Effectif de la population par année

Années	Effectif de la population	Sources
	2 649 000	Rapports administratifs et coloniaux
1954	3 506 000	Rapports administratifs et coloniaux
	5 009 000	Enquêtes régionales (1960-1965)
1976	7 663 246	RGPH-I
	10 493 655	RGPH-II
2005	17 463 836	RGPH-III
	20 636 954	Perspectives du BUCREP

Source : RNEPC 2001, BUCREP.

Cette évolution correspond à des taux annuels de croissance de 2,9% sur la période 1976-1987, de 2,8% sur la période 1987-2005 et de 2,6% sur la période 2005-2010. La tendance qui se dégage est donc une baisse progressive mais lente du rythme d'accroissement de la population camerounaise. Cette dynamique met en évidence le fort potentiel humain de cette population car si la tendance observée persiste, son effectif se situera à près de 22 millions en 2015 et à 40 millions en 2035.

L'évolution observée de la démographie camerounaise est la résultante d'une mortalité et d'une natalité qui ont globalement régressé au cours du temps, et d'une fécondité qui a également baissé mais reste élevée.

I.1.1 L'évolution des composantes de la croissance démographique.

La croissance de toute population est la résultante des trois composantes que sont la natalité, la mortalité et les mouvements migratoires.

Natalité et fécondité

Le niveau de la natalité, mesuré par le taux brut de natalité, est en baisse continue depuis 1976. En effet, pour l'ensemble du pays, le taux brut de natalité est passé de 45,0‰ en 1976 à 41,2‰ en 1987 (-3,8 points) pour atteindre 39,6‰ en 2005 (-1,6 point). Cette baisse est beaucoup plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural.

Tableau 2 : Taux brut de natalité selon le milieu de résidence par année de recensement

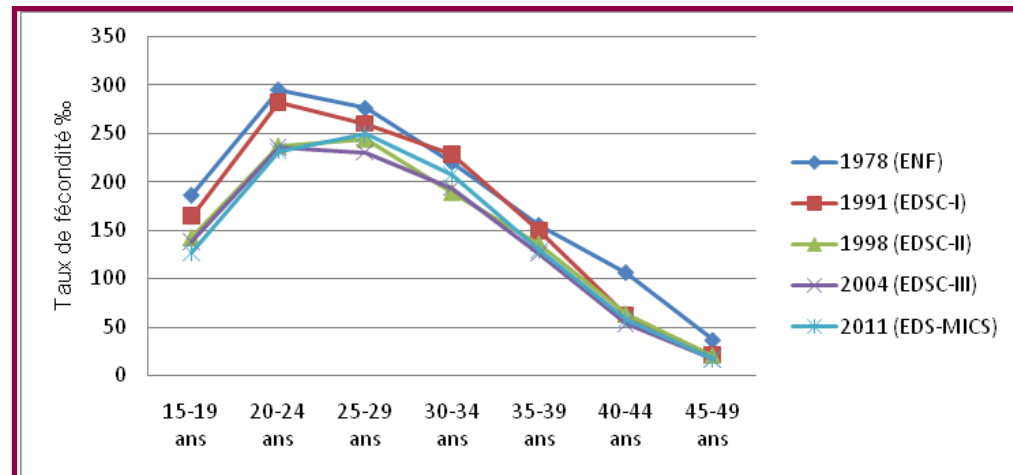
Année	Taux brut de natalité (‰)		
	Milieu de résidence		
	Urbain	Rural	Ensemble
1976	39,7	47,1	45,0
1987	40,2	42,0	41,2
2005	34,8	44,2	39,6

Source : RGPH-I, RGPH-II, RGPH-III.

Comme la natalité, la fécondité a enregistré une baisse au cours des années avant de se stabiliser au niveau atteint en 1998. En effet :

- l'ISF est passé de 6,4 enfants en 1978 à 5,8 en 1991, à 5,2 en 1998, à 5,0 en 2004, et à 5,1 en 2011 ;
- les courbes de fécondités par âge en 1978 et 1991 sont supérieures à celles de 1998, 2004 et 2011 ;
- les courbes de fécondité en 1998, 2004 et 2011 présentent la même allure et sont presque confondues.

Graphique 1 : Evolution des taux de fécondité par âge



Source : ENF, EDSC-I, EDSC-II, EDSC-III, EDS-MICS 2011

Nombre de naissances vivantes pour 1 000 habitants.

La Fécondité est appréhendée à travers le taux de fécondité qui exprime le nombre de naissance pour 1 000 femmes, et l'Indice Synthétique de Fécondité qui correspond au nombre moyen d'enfants que mettrait au monde une femme à la fin de sa vie féconde si elle subissait les taux de fécondité observés à une période considérée. La méthode utilisée pour déterminer la fécondité au cours des recensements repose sur les naissances survenues au cours des douze mois ayant précédé la collecte. De manière générale, cette méthode sous-estime le niveau de fécondité. Par contre, les enquêtes d'où sont issues les données présentées utilisent une méthode de collecte plus

appropriée basée sur l'histoire génésique des femmes.

Comme le montre le tableau 3 suivant, l'évolution à la baisse de la fécondité jusqu'en 1998 est plus le fait du milieu urbain. L'évolution récente de l'ISF révèle même qu'il est resté stable en milieu urbain alors qu'il est en nette croissance en milieu rural.

Tableau 3 : Indice Synthétique de Fécondité par année selon le milieu de résidence

Milieu de résidence	1978 (ENF)	199 (EDSC-I)	1998 (EDSC-II)	2004 (EDSC-III)	2011 (EDS-MICS)
Urbain	-----	5,2	3,9	4,0	4,0
Rural	-----	6,3	5,8	6,1	6,4
Ensemble	6,4	5,8	5,2	5,0	5,1

Source : ENF, EDSC-I, EDSC-II, EDSC-III, EDS-MICS 2011

Mortalité

D'après les données des recensements, le taux brut de mortalité, qui mesure le nombre de décès pour 1 000 habitants, a très sensiblement régressé entre 1976 et 1987, enregistrant une baisse de plus de 6 points pour se stabiliser ensuite au niveau encore élevé de 13,7‰.

Tableau 4 : Evolution des indicateurs de mortalité

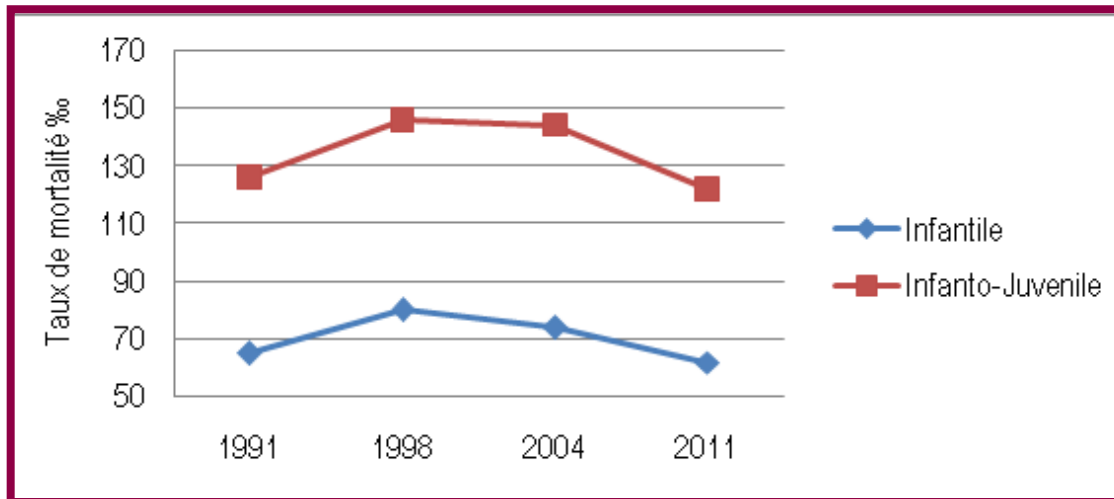
Variables	1976 (RGPH-I)	1987 (RGPH-II)	1991 (EDSC-I)	1998 (EDSC-II)	2004 (EDSC-III)	2005 (RGPH-III)	2011 (EDS-MICS)
Taux brut de mortalité	20,4	13,7	-----	-----	-----	13,6	-----
Quotient de mortalité infantile (‰)	157	86	65	80	74	77	62
Quotient infanto-juvenile (‰)	-----	139	126	146	144	149	122
Mortalité maternelle	-----	-----	-----	430	669	-----	-----
Espérance de vie à la naissance chez les hommes	43,2	52,5	-----	53,7	-----	53,4	-----
Espérance de vie à la naissance chez les femmes	45,6	57,0	-----	57,5	-----	57,1	-----

Source : EDSC-I, EDSC-II, EDSC-III, EDS-MICS 2011, RGPH-I, RGPH-II, RGPH-III.

Le quotient de mortalité infantile, qui mesure la probabilité pour un enfant de décéder avant son premier anniversaire, a connu une baisse jusqu'en 1991, s'est ensuite détérioré à partir de cette date pour atteindre en 1998 le niveau de 80 décès d'enfants pour 1 000 naissances vivantes. Selon les résultats préliminaires de l'EDS-MICS de 2011, la mortalité infantile serait de nouveau en baisse. C'est la même tendance affichée pour la mortalité infanto-juvénile qui mesure la probabilité pour un enfant de décéder avant cinq ans.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, il y a eu une nette augmentation du phénomène entre 1998 et 2004. En effet, entre ces deux dates le taux de mortalité maternelle est passé de 430 à 669 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes.

Graphique 2 : Evolution de la mortalité chez les enfants



Source : EDSC-I, EDSC-II, EDSC-III, EDS-MICS 2011.

Pour ce qui est de la mortalité adulte, elle a augmenté entre la période 1991-1997 et la période 1998-2004. Comme le montre le tableau 5, le niveau de mortalité globale des adultes est nettement moins élevé pour la période 1991-1997 : 3,9 ‰ (contre 6,3 ‰ en 1998-2004) pour l'ensemble des femmes et 4,4 ‰ (contre 6,7 ‰ en 1998-2004) pour l'ensemble des hommes. Suivant le sexe, on relève une surmortalité masculine même si celle-ci a diminué entre les deux périodes sous revue.

Tableau 5 : Estimation de la mortalité adulte par âge

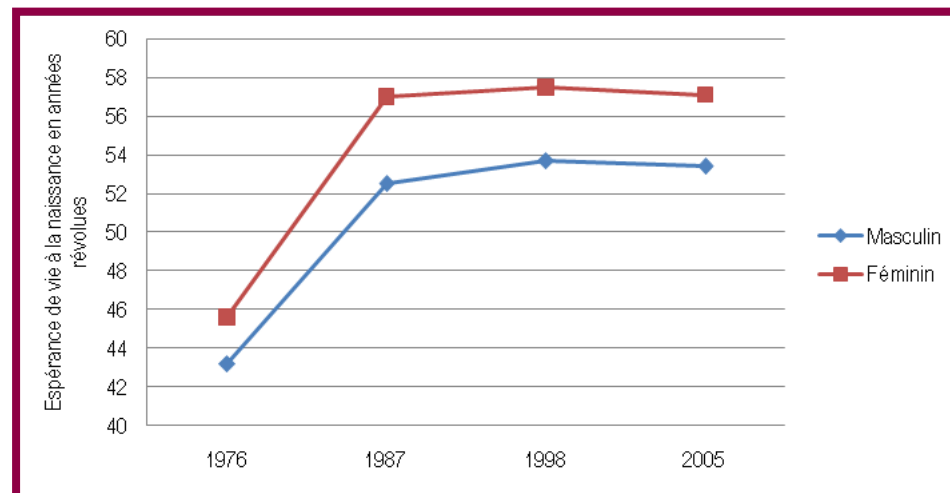
Groupes d'âges	Taux brut de mortalité (‰)			
	Masculin		Féminin	
	Période 1991-1997	Période 1998-2004	Période 1991-1997	Période 1998-2004
15-19 ans	2,18	3,01	2,40	2,99
20-24 ans	3,06	4,09	3,19	5,25
25-29 ans	4,27	6,19	3,62	7,85
30-34 ans	4,22	7,87	4,64	8,12
35-39 ans	7,29	10,73	4,23	7,45
40-44 ans	5,47	13,11	6,91	8,49
45-49 ans	12,00	13,29	7,36	10,12
15-49 ans	4,41	6,65	3,93	6,28

Source : EDSC-I, EDSC-II, EDSC-III.

Espérance de vie à la naissance

L'évolution des différentes composante de la mortalité (mortalité des enfants, des mères, des adultes) s'est traduite par une amélioration de l'espérance de vie à la naissance au Cameroun, aussi bien chez les hommes que chez les femmes entre 1976 et 1987, avant de se stabiliser voire se détériorer à partir de la fin des années 90.

Graphique 3 : Evolution de l'espérance de vie à la naissance



Source : RGPH-I, RGPH-II, RGPH-III, EDSC-II

I.1.2. Les traits marquants de la démographie camerounaise

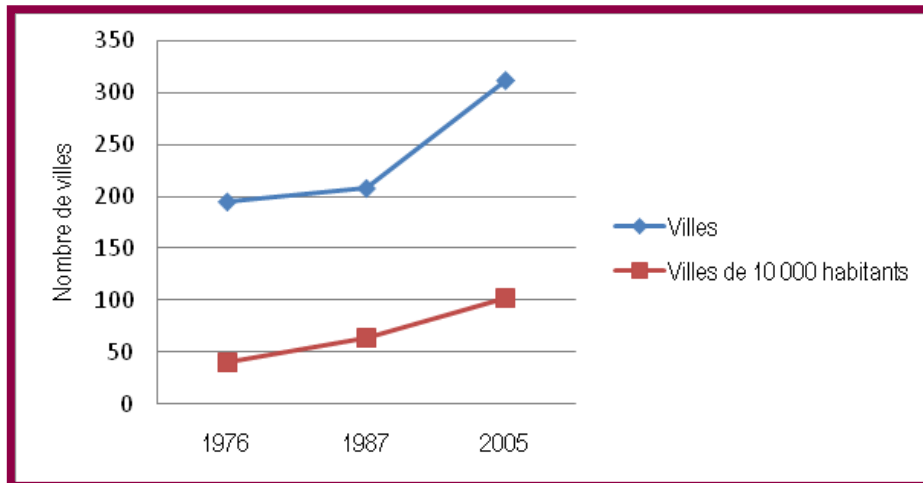
Parmi les traits marquants de la démographie camerounaise, on doit relever son urbanisation galopante et son inégale répartition sur le territoire national, sa progression vers une parité homme/femme, ainsi que son extrême jeunesse.

Répartition spatiale de la population.

L'urbanisation au Cameroun n'a cessé de croître au fil des années. En 1976, le taux d'urbanisation qui était de 28,1% est passé à 37,9% en 1987, à 48,8% en 2005, et est estimé à 52,0% en 2010. D'après les résultats du 3ème RGPH, cette urbanisation galopante est la résultante d'un exode rural marqué par une forte concentration des populations dans les métropoles que sont Douala, capitale économique, et Yaoundé, capitale politique. Ce taux d'urbanisation assez élevé résulterait aussi de la notion de ville qui s'appuie essentiellement sur des critères administratifs .

Entre 1976 à 2005, le nombre de villes est passé de 195 en 1976 à 312 en 2005 en passant par 208 en 1987. Quant à la taille de la population urbaine, elle est passée de 2 202 151 habitants en 1976, à 3 994 775 en 1987 puis 8 514 936 en 2005. Alors que le nombre de villes n'a pas doublé entre 1976 et 2005, l'effectif de la population urbaine quant à lui a été multiplié par 3,9 au cours de la même période, ce qui met en exergue un dynamisme urbain particulièrement fort.

Graphique 4 : Evolution du nombre de villes



Source : RGPH-I, RGPH-II, RGPH-III.

Parmi les 312 villes dénombrées en 2005, 27 comptaient chacune moins de 1 000 habitants et les 9 villes les plus peuplées, comptaient chacune au moins 100 000 habitants. Parmi les villes les plus peuplées du pays figurent les métropoles de Douala et de Yaoundé dont les populations avoisinaient les 2 millions d'habitants en 2005. Ceci met en relief la coexistence dans le paysage urbain du Cameroun, des villes de tailles très diverses.

En termes de densité de population, on compte en 2012 au Cameroun, 43,4 habitants au kilomètre carré. La variation de cette densité à travers le temps et entre les différentes Régions du pays présente aussi une situation très contrastée.

En effet, entre 1987 et 2005, la densité de population du Cameroun est passée de 22,6 à 37,5 habitants au kilomètre carré (habitants/km²). La densité de population connaît de grandes variations régionales :

- 4 régions sont densément peuplées : le Littoral (148,0 habitants/km²), l'Ouest (130,8 habitants/km²), le Nord-Ouest (106,5 habitants/km²) et l'Extrême-Nord (105,6 habitants/km²) ;
- 3 sont moyennement peuplées : le Sud-Ouest (55,9 habitants/km²), le Centre (53,5 habitants/km²) et le Nord (32,8 habitants/km²) et ;
- 3 sont faiblement peuplées : l'Adamaoua (16,7 habitants/km²), le Sud (15,0 habitants/km²) et l'Est (7,4 habitants/km²).

Structure par sexe et par âge.

La structure par sexe de la population Camerounaise montre une relative prédominance féminine. En effet, en 2010, le rapport de masculinité est de 98,0 hommes pour 100 femmes. Ce rapport qui était de 96,1 en 1976 est progressivement passé de 97,2 en 1987 à 97,7 en 2005. Cette tendance met en évidence une progression vers la parité homme/femme.

En 2010, la population camerounaise reste caractérisée par son extrême jeunesse. L'âge médian de la population est de 17,7 ans et l'âge moyen se situe à 22,1 ans. La population ayant moins de 15 ans représente 43,6% de la population totale tandis que celle de moins de 25 ans représente 64,2%. La proportion des personnes âgées (60 ans et plus) n'est pas négligeable et se situe à 5,0%.

Tableau 6 : Evolution des effectifs des principaux groupes de populations

Indicateur	1976 (RGPH-1)	1987 (RGPH-2)	2005 (RGPH-3)	2010*
Hommes	3 754 991	5 173 372	8 632 036	9 599 224
Femmes	3 908 255	5 320 283	8 831 800	9 806 876
Rapport de masculinité (nombre d'hommes pour 100 femmes)	96,1	97,2	97,7	97,9
Population urbaine	2 154 640	3 968 919	8 514 938	10 091 172
Population rurale	5 508 606	6 524 736	8 948 898	9 314 928
Taux d'urbanisation (%)	28,1	37,8	48,8	52,0
Moins de 15 ans	43,4	46,4	43,6	43,6
15-59 ans	50,8	48,3	51,4	51,4
60 ans et plus	5,8	5,3	5,0	5,0
Rapport de dépendance (%)	96,9	107,0	94,6	94,6
Actifs/Inactifs** (%)	36,2	31,5	37,2	37,2

*. Estimations du BUCREP.

**. Il s'agit ici du rapport des 15-59 ans/(moins de 15 ans +60 ans et plus)

Source : RGPH-I, RGPH-II, RGPH-III, BUCREP (2010)

I.2. ANALYSE APPROFONDIE DE LA POPULATION DES JEUNES

Le concept de jeune est une réalité fluctuante. En effet, pour les Nations Unies, la population des jeunes est constituée des personnes âgées de 15 à 24 ans. L'Agence Intergouvernementale de la Francophonie situe cette population dans la tranche d'âges comprise entre 15 et 30 ans et le « Commonwealth of Nations » entre 14 et 29 ans. Le Plan Jeunesse défini par les autorités camerounaises considère comme jeune, tout individu dont l'âge varie entre 15 et 34 ans révolus.

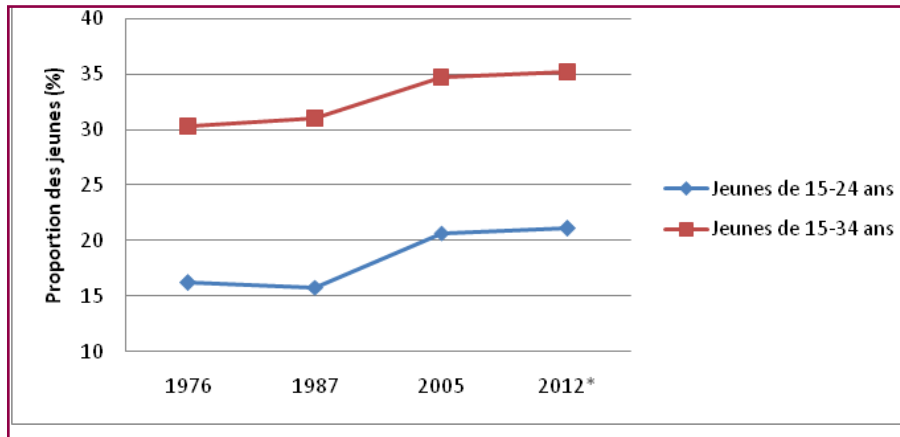
C'est à ce titre que l'analyse de la population des jeunes s'appesantira d'une part sur le groupe des 15-24 ans par souci de comparaisons internationales, d'autre part sur le groupe des 15-34 ans pour tenir compte des préoccupations des autorités locales.

Cette analyse traite de l'évolution de la proportion des jeunes dans la population totale et de leur répartition suivant le sexe, ainsi que suivant le milieu et la Région de résidence.

I.2.1 L'importance relative de la population des jeunes

Les jeunes, aussi bien ceux de 15-24 ans que ceux de 15-34 ans, constituent au fil du temps, une frange de plus en plus importante de la population camerounaise. Entre 1976 à 2012, la population des jeunes de 15-24 ans est passée de 16,2% à 21,1% et celle de 15-34 ans, de 30,3% à 35,2%. Ces chiffres traduisent le fait qu'en 2012, 1 personne sur 5 au Cameroun a entre 15 et 24 ans et qu'une personne sur 3 a un âge compris entre 15 et 34 ans.

Graphique 5 : Evolution de la proportion des jeunes



*Calcul de l'auteur à partir des perspectives du BUCREP

I.2.2. La répartition des jeunes selon le sexe et le milieu de résidence

La population des jeunes dont le poids dans la population totale n'a cessé de croître dans le temps présente une répartition suivant le milieu de résidence et le sexe identique aussi bien pour les jeunes du groupe de 15-24 ans que pour le groupe de 15-34 ans. Tous les deux groupes se recensent en effet majoritairement en milieu urbain et sont à majorité composée de jeunes filles.

Tableau 7 : Répartition des jeunes selon le sexe et le milieu de résidence en 2005

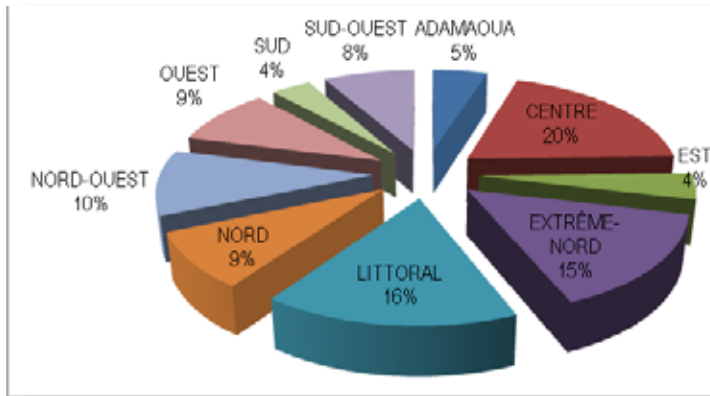
Sexe	15-24 ans			15-34 ans		
	Urbain	Rural	Ensemble	Urbain	Rural	Ensemble
Masculin	28,2	19,8	48,0	28,0	19,8	47,8
Féminin	29,1	22,9	52,0	28,6	23,6	52,2
Ensemble	57,3	42,7	100,0	56,6	43,4	100,0

Source : RGPH-III.

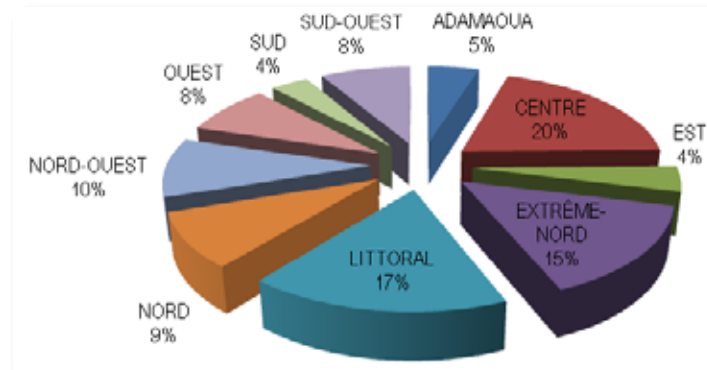
Répartition régionale des jeunes

Comme l'attestent les graphiques 6 et 7, les Régions du Centre et du Littoral abritent à elles deux près de 37% de la population jeunes. L'autre Région où on dénombre le plus des jeunes camerounais est la Région de l'Extrême-Nord qui abrite 15% des 15-24 ans et 15% également des 15-34 ans.

Graphique 6 : Répartition régionale des jeunes de 15-24 ans en 2005



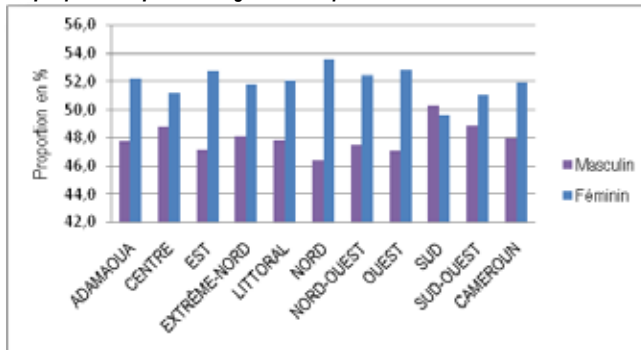
Graphique 7 : Répartition régionale des jeunes de 15-34 ans en 2005



Source : RGPH-III.

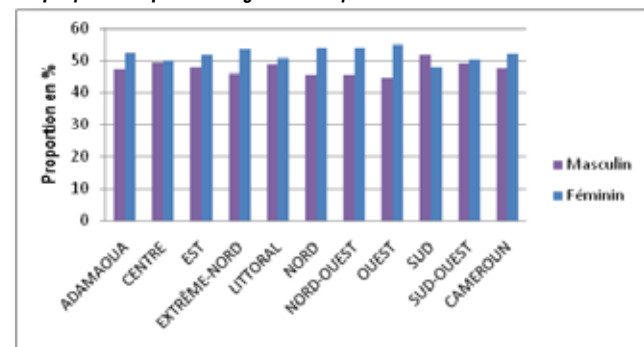
La plus grande importance numérique des jeunes filles observée au niveau national tient toujours quelque soit la Région de résidence considérée comme le montre les graphiques 8 et 9. Cependant, à l'exception des Régions du Littoral et du Centre, et dans une certaine mesure de celles de l'Ouest, du Sud et du Sud-Ouest, la jeunesse rurale est plus importante que la jeunesse urbaine. Cette situation peut s'expliquer par la forte concentration des jeunes dans les métropoles de Douala et de Yaoundé.

Graphique 8 : Répartition régionale des jeunes de 15-24 ans en 2005 selon le sexe



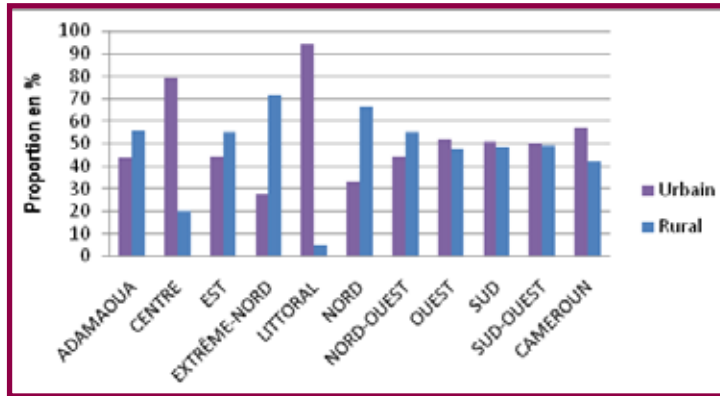
Source : RGPH-III

Graphique 9 : Répartition régionale des jeunes de 15-34 ans en 2005 selon le sexe



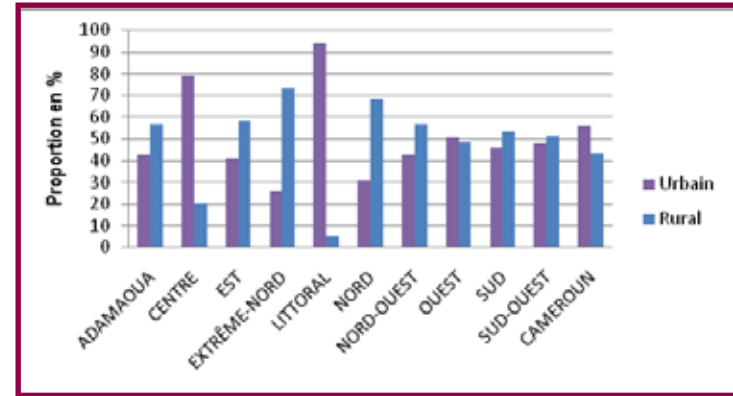
Source : RGPH-III

Graphique 10 : Répartition des jeunes de 15-24 selon le milieu de résidence par Région



Source : RGPH-III

Graphique 11 : Répartition des jeunes de 15-34 selon le milieu de résidence par Région



Source : RGPH-III

I.3. IMPLICATIONS SOCIO-ECONOMIQUES DE LA DYNAMIQUE DEMOGRAPHIQUE DANS LA DEMANDE SOCIALE EN INFRASTRUCTURES DE BASE

L'évolution de situation macro-économique montre que jusqu'en 1985, l'économie camerounaise a affiché une croissance régulière. Le développement continu de la production et des exportations agricoles, combinée à l'exportation des ressources pétrolières à partir de la deuxième moitié des années 70, a permis d'enregistrer des taux de croissance annuels réels du PIB de l'ordre de 7% sur une dizaine d'années.

A partir de 1985, l'économie camerounaise a enregistré une baisse brutale des revenus d'exportation en raison de la baisse persistante des cours des principaux produits d'exportation (pétrole, café, cacao, coton). La dégradation des indicateurs économiques qui en résulte va se poursuivre jusqu'en 1994 quand la tendance va s'infléchir grâce à l'ajustement monétaire. L'économie camerounaise renoue alors avec la croissance en

affichant des taux de croissance annuels du PIB de 4,5% entre 1996 et 2000, et compris entre 3% et 3,4% sur la période 2001-2007. Sur la période 2007-2009, ce taux de croissance a diminué du fait de la crise mondiale avant d'enregistrer une remontée à partir de 2010 pour se situer à 3,2% en 2010 et 4,1% en 2011. Il pourrait se situer entre 4,5% et 5,5% en 2012 .

La reprise de la croissance économique à partir de 1994 relevée plus haut, ne s'est pas accompagnée d'une amélioration comparable des conditions de vie des ménages à cause notamment du lourd tribut payé lors des années de crise. Au cours de ces années en effet, l'offre publique des services sociaux de base a été particulièrement affectée par les difficultés financières auxquelles l'Etat a dû faire face. Les constructions de routes nouvelles se sont arrêtées. Les programmes

d'hydraulique et d'électrification, notamment en milieu rural, ont connu un net ralentissement, faute de financements.

Les niveaux de la croissance démographique permettent aussi d'expliquer le faible impact de la croissance économique sur l'amélioration des conditions de vie des ménages. En effet, si sur la période 1996-2001 la croissance économique s'est traduite par une bonne progression du revenu par tête (environ 2% par an), la période 2001-2007 a par contre présenté des taux de croissance moyens annuels par tête du PIB compris entre 0,5% et 0,7%, niveaux très faibles pour influencer de manière positive sur l'évolution des conditions de vie des ménages. Les enquêtes ECAM (I, II et III) relèvent d'ailleurs à juste titre que la pauvreté monétaire qui a reculé de 13 points entre 1996 et 2001, est restée stable

sur la période 2001-2007 (40,2% en 2001 et 39,9% en 2007). La conséquence immédiate de cette stabilité du niveau de pauvreté est l'augmentation importante du nombre de pauvres à cause d'une croissance démographique élevée (2,7%).

Ces faits décrits par les données des enquêtes ECAM, montrent au Cameroun, l'impact négatif qu'une croissance démographique forte peut avoir sur les conditions de vie des populations, en affectant le taux de croissance du PIB par tête.

Une croissance démographique relativement élevée peut également avoir un impact négatif sur les conditions de vie des ménages à travers la pression qu'elle peut exercer sur les infrastructures de base existantes liée à l'augmentation de leur demande.

1.3.1. La demande d'éducation

Dans le domaine de l'éducation, l'accroissement de la population, surtout celle des enfants d'âge scolarisable, implique des besoins supplémentaires à satisfaire notamment en termes d'encadrement.

Différentes statistiques sur le taux d'encadrement permettent de voir que cette la demande potentielle n'est pas satisfaite.

Les chiffres sur la période 1990-2000 dans l'enseignement primaire et secondaire mettent en évidence une nette détérioration de l'encadrement dans l'enseignement primaire. Il en est plus ou moins de même dans l'enseignement secondaire général où on note une baisse du niveau d'encadrement.

Tableau 8 : Evolution des taux d'encadrement dans l'enseignement primaire et secondaire entre 1990 et 2000

Niveau d'enseignement	Période			
	1990-1993	1993-1996	1996-1999	2001-2002
Primaire	51	52	52	58
Secondaire	26	24	22	29
Général	30	28	25	32
Technique	15	14	16	17

Source : RESEN, 2003

Comme le montre le tableau 9 suivant, la détérioration de l'encadrement dans les écoles primaires se serait accentuée au cours des dernières années.

Tableau 9 : Evolution des taux d'encadrement* dans le primaire sur la période 2006-2011.

Groupes d'âges	2006/2007	2010/2011
6-11 ans	40	41
6-14 ans	58	60

*Calcul de l'auteur sur la base des projections des populations issues du BUCREP et des effectifs d'enseignants contenus dans le RNEPC (BUCREP, 2011)

Tableau 10 : Evolution du taux net de scolarisation (6-14 ans)

Année	Taux net de scolarisation		
	Masculin	Féminin	Ensemble
1976	68,3	61,0	64,8
1987	75,6	70,5	73,1
2005	76,6	73,5	75,1

On peut aussi relever qu'en ce qui concerne la scolarisation, si des progrès notables ont été réalisés depuis les années d'indépendance, la période 1987-2005 a été marquée par une quasi-stagnation du taux de scolarisation.

1.3.2 La demande des services de santé

L'évolution des indicateurs relatifs à la mortalité, tel qu'il ressort de l'analyse de la dynamique de la démographie, montre que la situation sanitaire au Cameroun est préoccupante. Une des causes qui peut expliquer cette situation est la crise économique des années 80-90 qui s'est traduite entre autres par le quasi-arrêt des constructions et de l'acquisition d'équipements des formations sanitaires.

La dynamique de la population a également un rôle explicatif dans cette situation, compte tenu de la contrainte que la trop grande charge démographique exerce sur le système et les infrastructures sanitaires, ainsi que sur les ressources humaines de santé.

Pour ce qui est du système et des infrastructures sanitaires, sa capacité à répondre aux besoins de santé, illustrée par le tableau 11, est loin de permettre améliorer la couverture médicale d'une population sans cesse croissante.

Tableau 11 : Evolution du nombre de formations sanitaires entre 2001 et 2007

Catégorie de formations sanitaires	Effectifs		Variation
	2001	2007	
Hôpitaux de 1 ^{ère} catégorie	4	4	0
Hôpitaux de 2 ^{ème} catégorie	3	3	0
Hôpitaux Régionaux et Assimilés	8	11	+3
Services de Santé de District	143	172	+29
Hôpitaux de District	130	154	+24
Centres de Santé Intégrés	1 689	1888	+199

Par rapport aux normes de l'OMS, la couverture de la population en personnel médical n'a cessé de se dégrader au fil du temps. Il se dégage un fort déficit pour les médecins et les chirurgiens alors que le nombre de personnels médico-sanitaires se trouve dans la norme.

Source : SSS, 2009. RNEPC, 2011.

Tableau 12 : Evolution de la couverture médicale de la population entre 1998 et 2009

Catégorie de personnels	Normes OMS	1998	2000	2007	2009
Médecins	1/1 000	1/9 164	1/10 083	1/13 468	1/13 083
Personnels médico-sanitaires	1/3 000	1/2 214	1/2 249	1/3 094	1/2 068
Chirurgiens dentistes	1/10 000	1/148 514	1/145 454	1/105 882	

Source : SSS, 2009. RNEPC, 2011.

I.3.3 L'accès à l'eau potable et à l'énergie électrique

Depuis 1976, les puits et les sources demeurent les modes d'approvisionnement en eau utilisés par le plus grand nombre de ménages et particulièrement ceux du milieu rural où la proportion de ces ménages est restée stable (autour de 42,0% entre 1987 et 2005). De 1976 à 1987, la proportion des ménages qui disposaient d'un robinet à l'intérieur ou à l'extérieur a connu un doublement passant de 5,2% à 11,0%. Entre 1987 et 2005, cette proportion a également connu un doublement mais en considérant la longueur des deux périodes, il se dégage que le nombre de ménages ayant accès à ce mode d'approvisionnement en eau a évolué moins vite entre 1987 et 2005 qu'entre 1976 et 1987. De 1987 à 2005, la proportion de ménages ayant recours aux bornes fontaines n'a augmenté que d'un point, passant de 20,6% à 21,7%.

Tableau 13 : Evolution des proportions des ménages en fonction de la source d'approvisionnement en eau de boisson

Sources d'approvisionnement	Années			Variation	
	1976	1987	2005	1976-1987	1987-2005
Robinet intérieur ou extérieur	5,2%	11,0%	22,8%	+5,8 points	+11,8 points
Borne fontaine	16,8%	20,6%	21,7%	+3,8 points	+1,1 points
Source aménagée		9,6%	2,7%	-----	-6,9 points
Puits ou source non aménagée	52,7%	35,4%	29,0%	-17,3 points	-6,4 points
Cours d'eau, marigot	23,1%	22,2%	17,1%	-0,9 points	-10,1 points

Source : RNEPC. BUCREP, 2011.

I.4. IDENTIFICATION DES PRINCIPAUX DEFIS DE LA JEUNESSE

D'une manière générale, les défis de la jeunesse à travers le monde sont étroitement liés à leur éducation et à la capacité du système à absorber efficacement cette main d'œuvre disponible. La jeunesse camerounaise est en proie à ces mêmes défis, qui se manifestent par un faible niveau de scolarisation et d'instruction, des écarts importants d'alphabétisation entre milieu urbain et milieu rural, et une demande d'emploi insatisfaite.

I.4.1 L'éducation chez les jeunes

D'après le 3ème RGPH, le taux de fréquentation scolaire en 2005 chez les jeunes de 15-24 ans est de 31,3%. Ce niveau qui est déjà faible pour ce groupe de population l'est encore davantage chez ceux du milieu rural et chez les filles. C'est également dans ces deux sous-populations que les taux de marginalisation sont les plus élevés. En effet, si au niveau national près de 15 jeunes sur 100 n'ont jamais été à l'école, ils sont près de 18 sur 100 chez les filles et plus de 25 sur 100 chez les jeunes ruraux à n'avoir jamais été à l'école. Ceci pose avec acuité la vulnérabilité de ces populations face à des exigences d'un monde de plus en plus moderne. Il met également en évidence les efforts importants à fournir pour les insérer dans le circuit de l'emploi.

Le taux d'alphabétisation confirme avec plus d'emphase le défi que constitue l'éducation au sein de la jeunesse camerounaise. Au niveau national, plus de 20 jeunes de 15-24 ans sur 100 sont analphabètes. En milieu rural ils représentent 47,5% des jeunes et 24,5% chez les jeunes filles.

Tableau 14 : Indicateurs du niveau d'éducation des jeunes de 15-24 ans

Variables	Milieu de résidence		Sexe		Ensemble	
	Urbain	Rural	Masculin	Féminin		
Taux de fréquentation scolaire (%)	37,9	22,5	35,3	27,7	31,3	
Taux de marginalisation scolaire (%)	7,0	25,3	1,7	17,7	14,8	
Taux d'alphabétisation (%)	91,9	62,5	83,5	75,5	79,3	
Niveau d'instruction (%)	Sans niveau	8,6	36,4	16,5	24,2	20,5
	Primaire	20,9	32,2	25,5	25,9	25,7
	Secondaire	56,1	27,3	46,7	41,1	43,8
	Supérieur	14,4	4,1	11,3	8,8	10,0

Source : 3ème RGPH, BUCREP.

En termes d'instruction, beaucoup reste à faire chez les jeunes de 15-24 ans. En effet, 20,5% de cette population n'a pas allé au-delà de l'école maternelle, 25,7% se sont arrêtés au stade de l'école primaire, 43,8% au stade de l'enseignement secondaire et seulement 10,0% ont entamé des études supérieures.

Le niveau d'instruction des jeunes présente des variations selon le sexe et le milieu de résidence, et la tendance observée confirme les faits relevés plus haut. En effet, le niveau d'instruction est moins élevé chez les filles que chez les garçons de la tranche d'âges 15 – 24 ans, et moins bon en milieu rural qu'en milieu urbain.

Pour ce qui est des jeunes de 15-34 ans, les rapports du 3ème RGPH révèlent que 23,2% de cette population n'a aucun niveau d'instruction ; 26,6% a le niveau du primaire ; 39,4% le niveau du secondaire et seulement 10,8% le niveau supérieur.

Tableau 15 : Indicateurs du niveau d'éducation des jeunes de 15-34 ans

Variables	Milieu de résidence		Sexe		Ensemble
	Urbain	Rural	Masculin	Féminin	
Taux d'alphabétisation (%)	90,8	58,5	81,6	72,4	76,8
Sans niveau d'instruction (%)	10,1	40,3	18,6	27,4	23,2

Source : 3ème RGPH, BUCREP.

1.4.2 Le marché du travail chez les jeunes

L'analyse du marché du travail chez les jeunes se fonde sur les résultats des enquêtes EESI-I (2005) et EESI-II (2010) en traitant des indicateurs de possibilités d'emploi et des indicateurs des conditions d'activité.

Possibilités d'emploi pour les jeunes

Au sens du BIT, 6 jeunes de 15-24 ans sur 10 et 7 jeunes de 15-34 ans sur 10 sont actifs. Au niveau national le taux d'activité au sens du BIT est de 69,8%. Il est en baisse de 2,4 points par rapport à 2005. Parmi les jeunes de 15 à 34 ans, le groupe d'âges le plus concerné par cette baisse est celui de 15-24 ans avec une baisse de 4 points entre 2005 et 2010.

S'agissant du taux d'activité, on note que 53,3% des jeunes de 15-24 ans en âge de travailler exercent effectivement une activité. Chez les jeunes de 15-34 ans cette proportion est plus importante et se situe à 65,6%. Entre 2005 et 2010 le taux d'activité a reculé de 3,3 points chez les jeunes de 15-24 ans, et de 1,6 point chez les jeunes de 15-34 ans. Ce qui montre que les capacités de l'économie camerounaise à utiliser ces ressources humaines ont diminué entre ces deux dates.

S'agissant du taux d'emploi, qui est le rapport du nombre d'actifs occupés à la population en âge de travailler, il

Le taux d'activité au sens du BIT se définit comme le rapport entre la population occupée ou ayant effectivement posé un acte de recherche d'emploi et la population en âge de travailler. Il sous-estime le taux réel d'activité car il ne prend pas en compte les personnes qui n'ont pas cherché un emploi du fait du découragement, mais qui sont disponibles à travailler. Au Cameroun, le sous-emploi est calculé sur la base de 35 heures de travail par semaine.

a reculé de près de 2 points au plan national pour se situer à 66,4% en 2010. Il a également baissé de 3,3 points chez les jeunes de 15-24 ans, et de 1,6 point chez les jeunes de 15-34 ans.

En ce qui concerne le taux de chômage, au niveau national il est resté stable entre 2005 (4,4%) et 2010 (3,8%). Il est également resté stable entre ces deux dates aussi bien pour les jeunes de 15-24 ans (de 7,6% à

6,4%) et les jeunes de 15-34 ans (de 7,1% à 6,0%).

Bien qu'étant un indicateur majeur pour l'analyse du marché du travail, le taux de chômage (au sens du BIT) ne permet pas d'appréhender tous les contours de la réalité du marché du travail au Cameroun. En effet, il ne prend pas en compte les chômeurs découragés qui représentent une part non négligeable de la population en âge de travailler.

Tableau 16 : Evolution des indicateurs de possibilité d'emploi entre 2005 et 2010

Variables	15-24 ans		15-34 ans		National	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Taux d'activité (%)	61,2	56,9	72,3	69,8	71,4	69,0
Taux d'emploi (%)	56,6	53,3	67,2	65,6	68,3	66,4
Taux de chômage au sens du BIT (%)	7,6	6,4	7,1	6,0	4,4	3,8

Source : EESI2, Phase1, INS

Conditions de l'emploi jeune

Le sous-emploi visible est une situation qui caractérise les actifs occupés travaillant involontairement moins d'heures par semaine que celles prévues par la réglementation en vigueur, pour des raisons liées à l'employeur ou à cause d'une mauvaise conjoncture économique.

Il touche près de 7 jeunes de 15-24 ans sur 10. C'est aussi la même situation qu'on observe chez les jeunes de 15-34 ans. Au niveau national le sous-emploi touche 12,3% de la population active occupée. Entre 2005 et 2010, le taux de sous-emploi est resté quasi stable au niveau national, ainsi que chez les jeunes 15-34 ans, alors qu'il a baissé de près de 2 points chez les 15-24 ans.

Tableau 17 : Evolution des indicateurs de condition d'activité entre 2005 et 2010

Variables	15-24 ans		15-34 ans		National	
	2005	2010	2005	2010	2005	2010
Sous-emploi visible (%)	13,4	11,6	12,1	11,6	12,1	12,3
Sous-emploi invisible (%)	83,5	79,7	71,8	65,6	69,3	63,7
Sous-emploi global BIT (%)	88,7	84,8	78,9	73,1	75,8	70,6

En ce qui concerne le sous-emploi invisible , il est estimé au niveau national à 63,7% de la population active occupée. Il est plus prononcé chez les jeunes de 15-34 ans (65,6%) et encore plus chez ceux de 15-24 ans (79,7%). Entre 2005 et 2010, il a diminué respectivement de 3,8 et 6,2 points dans les groupes d'âges de 15-24 ans et de 15-34 ans.

Pour ce qui est du sous-emploi global qui synthétise toutes les formes de distorsions sur le marché du travail (sous-emploi visible, sous-emploi invisible, chômage), il est évalué au niveau national en 2010 à 70,6% suite à une baisse de 5,2 points par rapport à 2005. Chez les jeunes, la situation s'est également améliorée dans les groupes d'âges 15-24 ans (-3,9 points) et 15-34 ans (-5,8 points).

II. CONDITIONS D'ATTEINTE DE LA FENETRE D'OPPORTUNITE DEMOGRAPHIQUE AU CAMEROUN



Plusieurs travaux récents montrent l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Elles se situent ainsi à rebours des travaux économétriques menées sur le sujet jusqu'à la fin des années 1990, qui concluaient que les relations entre croissance démographique et croissance économique étaient peu robustes.

Ces nouvelles approches qui intègrent la dimension de structure par âge se basent sur la reconnaissance de la solidarité intergénérationnelle qui existe dans toute société et sur la prise en compte des changements de structure par âge qui accompagnent la transition démographique. Les auteurs concluent qu'il convient donc de chercher à accélérer la transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité).

Le changement de la structure par âge résultant de la transition démographique, transforme progressivement les comportements économiques des agents suivant des étapes successives. 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, mais, la population d'âge actif (conventionnellement les 15 à 64 ans) continue d'augmenter. Les taux de dépendance diminuent et les actifs, plus nombreux, de même que les gouvernements

sont alors en mesure de réduire leurs dépenses en faveur des enfants et de consacrer une part plus importante de leurs revenus et de leurs budgets à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant, ils contribuent à stimuler la croissance économique.

Cette période de baisse continue des taux de dépendance, ouvre une première fenêtre d'opportunité, qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Vers la fin donc de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux, ouvre ce qu'on appelle la période du « second dividende démographique ». En effet ces nouveaux « vieux » qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incités à épargner et à accumuler des actifs. Et, si ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national.

Ce sont ces conditions démographiques favorables qu'on a su mettre à profit la plupart des régions du monde, dont notamment l'Asie de l'Est et du Sud-Est, pour accélérer leur croissance économique entre 1970 et 2000.

Dans le cas du Cameroun, la question à ce stade de l'étude est de savoir si la démographie du pays présente ces conditions favorables ou alors dans qu'elles conditions le pays pourra-t-il bénéficier de ces

conditions ?

L'analyse de l'évolution démographique qui a fait l'objet de la section précédente a permis de relever les faits suivants :

- Le niveau de mortalité a baissé au cours du temps. Cependant, il a été mis en évidence une stagnation de la mortalité générale de puis 1987 et un regain de la mortalité infantile et infanto-juvénile entre 1991 et 1998, et de la mortalité maternelle entre 1998 et 2004.
- La natalité a diminué, mais reste stable depuis 1987.
- Le niveau de fécondité a également baissé au cours du temps, mais s'est stabilisé à un niveau élevé depuis 1998. La situation suivant le milieu de résidence est très contrastée car la fécondité est en nette baisse en milieu urbain alors qu'elle croit plutôt en milieu rural. Les niveaux de fécondité dans les pays émergents qui on su bénéficier du dividende démographique se situent aujourd'hui entre 2 et 3 enfants, alors qu'ils étaient

de l'ordre de 6 enfants et plus il y a une quarantaine d'années ;

- le rapport de dépendance, qui est l'un des indicateurs majeurs de l'atteinte de la fenêtre de l'opportunité démographique est élevé au Cameroun. Il est resté au fil des années au niveau de 95% , deux fois supérieur au niveau observé chez les pays émergents qui ont su tirer profit du dividende démographique .

A la lumière de ces faits, il apparait que le Cameroun est en deuxième phase de sa transition démographique et n'a pas encore entamé la troisième phase qui se caractérise par une véritable amorce de la baisse de la fécondité. La démographie camerounaise ne présente donc pas encore toutes les conditions favorables nécessaires pour bénéficier du dividende démographique. Quelles sont alors les scénarios possibles pour que ces conditions soient atteintes. ?

II.1. DETERMINANTS DE L'EVOLUTION FUTURE DE LA POPULATION CAMEROUNAISE

Dans les pays à forte fécondité comme le Cameroun, l'évolution de la population et des ses diverses caractéristiques, dépend principalement de l'évolution de la fécondité. L'impact de l'évolution des autres variables, même s'il n'est pas négligeable, est beaucoup moins important. Toutefois, les projections qui seront faites et qui couvriront la période 2010-2060 reposent sur des hypothèses relatives à (i) la population de départ ; (ii) la mortalité ;(iii) l'urbanisation ; les migrations internationales et ; (iv) la fécondité.

II.1.1. La population de départ

La population de départ par sexe et par âge est de 19 648 287 à mi 2010. C'est une estimation du BUCREP à partir des résultats du 3ème RGPH de 2005 et du taux d'urbanisation observée estimée à 52,0% en 2010 . Les répartitions correspondantes de ces populations par groupe d'âge et par sexe sont contenues dans le tableau 18 ci-dessous.

Tableau 18 : Population de départ des projections à mi 2010

Groupes d'âges	Population totale		Population urbaine	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
0-4 ans	1 671 247	1 630 844	869 048	848 039
5-9 ans	1 401 892	1 356 994	728 984	705 637
10-14 ans	1 221 238	1 166 550	635 044	606 606
15-19 ans	1 093 665	1 143 564	568 706	594 653
20-24 ans	883 619	1 015 456	459 482	528 037
25-29 ans	731 265	831 645	380 258	432 455
30-34 ans	597 698	628 878	310 803	327 017
35-39 ans	467 473	494 409	243 086	257 093
40-44 ans	392 695	403 475	204 201	209 807
45-49 ans	324 289	324 087	168 630	168 525
50-54 ans	256 790	250 039	133 531	130 020
55-59 ans	190 719	178 515	99 174	92 828
60-64 ans	150 265	153 286	78 138	79 709
65-69 ans	123 816	132 806	64 384	69 059
70-74 ans	90 039	100 170	46 820	52 088
75-79 ans	52 165	57 102	27 126	29 693
80 ans +	58 443	73 149	30 390	38 037
Total	9 707 318	9 940 969	5 047 805	5 169 304

Source : Projections démographiques, 3ème RGPH, Volume III, Tome 03. BUCREP 2010

II.1.2. La mortalité

Espérance de vie à la naissance

Entre 1987 et 2005, l'espérance de vie à la naissance a stagné aussi bien chez les femmes que chez les hommes. En 2005, le 3ème RGPH situait l'espérance de vie à la naissance chez les hommes à 53,4 ans et chez les femmes à 57,1 ans, supérieurs aux prévisions de la Division des Populations des Nations Unies, respectivement de +3,3 ans chez les hommes et +5,1 ans chez les femmes. Il apparaît donc que les données des Nations Unies ont sous-estimé le niveau de l'espérance de vie à la

naissance au Cameroun.

L'hypothèse retenue pour nos projections sera une combinaison des données du 3ème RGPH et de la prise en compte du Modèle de Table type des Nations Unies. Ce modèle suppose que l'espérance de vie à la naissance, tant pour les hommes que pour les femmes, s'accroît de 2,0 à 2,5 années tous les cinq ans lorsque l'espérance de vie est inférieure à 60 ans et ensuite, s'accroît à un rythme plus lent aux niveaux les plus élevés. Le tableau

Le calcul a été effectué en rapportant les moins de 15 ans et les 60 ans et plus aux 15-59 ans, pour tenir compte de la définition de personne âgée au sens du 3ème RGPH (BUCREP). Mais dans la suite le rapport Actifs/Inactifs considèrera les actifs comme toute la population de 15-65 ans, pour s'arrimer aux comparaisons internationales.

Jean Pierre Guengant (2011). L'Afrique au grand tournant démographique.

Le stade de la deuxième phase de la transition démographique est caractérisé par une espérance de vie à la naissance comprise entre 45 et 55 ans, un Indice Synthétique de la Fécondité entre 6 et 4,5 enfants, et un taux d'accroissement naturel supérieur à 2%.

Projections démographiques, 3ème RGPH, Volume III, Tome 03. BUCREP 2010.

19 indique dans les détails le modèle de travail utilisé. Sur la base de ce modèle, l'espérance de vie au Cameroun progresserait dans l'hypothèse d'une croissance « rapide » de 53,4 ans en 2005, à 55,9 ans

en 2010 et 74,1 ans en 2060 chez les hommes. Chez les femmes, l'hypothèse « faible » ferait passer l'espérance de vie à la naissance de 57,1 ans en 2005, à 59,6 ans en 2010 à et 77,3 ans en 2060.

Tableau 19 : Modèle des Nations Unies concernant les accroissements de l'espérance de vie au cours d'une période quinquennale

Espérance de vie à la naissance	Croissance Rapide		Croissance Faible		Croissance Lente	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
55,0-57,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,0	2,0
57,5-60,0	2,5	2,5	2,5	2,5	2,0	2,0
60,0-62,5	2,5	2,5	2,3	2,5	2,0	2,0
62,5-65,0	2,3	2,5	2,0	2,5	2,0	2,0
65,0-67,5	2,0	2,5	1,5	2,3	1,5	2,0
67,5-70,0	1,5	2,3	1,2	2,0	1,0	1,5
70,0-72,5	1,2	2,0	1,0	1,5	0,8	1,2
72,5-75,0	1,0	1,5	0,8	1,2	0,5	1,0
75,0-77,5	0,8	1,2	0,5	1,0	0,3	0,8
77,5-80,0	0,5	1,0	0,4	0,8	0,3	0,5
80,0-82,5	0,5	0,8	0,4	0,5	0,3	0,3
82,5-85,0	–	0,5	–	0,4	–	0,3
85,0-87,5	–	0,5	–	0,4	–	0,3

Source : Stover (2005).

Tableau 20 : Evolution future de l'espérance de vie à la naissance

Années	Espérance de vie à la naissance en (années)					
	Croissance Rapide		Croissance Faible		Croissance Lente	
	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin	Masculin	Féminin
2005	53,4	57,1	53,4	57,1	53,4	57,1
2010	55,9	59,6	55,9	59,6	55,4	59,1
2015	58,4	62,1	58,4	62,1	57,4	61,1
2020	60,9	64,6	60,9	64,6	59,4	63,1
2025	63,4	67,1	63,2	67,1	61,4	65,1
2030	65,7	69,6	65,2	69,4	63,4	67,1
2035	67,7	71,9	66,7	71,4	65,4	68,6
2040	69,2	73,9	68,2	72,9	66,9	70,1
2045	70,7	75,4	69,4	74,1	68,4	71,3
2050	71,9	76,9	70,6	75,3	69,4	72,5
2055	73,1	78,1	71,6	76,3	70,4	73,5
2060	74,1	79,1	72,6	77,3	71,2	74,5

Source : Nos Calculs

Dans le cadre de nos projections, nous retenons l'hypothèse de croissance « lente » pour l'espérance de vie. Ce choix est motivé par les raisons suivantes :

- la quasi-stagnation du niveau de l'espérance de vie au Cameroun depuis la fin des années 90 ;
- la prise en compte du SIDA dont la prévalence au Cameroun estimée en 2005 se situe 5,5% supérieur au seuil pour lequel son effet n'aurait pas de conséquence sur l'espérance de vie.

L'espérance de vie passerait ainsi de 55,4 ans en 2010 à 71,2 ans 2060 chez les hommes et de 59,1 ans à 74,5 ans chez les femmes. Pour les valeurs intermédiaires à deux années quinquennales, nous précédon à une interpolation entre les valeurs de ces deux années quinquennales.

Mortalité par âge

L'espérance de vie à la naissance indique la mortalité générale. Pour réaliser des projections démographiques, il est nécessaire d'utiliser un modèle de mortalité afin de produire des taux de mortalité par groupe d'âge. Deux séries de tables types sont utilisées : les tables du modèle de Coale-Demeny et les tables types des Nations Unies. Il existe plusieurs approches pour déterminer la table de mortalité qui convient le mieux à un pays ou à une région en termes de niveau et de schéma de mortalité.

La meilleure manière est de comparer les données sur la mortalité par âge pour ce pays avec le schéma de mortalité au niveau correspondant d'espérance de vie pour chacune des tables types. La table qui convient est celle qui colle le plus près de la réalité. Cet exercice a été menée pour l'analyse de mortalité à partir des données du 3ème RGPH . La table type retenue est celle du modèle Sud de Coale-Demeny. C'est ce modèle qui sera retenu pour nos projections démographiques.

II.1.3. Les migrations internationales

La migration internationale concerne le nombre de migrants qui entrent et qui sortent du territoire national. Elle est spécifiée à travers deux intrants. Le premier concerne le nombre net de migrants par sexe et année. Si le flux net se fait vers l'extérieur, alors la migration nette devrait être un chiffre négatif. Si le flux net se fait vers l'intérieur, alors il devrait être positif. Dans la plupart des cas, l'information sur la migration provient de sources locales, généralement d'études basées sur un recensement national.

Les données collectées au cours du 3ème RGPH ne permettent pas d'évaluer les émigrations internationales, et par conséquent ne déterminent pas le nombre net de

II.1.4. La Population actuelle : urbaine et rurale

Il existe deux méthodes pour élaborer les projections urbaines et rurales. En ce qui concerne la première, l'analyste fait une hypothèse sur le pourcentage de la population totale qui est urbaine pour chaque année de la projection. Ensuite, la population rurale est simplement la différence entre la population totale et la population urbaine.

La seconde approche, qui est celle qui a été retenue, repose sur une méthode mise au point et utilisée par la Division des Populations des Nations Unies. Cette méthode suppose que le pourcentage de la population entière qui est urbaine suit une courbe en « S ». Par

migrants .

Le rapport des Nations Unies, World Population Prospects, contient des estimations et des projections de la migration nette totale mais ces chiffres ne sont pas donnés par sexe, comme nécessaire pour la réalisation des projections démographiques.

Considérant que dans la plupart des pays, la migration internationale nette n'est pas une composante importante du changement démographique et qu'à ce titre elle peut être ignorée sans que cela ait un effet significatif sur les projections démographiques, nous considérerons pour nos projections que le solde net des flux de migration internationale est nul.

conséquent, le taux d'urbanisation est faible au début, s'accélère lorsque le pourcentage urbain atteint 30%-70% et ensuite, ralentira une fois que l'urbanisation atteindra des niveaux élevés. Cette approche requiert une estimation des taux de croissance annuelle des groupes urbains et ruraux de l'année de base et la taille de la population urbaine par âge et par sexe pour l'année de base. L'information sur les taux de croissance annuelle des groupes urbains et ruraux a été reconstituée à partir des effectifs de population issus du 3ème RGPH en 2005 et des projections de 2010 publiées par le BUCREP.

Tableau 21 : Taux d'accroissement en 2010 par milieu de résidence

Milieu de Résidence	2005	2010	Taux d'accroissement (%)
Urbain	8 514 938	10 091 172	4,2
Rural	8 948 898	9 314 928	1,0

Source : Nos calculs.

II.1.5. Fécondité

Une projection démographique nécessite une information sur le niveau de fécondité déterminé par l'ISF, et sur son évolution par âge captée par la distribution des taux de fécondité par âge.

Indice Synthétique de Fécondité

* Estimations de l'année de base

Les estimations de l'ISF sont disponibles dans un certain nombre de sources dont les meilleures sont les enquêtes nationales de fécondité qui ont été réalisées par la plupart des pays.

Pour notre part nous, choisissons l'information issue de l'EDS-MICS de 2011 dont le niveau de l'ISF de 5,1 enfants par femme n'est d'ailleurs pas sensiblement différent de celui de 5,0 enfants par femmes de 2004 (EDSC-II).

* Hypothèses quant à l'avenir

Il existe plusieurs options pour déterminer la projection de l'ISF :

- les projections nationales : pour les pays qui disposent des projections démographiques officielles basées sur une ou plusieurs hypothèses sur l'évolution future de l'ISF ;
- les objectifs nationaux : pour les pays dont les objectifs

démographiques nationaux incluent l'ISF ;

- les projections des Nations Unies : préparées par la Division des Populations des Nations Unies et indiquées dans le World Population Prospects comprennent trois hypothèses (faible, moyenne et élevée) sur l'évolution future de la fécondité dans la plupart des pays du monde ;
- les tendances récentes et l'expérience internationale : si on dispose d'une série longue d'ISF, il est possible d'analyser les tendances passées de la fécondité sur lesquelles on pourra former une hypothèse sur l'évolution future de ce phénomène. Il convient, cependant, de noter que l'on ne peut pas s'attendre à voir les tendances passées se poursuivre pendant longtemps dans l'avenir ;
- le développement socioéconomique et l'effort en matière de programme de population, des études montrent la diminution de l'ISF comme fonction de ces deux facteurs.

A l'examen de ces options, il apparaît que les projections des Nations Unies se prêtent le mieux aux projections envisagées. Elles offrent en effet une évolution de l'ISF sur une période assez longue. Ce choix s'explique aussi

par l'absence de projections de l'ISF au niveau national ou même des objectifs démographiques en termes d'ISF. Cependant, la période de départ 2010-2015 pour nos projections correspondra à la période 1995-2000 de

celle des projections des Nations Unies car ce sont à ces périodes que les valeurs d'ISF sont les plus proches. Les trois hypothèses de niveau seront envisagées : « haut », « moyen » et « faible ».

Tableau 22 : Evolutions futures de l'ISF suivant le niveau de fécondité

Périodes des Nations Unies	Faible	Moyen	Haut	Périodes de nos projections
1990-1995	5,70	5,70	5,70	
1995-2000	5,10	5,10	5,10	2010-2015
2000-2005	4,92	4,92	4,92	2015-2020
2005-2010	4,67	4,67	4,67	2020-2025
2010-2015	4,04	4,29	4,54	2025-2030
2015-2020	3,53	3,93	4,33	2030-2035
2020-2025	3,12	3,62	4,12	2035-2040
2025-2030	2,84	3,34	3,84	2040-2045
2030-2035	2,61	3,11	3,61	2045-2050
2035-2040	2,41	2,91	3,41	2050-2055
2040-2045	2,24	2,74	3,24	2055-2060
2045-2050	2,09	2,59	3,09	2060-2065

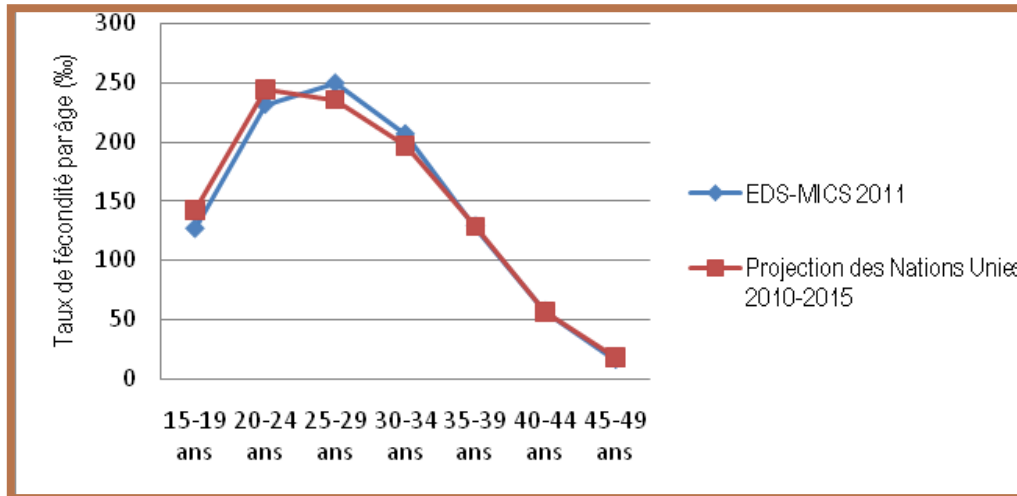
Source : Données de la Division des Populations des Nations Unies

Distribution par âge de la fécondité

En plus de l'ISF, la distribution de la fécondité par âge est nécessaire pour réaliser une projection démographique. Cette information est saisie comme le pourcentage de la fécondité totale qui se donne dans les groupes d'âge quinquennaux 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44 et 45-49.

Des tables types sont utilisées pour générer les schémas de fécondité par âge conjointement avec les niveaux de fécondité, de mortalité et de migration. Elles estiment comment le schéma de fécondité évolue à mesure que l'ISF change. La démarche consiste à utiliser les données des enquêtes de fécondité pour l'année de base et les valeurs de la table type pour l'année finale de la projection.

La Divisions des Populations des Nations Unies disposent aussi des projections des schémas de fécondité pour la majorité des pays. Dans la même lancée que pour l'ISF, nous avons retenu ces projections pour le Cameroun, où la période initiale 2010-2015 de nos projections, correspondent à la période 1995-2000 des projections des Nations Unies. Les niveaux « haut », « moyen » et « faible » seront envisagés en fonction de l'hypothèse retenue pour l'ISF.

Graphique 12 : Taux de fécondité par âge pour la période 2010-2015 selon la source de l'information


Source : Projections des Nations Unies et EDS-MICS 2011

Chacun de ces niveaux présentent la même structure de fécondité par âge pour la période quinquennale 2010-2015 qui correspond à la période du début des projections. Cette structure identique est très proche de celle observée en 2011 au Cameroun. De plus, appliquée à la population féminine initiale de 2010, cette structure donne un ISF égale à 5,13 enfants par femmes, pas significativement différent du niveau de 5,1 enfants par femmes observé au Cameroun en 2011.

Tableau 23 : Evolutions des taux de fécondité par âge pour le niveau « haut » de fécondité

Périodes des Nations Unies	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	Périodes de nos projections
1995-2000	142,80	241,74	235,52	196,96	128,72	56,51	17,75	2010-2015
2000-2005	136,20	234,25	230,12	191,76	123,81	51,73	15,54	2015-2020
2005-2010	127,77	225,66	225,65	181,48	113,67	46,23	13,54	2020-2025
2010-2015	121,86	224,02	229,83	175,21	104,53	40,56	11,34	2025-2030
2015-2020	114,34	218,37	228,77	166,53	94,75	34,85	9,28	2030-2035
2020-2025	106,92	211,04	225,37	157,41	85,67	29,90	7,41	2035-2040
2025-2030	98,40	199,87	216,79	146,29	76,34	25,22	5,84	2040-2045
2030-2035	91,24	190,06	208,82	136,86	68,79	21,51	4,55	2045-2050
2035-2040	85,26	181,36	201,33	128,82	62,64	18,54	3,61	2050-2055
2040-2045	80,23	173,87	194,65	122,06	57,63	16,25	2,85	2055-2060
2045-2050	76,01	167,15	188,47	116,24	53,51	14,34	2,23	

Tableau 24 : Evolutions des taux de fécondité par âge pour le niveau « moyen » de fécondité

Périodes des Nations Unies	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	Périodes de nos projections
1995-2000	142,80	241,74	235,52	196,96	128,72	56,51	17,75	2010-2015
2000-2005	136,20	234,25	230,12	191,76	123,81	51,73	15,54	2015-2020
2005-2010	127,77	225,66	225,65	181,48	113,67	46,23	13,54	2020-2025
2010-2015	115,14	211,68	217,16	165,55	98,77	38,32	10,72	2025-2030
2015-2020	103,79	198,22	207,66	151,16	86,01	31,63	8,42	2030-2035
2020-2025	93,94	185,42	198,01	138,30	75,27	26,27	6,51	2035-2040
2025-2030	85,60	173,87	188,59	127,26	66,41	21,94	5,08	2040-2045
2030-2035	78,60	163,73	179,89	117,90	59,26	18,53	3,92	2045-2050
2035-2040	72,75	154,75	171,79	109,92	53,45	15,82	3,08	2050-2055
2040-2045	67,84	147,02	164,59	103,21	48,73	13,74	2,41	2055-2060
2045-2050	63,71	140,10	157,97	97,43	44,85	12,02	1,87	

Tableau 25 : Evolutions des taux de fécondité par âge pour le niveau « faible » de fécondité

Périodes des Nations Unies	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	Périodes de nos projections
1995-2000	142,80	241,74	235,52	196,96	128,72	56,51	17,75	2010-2015
2000-2005	136,20	234,25	230,12	191,76	123,81	51,73	15,54	2015-2020
2005-2010	127,77	225,66	225,65	181,48	113,67	46,23	13,54	2020-2025
2010-2015	108,43	199,33	204,50	155,90	93,01	36,09	10,09	2025-2030
2015-2020	93,24	178,06	186,55	135,79	77,26	28,42	7,56	2030-2035
2020-2025	80,96	159,80	170,65	119,19	64,87	22,64	5,61	2035-2040
2025-2030	72,80	147,87	160,39	108,23	56,48	18,66	4,32	2040-2045
2030-2035	65,96	137,40	150,96	98,94	49,73	15,55	3,29	2045-2050
2035-2040	60,24	128,14	142,25	91,02	44,26	13,10	2,55	2050-2055
2040-2045	55,45	120,17	134,53	84,36	39,83	11,23	1,97	2055-2060
2045-2050	51,41	113,05	127,47	78,62	36,19	9,70	1,51	

II.2. FUTURS DEMOGRAPHIQUES DU CAMEROUN

Les projections obtenues à partir des hypothèses ci-dessus présentées constituent des outils en vue d'éclairer la décision et n'ont pas ainsi pour objet de se substituer aux projections nationales qui existent ou aux projections issues d'autres sources comme celles de la Division des Populations des Nations Unies. La mise en parallèle des résultats issus des hypothèses

II.2.1. Les effectifs de population

D'après les résultats des projections, on devrait s'attendre à un doublement à l'horizon 2035 de la population camerounaise par rapport à son niveau de 2010, indépendamment de l'hypothèse démographique retenue.

Comme on pouvait l'envisager, cet effectif est plus élevé pour l'hypothèse de fécondité haute et est plus faible pour l'hypothèse faible. Cependant, les écarts entre les effectifs correspondants pour chacune des hypothèses choisies sont de plus en plus importants au fur et à mesure qu'on avance dans le temps et sont plus marqués après l'horizon 2035. En 2035 en effet, l'écart de population entre les hypothèses faible et moyenne serait de 429 000 habitants et de 1 194 000 habitants entre les hypothèses moyenne et haute. A l'horizon

démographiques retenues vise à apporter un éclairage sur l'évolution démographique possible en fonction du niveau de fécondité et pourrait ainsi être mise à profit pour le choix des politiques démographiques.

Suivant les trois hypothèses de fécondité envisagées, les projections présentent des différences qui s'observent pour l'essentiel des variables considérées.

2060, ces écarts se situeraient à 4 047 000 entre les hypothèses faible et moyenne et à 7 772 000 entre les hypothèses moyenne et haute.

Ces écarts seraient dus essentiellement aux volumes beaucoup plus importants des populations urbaines. En 2035, 67% du surplus de population entre les hypothèses faible et moyenne ainsi qu'entre les hypothèses moyenne et haute est constituée de résidents urbains. En 2060, ce pourcentage se situerait à un peu plus de 80%.

Ces faits concordent avec les proportions respectives des populations urbaines et rurales. Toutes hypothèses démographiques confondues, la population urbaine représenterait environ 68% de la population totale en 2035 et serait de 81% à l'horizon 2060.

Tableau 26 : Projections démographiques 2010-2060

Indicateurs		Hypothèses de fécondité					
		Faible		Moyen		Haut	
	2010	2035	2060	2035	2060	2035	2060
Population totale	19 648,3	38 348,1	58 579,1	38 777,2	62 626,1	39 971,3	70 397,9
Taux d'accroissement (%)	2,6	2,2	1,2	2,3	1,5	2,6	1,9
Population urbaine	10 217,	25 966,9	47 631,7	26 254,5	50 903,4	27 055,3	57 183,8
% Population urbaine	52,0	67,7	81,3	67,7	81,3	67,7	81,2
Population rurale	9 431,2	12 381,2	10 947,5	12 522,7	11 722,6	12 916,0	13 214,1
% Population rurale	48,0	32,3	18,7	32,3	18,7	32,3	18,8
ISF	5,13	3,12	2,09	3,62	2,59	4,12	3,06
Femmes de 15 à 49 ans	4 841,5	9 994,0	15 882,9	9 911,6	16 303,9	9 911,6	17 772,2
Espérance de vie la naissance (Hommes)	55,4	65,4	71,2	65,4	71,2	65,4	71,2
Espérance de vie la naissance (Femmes)	59,1	68,6	74,5	68,6	74,5	68,6	74,5
TBN (‰)	41,8	27,9	17,9	29,4	20,8	32,5	24,7
TBM (‰)	12,1	6,1	6,0	6,4	5,9	6,5	5,6
Naissances par an	811,5	1069,9	1048,6	1081,9	1121,0	1115,2	1260,1
Décès par an	226,0	233,9	351,5	236,5	375,8	243,8	422,4
Naissances-Décès	585,5	836,0	697,1	845,3	745,3	871,4	837,7
Moins de 5 ans	3 302,1	4 937,2	5 095,9	5 148,8	6 162,3	5 785,9	8 121,4
% Moins de 5 ans	16,8	12,9	8,7	13,3	9,8	14,5	11,5
Enfants de 5 à 14 ans	5 146,7	9 085,7	10362,0	9196,0	11919,4	9753,0	14776,2
% Enfants de 5 à 14 ans	26,2	23,7	17,7	23,7	19,0	24,4	21,0
Jeunes de 15 à 24 ans	4 136,3	8 094,1	10413,5	7857,3	11086,1	7857,3	12873,8
% Jeunes de 15 à 24 ans	21,1	21,1	17,8	20,3	17,7	19,7	18,3
Jeunes de 15 à 34 ans	6 925,8	13 833,6	19739,6	13596,4	20756,3	13596,4	23558,2
% Jeunes de 15 à 34 ans	35,2	36,1	33,7	35,1	33,1	34,0	33,5
Moins de 25 ans	12 585,1	22 117,0	25 871,4	22 202,1	29 167,8	23 396,2	35 771,3
% Moins de 25 ans	64,1	57,7	44,2	57,3	46,6	58,5	50,8
Moins de 15 ans	8 448,8	14 022,9	15 458,0	14 344,8	18 081,7	15 538,9	22 897,5
% Moins de 15 ans	43,0	36,6	26,4	37,0	28,9	38,9	32,5
Les 15 à 64 ans	10 511,8	23 044,5	39 046,2	23 020,6	40 095,1	23 020,6	43 051,1
% Des 15 à 64 ans	53,5	60,1	66,7	59,4	64,0	57,6	61,2
Les 65 ans et plus	687,7	1 280,7	4 075,0	1 411,8	4 449,3	1 411,8	4 449,3
% Les 65 ans et plus	3,5	3,3	7,0	3,6	7,1	3,5	6,3
Actifs/Inactifs	1,2	1,5	2,0	1,5	1,8	1,4	1,6

Les effectifs de population sont en milliers.

Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

Tableau 27 : Ecart des projections suivant les hypothèses démographiques

Indicateurs	Hypothèses de fécondité			
	Moyen-Faible		Haut-Moyen	
	2035	2060	2035	2060
Population totale	429,1	4047,0	1194,1	7771,8
Taux d'accroissement (%)	0,1	0,3	0,3	0,4
Population urbaine	287,6	3271,7	800,8	6280,4
% Population urbaine	0,0	0,0	0,0	-0,1
Population rurale	141,5	775,1	393,3	1491,5
% Population rurale	0,0	0,0	0,0	0,1
ISF	0,5	0,5	0,5	0,5
Femmes de 15 à 49 ans	-82,4	421,0	0,0	1468,3
TBN (‰)	1,5	2,9	3,1	3,9
TBM (‰)	0,3	-0,1	0,1	-0,3
Naissances par an	12,0	72,4	33,3	139,1
Décès par an	2,6	24,3	7,3	46,6
Naissances-Décès	9,3	48,2	26,1	92,4
Moins de 5 ans	211,6	1066,4	637,1	1959,1
% Moins de 5 ans	0,4	1,1	1,2	1,7
Enfants de 5 à 14 ans	110,3	1557,4	557,0	2856,8
% Enfants de 5 à 14 ans	0,0	1,3	0,7	2,0
Jeunes de 15 à 24 ans	-236,8	672,6	0,0	1787,7
% Jeunes de 15 à 24 ans	-0,8	-0,1	-0,6	0,6
Jeunes de 15 à 34 ans	-237,2	1016,7	0,0	2801,9
% Jeunes de 15 à 34 ans	-1,0	-0,6	-1,1	0,4
Moins de 25 ans	85,1	3296,4	1194,1	6603,5
% Moins de 25 ans	-0,4	2,4	1,2	4,2
Moins de 15 ans	321,9	2623,7	1194,1	4815,8
% Moins de 15 ans	0,4	2,5	1,9	3,6
Les 15 à 64 ans	-23,9	1048,9	0,0	2956,0
% Des 15 à 64 ans	-0,7	-2,7	-1,8	-2,8
Les 65 ans et plus	131,1	374,3	0,0	0,0
% Les 65 ans et plus	0,3	0,1	-0,1	-0,8
Actifs/Inactifs	0,0	-0,2	-0,1	-0,2

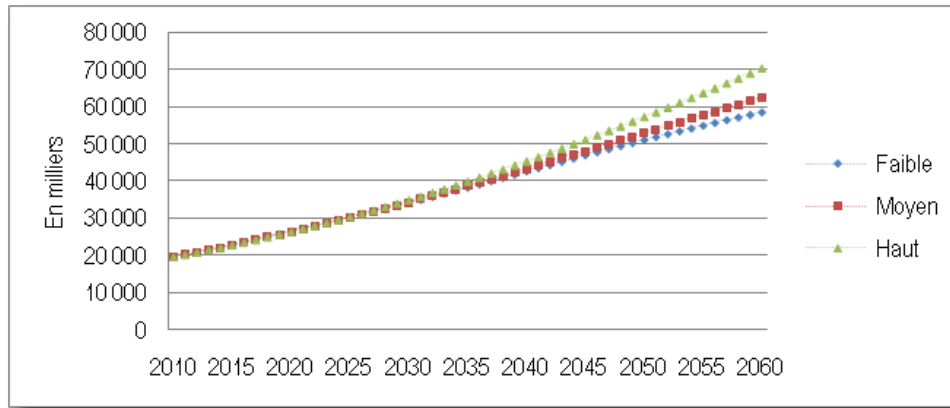
* Les effectifs de population sont en milliers.

Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

En 2035, la population urbaine connaîtrait une multiplication par 2,5 par rapport à son niveau de 2010 sous l'hypothèse d'une fécondité faible et par environ 2,6 sous les hypothèses moyenne et haute. En 2060, cette population représenterait 4,6 fois l'effectif de 2010 sous l'hypothèse faible et 5,6 fois sous l'hypothèse haute de fécondité.

Par contre, quelque soit le niveau de fécondité envisagé, la population rurale ne pourrait pas être multiplié par plus de 1,5 par rapport à son niveau de 2010.

Graphique 13 : Projections de la population totale de 2010 à 2060



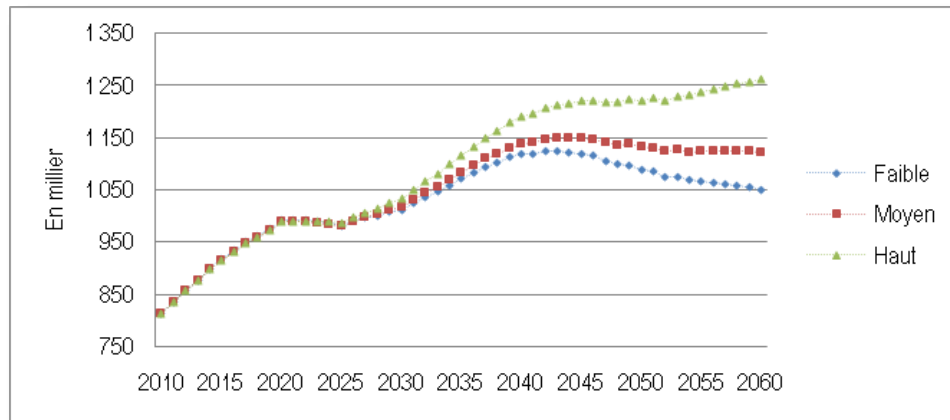
En termes de rythme de croissance, les projections montrent que sous l’hypothèse haute de fécondité, le taux d’accroissement annuel de la population camerounaise diminuerait au cours des années pour se situer à 2,6% en 2035 et à 1,9% en 2060. C’est cette même tendance à la baisse qui serait observée pour les autres niveaux de fécondité. Pour l’hypothèse faible, le taux d’accroissement annuel en 2035 serait de 2,2% en 2035 et de 1,2% en 2060.

Les niveaux encore élevés du rythme d’accroissement annuel de population sous l’hypothèse haute de fécondité est la résultante du nombre annuel de naissances qui ne cesse d’augmenter alors qu’il se stabilise et diminue même à long terme pour les hypothèses moyenne et faible de fécondité.

II.2.2. La structure par groupes d’âges

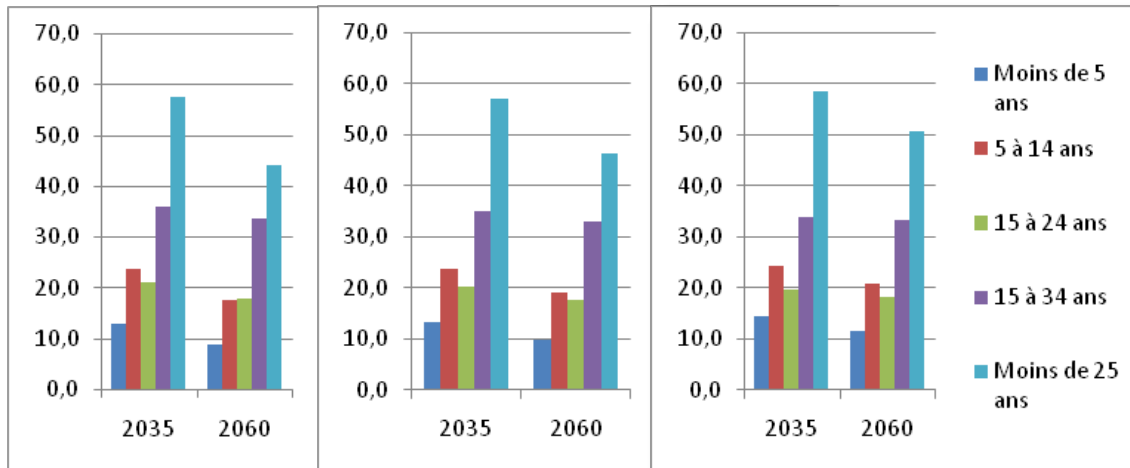
Les projections des effectifs par groupes d’âges des enfants et des jeunes montrent que les proportions des différents groupes d’enfants et de jeunes diminueraient au cours du temps, mais elles décrivent une population camerounaise encore marquée par une jeunesse importante. En 2035, les moins de 25 ans représenteraient toujours plus de la moitié de la population indépendamment de l’hypothèse de fécondité retenue. Même à l’horizon 2060, ces moins de 25 ans représenteraient encore plus de 50% de la population totale sous l’hypothèse d’une fécondité haute.

Graphique 14 : Projections du nombre annuel de naissances de 2010 à 2060



Source : Projections réalisées dans le cadre de l’étude

Graphique 15 : Evolution de la structure par groupes d'âge des enfants et des jeunes de 2010 à 2060



Hypothèse faible

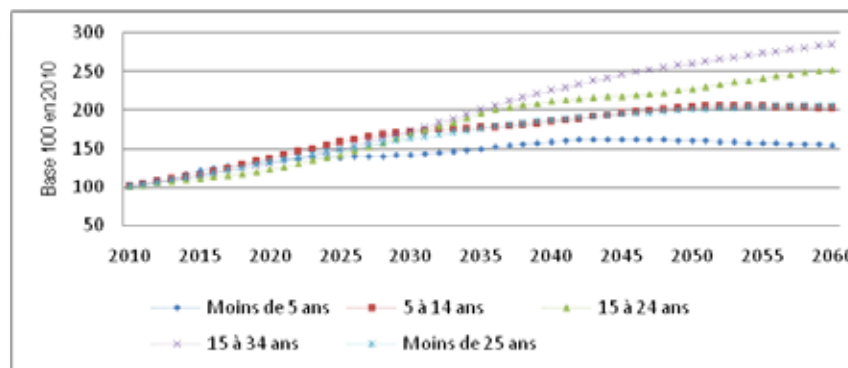
Hypothèse moyenne

Hypothèse haute

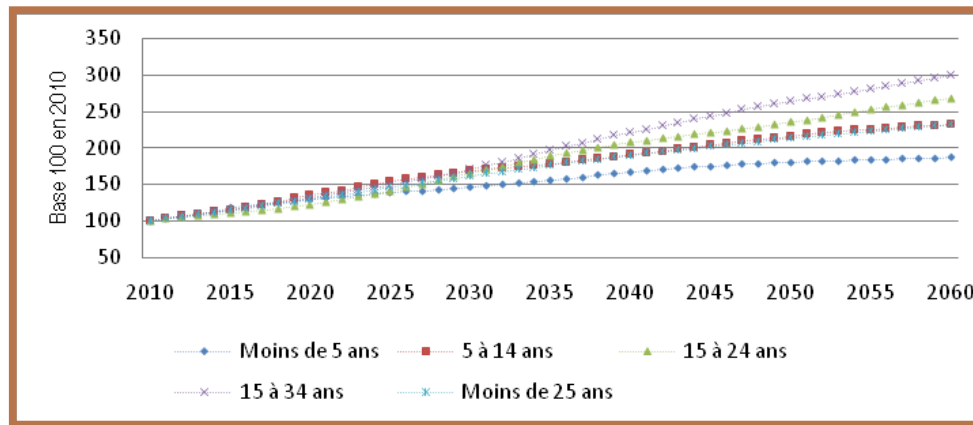
D'un autre côté, comme le montre le graphique 16 suivant, on peut relever que l'évolution des effectifs des groupes d'âges des enfants et des jeunes sous chacune des hypothèses de fécondité retenue présenterait des contrastes marqués. En effet, sous un niveau haut de fécondité, tous les groupes d'âges d'enfants et de jeunes ne cessent de croître au fil des années. Pour l'hypothèse moyenne par contre, l'effectif des enfants de moins de cinq ans commencerait à se stabiliser à partir des années 2045-2050. En ce qui concerne l'hypothèse faible l'effectif des enfants de moins de cinq ans se stabiliserait à partir des années 2040 et entamerait même une courbe descendante. Ceci s'observe aussi sous cette hypothèse pour les enfants de 5 à 14 ans et les moins de 25 ans, même si les effectifs correspondants se stabilisent un peu plus tard.

Graphique 16 : Evolution des effectifs des groupes d'âge des enfants et des jeunes de 2010 à 2060

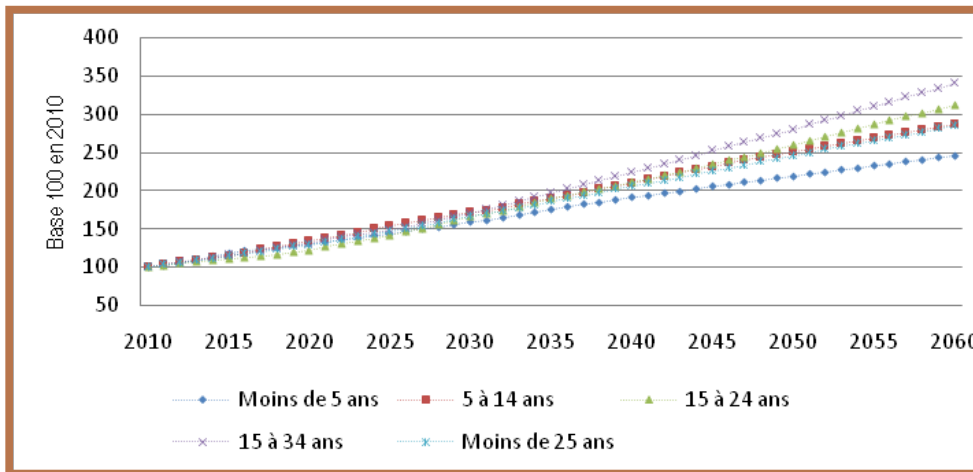
Hypothèse faible



Hypothèse moyenne



Hypothèse haute

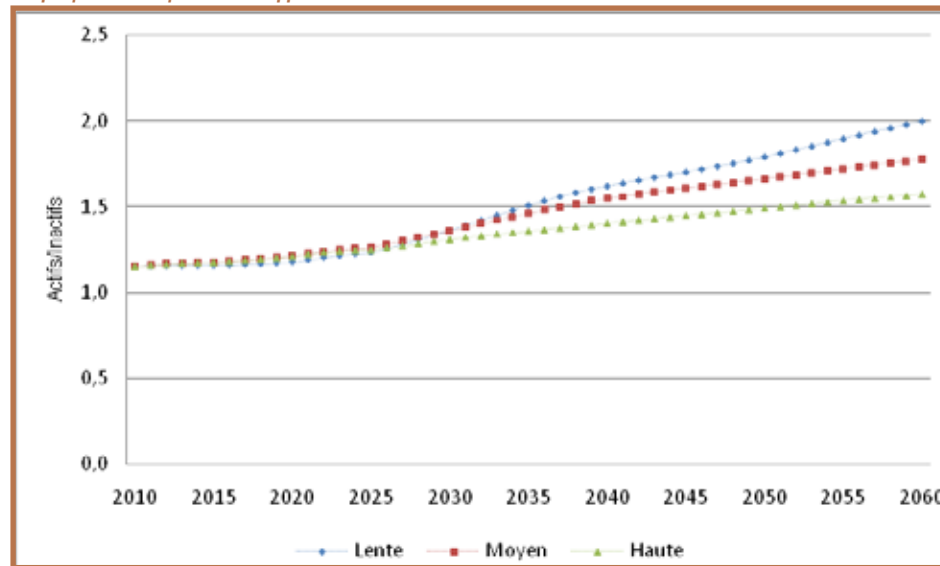


Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

Les projections de la structure par âge de la population laissent apparaître des perspectives identiques en termes de dynamique des proportions des groupes d'âges des moins de 15 ans, des 15 à 64 ans et des 65 ans et plus. En effet, quelque soit l'hypothèse démographique envisagée, les proportions des enfants de moins de 15 ans vont progressivement diminuer alors que celles des 15-64 ans ainsi que des 65 ans et plus vont progressivement augmenter.

On note cependant que sous l'hypothèse d'une fécondité haute, la proportion des 15-64 ans augmente moins vite que sous l'hypothèse moyenne et encore moins vite que sous l'hypothèse d'une fécondité faible. En envisageant une fécondité haute, la proportion des 15-64 ans n'atteindrait 60% de la population totale qu'à partir des années 2050 et se stabiliserait à ce niveau. Par contre, c'est entre les années 2035 et 2040 que ce niveau est atteint pour les autres hypothèses de fécondité et continuerait à sensiblement augmenter sous l'hypothèse d'une fécondité faible.

Graphique 17 : Projections du rapport Actifs/Inactifs de 2010 à 2060



Source : Projections réalisées dans le cadre de l'étude

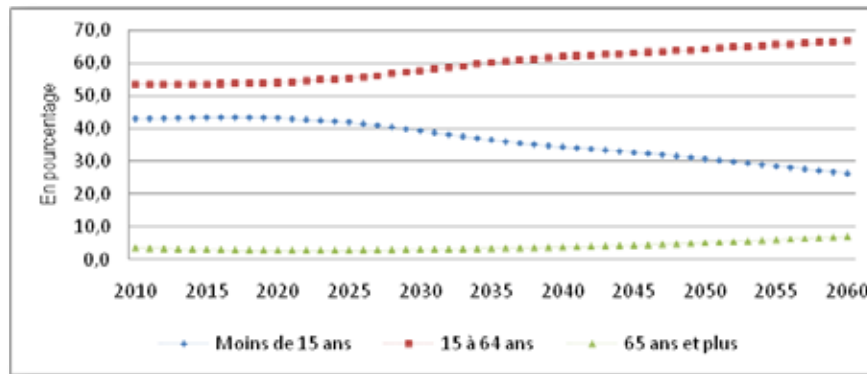
Le rapport Actifs/Inactifs est l'indicateur majeur de l'atteinte de la fenêtre du dividende démographique. Suivant les projections réalisées, son évolution serait identique jusqu'au début des années 2030 pour les différentes hypothèses démographiques envisagées. A cette date, on compterait 14 personnes actives pour 10 inactives. Au-delà de cette échéance par contre, des écarts s'observeraient suivant l'hypothèse de fécondité retenue. Pour l'hypothèse haute on enregistrerait une augmentation timide du rapport Actifs/Inactifs et celui-ci ne dépasserait le seuil de 1,5 qu'à partir de 2045 pour se situer à 1,6 à l'horizon 2060.

Avec une fécondité moyenne, le rapport Actifs/Inactifs dépasserait le niveau de 15 personnes actives pour 10 inactives dès 2035 et atteindrait le niveau de 18 personnes actives pour 10 inactives à l'horizon 2060.

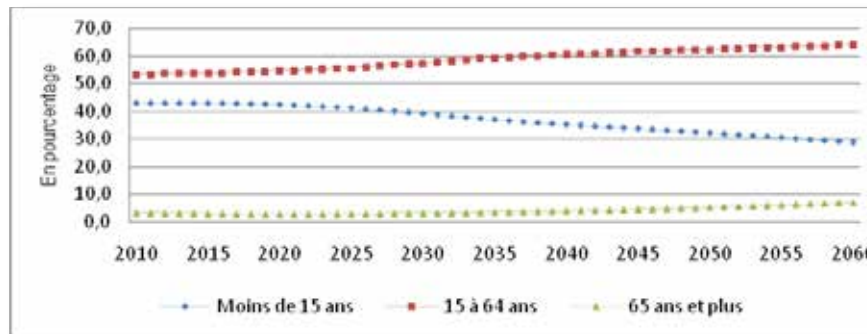
Sous l'hypothèse d'une fécondité faible, le niveau de 1,5 serait aussi atteint vers 2035 mais croîtrait de manière plus soutenue à partir de cette date pour atteindre à l'horizon 2060 le niveau de 2 personnes actives pour une inactive comme observé chez les pays ayant atteint la fenêtre d'opportunité démographique.

Graphique 18 : Projections des moins de 15 ans, des 15-65 ans et des 65 ans et plus de 2010 à 2060

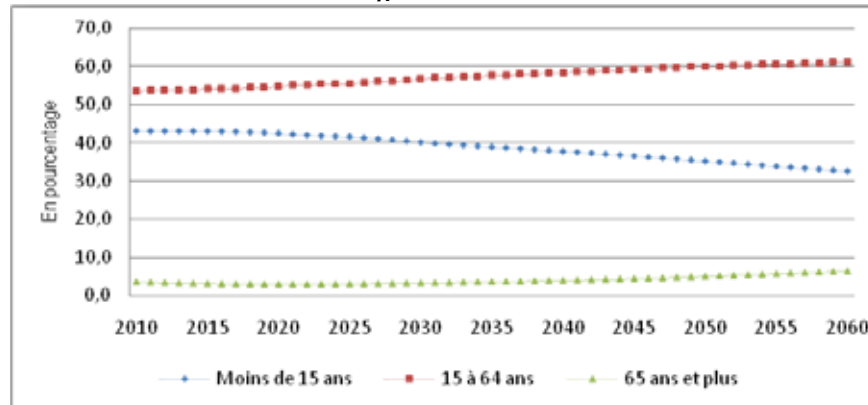
Hypothèse faible



Hypothèse moyenne



Hypothèse haute



III. POLITIQUES PUBLIQUES ET DEFIS DEMOGRAPHIQUES



Nous avons vu que sous certaines conditions, il est possible au Cameroun d'atteindre la fenêtre démographique. L'atteinte de cette fenêtre laisse entrevoir la possibilité de tirer profit du dividende démographique qui est loin d'être automatique. Les pouvoirs publics doivent en effet prendre des mesures pour offrir au plus grand nombre de jeunes travailleurs qui arrivent sur le marché de l'emploi, des possibilités d'instruction et d'emploi. Par ailleurs, les Etats qui ont su bénéficier du dividende démographique ont mis à profit la diminution du pourcentage des jeunes dans la population, la réduction des ratios de dépendance entre les générations et le gonflement de la part de la population active potentielle pour augmenter

III.1. POLITIQUE D'EDUCATION

Le système éducatif camerounais est divers et multiple. A la dualité des langues d'enseignement et des modalités y afférentes (l'anglais dans les provinces du Nord-ouest et du Sud-Ouest, le français dans les autres provinces), s'ajoute la diversité des ordres d'enseignement. On distingue d'un côté, l'ordre d'enseignement public, et de l'autre l'ordre privé comprenant le privé laïc, le privé confessionnel catholique, le privé confessionnel protestant et le privé confessionnel musulman.

En dépit de cette diversité, les encadrements du système éducatif camerounais sont déterminés au niveau central de l'Etat. En effet, l'Etat par voie législative ou réglementaire,

- définit le régime de l'enseignement ;

les investissements dans la santé et l'éducation, et aussi leurs investissements économiques. L'évolution de la pyramide des âges ne peut donc être exploitée que si elle s'accompagne d'investissements et de politiques publics appropriés .

Afin d'évaluer le potentiel du Cameroun à pouvoir mettre en œuvre des politiques publiques adéquates en vue de tirer profit du dividende démographique, nous procédons à l'analyse des politiques mise en œuvre dans le cadre de la promotion de la santé et en particulier de la santé de la Reproduction, dans le domaine de l'éducation, et enfin en matière de promotion de l'emploi chez les jeunes.

- arrête les programmes et les manuels scolaires ;
- fixe les modalités de création, d'ouverture, de fonctionnement et de financement des établissements et institutions privées de formation;
- contrôle les établissements et institutions privées de formation;
- régit les systèmes et les modalités d'évaluation des élèves et des étudiants et organise les examens officiels nationaux et l'année académique sur toute l'étendue du territoire national.

La politique éducative actuelle est définie par la Stratégie Sectorielle de l'Education qui met l'accent sur la formation et le développement du capital humain.

III.1.1. Le système éducatif camerounais

Le système éducatif Camerounais est organisé autour d'une composante formelle et d'une composante non formelle qui concerne l'alphabétisation fonctionnelle des adultes

La composante formelle comprend deux sous systèmes. Le sous système francophone et le sous système anglophone. Chacun de ces sous systèmes comporte un ordre d'enseignement public et un ordre d'enseignement privé.

Cette composante est constituée d'un continuum qui s'ouvre par le préscolaire et se poursuit au primaire, au secondaire et dans l'enseignement supérieur. À côté de ce continuum se développe un système de formation professionnelle d'insertion.

Le préscolaire est le premier niveau d'éducation, sa durée est de 2 ans. L'âge légal d'admission y est de 4 ans. Il assure l'accueil, l'encadrement, la survie, la protection et le développement des enfants de la naissance à l'âge de 6 ans non révolus .

La Loi d'orientation de l'éducation affirme le caractère obligatoire du cycle primaire dont l'âge officiel d'entrée est de 6 ans et qui dure 6 ans. La fin du cycle est sanctionnée par le Certificat d'Études Primaires (CEP) pour le sous-système francophone ou le First School Leaving Certificate (FSLC) pour le sous-système anglophone. Il faut relever que conformément au Décret n° 2011/408 du 09 décembre 2011 les missions

d'alphabétisation lui sont dévolues.

Partie médiane du secteur éducatif, le secondaire est chargé du développement de l'enseignement général et de l'enseignement technique. A la faveur du décret n° 2011/408 du 9 décembre 2011, portant organisation du Gouvernement, la formation des maîtres lui a été dévolue. Ce sous secteur doit contribuer à l'émergence du pays en formant des ressources humaines directement opérationnelles dans le secteur productif ou alors capables de poursuivre des études supérieures.

La loi n° 005 du 16 avril 2001 portant orientation de l'Enseignement supérieur affirme que l'enseignement supérieur a une « mission fondamentale de production, d'organisation et de diffusion des connaissances scientifiques, culturelles, professionnelles et éthiques pour le développement de la nation et le progrès de l'humanité »

Le Décret n°2011/408 du 09 décembre 2011, assigne globalement au département ministériel en charge de la formation professionnelle, une mission de conception et de mise en œuvre de la politique de formation professionnelle. Il faut relever que dans la stratégie du secteur éducatif validée en 2006, ce sous secteur avait un rôle essentiel en matière de régulation des flux à tous les niveaux d'enseignement, dans la perspective de réduire la pression qui s'exerçait au niveau de l'enseignement secondaire général et de l'enseignement supérieur.

III.1.2. Performances du système éducatif camerounais

La révision en cours de la Stratégie de du Secteur de l'Education a permis de faire une évaluation des avancées dans chacun des niveaux du secteur.

Préscolaire

Le réseau scolaire du préscolaire est constitué en 2010 de 4 933 établissements publics, privés et communautaires. Sur la période 2006-2010, le nombre total d'élèves scolarisés est passé de 194 165 à 316 722, soit une augmentation annuelle moyenne de 13 %. Si cette croissance se maintenait, le système devrait accueillir en 2015 près de 659 106 élèves.

Le sous-système anglophone quant à lui a vu ses effectifs croître deux fois plus vite que ceux du sous-système francophone. En effet, le taux annuel moyen d'augmentation des effectifs pour la période 2007-2010 a été de 19% pour le sous-système anglophone alors qu'il n'a été que de 8,3% pour le sous-système francophone.

Primaire

Le réseau scolaire du primaire est constitué en 2010 de 14 232 écoles publics, privés et communautaires.

Sur la période 2006-2010, le nombre total d'élèves scolarisés dans l'ensemble des structures du primaire est passé de 2 723 504 à 3 510 396, soit une progression annuelle moyenne de 3,4 % par an. Ce rythme de progression, est relativement voisin de l'accroissement annuel moyen de 2,9% de la population scolarisable pour la même période. Cependant sa supériorité témoigne des efforts qui restent encore à accomplir en matière d'universalisation du primaire.

Le sous-système d'enseignement anglophone se

En 2009/2010 cependant, le sous-système anglophone représentait environ 31% (97 817) des effectifs contre 69 % (218 905) dans le sous-système francophone.

L'encadrement de la petite enfance est pour l'heure essentiellement une activité urbaine et semi-urbaine. L'insuffisance de l'offre formelle en zone rurale a développé l'alternative de l'expérience communautaire à moindre coût, en particulier dans les zones rurales défavorisées. Le secteur privé confessionnel joue un rôle essentiel dans l'encadrement de la petite enfance. 62% des enfants y sont inscrits. Cet indicateur est de 35,7% dans le public et de 3,4% dans les centres préscolaire communautaires du système formel (statistiques de 2009/2010).

développe de plus en plus, non pas seulement du fait des populations d'origine anglophone, mais aussi de l'engouement prononcé des populations francophones dans les grandes métropoles pour les écoles offrant ce système d'enseignement. Le pourcentage des inscriptions dans ce sous système est passé de 19,7% en 2006/2007, à 21% en 2010.

Partenaire important de l'État dans l'éducation des jeunes camerounais, l'enseignement privé compte en 2009/2010, 22,4% des effectifs du primaire. La part attribuée au secteur public dans l'encadrement des enfants a très peu varié au cours des années récentes et

s'établit autour de 78% des effectifs globaux.

Les écoles communautaires constituées d'une part, des écoles des parents et, d'autre part, des Centres

Secondaire

En 2011, le réseau scolaire du secondaire comprend 2879 établissements qui scolarisent 1 574 452 élèves encadrés par près de 37 000 enseignants permanents et vacataires.

Au niveau du premier cycle du secondaire, les efforts réalisés en matière d'achèvement dans le primaire se sont traduits par une augmentation des effectifs. Entre 2009 et 2011, les effectifs sont passés de 720 795 à 1 131 185, soit une progression de 25,3%.

Au niveau du second cycle les effectifs sont passés de 207 428 en 2009 à 303 053 en 2011, représentant une progression annuelle de 21%.

Le sous système anglophone encadre 23,38% des effectifs en 2011. L'offre privée reste encore faible. Elle représente 35% des établissements scolaires et 25 % des effectifs. Elle est passée de 289 189 élèves en 2007 à 400 572 en 2011. Il est de même de l'enseignement technique qui représente 20,44% des effectifs et 22,07% des établissements.

Au niveau des types d'enseignement, on note la forte représentation de l'enseignement général, qui couvre environ 79, 56% des effectifs et, 77,93% des établissements scolaires. Toutefois, on observe une augmentation significative des effectifs et des établissements de l'enseignement technique par rapport aux prévisions de la stratégie de 2006. À l'intérieur de l'enseignement général l'on note un relatif équilibre entre

d'Education de Base Non Formels (CEBNF), restent marginales. Leurs effectifs représentent seulement 1,4% de la population scolarisée.

les séries littéraires et les séries scientifiques, tandis que dans l'enseignement technique les filières industrielles l'emportent sur les commerciales.

Supérieur

Les effectifs de l'enseignement supérieur ont été multipliés par deux entre 2006 et 2011. Sous la poussée d'une croissance moyenne annuelle de 15,2%, ces effectifs ont été portés de 120 350 à près de 245 000.

La proportion des inscriptions dans la composante privée s'est améliorée de près de cinq points. Elle est passée de 10,2% en 2006 à 14, 9% en 2011. Cette demande croissante a rencontré une offre en pleine expansion, qui a évolué de moins de 70 institutions privées d'enseignement supérieur en 2006 à plus de 115 en 2010.

En réponse à l'accroissement de l'accès, le Cameroun s'est doté entre 2006 et 2011 de deux nouvelles institutions universitaires publiques: l'université de Maroua et l'université de Bamenda. Ces nouvelles ouvertures ont porté le nombre des universités d'Etat de 6 en 2006 à 8 en 2011. Les effectifs de l'enseignement supérieur public sont passés 108 082 en 2006 à 207 887 en 2011. On observe une forte croissance des inscriptions dans les Facultés des Sciences Economiques et de Gestion ainsi que dans les Facultés des Arts, Lettres et Sciences Humaines. Ces deux catégories d'établissements ont enregistré un accroissement

d'effectifs d'environ 47 500 par rapport à 2006.

Par ailleurs, il convient de relever la forte progression des effectifs des Ecoles Normales Supérieures dont les inscriptions sont passées de 6533 en 2006 à près de 22 000 en 2011 pour satisfaire les besoins d'un enseignement secondaire en plein essor.

Dans le domaine des formations en santé où les effectifs sont restés quasi constants avant 2006, ils se sont multipliés par 2,5 sur la période 2006-2011 à la faveur de: l'accroissement des capacités d'accueil à la Faculté de Médecine et de Sciences Biomédicales de l'université de Yaoundé I; la création de nouvelles filières et facultés de médecine à Douala, Buea, Ngaoundéré et Dschang. L'expansion de l'enseignement supérieur public a aussi touché le domaine de l'ingénierie qui totalisent plus de 3000 inscriptions en 2011 contre 534 seulement en 2006.

Malgré ces efforts, les inscriptions demeurent dominées par les filières littéraires, sociales et juridiques ainsi que les sciences fondamentales

Formation Professionnelle

En 2010, 39 442 apprenants se sont inscrits dans 852 centres de formation professionnelle publics et privés agréés par le MINEFOP. Ces effectifs restent en deçà des prévisions de 100 000 apprenants attendus en 2010. Il faut relever que ces chiffres ne prennent pas en compte les effectifs des centres qui forment sous la tutelle des ministères techniques (MINADER, MINEPIA, MINSANTE, MINPROFF, MINJEC, etc.). Cependant on s'accorde à reconnaître que la participation à la formation professionnelle reste numériquement

marginale par rapport à sa population de référence et contribue à expliquer la faible productivité du travail, en particulier dans le secteur informel qui constitue 90% des emplois.

L'analyse du niveau d'étude des apprenants à l'entrée de la formation professionnelle montre que 25% proviennent des centres d'alphabétisation et 22% ont le niveau de CEP. L'accès des travailleurs à la formation professionnelle reste faible (5% des apprenants).

L'offre de formation professionnelle reste essentiellement recrutée 82% des apprenants et reste dominée par les formations du tertiaire qui s'avèrent bon marché dans leur mise en œuvre.

Alphabétisation

Un peu plus de 70 000 apprenants ont fréquenté les centres d'alphabétisation en 2011. Les programmes qui couvrent l'environnement le civisme, la lecture, l'écriture, le calcul, les activités génératrices de revenus et autres domaines de compétence sont presque exclusivement mis en œuvre en français et en anglais au détriment des langues nationales. Cette orientation limite l'intérêt des apprenants, alourdit et rallonge le processus d'apprentissage, à cause de la contrainte liée à la maîtrise du français ou de l'anglais, qui se pose comme un pré requis à l'apprentissage de la lecture, de l'écriture et à l'acquisition des compétences pratiques qui aident l'apprenant à participer au processus de développement des communautés.

Les activités d'alphabétisation relèvent principalement des initiatives de l'Etat. Cependant, les communautés,

les collectivités territoriales décentralisées, les organisations religieuses et autres promoteurs privés apportent leur contribution aux efforts d'éradication de l'analphabétisme.

On peut globalement relever que la couverture du dispositif d'alphabétisation reste en deçà des besoins.

III.2. POLITIQUE DE SANTE

L'évolution récente de la politique de santé est marquée par deux étapes : (i) la période de réforme du secteur Santé à travers la réorientation des Soins de Santé Primaires à partir de 1989 et (ii) l'adoption et la mise en œuvre de la Stratégie Sectorielle de la Santé 2001-

III.2.1. La réforme du secteur de la Santé

La Réforme élaborée et rendue publique en 1989 a été officiellement adoptée à travers la Déclaration de Politique Sectorielle de Santé en 1992 et la déclaration de la mise en œuvre de la « Réorientation des Soins de Santé Primaires » en 1993. Avec cette réforme, le centre de santé est appelé à jouer le rôle d'interface entre la communauté et les services de santé. Un certain nombre d'aménagements juridiques du secteur vont être également être pris, parmi lesquels la loi Cadre de la santé (janvier 1996), les différentes lois et les textes réglementaires relatifs au recouvrement des coûts, les textes réorganisant le territoire national en Districts de Santé. Ces dispositions vont entraîner la réorganisation du système national de santé à trois niveaux : central, intermédiaire et périphérique.

Malgré ces aménagements, des insuffisances vont

Il est estimé qu'en 2011, 3 295 819 personnes au Cameroun étaient analphabètes alors que 2,1% seulement étaient inscrits comme apprenants dans les Centres d'Alphabétisation Fonctionnels.

2015. Les autres étapes majeures antérieures à cette période sont marquées par la stratégie d'Eugène Jamot à la période coloniale, les expérimentations du système camerounais post colonial, et les soins de santé primaires après la conférence d'Alma Alta y relative en 1978.

apparaître. Il s'agit notamment de : l'absence de cadre juridique pour la participation communautaire ; l'absence de statut juridique pour certaines structures du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels, notamment la CENAME et les CAPP ; l'absence de réformes en matière de formation de base et continue ; l'inexistence de cadre de collaboration entre les intervenants du secteur ; l'insuffisance de régulation, de supervision, de suivi et d'évaluation ; la forte centralisation de la gestion du secteur ; la faible utilisation des structures publiques de soins ; l'insuffisance d'organisation des Soins de Santé Primaires en milieu urbain ; la faible disponibilité et accessibilité des médicaments essentiels ; le faible développement du système de référence/contre-référence ; la prédominance du paiement direct des soins.

III.2.2. La Stratégie Sectorielle de la Santé

L'adoption en 2001 du document de Stratégie Sectorielle de Santé constitue un tournant important de l'évolution à mener face aux problèmes de santé des populations. Elle avait pour objectifs de : (i) réduire du tiers la charge morbide globale et la mortalité des groupes de population les plus vulnérables, (ii) mettre en place une formation sanitaire délivrant le Paquet Minimum d'Activités (PMA), à une heure de marche et pour 90% de la population, (iii) pratiquer une gestion efficace et efficiente des ressources dans 90% des formations sanitaires et des services de santé publics et privés, à différents niveaux de la pyramide.

III.2.3. La performance du système de santé camerounais

Parmi les résultats mitigés observés à l'évaluation à mi-parcours, il y a l'accessibilité physique aux soins de santé qui demeure insuffisante malgré des grands efforts de création, de construction/équipement des formations sanitaires et l'existence désormais d'un document de stratégie nationale de technologie de la santé. L'une des raisons évoquées est l'inégalité de leur répartition, elle-même consécutive à l'inexistence d'une carte sanitaire nationale, à la vétusté de la plupart des infrastructures et équipements et à l'insuffisance de leur maintenance. Par ailleurs, malgré les efforts de sensibilisation menés par le Ministère de la Santé Publique en direction des populations, les ménages restent vulnérables face aux écarts de comportement des personnels de santé (mauvais accueil, double paiement, corruption, détournement des malades, ventes parallèles des médicaments, pratiques illégales de la médecine, etc.).

de la politique de santé du Cameroun. Elle traduisait la vision du futur et proposait un ensemble de réformes. L'évaluation à mi-parcours en 2009 de la mise en œuvre des axes stratégiques, programmes et sous-programmes définis à cet effet révèle des résultats mitigés. Une analyse situationnelle a permis de réorienter la stratégie et la politique actuelle repose sur cinq principaux axes : (i) l'amélioration de la politique nationale de santé et l'alignement ; (ii) la viabilisation des districts de santé ; (iii) la santé de la mère, de l'adolescent et de l'enfant ; (iv) la lutte contre la maladie et (v) la promotion de la santé.

La participation communautaire dans la gestion des structures de santé demeure aussi faible.

De plus, la couverture de la population en personnel médical ne cesse de se dégrader en dépit des efforts de recrutement déployés par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires (Fonds PPT, C2D, etc.).

En termes de profil épidémiologique, le Cameroun, comme la plupart des pays en développement est en phase de transition épidémiologique avec l'augmentation des maladies non transmissibles, la réémergence de certaines maladies infectieuses, la pandémie de l'infection à VIH/Sida, les menaces du Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) et de la Pandémie Aviaire. Cependant, les efforts de lutte contre la maladie ont produit certains résultats remarquables notamment en ce qui concerne la rougeole, le ver de Guinée, la lèpre.

Morbidité

Pour ce qui est notamment de la morbidité, les statistiques de 2004 révèlent que le taux de morbidité était évalué à 23% correspondant à une moyenne de plus de 6 épisodes morbides par personnes et par an . Ce niveau est inférieur à celui enregistré en 2001 lors de l'ECAM II (33%). Cette différence pourrait s'expliquer par les conditions climatiques au cours des deux enquêtes, l'ECAM s'étant déroulée en saison de pluie plus favorable à l'apparition de maladies.

Les femmes sont plus sujettes à la maladie que les hommes (23,9% contre 21,8%). La région de l'Extrême-Nord est la plus touchée par la morbidité (32%), suivie du Sud-Ouest, de l'Est, du Centre et de l'Ouest, la prévalence la plus faible étant enregistrée dans le Nord-Ouest.

Les groupes les plus vulnérables sont les personnes âgées et les enfants de moins de 5 ans avec des taux de morbidité respectifs de 43% et 29% respectivement. Par ailleurs les zones rurales sont les plus affectées, alors que l'instruction et le niveau de revenu contribuent à diminuer la morbidité.

Les dix principales maladies les plus prépondérantes sont par ordre d'importance la fièvre assimilée au paludisme (49%), les infections respiratoires, la diarrhée, les céphalées, les douleurs abdominales, les caries dentaires, les troubles gastriques, les maladies de la peau, les blessures et les maux d'yeux.

Chez les enfants de moins de cinq ans, la fièvre, les infections respiratoires et la diarrhée constituaient à elles

seules 77,2% des principales plaintes à la consultation pédiatrique.

En 2011 , la prévalence du paludisme chez les enfants moins de cinq s'établit à 26%. Cette prévalence augmente rapidement et régulièrement selon l'âge, passant d'un minimum de 18% à 6-8 mois à un maximum de 46% à 48-59 mois. Ce qui dénote d'une attention particulière chez les enfants les moins âgés. Par rapport à 2004, on note une augmentation de la prévalence du paludisme qui s'élevait alors à 24%.

La tendance observée en termes de prévalence de la diarrhée est également préoccupante. En effet, en 2011 elle concerne 21% des enfants alors qu'en 2004 elle ne concernait que 16% des enfants de moins de cinq ans. Par contre, le taux de prévalence des Infections Respiratoires Aigues chez les enfants de moins de 5 ans qui se situe en 2011 à 5% a connu une nette baisse par rapport au niveau observé en 2004 qui se situait à 11%.

Par ailleurs, les EDS-MICS 2011 et EDSC-III (2004) mettent en évidence une timide tendance à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants au cours de la période 2004-2011 passant de 48 % à 53 % pour tous les antigènes, de 86 % à 87 % pour le BCG, de 65 % à 68 % pour la troisième dose de DTCoq, et enfin, de 65 % à 71 % pour le vaccin contre la rougeole. De même, la couverture vaccinale pour la troisième dose de polio est passée de 67 % à 70 % au cours la période sous revue.

Mortalité

En 2004 le taux de mortalité chez les adultes de 15 à 49 ans était de 6,28 et 6,65‰ respectivement pour les femmes et les hommes. Comme pour la morbidité, le paludisme constitue la principale cause de mortalité dans certains groupes cibles. En effet, les résultats d'une enquête transversale réalisée en décembre 2004 par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) dans 166 districts de santé renseigne que la létalité palustre estimée à partir de 22 286 patients hospitalisés pour le paludisme est de 3,01%. Elle est plus élevée

chez les enfants de moins de 5 ans (4,2%) que chez les femmes enceintes (2,3%).

Des années 1996-2001 à la période actuelle, la mortalité infantile aurait baissé régulièrement, passant de 80 ‰ à 62 ‰. En ce qui concerne la mortalité juvénile, elle aurait également baissé (de 72 ‰ à 63 ‰), mais dans une moindre proportion ; par ailleurs, la totalité de la baisse se serait produite entre les périodes 1996-2001 et 2001-2006 alors qu'aucun changement ne se serait produit récemment. Par contre la mortalité maternelle connaît une dégradation passant 430‰ en 1998 à 669‰ en 2004.

III.3. SANTE DE REPRODUCTION

Au Cameroun, la Santé de la Reproduction englobe la santé maternelle et infantile, ainsi que la santé des hommes et des adolescents/jeunes et les droits de la femme en matière de santé. L'objectif final du Gouvernement en la matière est de permettre à chacun de vivre pleinement et librement sa Santé de la Reproduction ; d'où la nécessité d'améliorer la qualité des services par un changement des attitudes des partenaires et par un renforcement de leurs compétences pour une plus grande affluence dans les formations sanitaires.

III.3.1. Les composantes de la Santé de la Reproduction

Les composantes prioritaires de la Santé de la Reproduction au Cameroun sont : (i) la santé maternelle et infantile (maternité à moindre risque, soins du nouveau-né, soins liés à l'avortement, nutrition, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant) ; (ii) la planification familiale (CCC et services en matière de planification familiale) ; (iii) la lutte contre les IST/VIH et Sida ; (iv) la lutte contre l'infécondité / infertilité et les dysfonctionnements sexuels ; (v) la lutte contre les pratiques néfastes (excision, violences sexuelles et domestiques, mariage précoce) ; (vi) la santé de la reproduction des adolescents/jeunes (SRA) ; (vii) la lutte contre les cancers génitaux et mammaires (viii) la prise en charge de la santé de la reproduction des personnes âgées (CCC, ménopause/ andropause, sexualité, dépistage et prise en charge des cancers).

La Santé de la Reproduction ainsi définie comporte 04 volets :

- santé de la mère ;
- santé de l'enfant ;

- santé des adolescents/jeunes ;
- santé de l'homme.

Les composantes sus-énumérées sont organisées en 04 types pour la mise en œuvre des volets ci-dessus. On distingue:

- o les composantes spécifiques à chaque volet ;
- o les composantes communes aux quatre volets ;
- o les composantes d'appui ;
- o les composantes connexes.

Les composantes spécifiques

Les composantes spécifiques à la santé de la mère portent sur la maternité à moindre risque, la Planification Familiale, la Consultation des femmes et le dépistage des cancers génésiques, la Consultation des mères et le dépistage des fistules obstétricales.

Chez l'enfant, les composantes spécifiques sont relatives à la prise en charge des problèmes néonataux, l'immunisation des enfants, la prise en charge des enfants exposés ou infectés au VIH, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, la consultation préscolaire et la prise en charge de la malnutrition.

Pour les adolescents/jeunes, il s'agit de la compétence à la vie courante ; la santé scolaire et universitaire et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables (0-18 ans).

Pour la Santé de l'homme, les composantes spécifiques traitent de la CCC des hommes en faveur de la Santé de la Reproduction, la prise en charge des dysfonctionnements et des pathologies sexuelles chez l'homme, la lutte contre les cancers génitaux et la prise en charge de l'andropause.

Les composantes communes

Ces composantes portent sur la planification familiale, la lutte contre les IST et le VIH/Sida, la lutte contre l'infécondité/infertilité, la prévention de l'infection et la lutte contre les pratiques néfastes, les violences sexuelles et domestiques.

Les composantes d'appui

Il s'agit de la gestion des activités de la Santé de la Reproduction. Les domaines concernés sont :

- la planification des services de SR (planification intégrée) ;
- la coordination ;
- la formation ;

- sa supervision/évaluation ;
- la gestion des médicaments essentiels et des contraceptifs ;
- la recherche opérationnelle ;
- la gestion du système d'information sanitaire.

Les composantes connexes

Les composantes connexes portent sur (i) l'éducation en matière d'environnement pour un développement

III.3.2. Les performances en matière de Santé de Reproduction

Les informations recueillies au cours des Enquêtes Démographiques et de Santé (1991, 1998, 2004 et 2011) permettent d'évaluer et d'identifier les problèmes les plus importants en matière de Santé de la Reproduction. Ces informations concernent les soins pré et postnatals, les conditions d'accouchement et les caractéristiques des nouveau-nés, la couverture vaccinale, la prévalence et le traitement des principales maladies des enfants, en particulier les infections respiratoires, la fièvre et la diarrhée.

En matière de soins prénatals, aucune amélioration n'avait eu lieu, entre 1991 et 1998. En effet, le pourcentage de naissances pour lesquelles la mère a bénéficié de consultation prénatale auprès de personnel médical (79 %) et le pourcentage de naissances pour lesquelles la mère a reçu, au moins, une dose de vaccin antitétanique (69 %) n'avaient connu aucune augmentation. En ce qui concerne les conditions d'accouchement, celles-ci s'étaient même détériorées puisque 54 % des naissances ont eu lieu en établissement sanitaire, en 1998, contre 63 % en 1991; de même,

durable ; (ii) la prise en charge psychosociale des groupes défavorisés (orphelins, handicapés, enfants et adultes abandonnés, enfants de la rue, migrants, personnes déplacées) ; (iii) la promotion d'un environnement socio-économique favorable à la SR ; (iv) la promotion d'un environnement politico-légal favorable à la SR et (v) la promotion de la scolarisation des jeunes filles et de l'alphabétisation des femmes.

en 1998, 58 % des naissances avaient été assistées par du personnel médical, contre 64 % en 1991. Les résultats de 2004 et de 2011 ne font apparaître que de faibles changements dans les indicateurs de santé de la reproduction.

La proportion de femmes ayant effectué des visites prénatales auprès de personnel qualifié qui n'avait pas changé de 1991 à 1998 (79 %) a légèrement augmentée pour atteindre 83 % en 2004 et 85% en 2011. De même, le niveau de couverture vaccinale contre le tétanos néonatal s'est très légèrement amélioré : en 1998, 69 % des femmes avaient reçu, au moins, une injection antitétanique pendant la grossesse. En 2004, cette proportion atteint 72 % et se situe à 73% en 2011.

En ce qui concerne l'accouchement avec assistance de personnel qualifié, la situation s'était détériorée entre 1991 et 1998, la proportion passant de 64 % d'accouchements assistés à 58 %. En 2004, la situation s'est légèrement améliorée puisque la proportion atteint 62 %. En 2011, la proportion de femmes ayant

accouché avec l'assistance de personnel formé a atteint le niveau de 64% de 1991.

Pour ce qui est de l'accouchement dans un établissement sanitaire, en 1991, 64 % des femmes accouchaient dans un établissement sanitaire et cette proportion avait chuté en 1998 pour atteindre 54 %. La situation s'est légèrement améliorée en 2004 (59 %) et en 2011 (61%) sans pour autant retrouver le niveau de 1991.

En matière de couverture vaccinale, elle s'est nettement améliorée en 2004 après avoir enregistré une diminution entre 1991 et 1998. La proportion d'enfants complètement vaccinés contre les maladies cible du PEV qui était passée de 41 % en 1991 à 36 % en 1998 a

augmenté pour atteindre 43 % en 2004. À l'inverse, la proportion d'enfants n'ayant reçu aucune vaccination qui avait chuté de façon importante entre 1991 et 1998, passant de 22 % à 12 %, a continué sa baisse pour atteindre 7% en 2004. En 2011, on note une timide tendance à l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants au Cameroun au cours de la période 2004-2011, passant de 48% à 53% pour tous les antigènes, de 86% à 86% pour le BCG, de 65% à 68% pour la troisième dose de DTCoq, et enfin, de 65% à 71% pour le vaccin contre la rougeole. De même, la couverture vaccinale pour la troisième dose de polio est passée de 67% à 70% au cours de cette même 2004-2011.

III.4. POLITIQUE D'EMPLOI JEUNE

III.4.1. Les programmes de promotion de l'emploi chez les jeunes

La promotion de l'emploi des jeunes est au centre des préoccupations des autorités publiques camerounaises. L'élaboration et la mise sur pied d'un Plan Jeunesse (2009-13) est l'une des traductions de cette volonté politique. Ce plan vise à rendre opérationnelle la politique nationale de la jeunesse adoptée en 2006 et à assurer l'insertion socioéconomique des jeunes. Il repose sur 13 programmes prioritaires dont le Plan d'action national pour l'emploi des jeunes (PANEJ), qui constitue la principale stratégie mise en place par les pouvoirs publics pour favoriser l'emploi de la tranche de la population âgée de 15 à 35 ans.

Les axes stratégiques du PANEJ reposent sur deux modules : un premier basé sur les services de soutien à la création d'emplois et un second sur la création

d'emplois effectifs sur le terrain à travers des actions concrètes. Le premier module comprend cinq composantes ou programmes, à savoir : décentralisation et emploi des jeunes ; gouvernance, secteur privé et emploi des jeunes ; politique et systèmes de formation professionnelle ; systèmes d'information du marché du travail et consolidation de l'emploi des jeunes par la lutte contre le VIH/Sida. Le deuxième module compte quant à lui 11 composantes ou programmes, à savoir : volontariat et emploi des jeunes ; développement des PME/PMI ; emploi des jeunes dans l'économie informelle urbaine ; entreprises coopératives de travailleurs jeunes ; développement de l'emploi des jeunes en milieu rural ; activités de haute intensité de main-d'œuvre et emploi des jeunes ; diaspora et emploi des jeunes ; secteur

public et emploi des jeunes ; secteur industriel et emploi des jeunes et secteur des services et emploi des jeunes. Ces axes stratégiques sont renforcés sur le terrain par deux types de mesures actives mises en place par le FNE. Le premier type de mesures concerne l'appui à l'insertion des jeunes à la recherche d'un emploi. Le deuxième revoie aux mesures en amont à l'attention des jeunes scolaires ou universitaires pour leur permettre de mieux construire leur itinéraire de qualification, en vue de leur future insertion.

En ce qui concerne les mesures d'appui à l'insertion des jeunes à la recherche d'un emploi, le FNE a mis sur pied un dispositif qui se déroule en trois temps : l'accueil, le bilan professionnel et l'orientation. Ce dispositif est renforcé par trois autres mesures que sont les techniques de recherche d'emploi organisées sous forme de séminaires, un programme d'emploi diplômé conçu à l'attention de jeunes diplômés sans expérience professionnelle et des programmes de formation

qualifiante pour les jeunes n'ayant aucune connaissance en termes de métier. Ces mesures viennent en amont de la recherche d'emploi, du fait de l'écart observé entre les produits du système scolaire et les besoins des entreprises en termes de qualification. Elles visent à créer une passerelle entre le système éducatif et le milieu professionnel.

Parmi les autres programmes et projets d'emploi et d'insertion des jeunes, on peut citer le Programme d'Appui à la Jeunesse rurale et Urbaine (PAJER-U), le Projet d'Insertion socio-économique des jeunes par la création des micro-entreprises de Fabrication du Matériel Sportif (PIFMAS), le Fonds National d'Insertion de Jeunes (FONIJ), les Centres Multifonctionnels de Promotion des Jeunes (CMPJ), le Service Civique National de Participation au Développement (SCNPD), le projet de plaidoyer en faveur de l'emploi et les stages des jeunes dans les services publics et privés.

III.4.2. Les performance des politiques publiques en faveur de la promotion de l'emploi des jeunes

Malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics, le chômage et le sous-emploi des jeunes sont restés persistants. En effet, selon la dernière Enquête nationale sur l'emploi et le secteur informel (EESI) réalisée par l'Institut National de la Statistique (INS) au cours de l'année 2010, le taux d'activité se situe à 69,0% et est en baisse de 2,4 points par rapport à 2005. Parmi les jeunes âgés de 15 à 34 ans, le groupe d'âge le plus concerné par cette baisse est celui de 15-24 ans avec une baisse de 4 points entre 2005 et 2010. S'agissant

du taux d'emploi, il a reculé de près de 2 points entre 2005 et 2010 pour se situer à 66,4%. Chez les jeunes de 15-24 ans, il a baissé de 3,3 points.

Quant au taux de chômage, il est resté dans l'ensemble quasi stable et se situe en 2010 à près de 12%. Il a même baissé de 2 points chez les jeunes de 15-24 ans. Par contre, le sous-emploi global qui synthétise toutes les formes de distorsions sur le marché du travail (sous-emploi visible, sous-emploi invisible, chômage), évalué au niveau national en 2010 à 70,6%, a connu

une baisse de 5,2 points par rapport à 2005. Chez les jeunes, la situation s'est également améliorée dans les groupes d'âges 15-24 ans (-3,9 points) et 15-34 ans (-5,8 points).

C'est dans ce contexte qu'a été prise la décision de recrutement de 25 000 jeunes camerounais par le Président de la République le 10 février 2011, afin d'induire une dynamique nouvelle sur le marché de l'emploi. Cette décision s'inscrit également dans le cadre de la mise en œuvre du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi et intervient dans un contexte socio-économique caractérisé par une forte demande

sur un marché de travail où le secteur formel ne couvre qu'environ 10 % des emplois. La tranche de la population ciblée (17-40 ans) par ce recrutement constitue un poids démographique se situant à environ 37 % de la population totale. Même si le taux de chômage pour cette tranche d'âges est relativement bas (5,4 % selon la définition du BIT), il est fortement masqué par un sous-emploi global qui touche plus de 70 % de personnes en activité. Les diplômés de l'enseignement supérieur sont les plus affectés que ce soit par le chômage que par le sous-emploi.

IV. MESURES A ENVISAGER POUR TIRER PROFIT DU DIVIDENDE DEMOGRAPHIQUE

A la lumière des résultats des projections démographiques de la section précédente, il apparaît possible que le Cameroun puisse atteindre la fenêtre démographique, situation propice pour bénéficier du dividende démographique. Pour ce faire, l'expérience des pays de l'Asie de l'Est et du Sud-Est renseigne qu'il est nécessaire de mettre en œuvre des politiques visant à promouvoir l'emploi des jeunes. Il vient alors que profiter du dividende démographique dans le contexte camerounais passe d'une part par l'atteinte de la fenêtre démographique, synonyme d'une baisse sensible du niveau de fécondité, et d'autre part par la mise en œuvre de programmes spécifiques pour répondre aux besoins d'emplois.



IV.1. DETERMINANTS DE LA BAISSSE DE LA FECONDITE AU CAMEROUN

Afin d'envisager les politiques pour la maîtrise de la procréation, il est nécessaire d'identifier les facteurs qui déterminent le comportement procréateur des femmes. Ce sont ces facteurs appelés déterminants proches de la fécondité à travers laquelle devrait pouvoir s'opérer une maîtrise éventuelle de la fécondité.

IV.1.1. Les déterminants proches de la fécondité

Le nombre d'enfants qu'une femme met au monde au cours de sa vie féconde dépend de deux principaux groupes de variables de la fécondité. Il s'agit des déterminants biologiques et des déterminants socio-économiques.

Les déterminants biologiques

Parmi les déterminants biologiques, on compte la durée de la période de fertilité, l'intervalle entre deux naissances et la stérilité avant la ménopause.

o La durée de la période de fertilité (l'âge des premières règles-la ménopause)

La capacité à avoir des enfants commence avec les premières règles et s'étend jusqu'à la fin des règles ou ménopause. L'écart entre ces deux moments correspond à la durée de la période fertile chez une femme et varie d'une femme à l'autre. Moins cette période est longue, moins elle a des chances d'avoir une progéniture nombreuse.

o L'intervalle entre deux naissances (la stérilité temporaire après l'accouchement ; le délai de conception ; le temps de gestation)

Il existe un intervalle minimum entre deux naissances qui est en général supérieur à 9 mois. Cet intervalle dépend de 3 éléments :

- **La stérilité temporaire après l'accouchement** dont la durée peut être prolongée par l'allaitement au sein, qui est d'environ deux mois si la femme n'allait pas, mais qui peut durer 8 mois si la femme allaite, car l'allaitement bloque partiellement le fonctionnement des ovaires ;
- **Le délai de conception**, qui varie d'un couple à l'autre mais est en moyenne de 7 mois ;
- **Le temps de gestation qui est de 9 mois.**

o La stérilité avant la ménopause

La stérilité avant la ménopause réduit la fécondité potentielle générale.

Les déterminants sociaux et économiques

o L'âge au mariage

Dans beaucoup de sociétés, les femmes attendent d'être mariées ou de vivre en union stable pour avoir des

Il s'agit des femmes âgées de 15 à 49 ans.

Les méthodes modernes qui comprennent la stérilisation féminine et la stérilisation masculine, la pilule, le stérilet ou DIU (Dispositif Intra Utérin), les injectables, les implants (Norplant), le condom masculin, le condom féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousses et gelées) et la pilule du lendemain. Les méthodes traditionnelles sont l'allaitement maternel et l'aménorrhée, la continence périodique et le retrait. Les méthodes dites « populaires » consistent en l'utilisation des herbes, des tisanes et d'autres méthodes pouvant rentrer dans cette catégorie.

enfants. Cela réduit le nombre d'enfants qu'elles peuvent avoir, car elles ne se marient pas forcément dès qu'elles sont en âge d'avoir des enfants.

- o La limitation volontaire des naissances ;
- o Le niveau de développement.

IV.1.2. Evolutions récentes des déterminants proches de la fécondité au Cameroun

Les Enquêtes Démographiques et de Santé menées au Cameroun permettent d'étudier la situation récente ainsi que l'évolution au cours des vingt dernières années des facteurs qui jouent un rôle déterminant sur l'exposition au risque de grossesse et donc sur le niveau de fécondité. Il s'agit de l'utilisation de la contraception, de la nuptialité, de l'activité sexuelle et de l'exposition au risque de grossesse après l'accouchement.

Utilisation de la contraception

L'utilisation de la contraception suppose au préalable la connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Selon l'EDC-III (2004), le niveau de connaissance des méthodes contraceptives au Cameroun est très élevé. Neuf femmes sur dix connaissent au moins une méthode contraceptive. Elles connaissent mieux les méthodes modernes que les méthodes traditionnelles ou populaires. En effet, 90% connaissent les méthodes modernes contre environ 69 % pour les méthodes traditionnelles et une seulement 8% pour les méthodes populaires.

C'est le condom masculin qui est la méthode la plus fréquemment connue (86%), suivie de la pilule (69%) puis des injectables (62%). Le condom féminin est connu par 43% des femmes et la méthode la moins connue est

la stérilisation masculine (11%).

De manière générale, le niveau de connaissance d'au moins une méthode contraceptive est le plus faible chez les femmes de 45-49 ans (83 %). Par contre, il atteint le maximum de 90% chez les 20-24 ans et les 35-39 ans. Selon le milieu de résidence, c'est en rural que ce niveau de connaissance est de loin la plus faible (82%) contre 97% en milieu urbain.

Par ailleurs, c'est dans les trois Régions septentrionales (82 % dans l'Adamaoua, 72 % dans le Nord et 68 % dans l'Extrême-Nord) que le niveau de connaissance est plus faible.

De même, les femmes sans niveau d'instruction ont un niveau de connaissance faible (67 %) par rapport à celles qui ont fréquenté l'école (96 % des femmes du niveau d'instruction primaire et 100 % des femmes du niveau d'instruction secondaire ou plus).

En termes d'évolution, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives s'est constamment amélioré chez les femmes depuis 1991. En effet, la proportion des femmes connaissant au moins une méthode contraceptive est passée de 73% en 1991 à 81% en 1998 et à 90% en 2004. Chez les femmes en union, cette proportion est passée de 70 % en 1991 à 77 % en 1998 et à 89 % en 2004.

Cette amélioration du niveau de connaissance des méthodes contraceptives, touchant toutes les méthodes, est principalement imputable à la progression de la connaissance du condom masculin. En 1991 en effet, 44% des femmes en union connaissaient le condom masculin ; en 1998 cette proportion était de 74% et en 2004, elle est de 84%.

Pour ce qui est de l'utilisation proprement dite des méthodes contraceptives, la prévalence en 2004 est de 26% pour toutes les méthodes confondues, 14% pour les méthodes modernes et 13 % pour les méthodes traditionnelles. C'est parmi les plus jeunes de 15-19 ans et parmi les plus âgées de 45-49 ans que la prévalence est la plus faible (environ 20 % dans les deux cas). La méthode moderne la plus utilisée est le condom masculin (10%), le taux d'utilisation des autres méthodes étant très faible. Parmi les méthodes traditionnelles, c'est la continence périodique qui est la méthode la plus utilisée (10 %).

Chez les femmes en union, la prévalence contraceptive n'est guère différente de celle de l'ensemble des femmes. Cependant, ce taux d'utilisation chez les femmes en union a légèrement diminué en 2011 passant de 26% à 23%.

En ce qui concerne la prévalence contraceptive des méthodes modernes, elle est 14% chez les femmes en union en 2011 et a légèrement augmenté par rapport à 2004 où elle était de 13% alors qu'elle avait sensiblement augmenté entre 1991 (4%) et 1998 (7%). Parmi les méthodes modernes les plus couramment utilisées,

on note dans l'ordre décroissant le condom masculin (7,6%), les injectables (3,0%, contre 1,6% en 2004) et la pilule (1,9%). Les autres méthodes modernes ne sont utilisées que dans moins de 1% des cas. La prévalence des méthodes traditionnelles est faible et enregistre une baisse, passant de 13% en 2004 à 9% en 2011.

En 2004, la prévalence contraceptive en général était moins élevée en milieu rural (16%) qu'en milieu urbain (36%). De même, elle était plus faible dans le Nord et l'Extrême-Nord (3% dans les deux cas). Pour les autres régions, elles varient de 18% dans l'Adamaoua à 41% au Sud-Ouest. Les femmes en union n'ayant jamais été à l'école avaient une prévalence contraceptive plus faible (4%) que les femmes ayant un niveau d'instruction primaire (25%) ou que celles ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus (48%).

Etat matrimonial

L'union constitue un des faits les plus importants sanctionnant le début de l'exposition au risque de grossesse. En 2004, près de sept femmes sur dix (67%) étaient en union au moment de l'enquête : 52% étaient mariées et 15% vivaient en union consensuelle. Le célibat concernait 24% des femmes, soit près d'une femme sur quatre.

Les proportions de femmes célibataires diminuent considérablement avec l'âge, passant de 67% à 15-19 ans à 8% à 25-29 ans et à 4 % à 30-34 ans. A 35-39 ans comme à 40-44 ans, la proportion de femmes encore célibataires n'est plus que de 2 %. L'union est donc un phénomène quasi-général chez les femmes au Came-

roun. Inversement, la proportion de femmes mariées augmente avec l'âge. Elle passe de 19 % à 15-19 ans à 46 % à 20-24 ans, pour atteindre son maximum à 35-39 ans (74 %). Cette augmentation est parallèle à la baisse brutale de la proportion des célibataires (67 % à 15-19 ans, 23 % à 20-24 ans et 8 % à 25-29 ans).

Entre 1998 et 2004, l'état matrimonial des femmes est resté stable dans sa structure. Les proportions de femmes célibataires ou en union sont restées quasiment les mêmes. Parmi les femmes en union, la proportion de celles qui ont déclaré être mariées a diminué au profit de celles qui se sont déclarées en union consensuelle.

En termes d'âge au mariage, la grande majorité des femmes (environ 90% ou plus) entre en union avant l'âge de 30 ans et ceci depuis 1991. Cependant, dans les périodes les plus récentes elles observent un léger délai en retardant l'âge d'entrer en union: en 1991, 56 % des femmes 15-19 ans étaient célibataires; en 1998, 64 % étaient célibataires; et 67 % étaient encore célibataires en 2004. Après cet âge, le rythme s'accélère très rapidement au point qu'à 20-24 ans, cette proportion diminue pour atteindre seulement environ 25 % de femmes célibataires.

En ce qui concerne la primo-nuptialité, l'âge d'entrée en première union chez les femmes camerounaises est assez précoce. En 2004, 22 % des femmes âgées de 25-49 ans au moment de l'enquête étaient déjà en union avant d'atteindre l'âge de 15 ans, alors que l'ordonnance n° 81/062 du 29 juin 1981 fixe l'âge au mariage à 15 ans pour les filles et à 18 ans pour les garçons. Plus de la moitié des femmes (54 %) étaient déjà en

union avant 18 ans et près de neuf femmes sur dix (88 %) l'étaient avant 25 ans (tableau 6.4). L'âge médian d'entrée en première union des femmes de 25-49 ans est estimé à 17,6 ans.

On relève cependant un net recul de l'âge d'entrée en union des générations les plus anciennes aux plus récentes. En effet, l'âge médian à la première union chez les femmes des générations les plus anciennes (âgées de 45-49 ans) est de 17,0 ans, alors qu'il est de 18,3 ans pour celles des générations récentes (âgées de 20-24 ans). De plus, la proportion des femmes qui entrent en union avant l'âge de 18 ans diminue des générations les plus anciennes aux plus récentes : elle est de 61 % pour les femmes actuellement âgées de 45-49 ans en 2004 et de 47 % pour celles de 20-24 ans. Entre 1998 et 2004, l'âge à la première union est resté sensiblement le même (17,4 ans en 1998 et 17,6 ans en 2004). En 1991 par contre, cet âge médian était estimé à 16,5 ans parmi les femmes de 25-49 ans. Depuis cette date, il y a donc eu un vieillissement de l'âge d'entrée en première union.

Le milieu de résidence influence nettement le calendrier de la primo-nuptialité des femmes au Cameroun. En effet, les femmes du milieu urbain entrent nettement plus tard en union que celles du milieu rural (18,7 ans contre 16,6 ans). En considérant le milieu urbain seul, on constate que les femmes de Yaoundé/Douala entrent bien plus tard en union (20,6 ans) que celles des Autres villes (17,6 ans). Selon les Régions, l'âge médian d'entrée en première union varie d'un maximum de 20,1 ans chez les femmes du Sud à un minimum de 14,9

ans chez celles de l'Extrême-Nord. On constate que les femmes de l'Extrême-Nord (14,9 ans), du Nord (15,5 ans) et de l'Adamaoua (15,6 ans) entrent plus précocement en union que celles des autres régions. Par ailleurs, le niveau d'instruction influence l'âge d'entrée en première union des femmes : plus elles sont instruites, plus elles entrent en union à un âge tardif (15,3 ans chez les femmes sans niveau instruction contre 20,8 ans chez celles ayant un niveau instruction secondaire ou plus).

Activité sexuelle

L'âge aux premiers rapports sexuels est un déterminant de la fécondité car ceux-ci n'ont pas forcément lieu dans le cadre exclusif de l'union. En 2004, 25 % des femmes de 20-49 ans avaient déjà eu des rapports sexuels avant d'atteindre 15 ans. Cette proportion est de 87 % avant d'atteindre 20 ans et de 93 % avant d'atteindre 25 ans. L'âge médian aux premiers rapports sexuels chez les femmes âgées de 20-49 ans est estimé à 16,5 ans. Cet âge est plus précoce que l'âge d'entrée en première union (17,8 ans) ; ce qui semble indiquer que les premiers rapports sexuels ont lieu 1,3 an avant l'entrée en première union. Par ailleurs, des générations les plus anciennes aux plus récentes, on ne dénote pas de modification de l'âge aux premiers rapports sexuels : l'âge médian étant de 16,3 ans pour les femmes des générations les plus anciennes (45-49 ans) et de 16,7 ans pour celles des générations les plus récentes (20-24 ans).

Par ailleurs, à tous les groupes d'âges actuels, les pro-

portions des femmes ayant déjà eu des rapports sexuels sont plus élevées que celles des femmes déjà en union au même âge.

Entre 1991 et 2004, l'âge médian aux premiers rapports sexuels des femmes de 20-49 ans n'a pas varié de façon sensible puisqu'il est passé de 15,9 ans en 1991 à 16,5 ans en 2004.

En ce qui concerne l'activité sexuelle proprement dite, 51% des femmes en 2004 sont sexuellement active . Cette proportion des femmes sexuellement actives augmente avec l'âge, passant d'un minimum de 26% à 15-19 ans à un maximum de 64% à 35-39 ans, puis décroît à partir de 40-44 ans. En ce qui concerne l'état matrimonial, l'activité sexuelle est relativement moins fréquente chez les femmes célibataires (15%). C'est chez les femmes en union elle se situe à 67%.

Les proportions de femmes sexuellement actives sont plus élevées en milieu rural (54%). Selon la Région, les femmes du Nord (65 %), de l'Extrême-Nord (63 %) et de l'Adamaoua (58 %) sont sexuellement plus actives que celles de l'Ouest (37 %), du Nord-Ouest (38 %) et des autres Régions. Par ailleurs, 64 % des femmes qui n'ont aucun niveau d'instruction sont sexuellement plus actives contre 44 % de celles de niveau d'instruction secondaire ou plus. En outre, il semble que l'activité sexuelle soit influencée par la pratique contraceptive puisque 79 % des femmes utilisant la pilule, 74 % de celles ayant été stérilisées et 62 % de celles qui ont recours sont sexuellement actives contre 46 % de celles qui n'utilisent aucune méthode.

Exposition au risque de grossesse après l'accouchement

L'exposition au risque de grossesse après l'accouchement dépend, entre autres facteurs, du retour de l'ovulation et de l'abstinence sexuelle post-partum.

L'aménorrhée post-partum qui constitue le temps écoulé entre l'accouchement et le retour de l'ovulation peut être influencée par l'intensité, la fréquence et la durée de l'allaitement au sein. Selon l'EDSC-III de 2004, la durée médiane de l'aménorrhée post-partum est estimée à 9,3 mois et sa valeur moyenne se situe à 11,2 mois. 31% de femmes ayant accouché au cours des

La stérilité avant la ménopause

Le niveau de stérilité avant la ménopause qui est déterminé par la proportion des femmes en union âgées de 35-49 ans n'ayant jamais eu d'enfants, se situe en 2004 à 3,6%. Il est en baisse continue depuis plusieurs décennies. En 1978, il était évalué à 12,1% et est successivement passé de 6,5% en 1991 à 5,5% en 1998.

IV.1.3. La politique gouvernementale en matière de maîtrise de la fécondité

Le Cameroun a longtemps été réticent à toute politique visant à réduire le nombre des naissances eu égard à l'existence d'une zone d'infécondité en son sein. C'est à partir des années 1980 qu'on relève dans les discours officiels prononcés, quelques allusions faites sur les conséquences économiques d'un rythme de croissance

trois années précédant cette enquête étaient en aménorrhée post-partum. Un peu plus de sept femmes sur dix (74%) sont restées en aménorrhée jusqu'à 5 mois, une femme sur deux (50%) l'était encore à 9 mois et 16% à 19 mois.

Quant à l'abstinence post-partum dont la pratique sur une longue période est ancienne au Cameroun, sa durée moyenne en 2004 est de 6,3 mois et sa valeur moyenne de 10,4 mois. Cependant, on note un raccourcissement sensible de ces durées car elles étaient respectivement de 14,4 mois et 11,9 mois en 1998.

démographique trop rapide. Dans le même temps, un certain «frémissement» est observable autour de la thématique de la planification familiale. Ce sujet est abordé dans le cadre de rencontres organisées pour sensibiliser les populations à la planification familiale, et surtout aux méthodes naturelles d'espacement des naissances. Des associations pour la diffusion de la planification familiale sont fondées, en l'occurrence, la FLACAM (Family Life Association) qui milite en faveur de la planification familiale naturelle et l'Action familiale du Cameroun (AFCAM). C'est à partir du milieu des années 1980 que la dynamique en faveur de la planification familiale se développe.

Sur le plan juridique, la promulgation de la loi N° 080/10 du 14 juillet 1980 sur la profession des pharmaciens n'a pas repris les dispositions de l'article 101 de la loi N° 29/69 du 29 mai 1969 interdisant

Il s'agit des femmes ayant eu au moins un rapport sexuel durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête.

la vente et la publicité des contraceptifs . Dans cette même dynamique, le Gouvernement s'est officiellement exprimé à plusieurs occasions, notamment lors de la Conférence Internationale sur la Population de Mexico en 198, promouvant la planification familiale comme moyen d'espacement des naissances en vue de préserver la santé de la mère et de l'enfant et de lutter contre la stérilité.

C'est véritablement en 1986 que la position du Gouvernement s'est clairement affirmée en faveur de la planification familiale dans le discours du Chef de l'Etat lors de la présentation du VIème Plan à l'Assemblée Nationale lorsqu'il a déclaré :

« ... C'est le lieu me semble-t-il, d'attirer l'attention des Camerounais et des Camerounaises sur les conséquences économiques et sociales d'une progression incontrôlée de la natalité. La procréation, fût-elle un droit fondamental de tout homme, peut et doit être maîtrisée. Il s'agit par conséquent, non pas de rompre avec nos convictions religieuses et nos us et coutumes en ce domaine, mais de tendre de plus en plus vers la promotion et l'instauration réfléchies d'une paternité consciente et responsable... ».

L'évolution de la politique gouvernementale de planification familiale a ensuite été marquée par :

- l'adoption en 1992 de la Déclaration de la Politique Nationale de Population, laquelle comporte un ensemble de mesures visant la promotion de la planification familiale ;
- l'adoption de la Déclaration de la Politique Nationale de réorientation des soins de santé primaires, visant

le renforcement et l'intégration des services de Santé Maternelle et Infantile, de Planification Familiale ;

- l'adoption en 2001 de la Déclaration de Politique Nationale de la Santé de la Reproduction.

La Stratégie Sectorielle de la Santé (2001-2015) qui constitue le cadre de référence en matière de santé publique place la Planification Familiale parmi les axes d'intervention prioritaires de l'un des quatre programmes retenus. Il s'agit d'accroître l'accès des services avec comme cible une prévalence contraceptive de 45%. Les types d'interventions pour atteindre cet objectif sont (i) les activités de counselling sur le choix de la méthode ; (ii) l'offre de services de planification familiale et la prise en charge des effets secondaires et complications des méthodes contraceptives ; et (iii) la planification dans le post-partum, post-abortum et chez les adolescents.

IV.1.4. Les efforts en matière de planification familiale

Les préférences en matière de fécondité sont importantes dans la mesure où elles expriment non seulement les efforts accomplis par les couples dans le contrôle de leur fécondité, mais elles permettent surtout d'évaluer les besoins futurs en matière de contraception et donc d'évaluer les efforts dans le domaine de la planification familiale.

Le désir d'avoir des enfants

Chez une femme, avoir ou non des enfants en plus dans l'avenir est généralement lié à son âge, le nombre de ses enfants actuellement en vie ou de ceux du couple.

En 2004, 20% des femmes en union ne désiraient plus

d'enfants tandis qu'environ 7 femmes sur dix (71 %) en souhaiteraient davantage. 32% des femmes désirant des enfants (supplémentaires) dans l'avenir, souhaitent espacer la prochaine naissance d'au moins deux ans et 31 % la veulent rapidement (avant deux ans). Il apparaît ainsi qu'une femme en union sur deux (52 %) peut être considérée comme candidate potentielle à la planification familiale.

Un examen rétrospectif montre que par rapport à 2004, le pourcentage de femmes ne désirant plus d'enfants a augmenté très légèrement, passant de 12% en 1991, à 18% en 1998, puis à 20% en 2004. En outre la proportion de celles désirant espacer les naissances pour une période d'au moins deux ans est restée pratiquement stable (31 % en 1998 contre 32 % en 2004).

Au fur et à mesure que le nombre d'enfants vivants augmente, la proportion de femmes désirant un autre enfant diminue assez rapidement. En effet, le pourcentage de femmes qui désirent avoir des enfants supplémentaires passe de 95 % chez celles n'ayant aucun enfant à 77 % chez celles en ayant déjà 3 pour atteindre 50 % chez les femmes ayant 5 enfants.

Parmi les femmes en union, environ une sur cinq (21 %) estime qu'elle a atteint la taille désirée de sa famille et ne désire donc plus avoir d'enfants. Les femmes en union ne désirant plus d'enfants sont proportionnellement plus nombreuses en milieu urbain (24 %) qu'en milieu rural (19 %). Suivant la Région, la proportion de femmes ne voulant plus d'enfants varie d'un minimum de 9 % dans le Nord à un maximum de 31 % dans le Littoral. Les

femmes en union des trois Régions septentrionales du Cameroun, à savoir le Nord (9 %), l'Extrême Nord (15 %) et l'Adamaoua (18 %) ont moins fréquemment déclaré que les autres vouloir limiter leur descendance. Selon le niveau d'instruction, ce sont les femmes sans niveau d'instruction (16 %) qui sont proportionnellement les moins nombreuses à souhaiter limiter leurs naissances.

Les besoins en matière de planification familiale

Selon l'EDSC-III réalisée en 2004, parmi l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans, 15 % ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale dont environ 10 % pour l'espacement des naissances et 4 % pour la limitation. La demande potentielle en planification de ces femmes est de 41% dont 11% seulement pour la limitation des naissances et 30% pour l'espacement. La proportion des femmes dont les besoins en planification familiale sont satisfaits est de 26 % soit 64 % de la demande potentielle totale.

Pour les femmes en union, alors que le niveau d'utilisation actuelle de la contraception reste relativement faible (26 %, voir chapitre 5-Planification familiale), la proportion de celles qui ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale est de 20 %. Parmi celles-ci, la majorité aurait davantage besoin d'utiliser la contraception pour espacer que pour limiter (14 % contre 6 %). Si les femmes en union ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception satisfaisaient ces besoins, c'est-à-dire si elles utilisaient effectivement une méthode contraceptive, leur prévalence contraceptive

pourrait atteindre 46 %. Cette demande potentielle totale en planification familiale aurait pour objectif essentiel l'espacement des naissances (32 % contre 14 % pour la limitation). Actuellement au Cameroun, 56 % de la demande potentielle en planification familiale pour les femmes en union est satisfaite.

Les besoins en matière de planification familiale varient selon les caractéristiques sociodémographiques des femmes en union. Quand on considère l'âge, on constate que c'est dans les groupes d'âges 35-39 ans (24 %) et dans une moindre mesure dans ceux de 20-24 ans (22 %) et de 30-34 ans (21 %) que les pourcentages de femmes ayant des besoins non satisfaits sont les plus élevés. La prévalence contraceptive est également à son niveau maximum entre 35 et 39 ans (31 %). C'est à ces mêmes âges que la demande potentielle totale est la plus élevée (55 %). On peut noter que jusqu'à 34 ans, les besoins en matière de planification familiale sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Par contre, à partir de 35 ans, les femmes ont beaucoup plus de besoins pour limiter que pour espacer leurs naissances.

Pour ce qui est du milieu de résidence, les résultats montrent que les proportions de femmes ayant des besoins non satisfaits sont très proches en milieu rural (21 %) et en milieu urbain (20 %). A Yaoundé/Douala, la proportion de femmes ayant des besoins non-satisfaits est légèrement plus faible (18 %). Par ailleurs, la demande potentielle totale varie de 37 % en milieu rural à 53 % dans les Autres villes et atteint 61 % à Yaoundé/Douala, où la demande est la mieux satisfaite (70 %). Quel que soit le milieu de résidence, les besoins

pour l'espacement sont toujours plus importants que les besoins pour la limitation de naissance.

Quand on considère les régions, la proportion de femmes en union dont les besoins en matière de planification familiale sont non-satisfaits varie d'un minimum de 18 % dans le Sud-Ouest, à un maximum de 25 % à l'Est. C'est dans les régions du Nord (22 %), de l'Extrême-Nord (24 %) et de l'Adamaoua (37 %) que l'on a enregistré la demande potentielle totale la plus faible par rapport à la moyenne nationale (46 %). Ces régions sont également celles dans lesquelles la pratique contraceptive est la moins fréquente. Dans toutes les régions, les besoins non-satisfaits en matière de planification familiale sont davantage axés sur l'espacement des naissances que sur la limitation.

S'agissant du niveau d'instruction et du niveau de bien-être économique du ménage, on ne constate pas de différence significative pour les besoins non satisfaits. Mais par contre, les résultats concernant la demande potentielle totale en planification familiale font apparaître de fortes disparités. En effet, les proportions de demande potentielle totale passent de 65 % chez les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire à 48 % chez celles ayant un niveau d'instruction primaire et à 24 % seulement chez celles sans niveau d'instruction. De même, l'écart entre les femmes des ménages les plus pauvres (26 %) et celles des ménages les plus riches (62 %) est important. Cette situation découle d'une insuffisance des besoins satisfaits pour les femmes sans niveau d'instruction et pour celles des ménages les plus pauvres. Il s'ensuit une forte disparité du taux de satisfaction de la demande potentielle totale.

IV.2. TIRER PROFIT DE L'ATTEINTE DE LA FENETRE D'OPPORTUNITE DEMOGRAPHIQUE

A l'instar des pays ayant su profiter du dividende démographique, les développements menés jusqu'ici amènent à inscrire cette perspective pour la Cameroun à travers une baisse de la fécondité et l'existence de politiques adéquates pour apporter une solution aux problèmes d'emplois pour la population active dont l'importance ne devra cesser de croître. Les mesures à envisager concernent ainsi la baisse de la fécondité d'une part, et la promotion des emplois et en particulier de l'emploi jeune d'autre part.

IV.2.1. Quelles politiques pour réduire la fécondité ?

De manière générale, il est admis que la maîtrise de la fécondité permettrait de réduire les tensions que connaissent les pays en matière de sécurité alimentaire, d'accès à la propriété foncière, de dégradation de l'environnement et de gestion de l'eau . La maîtrise de la fécondité aiderait aussi à réduire les problèmes sécuritaires, qui sont souvent le résultat de conflits pour le contrôle de ressources rares, dont la pénurie est exacerbée par la forte croissance de la population et le chômage des jeunes. Parmi les facteurs qui empêchent la réduction des taux élevés de fécondité, les déterminants proches identifiés plus haut constituent les plus importants. Ce sont essentiellement ces déterminants qui expliquent la baisse de la fécondité qui a été observée dans les pays actuellement développés ou émergents.

Ainsi, les mesures prioritaires de politique que les autorités camerounaises pourraient mettre en œuvre de manière efficace pour faire baisser le niveau de fécondité seraient les suivantes :

(i) Renforcer l'efficacité de la planification familiale

D'après l'UNFPA , les chercheurs estiment que l'accès universel à la planification familiale pourrait sauver la vie d'environ 175 000 femmes chaque année. Si l'intervalle entre deux naissances était porté à trois ans, cela pourrait aussi prévenir le décès de 1,8 million d'enfants de moins de 5 ans.

L'évolution de la position des pouvoirs publics camerounais en faveur de la planification familiale s'est faite de manière très progressive et aujourd'hui encore, l'urgence de cette planification familiale se perçoit timidement dans la volonté des autorités. Il est alors primordial d'affirmer expressément l'urgence de la réduction des naissances sans obligation en tant qu'intervention au service du développement, et en exposer de manière convaincante les avantages à long terme.

Dans ce cadre, les stratégies d'envergure nationale et sectorielles devaient reconnaître de manière explicite que la réduction volontaire des naissances est une priorité et cibler avec davantage de détermination l'objectif majeur de porter le taux de prévalence contraceptive à 46% contre 26% actuellement. Pour renforcer l'efficacité de la planification familiale au Cameroun, les axes stratégiques d'intervention pourraient porter sur :

- Une sensibilisation presque agressive, compte tenu du poids des traditions et de la religion qui sont pro natalistes ;
- L'introduction des modules sur la planification familiale dans les enseignements du système éducatif ;
- Le renforcement de l'offre de planification familiale ;
- La recherche et la mobilisation des financements nécessaire.

(ii) Améliorer la qualité du système éducatif

Les enquêtes menées au Cameroun et déjà évoquées plus haut confirment que le niveau d'instruction a un impact direct important sur la population et sa dynamique (nombre d'enfants, mortalité infantile). Or le diagnostic récent du système éducatif camerounais révèle de nombreuses insuffisances, dont un très faible niveau de la gestion pédagogique, une baisse depuis 15 ans du niveau moyen des acquis des élèves qui se situe par ailleurs très en deçà de la moyenne constatée dans les pays à revenu intermédiaire, un profil de scolarisation marqué par une forte tendance à la continuité des études et une faible régulation (la sélection s'opère en très grande partie par abandon à l'intérieur des cycles et non entre les cycles d'études), une explosion incontrôlée des effectifs dans l'enseignement supérieur (triplement en 10 ans) et de très significatives difficultés d'insertion des formés. Le premier cycle du secondaire apparaît en particulier comme « l'enfant le plus malade » du système éducatif camerounais et appelle d'urgence une réflexion forte pour améliorer ses performances. Un accent devrait également être accordé à la promotion de l'éducation des jeunes filles.

(iii) Renforcer les performances du système de santé

Les performances du système de santé en général et de la santé reproductive en particulier, qui ont connu une forte dégradation pendant les années de crise, commencent à peine à retrouver leur niveau de 1991. La stagnation du taux brut de mortalité à un niveau élevé (13,6) depuis 1987 et l'augmentation ces dernières années de la mortalité maternelle, infantile et infanto-juvénile constituent des évolutions inquiétantes, qui incitent peu à une baisse volontaire des naissances. Une réflexion courageuse et des actions fortes pour réformer le système de santé et décentraliser davantage sa gestion en vue d'améliorer significativement ses performances sont nécessaires.

(iv) Renforcer les mécanismes de solidarité intergénérationnelle

La faible pratique contraceptive observée ne s'explique pas seulement par la faiblesse du dispositif de promotion du contrôle de fécondité, mais pourrait également reposer tout autant sinon plus sur la demande d'enfants, qui reste élevée au Cameroun.

Il est à cet égard important, pour réduire la fécondité, de bien comprendre les logiques pouvant soutenir cette demande. De nombreux développements à ce sujet convergent pour dire qu'une progéniture nombreuse apparaît au Cameroun comme ailleurs en Afrique comme une garantie pour les parents quand ces derniers deviendront

inactifs. La demande élevée d'enfants s'explique ainsi pour une part non négligeable sur l'aspiration fondamentale à bénéficier, au moment d'entamer la vieillesse, d'une assistance des enfants basée sur le principe de solidarité intergénérationnelle. Avoir une progéniture nombreuse serait donc un investissement pour les vieux jours. Une amélioration des dispositifs modernes d'assurance vieillesse et même d'assurance chômage contribuerait probablement à lever les incertitudes sur l'avenir et pourrait impacter significativement sur la demande d'enfants.

IV2.2 Augmenter la création d'emplois pour la population active jeune

La question de l'emploi occupe une place prépondérante dans les préoccupations de toutes les catégories de la population. Celle propre à l'emploi des jeunes présente une sensibilité particulière si l'on considère le taux de chômage de la jeunesse. Cette question pourrait trouver des éléments de réponse au travers des orientations retenues dans le cadre du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi. Par ailleurs, la définition, l'intensification et le renforcement des programmes et projets spécifiques accordant une place centrale à l'emploi des jeunes devraient être poursuivies.

CONCLUSION

En se référant aux schémas observés dans les pays qui ont su tirer profit du dividende démographique, en particulier aux pays de l'Asie de l'Est, on peut croire que l'évolution démographique camerounaise peut être mise à profit pour devenir un facteur important de la prospérité économique des années à venir. Pour ce faire, des conditions doivent être remplies. Celles mises en évidence par la présente étude sont de deux ordres.

Les premières concernent le niveau de fécondité. En effet, les hypothèses envisagées pour les projections démographiques qui ont été réalisées enseignent que le maintien du niveau actuel de fécondité ne permettrait pas d'atteindre les niveaux de ratio de dépendance observés dans les pays évoqués plus haut afin de se positionner dans la fenêtre de l'opportunité démographique. Par contre, un niveau moyen de fécondité permet d'envisager l'atteinte de ces niveaux de ratios de dépendance à un horizon qui pourrait même être raccourci si la fécondité était plutôt faible.

Il s'agit alors pour les pouvoirs publics de renforcer les politiques visant à réduire sensiblement la fécondité. Au-delà de la promotion de la planification familiale, il apparaît même nécessaire d'inscrire de manière explicite l'objectif de réduction des naissances dans les politiques publiques. Un accent particulier devrait aussi être accordé aux groupes cibles identifiés comme étant moins enclins à une réduction de la fécondité. Ces efforts nécessaires devraient faire l'objet d'un engagement permanent aussi bien des pouvoirs publics que ses partenaires.

Les autres conditions sont relatives aux politiques d'éducation, de santé, de solidarité et de promotion de l'emploi en général, mais particulièrement de l'emploi des jeunes. L'atteinte de la fenêtre de l'opportunité démographique suppose en effet une proportion assez importante de population active. Il faut donc réunir les conditions pour fournir à cette population la formation et les emplois nécessaires. Les mesures proposées s'inscrivent dans la poursuite de la mise en œuvre des orientations du Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi et dans l'intensification des programmes spécifiques pour les jeunes.

Bibliographie

- BAfD, OCDE, PNUD, CEA (2012). Cameroun. Perspectives économiques en Afrique. 2012. (<http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/Cameroon%20Note%20de%20pays%20PDF.pdf>)
- Banque Mondiale (2007). Enjeux démographiques du 2^{ème} siècle. Le rôle de la Banque Mondiale. Document de travail. Juin 2007.
- Banque Mondiale (2012). Dynamiser le Marché du Travail. Point sur la situation économique au Cameroun. Cahiers Economiques du Cameroun. Janvier 2012, n°3.
- Banque Mondiale (2012). S'ouvrir sur le Monde. Point sur la situation économique au Cameroun. Cahiers Economiques du Cameroun. Juillet 2012, n°4. <http://siteresources.worldbank.org/INTAFRICA/Resources/257994-1343683063673/cameroon-economic-update-french-july-2012.pdf>
- Bongaarts, J. (2002). The End of the Fertility Transition in The Developing World. Population and Development Review. Volume 28, Issue 3, pages 419–443, September 2002. <http://www.un.org/esa/population/publications/completingfertility/RevisedBONGAARTSpaper.PDF>
- BUCREP (1999). Enquête Démographique et de Santé. 1998.
- BUCREP (2010). Etat et structures de la population, 3^{ème} RGPH 2005.
- BUCREP (2010). Etat et structures de la Population, 3^{ème} RGPH 2005, Vol. II : Analyse thématique, Tome 01.
- BUCREP (2010). Mouvements migratoires 3^{ème} RGPH 2005, Vol. II : Analyse thématique, Tome 09.
- BUCREP (2010). Natalité et fécondité, 3^{ème} RGPH 2005, Vol. II : Analyse thématique, Tome 07.
- BUCREP (2010). Situation socioéconomique des enfants et des jeunes, 3^{ème} RGPH 2005, Vol. II : Analyse thématique, Tome 10.
- BUCREP (2011). Rapport National sur l'État de la Population au Cameroun, édition 2011.
- CAMEROUN (2003). Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté.
- CAMEROUN (2009). Document de Stratégie pour la Croissance et l'Emploi.
- Direction Nationale du 2^{ème} RGPH (1992). Enquête Démographique et de Santé. 1991.
- GUENGANT Jean Pierre (2011). Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigeria. Synthèse régionale. Collection « A savoir » de l'Agence Française de Développement, Paris, 2011. (<http://www.afd.fr/webdav/site/afd/shared/PUBLICATIONS/THEMATIQUES/Conference-ouagadougou/Fiche%20r%C3%A9gionale%20BD.pdf>)
- GUENGANT Jean Pierre (2011). Comment bénéficier du dividende démographique ? La Démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA. Analyse pays Bénin. Collection « A savoir » de l'Agence Française de Développement, Paris, 2011. (<http://www.conferenceouagapf.org/userfiles/file/BENIN-Finale-17Janv.pdf>.)
- GUENGUANT Jean Pierre et John MAY (2008). Réduire la fécondité africaine, une priorité. Jeune Afrique.com. <http://www.jeuneafrique.com/Article/LIN25058rduirtiroir0/>
- http://www.unfpa.org/rh/planning/mediakit/docs/sheet4_french.pdf
- INS (1997). Première Enquête Camerounaises auprès des Ménages. 1996
- INS (2002). Deuxième Enquête Camerounaises auprès des Ménages. 2007
- INS (2005). Enquête Démographique et de Santé. 2004.
- INS (2008). Troisième Enquête Camerounaises auprès des Ménages. 2007
- INS (2010). Annuaire statistique. 2010.
- INS (2010). Deuxième enquête sur le suivi des dépenses publiques et le niveau de satisfaction des bénéficiaires dans les secteurs de l'éducation et de la santé au Cameroun. Rapport principal. Volet éducation.
- http://www.statistics-cameroon.org/downloads/pets/2/Rapport_principal_Education_francais.pdf.

INS (2010). Jeunes et marché du travail au Cameroun en 2010.

INS (2011). Deuxième Enquête sur l'Emploi et le Secteur Informel. Phase 1 : Enquête sur l'emploi.

INS (2011). Enquête Démographique et de Santé, et à Indicateurs Multiples 2011.

INS (2012). Annuaire statistique. 2012. (<http://www.statistics-cameroon.org/downloads/annuaire2010/chap26.pdf>)

Jean Pierre Geungant (2011). L'Afrique au grand tournant démographique. Actualité scientifique n°369. Institut de Recherche pour le Développement. Mars 2011.

John Stover et Sharon Kirmeyer (2005). DemProj Version 4. Programme informatique pour les projections démographiques. Système Spectrum de modèles de politiques. Juin 2005. (<http://www.policyproject.com/pubs/manuals/DemmanF.pdf>)

LANGUE-MENYE Gisèle (1999). La Promotion de la Planification Familiale au Cameroun : Analyse du contenu des messages et impact d'une campagne de communication audio-visuelle. Les Dossiers du CEPED, n° 53. Juin 1999.

http://www.ceped.org/cdrom/integral_publication_1988_2002/dossier/pdf/dossiers_cpd_53.pdf.

Lori S. Ashford (2007). La population jeune en Afrique : risque ou opportunité ? Population Reference Bureau, Washington, 2007. (http://www.prb.org/pdf07/africasyouthpop_fr.pdf)

MINEPAT/PNUD (2009). Cameroun : le défi de la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le développement. Rapport National sur le Développement Humain 2008/2009. Décembre 2009

MINSANTE (2009). Politique des Services de Santé de la Reproduction. Novembre 2009. <http://dev.cdns.dros-minsante-cameroun.org/sites/dev.cdns.dros-minsante-cameroun.org/files/biblio/2010/2009-11-gtzmsp-politiqueservsantereproductionfr.pdf>.

MINSANTE (2009). Politiques des Services de Santé de la Réproduction.

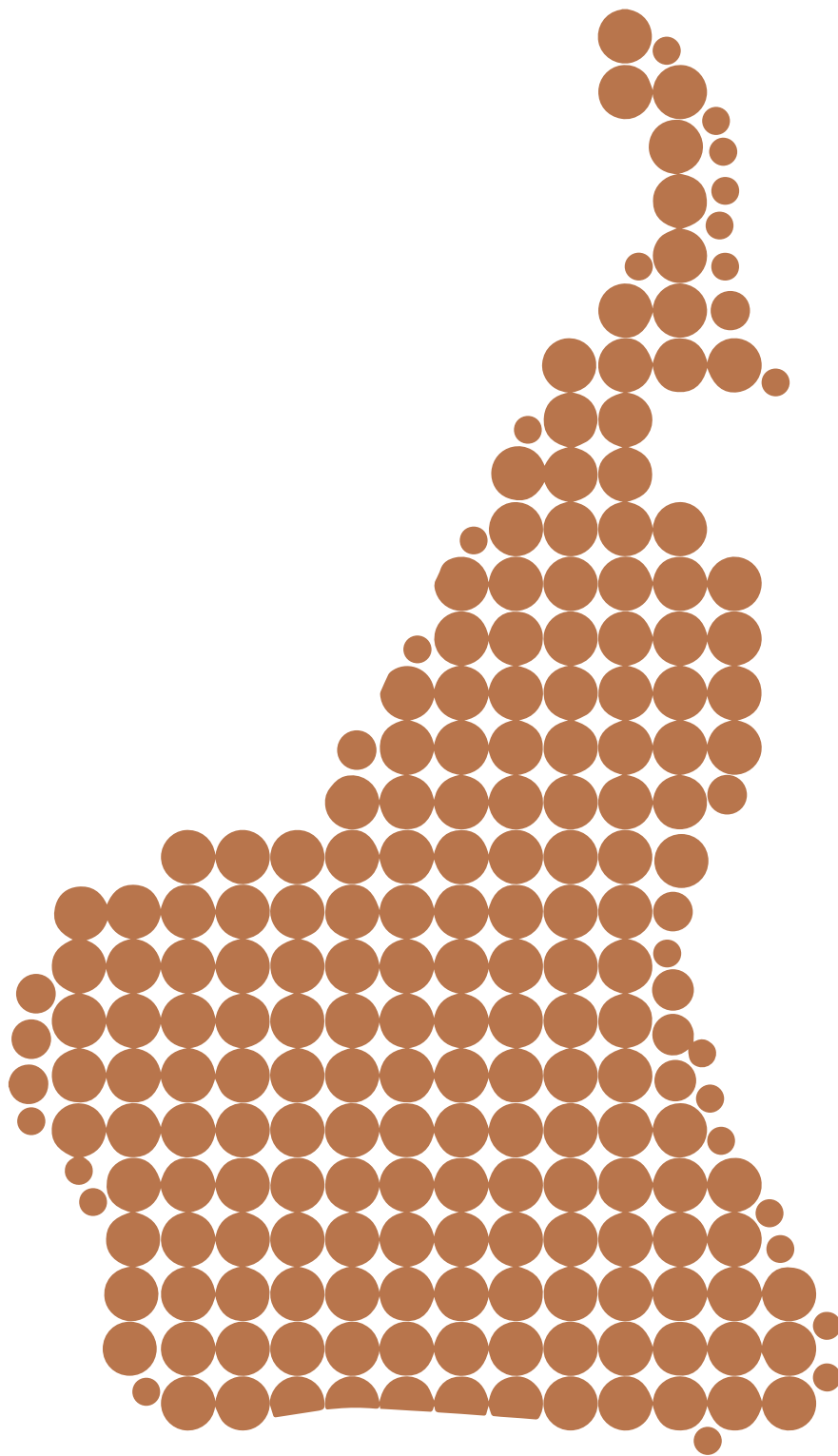
MINSANTE (2009). Stratégie Sectorielle de Santé 2001-2015.

OCDE (2007). Panorama de la société : les indicateurs sociaux de l'OCDE. Edition 2006 (<http://www.oecd.org/fr/apropos/editionsocde/38148831.pdf>)

Ronald Lee et Andrew Mason (2006). Les dividendes de l'évolution démographique. Finances & Développement Septembre 2006, page 17. (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>)

UNESCO (2010). Cameroun. Données mondiales de l'Education. 7ème édition 2010/2011. http://www.ibe.unesco.org/fileadmin/user_upload/Publications/WDE/2010/pdf-versions/Cameroon.pdf

UNFPA (2007). La planification familiale et la réduction de la pauvreté : avantages pour les familles et les nations. Fiche de données. http://www.unfpa.org/rh/planning/mediakit/docs/Sheet4_French.pdf



© 2013 Editions Balafon
Dépôt légal Décembre 2013