



MEFI
Ministère de l'Économie
et des Finances
Chargé de l'industrie



**3^{ÈME} RECENSEMENT
GÉNÉRAL DE LA POPULATION
ET DE L'HABITAT 2024**

NATALITE ET FECONDITE



Thématique 6



INSTITUT DE LA
STATISTIQUE DE DJIBOUTI

NOVEMBRE 2025



THEMATIQUE 6

NATALITE ET FECONDITE



LISTE DES PARTICIPANTS

ÉQUIPE DE COORDINATION

1. Dr IBRAHIM ABDI HADI, *Directeur Général de l'Institut de la Statistique de Djibouti (INSTAD)*
2. YACIN DOUALE ADEN, *Directeur Technique du RGPH-3, Directeur des Statistiques Sociales et Démographiques (DSSD) par intérim- INSTAD*
3. AICHA IBRAHIM DJAMA, *Représentante de l'UNFPA-Djibouti*
4. ROBLEH HERSI DOUALEH, *Analyste de programme, Suivi et Évaluation (S&E), UNFPA-Djibouti*

ÉQUIPE DE REDACTION

1. Pr BOUBA DJOURDEBBÉ FRANKLIN, *Consultant International Démographe, Analyste*
2. ABDOULRAHIM MOHAMED KAMIL, *Consultant National, Analyste démographe*

ÉQUIPE D'ENCADREMENT TECHNIQUE

1. KINSAKIENO PIERRE N, *Expert International Démographe, Conseiller Technique Principal du RGPH-3*
2. NABASSEMBA LÉONARD, *Expert International Informaticien en traitement des données de recensement*

EQUIPE D'INFORMATIENS ET DE SPECIALISTES EN SIG

1. MOHAMED HASSAN MOHAMOUD, *Ingénieur des travaux statistiques en traitement des données-INSTAD*
2. FARHAN MAHAMOUD MOHAMED, *Spécialiste en Système d'Information Géographique (SIG)-INSTAD*

ÉQUIPE DE RELECTURE

1. FATOUMA ALI ABDALLAH, *Directrice de la Santé Mère et Enfant au Ministère de la Santé*
2. Dr FATOUMA TABET SALEM, *Public health expert, OMS – Djibouti*
3. M. NICHOLAS MCTURK, *Spécialiste de programme, Recensements et enquêtes, UNFPA HQ*
4. Dr WILLIS ODEK, *Conseiller en population et développement, UNFPA ASRO*



TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES PARTICIPANTS	ii
TABLE DES MATIÈRES	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES GRAPHIQUES	viii
LISTE DES CARTES	ix
SIGLES ET ABBREVIATIONS	x
AVANT-PROPOS	xi
RÉSUMÉ.....	xii
LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS.....	xv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	4
1.1. Contexte du pays	4
1.1.1. Contexte géographique et administratif	4
1.1.2. Contexte démographique.....	5
1.1.3. Contexte économique	6
1.1.4. Contexte socioculturel.....	7
1.1.5. Contexte sanitaire	8
1.1.6. Contexte politique et institutionnel	9
1.2. Aspects méthodologiques.....	11
1.2.1. Définition des concepts	11
1.2.2. 1.2 Principaux indicateurs	12
1.2.3. Variables d'analyse	13
1.2.4. Méthodes d'observation	14
1.2.5. Évaluation de la qualité des données.....	14
1.3. Vue d'ensemble.....	25
CHAPITRE 2 : NATALITÉ	27
2.1. Volume global des naissances	27
2.2. Taux brut de natalité selon la région et le milieu de résidence.....	28
2.3. Évolution spatio-temporelle de natalité.....	29
2.4. Vue d'ensemble	30
CHAPITRE 3 : FÉCONDITÉ DU MOMENT	32
3.1. Niveau actuel de la fécondité globale (taux de fécondité)	32



3.2. Taux de fécondité selon la région.....	33
3.3. Taux de fécondité selon le niveau de résidence	33
3.4. Taux de fécondité selon la situation matrimoniale.....	34
3.5. Taux de fécondité selon le statut migratoire	35
3.6. Taux de fécondité selon le niveau d'éducation	35
3.7. Taux de fécondité selon le statut d'occupation	36
3.8. Taux de fécondité selon le niveau de vie du ménage	37
3.9. Taux de fécondité selon la nationalité.....	38
3.10. Taux de fécondité selon de le handicap	38
3.11. Intensité de la fécondité (ISF)	39
3.12. Age moyen à la procréation (AMP) et variation spatiale.....	42
3.13. Taux brut de reproduction et Taux net de reproduction, et variation spatiale de ces deux taux	44
3.14. Évolution spatio-temporelle de l'ISF de 1983 à 2024.....	46
3.15. Vue d'ensemble.....	47
CHAPITRE 4 : FÉCONDITÉ PASSÉE.....	48
4.1. Parité moyenne au niveau national.....	48
4.2. Parité moyenne selon la région	48
4.3. Parité moyenne selon le niveau de résidence	49
4.4. Parité moyenne selon la situation matrimoniale	50
4.5. Parité atteinte et statut migratoire.....	51
4.6. Parité moyenne selon le niveau d'éducation	52
4.7. Parité atteinte selon le statut d'occupation	53
4.8. Parité moyenne selon le niveau de vie du ménage.....	54
4.9. Parité moyenne selon la nationalité.....	55
4.10. Parité atteinte selon le handicap	56
4.11. ISF et descendance finale	56
4.12. Vue d'ensemble.....	57
CHAPITRE 5 : FÉCONDITÉ À RISQUE.....	58
5.1. Fécondité des adolescentes.....	58
5.1.1. Fécondité des adolescentes selon la région	58
5.1.2. Fécondité des adolescentes selon le niveau de résidence.....	59
5.1.3. Fécondité des adolescentes selon la situation matrimoniale	59
5.1.4. Fécondité des adolescentes selon le statut migratoire	60
5.1.5. Fécondité des adolescentes selon le niveau d'éducation.....	61



5.1.6. Fécondité des adolescentes selon le statut d'occupation.....	61
5.1.7. Fécondité des adolescentes selon le niveau de vie du ménage	62
5.1.8. Fécondité des adolescentes selon la nationalité	62
5.1.9. Fécondité des adolescentes selon le statut de handicap	63
5.1.10. Évolution spatio-temporelle de la fécondité des adolescentes	63
5.2. Fécondité tardive	64
5.2.1. Fécondité tardive selon la région	64
5.2.2. Fécondité tardive selon le niveau de résidence	65
5.3. Fécondité tardive selon la situation matrimoniale.....	66
5.3.1. Fécondité tardive selon le statut migratoire	66
5.3.2. Fécondité tardive selon le niveau d'éducation	67
5.3.3. Fécondité tardive selon le statut d'occupation	68
5.3.4. Fécondité tardive selon le niveau de vie du ménage	69
5.3.5. Fécondité tardive selon la nationalité	69
5.3.6. Fécondité tardive selon le handicap	70
5.4. Vue d'ensemble.....	71
CHAPITRE 6 : INFÉCONDITÉ DES FEMMES	72
6.1. Niveau de l'infécondité	72
6.2. Infécondité selon la région	73
6.3. Infécondité selon le milieu de résidence	73
6.4. Infécondité selon le statut migratoire	74
6.5. Infécondité selon le niveau d'éducation	75
6.6. Infécondité selon le statut d'occupation	76
6.7. Infécondité selon le niveau de vie du ménage.....	76
6.8. Infécondité selon la nationalité	77
6.9. Infécondité selon le handicap	78
6.10. Vue d'ensemble.....	78
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	80
BIBLIOGRAPHIE	82
ANNEXES	A



LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1. Qualité des données selon les taux de non-réponse	15
Tableau n°2. Valeurs des indices de Whipple, Myers et Bâchi	21
Tableau n°3. Indicateurs de qualité des données par sexe et âge	22
Tableau n°4. Indices de Coale et Demeny et de Brass et Rachad	23
Tableau n°5. Évaluation de la qualité des données sur la fécondité : Analyse par la méthode du ratio P/F (3 ^{ème} RGPH, Djibouti 2024)	23
Tableau n°6. Répartition des naissances vivantes des 12 derniers mois selon le groupe d'âge des femmes (12–49 ans)	28
Tableau n°7. Taux brut de natalité selon la région et le milieu de résidence	29
Tableau n°8. Taux brut de natalité (TBN) à Djibouti selon le milieu de résidence, 1983–2024	30
Tableau n°9. Taux de Fécondité (‰) par groupe d'âge quinquennal et par région	33
Tableau n°10. Taux de fécondité (‰) par âge et situation matrimoniale des femmes	34
Tableau n°11. Taux de fécondité (‰) par âge selon le statut migratoire des femmes	35
Tableau n°12. Taux de fécondité (‰) par âge selon le niveau d'instruction des femmes	36
Tableau n°13. Taux de fécondité (‰) par âge selon le niveau de vie du ménage	38
Tableau n°14. Taux de fécondité (‰) par âge selon la nationalité	38
Tableau n°15. Taux de fécondité (‰) par groupe d'âge selon le statut de	39
Tableau n°16. Indice Synthétique de Fécondité (ISF) selon la région, le milieu de résidence, la situation matrimoniale, le statut migratoire, le niveau d'instruction, le statut d'occupation, le niveau de vie du ménage et le statut du handicap	42
Tableau n°17. Âge Moyen à la Procréation (AMP) selon la région et le milieu de résidence	44
Tableau n°18. Taux Brut de Reproduction (TBR) et Taux Net de Reproduction (TNR) selon la région et le milieu de résidence	46
Tableau n°19. Évolution de l'indice synthétique de fécondité à Djibouti selon les sources, 1983–2024	47
Tableau n°20. Parité moyenne des femmes âgées de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge et la région	49
Tableau n°21. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon la situation matrimoniale	60
Tableau n°22. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le statut migratoire	60
Tableau n°23. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le niveau d'éducation	61



Tableau n°24. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le statut d'occupation .	61
Tableau n°25. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon la nationalité.....	63
Tableau n°26. Taux de fécondité des adolescentes (15–19 ans) selon la région et le milieu de résidence.....	64
Tableau n°27. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon la région	65
Tableau n°28. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le milieu de résidence.....	65
Tableau n°29. Taux de fécondité par âge et niveau d'instruction chez les femmes de 40 à 49 ans.....	68
Tableau n°30. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le statut d'occupation	68
Tableau n°31. Taux de fécondité tardive (40-49 ans) par niveau de vie du ménage	69
Tableau n°32. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon la nationalité.....	70
Tableau n°33. Taux d'infécondité (%) des femmes de 15-49 ans en union selon l'âge	72
Tableau n°34. Infécondité par âge selon le statut migratoire	75
Tableau n°35. Infécondité par âge selon le niveau d'éducation.....	75
Tableau n°36. Infécondité par âge selon le statut d'occupation	76
Tableau n°37. Infécondité par âge selon le niveau de vie du ménage	77
Tableau n°38. Taux d'infécondité (%) des femmes de 15-49 ans en union selon l'âge et la nationalité.....	78
Tableau n°39. Infécondité par âge selon le handicap.....	78
Tableau n°40. Répartition (%) de la population résidente des ménages ordinaires par groupe d'âges quinquennal selon le sexe	A
Tableau n°41. Répartition (%) de la population résidente des ménages ordinaires par âge selon le sexe.....	B



LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1. Répartition par âge et par sexe de la population de Djibouti, recensement de 2024.....	16
Graphique n°2. Rapports de masculinité d'âge par groupes d'âges, recensement de Djibouti 2024.....	18
Graphique n°3. Rapports d'âge par groupes d'âges, recensement de Djibouti 2024.....	18
Graphique n°4. Structure par année d'âge de la population féminine de 12 à 49 ans.....	19
Graphique n°5. Comparaison des taux de fécondité par âge entre le 3 ^{ème} RGPH de 2024 et l'EDSF/PAPFAM 2012 (urbain et rural)	25
Graphique n°6. Taux de fécondité par âge à Djibouti en ‰.....	32
Graphique n°7. Taux de fécondité (‰) par groupe d'âge selon le milieu de résidence.....	34
Graphique n°8. Taux de fécondité (‰) par groupe d'âge selon le statut d'occupation des femmes	37
Graphique n°9. Parité moyenne des femmes âgées de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge et le milieu de résidence.....	50
Graphique n°10. Parité moyenne des femmes âgées de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge et la situation matrimoniale.....	51
Graphique n°11. Parité moyenne selon le statut migratoire et l'âge des femmes.....	52
Graphique n°12. Parité moyenne selon le niveau d'éducation et le groupe d'âge quinquennal	53
Graphique n°13. Parité moyenne selon le statut d'occupation et le groupe d'âge quinquennal	54
Graphique n°14. Parité moyenne par groupe d'âge et niveau de vie du ménage	55
Graphique n°15. Parité moyenne selon la nationalité et le groupe d'âge quinquennal.....	55
Graphique n°16. Parité moyenne par âge selon le statut de handicap des femmes.....	56
Graphique n°17. Taux de fécondité par âge des adolescentes (12–19 ans) selon la région.....	58
Graphique n°18. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le milieu de résidence.....	59
Graphique n°19. Taux de fécondité des adolescentes (12-19 ans) par niveau de vie du ménage	62
Graphique n°20. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le statut de handicap.....	63
Graphique n°21. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon la situation matrimoniale.....	66



Graphique n°22. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le statut migratoire	67
Graphique n°23. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le statut de handicap	71
Graphique n°24. Infécondité par âge selon région	73
Graphique n°25. Infécondité par âge selon milieu de résidence	74

LISTE DES CARTES

Carte n°1. Taux brut de natalité selon la région (‰)	29
Carte n°2. Indice Synthétique de Fécondité (ISF) selon la région	40
Carte n°3. Age moyen à la procréation selon la région.....	43
Carte n°4. Taux Brut de Reproduction.....	45
Carte n°5. Taux Net de Reproduction	45



SIGLES ET ABREVIATIONS

Sigles / Abréviations	Significations
CICRED	Comité international de coopération dans les recherches nationales en démographie
DISED	Direction de la Statistique et des Études Démographiques (ancien nom de l'INSTAD)
EDAM-IS	Enquête Djiboutienne Auprès des Ménages - Indicateurs Sociaux
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDSF	Enquête Djiboutienne sur la Santé de la Famille
EDSF/PAPFAM 2	Deuxième Enquête Djiboutienne sur la Santé de la Famille
FP	Planification Familiale
ICNU	Indice Combiné des Nations Unies
INSTAD	Institut National de la Statistique de Djibouti
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
P/F	Ratio Parité/Fécondité (méthode indirecte d'estimation de la fécondité de Brass-Trussell)
PAPFAM	Pan Arab Project for Family Health (Projet arabe pour la santé familiale)
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitat
TBR	Taux Brut de Reproduction
TFR	Total Fertility Rate (Taux de Fécondité Total)
TNR	Taux Net de Reproduction
UNFPA	United Nations Population Fund (Fonds des Nations Unies pour la Population)
UNICEF	United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance)



AVANT-PROPOS

Dans le domaine sanitaire et social, la natalité et la fécondité constituent des indicateurs essentiels pour comprendre les dynamiques démographiques et évaluer les progrès en matière de santé reproductive et de développement humain. En République de Djibouti, une analyse approfondie de ces phénomènes revêt une importance capitale pour orienter les politiques publiques, améliorer la planification des services sociaux et répondre aux besoins des populations, en particulier les plus vulnérables.

Conscient de ces enjeux, le Gouvernement de Djibouti a fait de l'étude de la natalité et de la fécondité une priorité stratégique dans le cadre du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (3^{ème} RGPH), conduit conformément au décret n°2021-191/PR/MEFI. Ce recensement offre une base de données exhaustive, permettant de documenter avec précision les niveaux, les tendances et les variations de la natalité selon l'âge, le sexe, le milieu de résidence, les régions et d'autres caractéristiques socioéconomiques déterminantes. Il met également en lumière les disparités territoriales et sociales qui influencent les comportements reproductifs et les conditions de vie des familles.

Ce rapport thématique s'inscrit dans la vision nationale « Djibouti 2035 », ainsi que dans les engagements internationaux du pays à travers l'Agenda 2030 pour le développement durable et l'Agenda 2063 de l'Union Africaine. Il fournit aux décideurs, aux planificateurs, aux chercheurs, aux professionnels de la santé et aux partenaires techniques et financiers une base solide et rigoureuse pour mieux orienter les interventions visant à améliorer la santé reproductive, réduire les inégalités et favoriser un développement démographique équilibré.

Ce travail est le fruit d'une collaboration étroite entre l'Institut National de la Statistique de Djibouti (INSTAD), des experts nationaux et internationaux, avec l'appui du Gouvernement de Djibouti, du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de la Banque mondiale et d'autres partenaires engagés dans la promotion du bien-être et des droits fondamentaux. Leur engagement et leur expertise ont été déterminants pour la production de ce document de référence, qui constitue un outil indispensable pour une démarche de développement éclairée par des données solides.

Le Directeur Général de l'Institut de la Statistique de Djibouti

Dr IBRAHIM ABDI HADI



RÉSUMÉ

Ce rapport, basé sur les données du troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitat (3^{ème} RGPH) de Djibouti, dresse un panorama détaillé de la fécondité dans le pays. Il met en évidence une transition démographique amorcée mais encore inachevée, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 3,5 enfants par femme, nettement supérieur au seuil de remplacement des générations (2,1). L'analyse régionale révèle de fortes disparités : Dikhil (4,9) et Ali Sabieh (4,7) enregistrent les ISF les plus élevés, tandis que Djibouti-ville affiche un niveau plus modéré (3,2).

La fécondité est fortement corrélée aux conditions socioéconomiques : elle atteint 5,3 enfants par femme chez les ménages très pauvres contre seulement 2,0 chez les très riches ; de même, elle est de 4,0 enfants chez les femmes sans instruction contre 2,7 pour celles ayant un niveau secondaire ou plus. La situation matrimoniale joue également un rôle déterminant, avec un ISF de 6,5 chez les femmes mariées, contre seulement 0,3 chez les célibataires.

La concentration des naissances entre 25 et 34 ans, avec un pic de 172,8 naissances pour 1 000 femmes entre 30 et 34 ans, témoigne d'un calendrier reproductif relativement resserré. L'âge moyen à la procréation s'élève à 33,3 ans, avec des variations selon le milieu (33,4 ans en urbain contre 32,7 en rural) et selon les régions (jusqu'à 36,1 ans à Ali Sabieh). Ces écarts pourraient traduire des différences d'accès à l'éducation, à la santé reproductive, à l'emploi et à la planification familiale, ainsi qu'un report relatif de la maternité dans les milieux urbains et plus favorisés. La parité moyenne des femmes de 45 à 49 ans est de 3,5 enfants, mais elle est plus élevée en zone rurale et dans les régions comme Ali Sabieh et Arta. Après une forte baisse de l'ISF entre 1983 (6,4) et 2012 (2,9), le processus de transition démographique semble marquer le pas, avec une stabilisation autour de 3,5 enfants par femme depuis 2009.

Parallèlement, deux formes de fécondité à risque subsistent. La fécondité précoce, bien que faible en termes de nombre (11 naissances enregistrées chez des filles de 12 à 14 ans), demeure préoccupante sur les plans sanitaire et social, car elle concerne principalement des adolescentes peu instruites vivant en zone rurale. La fécondité tardive demeure également significative : plus de 4 800 naissances ont été recensées après 40 ans, surtout chez les femmes non instruites, économiquement vulnérables ou actives dans le secteur informel.

L'infécondité constitue un autre indicateur majeur de la dynamique reproductive. Environ 22 % des femmes en union âgées de 15 à 49 ans n'ont jamais eu d'enfant né vivant. Ce phénomène, persistant au-delà de 30 ans (18 à 19 %), révèle des disparités régionales, sociales et économiques marquées. Il est plus fréquent en milieu rural (24,5 %), chez les migrantes internes (26,8 %), les femmes instruites (29,3 % à 25–29 ans), les actives du secteur formel (29,9 %), les sans emploi (24,9 %), les femmes pauvres (24,1 %), vivant avec le handicap (26,3 %) ou étrangères (23,0 %). Ces écarts reflètent probablement l'effet combiné de facteurs biologiques, sociaux et structurels (inégalités d'accès aux services sociaux et de santé), ainsi que des



arbitrages entre maternité, parcours éducatif, trajectoires migratoires, insertion professionnelle et accès aux services de santé.

Dans l'ensemble, ces constats appellent à la mise en place de politiques prenant en compte la diversité des profils sociaux, économiques, éducatifs et territoriaux. Il est important de renforcer l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive, de prévenir les formes de fécondité à risque, et de garantir les droits reproductifs de toutes les femmes, en particulier les adolescentes, les migrantes internes, les personnes vivant avec un handicap et les femmes issues de milieux défavorisés.

Les recommandations suivantes ont été formulées :

À l'Institut National de la Statistique (INSTAD), aux chercheurs, universités, centres d'études, il est recommandé de :

- Approfondir les analyses multivariées sur les déterminants de la fécondité (y compris l'infécondité) en croisant davantage les dimensions territoriales, sociales, culturelles et économiques.
- Mettre en place un système de surveillance continue des indicateurs de santé reproductive via des enquêtes régulières post-recensement (EDSB, PAPFAM, MICS).
- Valoriser les données désagrégées dans les publications scientifiques pour mieux rendre compte des dynamiques propres aux groupes vulnérables (adolescentes, migrantes, femmes handicapées, etc.).
- Développer des projections démographiques différenciées selon les profils de fécondité pour mieux anticiper les besoins sociaux et sanitaires à moyen et long terme.

Aux Ministère de la Santé, Ministère de la Femme et de la Famille, Ministère de l'Éducation, partenaires techniques et financiers (UNFPA, UNICEF, OMS), collectivités territoriales, il est recommandé de :

- Renforcer la couverture des services de santé sexuelle et reproductive, notamment en milieu rural et pour les adolescentes et femmes âgées, en améliorant l'accessibilité, la qualité et la sensibilité culturelle des services.
- Lutter contre les mariages précoces en renforçant les programmes d'éducation sexuelle complète à l'école et dans les communautés, tout en promouvant l'autonomisation des jeunes filles.
- Intégrer les besoins spécifiques des femmes en situation de handicap, migrantes et marginalisées dans les politiques de planification familiale et d'accès à la santé reproductive.



- Élargir les programmes de sensibilisation sur la planification familiale dans les régions à forte fécondité (Dikhil, Ali Sabieh, Tadjourah), en y associant les leaders communautaires et religieux.
- Mettre en œuvre une approche territorialisée des politiques de population, adaptée aux disparités régionales, notamment à travers des diagnostics locaux participatifs.
- Mettre en œuvre une approche fondée sur les droits humains et l'équité, conformément à la stratégie OMS 2023–2030 sur la santé reproductive et l'inclusion.
- Développer et mettre en œuvre d'une approche multisectorielle, incluant médias, ONG et écoles, pour renforcer la planification familiale et l'autonomie reproductive.

Mots-clés : Fécondité, Transition démographique, Disparités régionales, Âge moyen à la procréation, Fécondité à risque, Infécondité, Djibouti.



LISTE DES PRINCIPAUX INDICATEURS

N°	Indicateurs	Niveau de l'indicateur		
		Urbain	Rural	National
1.	Taux Brut de Natalité (TBN)	24,9‰	30,9‰	25,9‰
2.	Taux Global de Fécondité Générale (TGFG)	86,7‰	130,9‰	92,7‰
3.	Taux de fécondité des adolescentes de 12 - 19 ans	3,3‰	16,6‰	5,1‰
4.	Taux de fécondité des femmes de 40 - 49 ans	84,4‰	145,7‰	93,7‰
5.	Taux de fécondité des femmes de 15-19 ans	4,9‰	27,4‰	7,8‰
6.	Taux de fécondité des femmes de 20-24 ans	37‰	108,5‰	45,8‰
7.	Taux de fécondité des femmes de 25-29 ans	133,3‰	205,5‰	142,5‰
8.	Taux de fécondité des femmes de 30-34 ans	171,8‰	178,2‰	172,8‰
9.	Taux de fécondité des femmes de 35-39 ans	151,4‰	151,2‰	151,3‰
10.	Taux de fécondité des femmes de 40-44 ans	89,5‰	152‰	99,2‰
11.	Taux de fécondité des femmes de 45-49 ans	78,4‰	137,6‰	87,2‰
12.	Indice synthétique de fécondité (ISF)	3,3	4,8	3,53
13.	Descendance finale (DF)	3,49	3,55	3,5
14.	Parité moyenne de 15-19 ans	0,02	0,08	0,03
15.	Taux brut de reproduction (TBR)	1,6	2,3	1,7
16.	Taux net de reproduction (TNR)	1,4	2	1,5
17.	Age moyen à la procréation (AMP)	33,4	32,7	33,3
18.	Prévalence de l'infécondité des adolescentes de 15 - 19 ans	56,9%	55,1%	56,2%
19.	Prévalence de l'infécondité initiale	21,5%	24,5%	22%
20.	Prévalence de l'infécondité totale	21,9%	26,6%	22,6%

Source : INSTAD (2024) RGPH-3



INTRODUCTION

La planification, le suivi et l'évaluation du développement nécessitent des données socioéconomiques et démographiques fiables, régulièrement mises à jour et disponibles en temps utile. Le recensement constitue la principale source d'informations exhaustives, désagrégées et actuelles sur la population, les conditions de vie et l'habitat, selon l'âge, le sexe et le milieu de résidence. Il représente un outil essentiel d'aide à la décision pour les politiques publiques, l'aménagement du territoire et l'allocation équitable des ressources. Il permet d'estimer les besoins de la population et de mieux orienter les interventions à tous les niveaux.

Le 3^{ème} RGPH réalisé à Djibouti en 2024 vise à fournir des données actualisées, fiables et désagrégées sur la structure démographique, les caractéristiques socioéconomiques et les dynamiques de la population djiboutienne. L'un des objectifs de ce 3^{ème} RGPH est d'étudier le mouvement et la dynamique de la population en relation avec les autres sources de données existantes (2^{ème} RGPH de 2009, enquêtes statistiques, etc.). À cet égard, le thème de la natalité et de la fécondité occupe une place centrale, car il permet d'appréhender les rythmes de renouvellement de la population, les besoins futurs en services sociaux, et les perspectives en matière de croissance démographique. L'analyse de la fécondité contribue ainsi directement aux objectifs globaux du RGPH, en alimentant la planification nationale et locale du développement.

La fécondité est un déterminant clé de la croissance démographique. Elle influence la demande en infrastructures et en services publics tels que l'éducation, la santé maternelle et infantile, ou encore l'emploi. A Djibouti, le contexte de transition démographique encore inachevée rend l'analyse de la natalité et de la fécondité particulièrement pertinente pour comprendre les dynamiques sociales, économiques et culturelles en mutation. Étudier cette thématique permet également de suivre l'impact des politiques de santé reproductive, de promotion féminine et d'autonomisation des femmes, et d'identifier les leviers permettant d'atteindre les objectifs de développement durable (ODD).

Bien que Djibouti ait réalisé trois recensements de la population respectivement en 1983, 2009 et 2024, les deux premiers n'ont pas donné lieu à des analyses thématiques approfondies (fécondité, mortalité, état matrimonial, nuptialité, migration, etc.). Ce rapport thématique sur la fécondité constitue ainsi une première dans le pays. Les résultats de cette analyse contribueront à orienter et à actualiser plusieurs politiques sectorielles, notamment la stratégie sectorielle de développement social, le Plan national de santé, le programme d'autonomisation des femmes, ainsi que les politiques éducatives. Une meilleure connaissance des niveaux et des déterminants de la fécondité permettra de renforcer les interventions en matière de santé reproductive, de planification familiale, d'éducation des filles et de lutte contre les inégalités de genre. Par ailleurs, les données issues du 3^{ème} RGPH serviront à répondre aux besoins d'information formulés dans divers programmes nationaux, en particulier ceux liés à l'habitat, à l'emploi des jeunes et à la cohésion sociale.



Plusieurs politiques et programmes ont été mis en œuvre à Djibouti pour encadrer et influencer la dynamique de la fécondité, notamment à travers la stratégie nationale de santé reproductive, les programmes de planification familiale, la politique nationale genre, et les efforts visant à améliorer l'accès à l'éducation et à la santé pour les femmes et les filles. À l'échelle nationale, la République de Djibouti s'est dotée de la Vision 2035, centrée sur l'Inclusion, la Connexion et les Institutions (ICI), qui se décline en plusieurs politiques sectorielles dont la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation exigent une amélioration significative de la production des statistiques démographiques et sociales. Il s'agit notamment de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE), de la Politique nationale de l'emploi (PNE 2014-2024), du registre social pour évaluer les politiques en faveur des plus pauvres, du Programme national de développement sanitaire (PNDS) et du Programme d'action de l'Éducation (PAE). À l'échelle internationale, Djibouti est également engagé dans des cadres tels que le Programme d'action de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), l'Agenda 2030 pour le développement durable, ainsi que les engagements d'Addis-Abeba sur la population et le développement.

Les enquêtes précédentes (notamment les EDSF/PAPFAM, ainsi que les RGPH antérieurs) ont permis de dresser un portrait partiel des tendances de la fécondité à Djibouti, caractérisées par des disparités régionales marquées et une prévalence contraceptive encore faible. Néanmoins, les données étaient souvent insuffisamment désagrégées ou dépassées pour permettre une planification précise. Le 3^{ème} RGPH de 2024, avec sa couverture exhaustive, offre une opportunité de mesurer avec précision les niveaux actuels de la fécondité, les écarts entre les sous-populations, ainsi que les changements intervenus au cours de la dernière décennie.

Les limitations des programmes antérieurs résident notamment dans la faiblesse de la couverture des services de santé reproductive, l'insuffisance des actions de sensibilisation sur la planification familiale, et les pesanteurs socioculturelles qui freinent l'adoption de comportements reproductifs éclairés. Du point de vue des données, le manque de régularité des enquêtes et l'absence de données probantes limitaient les capacités d'intervention ciblée. Cette analyse thématique, basée sur les données du 3^{ème} RGPH, apporte une valeur ajoutée en proposant une analyse actualisée, fine et désagrégée des niveaux, structures et tendances de la fécondité, contribuant ainsi à améliorer l'efficacité des politiques publiques.

L'analyse poursuit les objectifs suivants :

- Estimer les niveaux actuels de la natalité à Djibouti et analyser leur évolution récente ;
- Évaluer les niveaux actuels de la fécondité du moment, ainsi que leurs différentiels et leur évolution au cours des dernières années ;
- Mesurer les niveaux de la fécondité passée, en examiner les différentiels et retracer leur évolution récente ;



- Analyser les niveaux actuels de la fécondité à risque, en identifiant les disparités existantes et les tendances observées ;
- Examiner les niveaux d'infécondité à Djibouti, leurs différentiels et leur évolution récente ;
- Formuler des recommandations pour l'amélioration de la santé reproductive à Djibouti sur la base des résultats.

D'abord, le premier chapitre expose le contexte général de l'étude ainsi que les considérations méthodologiques. Ensuite, le deuxième chapitre est consacré à l'analyse de la natalité.

Puis, le troisième chapitre examine la fécondité du moment. Par la suite, le quatrième chapitre traite de la fécondité passée. De plus, le cinquième chapitre évalue les formes de fécondité à risque. Enfin, le sixième chapitre analyse l'infécondité à Djibouti.



CHAPITRE 1 : CONTEXTE ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Ce chapitre présente les principaux éléments de contexte permettant de situer l'analyse de la fécondité à Djibouti. Il revient d'abord sur les caractéristiques géographiques, administratives, démographiques, économiques, socioculturelles, politiques et institutionnelles du pays, en lien avec les dynamiques de la fécondité. Il expose ensuite les approches méthodologiques adoptées pour l'exploitation des données issues du 3^{ème} RGPH.

1.1. Contexte du pays

1.1.1. Contexte géographique et administratif

La République de Djibouti est un pays de la Corne de l'Afrique, couvrant une superficie d'environ 23 669 km². Elle est située à la jonction stratégique de l'Afrique et de l'Asie, à l'extrémité méridionale de la mer Rouge, le long du détroit de Bâb el-Mandeb, qui ouvre sur le golfe d'Aden. Ce positionnement géographique fait de Djibouti un carrefour géopolitique et économique majeur, reliant le monde arabe, l'Afrique subsaharienne et l'Asie.

Djibouti partage ses frontières terrestres avec l'Érythrée au Nord, l'Éthiopie à l'Ouest et au Sud-ouest, et la Somalie au Sud, tandis que sa façade maritime à l'Est s'étend sur 372 kilomètres de côtes, entaillées par le golfe de Tadjourah et le Goubet al-Kharab. Son espace maritime s'élève à environ 7 200 km², ce qui contribue à renforcer sa position géostratégique, justifiant la présence de nombreuses bases militaires étrangères (États-Unis, Chine, France, etc.).

Sur le plan géophysique, le territoire djiboutien est dominé par des formations volcaniques issues de la confluence de trois rifts géologiques majeurs, ce qui le rend sujet à une forte activité tectonique. Le climat y est semi-aride à désertique, avec des températures moyennes oscillant entre 30°C en saison fraîche (octobre à avril) et plus de 45°C pendant la saison chaude (mai à septembre). Les précipitations sont faibles et irrégulières, généralement inférieures à 180 mm par an, concentrées dans les zones montagneuses. Les ressources naturelles, notamment en eau et en terres arables, sont donc très limitées, ce qui influence à la fois la répartition de la population, les modes de vie et, indirectement, les comportements démographiques.

La contrainte environnementale pèse fortement sur les conditions de vie, en particulier dans les régions rurales et pastorales, où les ressources sont rares. Cette situation a favorisé une urbanisation rapide, marquée par un exode massif des populations rurales vers les centres urbains, notamment Djibouti-ville, à la recherche de meilleures conditions de vie, d'accès aux services de base, à l'éducation et à la santé reproductive.

Selon les résultats du 3^{ème} RGPH, 81 % de la population vit désormais en milieu urbain, dont une grande partie dans la capitale. Cette concentration urbaine s'explique par l'attraction exercée depuis l'indépendance par la ville de Djibouti sur les populations pastorales issues des



régions intérieures du pays ou des pays frontaliers. Bien que fortement ancrés dans leur identité culturelle et mode de vie traditionnel, ces groupes s'intègrent progressivement au cadre urbain, ce qui favorise des changements dans les comportements reproductifs : une exposition accrue à la santé reproductive, à l'éducation et aux normes modernes, se traduit souvent par une réduction de la fécondité dans les milieux urbains.

D'un point de vue administratif, le pays est subdivisé depuis 2005 en six régions : la ville de Djibouti, qui a un statut particulier, et cinq autres régions : Ali Sabieh, Arta, Dikhil, Obock et Tadjourah. Ces régions sont elles-mêmes réparties en sous-préfectures, et présentent des contextes socio-économiques et culturels hétérogènes, avec des implications directes sur les comportements en matière de fécondité.

Certaines régions, plus rurales et enclavées, enregistrent des taux de fécondité plus élevés, en raison d'un accès limité aux services de santé reproductive, d'une utilisation réduite des méthodes contraceptives, et de normes sociales valorisant les familles nombreuses. En revanche, les zones plus urbanisées, comme Djibouti-ville, tendent à présenter une fécondité plus faible, reflet de l'élévation du niveau d'instruction, de l'autonomisation croissante des femmes et de la meilleure accessibilité aux services sociaux et de santé.

Enfin, au niveau régional et international, Djibouti joue un rôle stratégique important en tant que point de liaison entre l'Afrique et la péninsule Arabique, renforcé par son appartenance à des organisations régionales telles que la Ligue arabe, l'Autorité intergouvernementale pour le développement (IGAD) et le Marché commun de l'Afrique orientale et australe (COMESA). Cette ouverture aux échanges interrégionaux contribue également aux flux migratoires et à la diversité sociale, ce qui peut avoir des effets contrastés sur la fécondité selon les groupes sociaux et leur degré d'intégration.

1.1.2. Contexte démographique

La population de la République de Djibouti a connu une croissance rapide au cours des deux dernières décennies. En 2009, elle était estimée à 818 159 habitants, dont 70,6 % vivaient en milieu urbain, avec une concentration particulièrement forte dans la capitale, Djibouti-ville, qui abritait à elle seule 58,1 % de la population nationale. Selon les premières estimations du 3^{ème} RGPH, le pays compte désormais environ 1 003 800 habitants. Cette dynamique démographique s'explique par plusieurs facteurs : l'urbanisation accélérée, la migration interne et transfrontalière, ainsi que l'amélioration générale des conditions de vie.

Djibouti se caractérise par une structure démographique composée de trois grands groupes : les populations urbaines, rurale et nomade. À cela s'ajoute une proportion significative de résidents étrangers, notamment des réfugiés issus des pays voisins (Somalie, Éthiopie, Érythrée et Yémen), représentant environ 3,2 % de la population totale. Cette configuration démographique exerce une influence sur les comportements reproductifs, les normes sociales et l'accès aux



services de santé reproductive, entraînant ainsi des variations importantes des taux de fécondité selon les milieux de vie.

Au cours des deux dernières décennies, Djibouti a connu une baisse sensible de la fécondité. L'indice synthétique de fécondité (ISF) est passé de 4,2 enfants par femme selon l'EDSF/PAPFAM 2002 à 2,94 enfants par femme en 2012. Cette diminution résulte principalement d'un recul de l'âge au premier mariage (estimé à 33 ans pour les hommes et à 29,9 ans pour les femmes) et d'un recours croissant à la fécondité tardive, surtout en milieu urbain. Ce phénomène est également lié à l'amélioration du niveau d'instruction des femmes et à leur accès accru à l'information et aux services de planification familiale, notamment dans les centres urbains.

En parallèle, le pays affiche également une mortalité maternelle encore élevée, bien qu'en nette diminution, passant de 546 à 383 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2002 et 2012. Cette tendance reflète les efforts du gouvernement pour renforcer la santé maternelle, mais elle souligne aussi les défis persistants dans certaines zones rurales et nomades, où l'accès aux soins reste limité.

Par ailleurs, l'évolution du taux de natalité illustre cette transformation démographique : il serait passé de 30,8‰ en 2009 à 18,3‰ en 2024, selon les projections démographiques publiées par le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Cette baisse est essentiellement due à l'urbanisation rapide, à la transformation des structures familiales et au recul progressif des modèles traditionnels de fécondité élevée, notamment dans les régions urbaines.

Ainsi, le contexte démographique de Djibouti est marqué par une transition en cours vers une fécondité plus maîtrisée, influencée par des facteurs socio-économiques, culturels et migratoires. Toutefois, cette transition reste inégalement répartie selon les milieux de vie et les groupes socio-économiques, mettant en évidence la nécessité d'un renforcement ciblé des politiques de santé reproductive, d'éducation et de soutien aux femmes, en particulier dans les zones périphériques.

1.1.3. Contexte économique

L'économie de la République de Djibouti repose essentiellement sur le secteur tertiaire, en particulier les services, qui représentent près de 80 % du produit intérieur brut (PIB). Cette prédominance s'explique principalement par les activités portuaires et logistiques. Le port autonome international de Djibouti, situé à un carrefour stratégique des routes maritimes reliant l'Europe, l'Asie, la péninsule Arabique et l'Afrique, joue un rôle central dans l'économie nationale. Il constitue non seulement un hub logistique régional, mais également le principal point d'accès maritime pour l'Éthiopie, pays enclavé de plus de 120 millions d'habitants. Cette interdépendance régionale a renforcé la vocation de Djibouti comme plateforme de transit, de redistribution et de services portuaires.

Dans cette dynamique, la chaîne des transports (routiers, ferroviaires et maritimes) est devenue l'épine dorsale de la stratégie de développement du pays. Djibouti en a fait un pilier de son



développement inclusif et durable, en investissant dans les infrastructures et les corridors logistiques.

À l'inverse, les secteurs de l'agriculture et de l'industrie restent très marginaux, contribuant respectivement à environ 3 % et 17 % du PIB. Le développement agricole est entravé par l'aridité des sols, les sécheresses récurrentes et la rareté des ressources hydriques. En conséquence, près de 95 % des denrées alimentaires, notamment les fruits et légumes, sont importés. Cette dépendance alimentaire renforce la vulnérabilité économique et sociale des populations, en particulier celles vivant dans les zones rurales et périphériques.

Le taux de pauvreté reste élevé. Selon les données de l'EDAM4 de 2017, environ 35,8 % de la population vivait sous le seuil national de pauvreté, avec d'importantes disparités selon le sexe, le niveau d'instruction et le milieu de résidence. La pauvreté est plus marquée dans les régions de l'intérieur que dans la capitale, accentuant les inégalités économiques et sociales à l'échelle nationale.

Cette configuration économique a des répercussions directes sur la fécondité. En milieu rural, les femmes, souvent peu scolarisées et économiquement dépendantes, tendent à avoir un nombre d'enfants plus élevé. À l'inverse, en milieu urbain, notamment à Djibouti-ville, les femmes ayant un meilleur accès à l'éducation et à l'emploi formel montrent une fécondité plus faible, reflet d'un contrôle accru sur leur santé reproductive et d'une autonomie décisionnelle plus affirmée. L'inégalité d'accès aux services de santé reproductive, conjuguée à la précarité économique, contribue donc à des disparités importantes dans les comportements de fécondité selon les milieux et les groupes sociaux.

1.1.4. Contexte socioculturel

La République de Djibouti est une société riche en diversité ethnique et culturelle, dominée par deux grands groupes : les Afar et les Somalis. Ces populations partagent un héritage culturel et religieux commun profondément enraciné, avec un attachement fort à l'islam sunnite, religion officielle de l'État selon l'article premier de la Constitution. Ce socle religieux et traditionnel influence fortement les valeurs sociales, les rôles familiaux ainsi que les pratiques liées à la reproduction.

Dans ce contexte, la fécondité est perçue non seulement comme une nécessité biologique, mais aussi comme un symbole de statut social, de solidarité familiale et de continuité générationnelle. Les familles nombreuses sont valorisées, en particulier dans les milieux ruraux et nomades, où avoir plusieurs enfants est souvent vu comme un gage de sécurité économique et sociale. Ainsi, la fécondité élevée est encouragée culturellement, notamment pour les femmes, qui voient parfois leur statut social renforcé par le nombre d'enfants qu'elles portent.

Dans l'ensemble, la société djiboutienne reste patriarcale, avec un rôle prépondérant de l'homme au sein du foyer. L'homme est souvent considéré comme le chef de famille et le principal pourvoyeur économique, ce qui peut limiter l'autonomie des femmes en matière de santé reproductive. Cette structure sociale influence fortement la prise de décision concernant



la planification familiale, en particulier dans les zones rurales, où les pressions sociales favorisent les grossesses rapprochées et les familles nombreuses.

Cependant, des transformations socioculturelles importantes sont en cours. L'amélioration du niveau d'éducation, en particulier chez les femmes, ainsi que l'exposition accrue aux médias et aux valeurs modernistes, modifient progressivement les normes traditionnelles. Ces évolutions favorisent une plus grande connaissance des méthodes contraceptives et un changement dans les choix reproductifs, notamment en milieu urbain.

Les données issues des enquêtes EDSF/PAPFAM confirment ces dynamiques différentielles :

- L'indice synthétique de fécondité (ISF) est plus élevé en milieu rural et nomade (4,9 enfants par femme) qu'en milieu urbain (4,1 enfants).
- Les femmes analphabètes ont en moyenne 4,5 enfants, contre 2,2 enfants pour celles ayant atteint le secondaire ou plus.
- 75 % des femmes non instruites âgées de 15 à 49 ans sont mariées, contre seulement 11,7 % parmi celles ayant un niveau d'instruction secondaire et plus.

Ces statistiques illustrent clairement le lien entre niveau d'éducation, autonomie féminine et fécondité. L'instruction des filles apparaît ainsi comme un levier majeur pour modérer la fécondité, retarder l'âge au mariage et encourager la planification familiale.

Néanmoins, l'accès aux services de planification familiale demeure limité. Selon les données de l'EDSF/PAPFAM, seulement 15,3 % des femmes non célibataires en âge de procréer utilisaient une méthode contraceptive en 2002, un chiffre qui n'a progressé qu'à 24 % en 2012, traduisant une adoption encore restreinte des services de santé reproductive.

1.1.5. Contexte sanitaire

Le contexte sanitaire de Djibouti influence sur la dynamique de la fécondité, en influençant directement les comportements reproductifs et les choix des femmes. Malgré des progrès notables dans l'amélioration des services de santé maternelle et néonatale, le pays continue de faire face à des défis majeurs qui impactent la santé reproductive et, par conséquent, les indicateurs de fécondité.

La mortalité maternelle demeure élevée à Djibouti, avec un ratio estimé à 234,5 décès pour 100 000 naissances vivantes, bien que des efforts aient été déployés pour réduire ce chiffre au cours des dernières décennies. Cette situation est exacerbée par la persistance de pratiques néfastes telles que l'excision et l'infibulation, qui affectent environ 93 % des femmes et filles djiboutiennes. Ces interventions augmentent les risques obstétricaux, notamment les complications lors de l'accouchement, et peuvent influencer les décisions des femmes concernant la planification familiale et le nombre d'enfants.



Par ailleurs, l'accès aux services de santé reste inégal, particulièrement dans les zones rurales et nomades, où les infrastructures sont limitées et les distances à parcourir pour accéder aux soins sont considérables. Cette disparité géographique contribue à des taux de fécondité plus élevés dans ces régions, en raison de l'absence de services de santé reproductive adéquats et de l'isolement des populations concernées.

En réponse à ces défis, le gouvernement djiboutien, en collaboration avec des partenaires internationaux tels que le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), a mis en place des initiatives visant à renforcer les services de santé maternelle et néonatale. Ces initiatives incluent la formation du personnel de santé, l'amélioration de l'accès aux soins d'urgence obstétricaux et néonataux, ainsi que la promotion de la planification familiale et de l'éducation à la santé reproductive.

Ainsi, le contexte sanitaire de Djibouti influence de manière significative les comportements reproductifs et les choix en matière de fécondité. Les efforts visant à améliorer l'accès aux soins de santé, à réduire les pratiques néfastes et à promouvoir la planification familiale sont essentiels pour accompagner les femmes dans leurs décisions reproductives et pour contribuer à une baisse progressive des taux de fécondité dans le pays.

1.1.6. Contexte politique et institutionnel

Le cadre politique et institutionnel de la République de Djibouti joue un rôle central dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé reproductive, de planification familiale et des droits des femmes. Conscient des enjeux liés à la fécondité et à la santé maternelle, le gouvernement a affirmé, ces dernières années, sa volonté de renforcer l'accès aux services de santé, notamment en faveur des femmes et des jeunes filles.

Il convient de souligner que Djibouti bénéficie d'un cadre politique structuré en matière de santé, tel que recensé dans l'enquête SRMNCAH de l'Organisation mondiale de la Santé (2018-2019). Ce cadre englobe notamment la planification familiale, la santé reproductive ainsi que la prévention et la prise en charge des violences basées sur le genre dans le secteur sanitaire. Cette approche intégrée témoigne de la volonté des autorités djiboutiennes de promouvoir un accès équitable aux services de santé, tout en répondant aux besoins spécifiques des populations les plus vulnérables.

Depuis la Conférence nationale sur la population et le développement de 2019, Djibouti s'est engagé à réduire de moitié les décès maternels évitables. Cet engagement s'est traduit par l'amélioration de l'accès universel aux soins de santé de base, la formation de personnel qualifié, le renforcement des soins obstétricaux d'urgence, et l'intégration des services de santé reproductive dans les structures sanitaires à l'échelle nationale.

Le système de santé djiboutien est organisé en trois niveaux, selon une structure pyramidale. Il repose sur trois sous-secteurs d'offre de soins : public, parapublic et privé. Depuis 2006, des efforts importants ont été consentis pour renforcer les capacités du système, notamment par la



transformation du centre de formation du personnel de santé en Institut de formation des cadres de la santé, l'ouverture de la faculté de médecine en 2007, et le développement de l'hôpital Peltier, principal établissement hospitalier national.

Par ailleurs, avec le soutien de partenaires comme la Banque mondiale, le gouvernement a mis en œuvre, entre 2012 et 2021, le Projet d'Amélioration de la Performance du Secteur de la Santé (PAPSS), financé selon une logique de performance. Ce projet, complété par un financement additionnel, a permis d'améliorer la qualité des soins et de couvrir un large éventail d'établissements sanitaires de premier et de second niveau. Toutefois, les résultats restent inégaux : les infrastructures sont insuffisantes en dehors de la capitale, les services de santé communautaire sont souvent fragmentés, et certaines populations vulnérables (réfugiés, migrants, déplacés) rencontrent toujours des obstacles d'accès aux soins.

En réponse à ces défis, le ministère de la Santé a lancé en 2020 le quatrième Plan National de Développement Sanitaire (PNDS 2020-2024), structuré autour de cinq axes stratégiques : l'amélioration de la qualité des soins, l'intégration des services, la bonne gouvernance, l'augmentation du financement, et le renforcement du système d'information sanitaire.

Djibouti a également affirmé son engagement en faveur des droits des femmes et de la santé reproductive en ratifiant le Protocole de Maputo en 2005. Cette ratification témoigne d'une volonté politique de promouvoir l'égalité des sexes et d'améliorer les conditions de vie des femmes, notamment à travers l'accès aux services de planification familiale. Des initiatives telles que le réseau Elles & Elle, mises en œuvre avec le soutien de l'UNFPA, visent à sensibiliser sur les droits reproductifs et à renforcer l'autonomisation des femmes et des jeunes.

Néanmoins, plusieurs obstacles subsistent. La prévalence des mutilations génitales féminines demeure élevée malgré les efforts législatifs, et l'application des lois reste inégale. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives reste modéré, bien qu'en augmentation : il est passé de 15,3 % en 2002 à 24 % en 2012 chez les femmes non célibataires en âge de procréer (EDSF/PAPFAM). Ces limites sont le reflet d'une combinaison de facteurs structurels, institutionnels et culturels.

Ainsi, bien que les progrès soient notables, le cadre politique et institutionnel de Djibouti nécessite des actions renforcées pour répondre efficacement aux défis persistants liés à la fécondité. Cela passe par un meilleur accès aux services de santé reproductive, une gouvernance plus inclusive, une éducation à la santé renforcée, et une lutte continue contre les inégalités de genre.



1.2. Aspects méthodologiques

1.2.1. Définition des concepts

Natalité : Le dictionnaire démographique¹ définit la natalité comme étant la fréquence des naissances vivantes au sein de la population au cours d'une période quelconque. Il est opérationnalisé par le TBN exprimé généralement en pour 1000. La natalité d'un pays dépend de la fécondité des femmes et de leur nombre au sein de la population.

Fécondité : Elle désigne la fréquence des naissances au sein de la population exposée au risque de procréer. Dans le cas présent, il s'agit des femmes en âge de procréer c'est-à-dire celles âgées de 15 - 49 ans révolus.

On emploie le terme fécondité, au lieu de natalité, lorsque les naissances sont mises en relation avec l'effectif des femmes d'âge fécond. La fécondité d'une génération peut être résumée par sa descendance finale et l'âge moyen à la maternité, tandis que l'indicateur conjoncturel de fécondité (ou indice synthétique ou somme des naissances réduites) mesure la fécondité d'une année.

Fécondité à risque : La fécondité à risque désigne la fécondité qui court plus de risque de décéder à la fois pour les enfants et les femmes concernés. Le risque est dû à la fragilité de la femme au regard de son jeune âge ou de son âge très avancé, de son manque d'expérience en termes de maternité et à la multiplication des accouchements. Dans ce rapport d'analyse, la fécondité considérée comme à risque est représentée par celle des adolescentes (12-19 ans) et des femmes de 40-49 ans au cours des 12 derniers mois.

Fécondité des adolescentes : Les adolescentes désignent des filles qui ont un âge compris entre 10 et 19 ans. La fécondité des adolescentes est généralement mesurée pour la tranche d'âge des 15-19 ans. Dans le cadre de cette analyse, elle est toutefois étudiée chez les jeunes filles âgées de 12 à 19 ans.

Infécondité : L'infécondité désigne l'absence de naissance vivante chez une femme en âge de procréer au cours d'une période de temps donnée ou à un âge donné. L'une des raisons de l'infécondité d'une femme pourrait être due à la stérilité qui est l'incapacité biologique de concevoir.

Femme en âge de procréer : Les femmes en âge de procréer sont les femmes dont l'âge est compris entre 15-49 ans.

Naissance vivante : Un enfant né vivant est un enfant qui, à la naissance, a manifesté un signe de vie (cri, respiration, battement de cœur...), même s'il est décédé immédiatement après.

¹ Henry, L. (2012). Dictionnaire démographique multilingue : Seconde édition unifiée, volume français. Paris : CICRED.



1.2.2. 1.2 Principaux indicateurs

Taux brut de natalité (TBN) : Il indique le nombre moyen de naissances vivantes annuelles pour 1000 habitants. Il est obtenu en rapportant les naissances des douze derniers mois à l'effectif de la population résidente au RGPH.

$$TBN = \frac{\text{Naissances vivantes totales des 12 derniers mois}}{\text{Population résidente moyenne au dénombrement}} \times 1000$$

Taux global de fécondité générale (TGFG) : Il désigne le nombre de naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer au cours d'une année. Il est obtenu en rapportant les naissances des 12 derniers mois à l'effectif des femmes âgées de 15 - 49 ans révolus.

$$TGFG = \frac{\text{Naissances vivantes totales des 12 derniers mois}}{\text{Population féminine âgée de 15 - 49 ans révolus}} \times 1000$$

Taux de fécondité par groupe d'âges TF (x, x + a) : Il indique le nombre de naissances vivantes survenues au cours d'une année chez les femmes par âge ou groupe d'âges pour 1000 femmes de cet âge ou groupe d'âges de femmes en âge de procréer. Il est obtenu pour un groupe d'âges donné de femmes, en rapportant les naissances vivantes issues des femmes du groupe d'âges à l'effectif des femmes du même groupe d'âges.

TF(x, x + a)

$$= \frac{\text{Naissances vivantes des 12 derniers mois des femmes du groupe d'âges (x, x + a)}}{\text{Population féminine du groupe d'âges (x, x + a)}} \cdot 1000$$

Indice synthétique de fécondité (ISF) : C'est le nombre moyen d'enfants nés vivants qu'aurait mis au monde une femme arrivée à la fin de sa vie féconde, si elle connaissait à chaque âge, les taux de fécondité observés au cours des 12 derniers mois ayant précédé le recensement. Il est obtenu en faisant la somme des taux de fécondité par âge observé au cours des 12 derniers mois multipliés par l'amplitude des groupes d'âges.

$$ISF = \sum_{x=15}^{x=44} a \cdot \frac{\text{Naissances vivantes des 12 derniers mois des femmes du groupe d'âges (x, x + a)}}{\text{Population féminine du groupe d'âges (x, x + a)}}$$

Descendance finale (Df) : Elle indique le nombre moyen d'enfants nés vivants par une femme à la fin de sa vie féconde à 50 ans.

$$DF = \frac{\text{Ensemble des naissances nées vivantes des femmes du groupe d'âges 45 - 49 ans}}{\text{Population féminine du groupe d'âges 45 - 49 ans}}$$

Parité moyenne (x, x+a) : Elle indique le nombre moyen d'enfants nés vivants par âge ou par groupe d'âges quinquennaux des femmes âgées de 15 - 49 ans. La parité moyenne est obtenue



en faisant le rapport entre le nombre total d'enfants nés vivants de chaque groupe d'âges de femmes et l'effectif total de la population féminine du même âge ou groupe d'âges.

$$PM(x, x+a) = \frac{\text{Ensemble des naissances nées vivantes des femmes du groupe d'âges } (x, x+a)}{\text{Population féminine du groupe d'âges } (x, x+a)}$$

Taux brut de reproduction (TBR) : Il indique la descendance finale en filles d'une génération fictive de femmes soumises aux conditions actuelles de la fécondité en ne tenant pas compte de la mortalité.

$$TBR = (1 - tm) \sum_{x=15}^{x=44} a \cdot \frac{\text{Naissances vivantes des 12 derniers mois des femmes du groupe d'âges } (x, x+a)}{\text{Population féminine du groupe d'âges } (x, x+a)}$$

Où *tm* est le taux de masculinité à la naissance.

Taux net de reproduction (TNR) : Il indique la descendance finale en filles d'une génération fictive de femmes soumises aux conditions actuelles de la fécondité en tenant compte de la mortalité.

Age moyen à la procréation (AMP) : L'âge moyen à la procréation résume le calendrier de la fécondité des femmes en âge de procréer. Il est obtenu en faisant le rapport de la somme des naissances vivantes des 12 derniers mois multipliés par l'amplitude des groupes d'âges par la somme des naissances vivantes des 12 derniers mois.

$$AMP = \frac{\sum n(x, x+a) (x+a/2)}{\sum n(x, x+a)}, \text{ avec } n(x, x+a) \text{ les naissances vivantes au cours des douze derniers mois des femmes de la tranche d'âge } (x, x+a)$$

Taux d'infécondité primaire : Cet indicateur désigne la proportion des femmes en âge de procréer n'ayant pas encore eu de naissances vivantes au moment du recensement.

Taux d'infécondité totale : Il correspond à la proportion des femmes ayant atteint la fin de leur vie génésique sans avoir eu une naissance vivante au cours de leur vie génésique.

1.2.3. Variables d'analyse

Les données issues du 3^{ème} RGPH ont permis de recueillir des informations détaillées sur plusieurs variables relatives à la fécondité, telles que le nombre d'enfants nés vivants, le nombre d'enfants survivants, les naissances survenues au cours des 12 derniers mois, ainsi que des variables relatives à diverses caractéristiques. Ces dernières incluent le lieu de résidence (région, milieu urbain ou rural), les caractéristiques démographiques (âge, sexe, état matrimonial, statut migratoire), les caractéristiques socio-économiques (niveau de vie du ménage, statut d'occupation), les facteurs socioculturels (niveau d'éducation), ainsi que d'autres dimensions comme le statut de handicap et la nationalité.



Dans le cadre de la présente analyse, les principales variables d'intérêt sont le nombre de naissances survenues au cours des 12 derniers mois et le nombre d'enfants nés vivants. L'analyse est menée selon plusieurs variables de désagrégation, notamment la région et le milieu de résidence, l'âge, la situation matrimoniale, le statut migratoire, le niveau de vie du ménage, le statut d'occupation, le niveau d'éducation, le statut de handicap et la nationalité.

1.2.4. Méthodes d'observation

Lors du 3^{ème} RGPH, deux questions essentielles ont été posées aux femmes âgées de 12 ans et plus afin de recueillir des informations sur la natalité et la fécondité. La première visait à établir le nombre total d'enfants nés vivants qu'une femme a eus au cours de sa vie, tandis que la seconde cherchait à déterminer combien de ces naissances avaient eu lieu au cours des douze mois précédant le recensement. Ces deux éléments permettent de mesurer à la fois la fécondité passée et la fécondité récente.

Cependant, la fiabilité des réponses apportées à ces questions peut être affectée par plusieurs facteurs susceptibles d'introduire des biais dans les données. Il arrive, par exemple, que certaines femmes aient des difficultés à situer avec précision une naissance dans le temps, ce qui peut conduire à l'inclusion d'événements hors période ou, à l'inverse, à l'omission de naissances admissibles. Par ailleurs, certaines naissances vivantes, en particulier celles ayant été suivies rapidement d'un décès, peuvent ne pas être déclarées, tout comme il est possible que des enfants mort-nés soient, à tort, considérés comme nés vivants. La qualité des réponses peut également être altérée par des pertes de mémoire, notamment chez les femmes plus âgées, ou encore par des déclarations imprécises ou erronées lorsque les chefs de ménage répondent à la place des femmes concernées.

Au-delà de ces biais déclaratifs, l'analyse repose uniquement sur les femmes survivantes au moment du recensement. Cette limitation introduit un biais de sélection, car rien ne permet d'affirmer que les comportements reproductifs des femmes décédées seraient similaires à ceux des femmes recensées. Cette hypothèse de continuité entre les deux groupes est en effet peu probable, ce qui appelle à une certaine prudence dans l'interprétation des données recueillies.

1.2.5. Évaluation de la qualité des données

Avant d'analyser la fécondité à Djibouti, il est essentiel de s'assurer de la fiabilité des données utilisées. Cette évaluation s'effectuera à deux niveaux : interne et externe. L'évaluation interne reposera sur des méthodes graphiques et statistiques visant à détecter d'éventuelles incohérences ou anomalies dans les données. Quant à l'évaluation externe, elle consistera à confronter les résultats aux sources disponibles afin d'en apprécier la validité et la cohérence globale.



1.2.5.1. Évaluation interne

a. Examen des taux de non réponse des variables d'analyse

Les données présentées témoignent d'une excellente qualité statistique, avec des taux de non-réponse systématiquement inférieurs au seuil critique de 5 %, couramment admis en démographie pour juger de la fiabilité des données. La quasi-totalité des variables d'analyse affichent un taux de non-réponse nul, ce qui reflète une collecte rigoureuse et un bon niveau de compréhension des questions par les répondants. Même pour des variables traditionnellement plus sensibles comme le secteur institutionnel ou l'état matrimonial, les taux de non-déclaration restent négligeables.

Tableau n°1. Qualité des données selon les taux de non-réponse

Variabes	Effectifs	Cas valides	Non déclarés	Taux de non réponse (%)
Nombre d'enfants nés vivants	157 738	157 738	0	0,0
Nombre d'enfants encore en vie	157 738	157 738	0	0,0
Naissance des 12 derniers mois	137 655	137 655	0	0,0
Sexe	1 003 800	1 003 800	0	0,0
Age	1 003 800	1 003 800	0	0,0
Nationalité	1 003 800	1 003 800	0	0,0
Statut migratoire	1 003 800	1 003 800	0	0,0
Statut d'occupation	765 691	762 211	3 480	0,5
Situation matrimoniale	722 831	722 626	205	0,03
Statut de handicap	882 594	882 594	0	0,0
Niveau d'instruction	931 142	931 142	0	0,00

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

b. Evaluation de la qualité des données sur l'âge

- **Méthodes d'évaluation graphique**

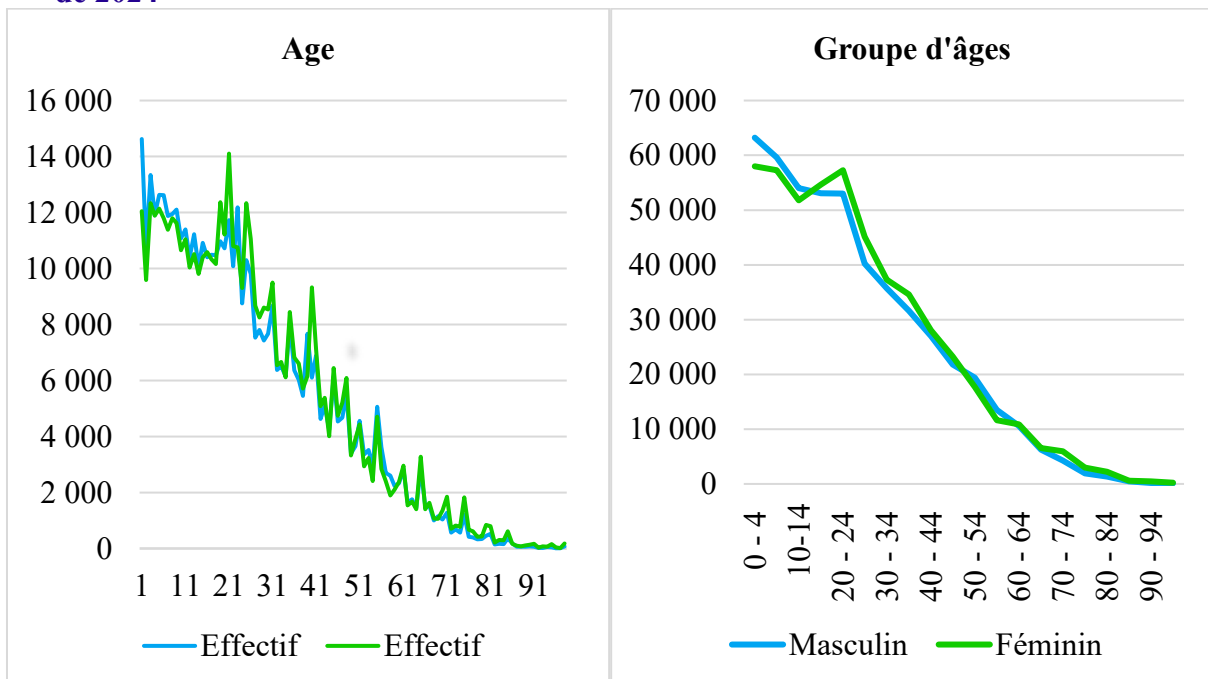
Cette méthode consiste à disposer sur l'axe des abscisses des âges des personnes enquêtées et sur l'axe des ordonnées les effectifs. La distribution des individus par année permet ainsi d'avoir une idée sur la qualité des données recueillies. On s'attend à ce que la courbe de distribution de ces effectifs diminue régulièrement à mesure que l'âge augmente.

La répartition en pourcentage des effectifs selon l'âge ne suit pas une décroissance parfaitement régulière, comme on pourrait théoriquement l'attendre. On observe certaines fluctuations, notamment entre les âges 0 et 40 ans, avec des pourcentages légèrement plus élevés à certains âges spécifiques, comme 2, 4, 20 ou 24 ans, et des creux relatifs à d'autres âges voisins. Ces variations peuvent refléter des comportements de déclaration liés à des arrondis ou à une préférence pour certains âges, sans pour autant indiquer une mauvaise qualité globale des données. À partir de 40 ans, la tendance générale reste orientée à la baisse, bien que quelques hausses ponctuelles persistent, notamment à certains âges avancés. Ces irrégularités, bien que modérées, méritent d'être examinées plus en détail à travers des méthodes d'évaluation graphique et statistique, afin d'apprécier plus finement la qualité des données utilisées.



La distribution de la population selon les groupes quinquennaux montre que la majorité des individus se concentre dans les tranches d'âge les plus jeunes. En effet, près de 12,7 % des hommes et 11,5 % des femmes ont entre 0 et 4 ans, et environ 36 % de chaque sexe ont moins de 15 ans, ce qui reflète une population jeune. La proportion diminue progressivement avec l'âge, passant à environ 8 % pour les hommes et 8,9 % pour les femmes entre 20 et 24 ans, puis à moins de 5 % au-delà de 45 ans, et à moins de 1 % après 80 ans. On observe néanmoins quelques irrégularités dans la distribution des effectifs lorsqu'ils sont analysés en année d'âge isolée, comme des pics ou des creux inexplicables à certains âges. Pour atténuer ces fluctuations, souvent dues à des imprécisions dans la déclaration des âges, les données sont regroupées en classes quinquennales. Ce regroupement permet de lisser les irrégularités et de mieux refléter la structure d'âge globale de la population, tout en facilitant les analyses démographiques ultérieures.

Graphique n°1. Répartition par âge et par sexe de la population de Djibouti, recensement de 2024



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Le rapport de masculinité par année d'âge à Djibouti présente une évolution irrégulière, reflétant à la fois les dynamiques démographiques naturelles et les possibles imprécisions dans la déclaration des âges. À la naissance, le rapport est relativement élevé (121 garçons pour 100 filles), ce qui est cohérent avec la tendance biologique observée à l'échelle mondiale. Toutefois, dès l'âge de 1 à 4 ans, ce rapport diminue progressivement, tout en restant supérieur à 100, indiquant une légère surreprésentation masculine.

Entre les âges de 5 à 14 ans, les rapports restent globalement stables et proches de l'équilibre, oscillant autour de 100, avec de légères variations. À partir de 15 ans, on observe une baisse plus prononcée, notamment entre 18 et 25 ans, où le rapport chute en dessous de 90 à plusieurs



reprises, atteignant un minimum d'environ 83 à 20 et 24 ans. Cela peut refléter des mouvements migratoires sélectifs par sexe, des erreurs de déclaration, ou un sou-dénombrement masculin à ces âges.

Dans les tranches d'âge adultes (30–59 ans), les rapports restent proches de l'équilibre dans l'ensemble, bien qu'avec quelques fluctuations notables, comme un pic inattendu à 38 ans (124) suivi d'un creux à 39 ans (65). Ces irrégularités ponctuelles suggèrent des déclarations approximatives d'âge ou une surreprésentation féminine dans certaines cohortes.

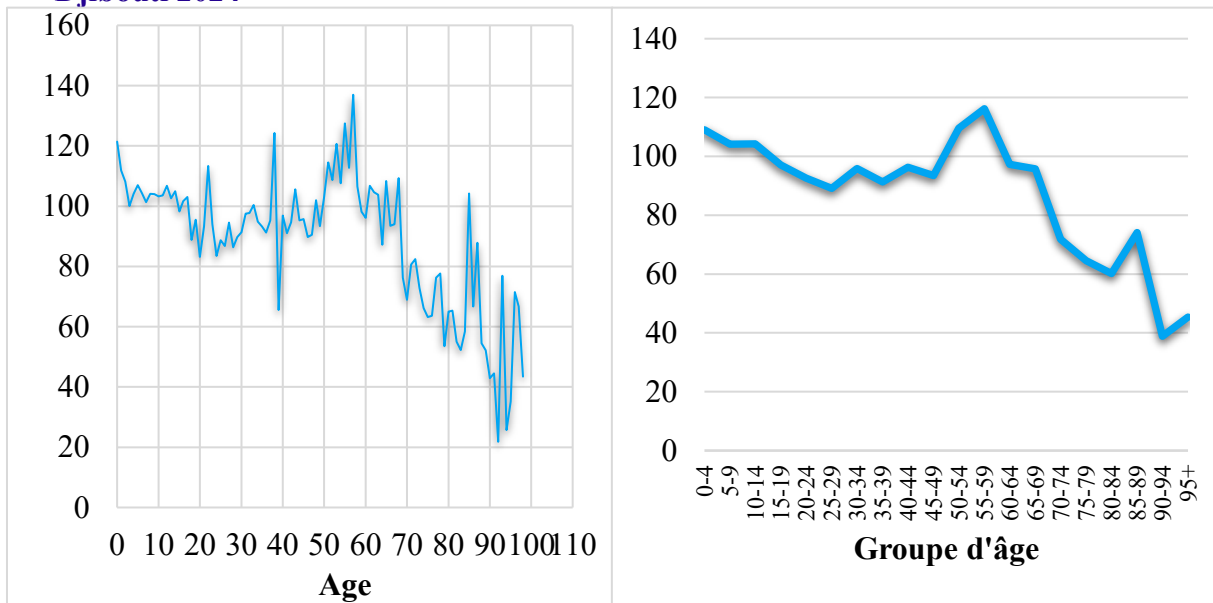
Au-delà de 60 ans, la tendance est clairement à la baisse, comme attendu en raison de la surmortalité masculine aux âges avancés. Le rapport passe souvent en dessous de 80, atteignant même des niveaux très faibles après 80 ans, parfois inférieurs à 50 (ex. : 90 ans à 42,9 et 92 ans à 21,8). Toutefois, quelques exceptions apparaissent, comme à 85 ans où le rapport dépasse 100, probablement en raison d'effectifs très faibles et donc sensibles à la moindre variation.

Dans l'ensemble, avec un rapport de masculinité total d'environ 98,2, la population est globalement équilibrée entre hommes et femmes. Néanmoins, les irrégularités observées à l'échelle annuelle justifient le recours à des regroupements quinquennaux, qui permettent de lisser ces fluctuations et de mieux représenter la structure réelle de la population.

Les rapports de masculinité varient fortement selon les tranches d'âge : ils sont élevés chez les enfants (jusqu'à 109 garçons pour 100 filles entre 0 et 4 ans), ce qui reflète un déséquilibre biologique naturel à la naissance. Ce rapport diminue progressivement à l'adolescence et chez les jeunes adultes, tombant en dessous de 100 dès 15-19 ans, en partie à cause d'une mortalité masculine plus élevée et de possibles dynamiques migratoires. Chez les adultes d'âge moyen (35-64 ans), le rapport reste relativement stable, avec un pic inhabituel à 109,55 chez les 50-54 ans, avant de chuter nettement après 65 ans. Cette baisse marquée chez les personnes âgées s'explique par la plus grande longévité des femmes, le rapport tombant à moins de 40 hommes pour 100 femmes chez les 90-94 ans. Dans l'ensemble, la population présente un léger déficit masculin avec un rapport total de 98,16.



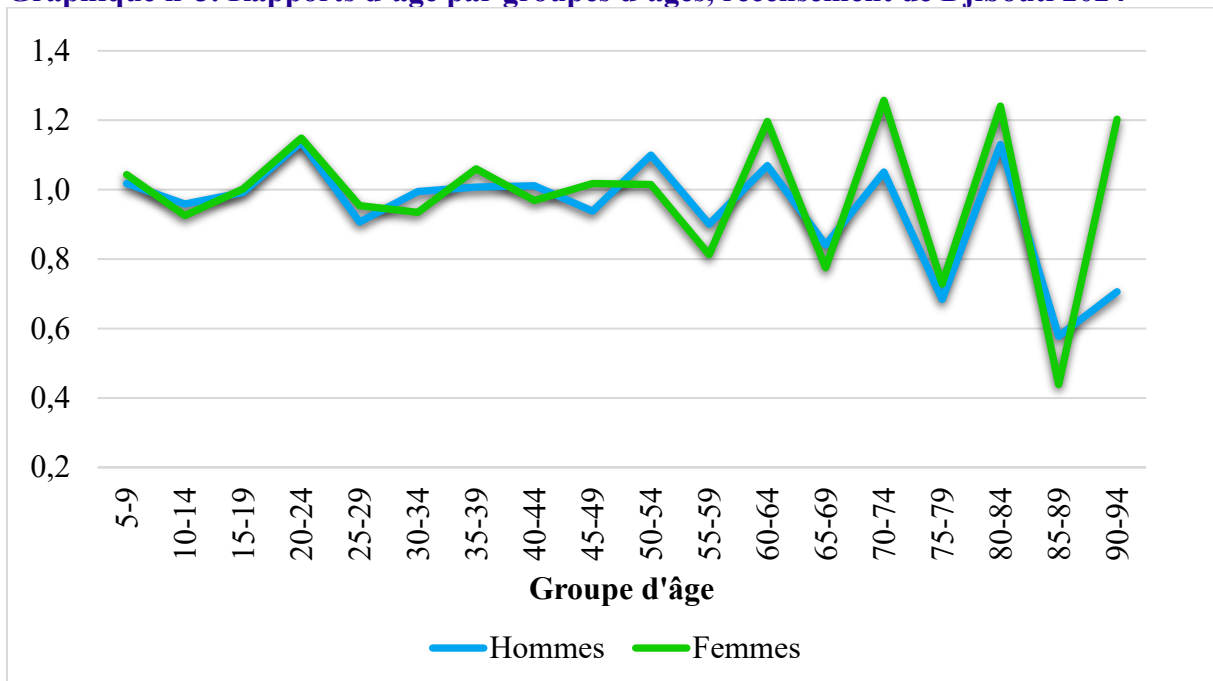
Graphique n°2. Rapports de masculinité d'âge par groupes d'âges, recensement de Djibouti 2024



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Les proportions d'hommes et de femmes varient selon l'âge : elles sont proches de l'équilibre chez les jeunes, oscillent autour de 1 à l'âge adulte avec quelques pics liés aux dynamiques démographiques, puis divergent nettement après 65 ans. Les proportions masculines chutent fortement, tandis que celles des femmes restent élevées, reflétant la surmortalité masculine et la plus grande longévité des femmes.

Graphique n°3. Rapports d'âge par groupes d'âges, recensement de Djibouti 2024



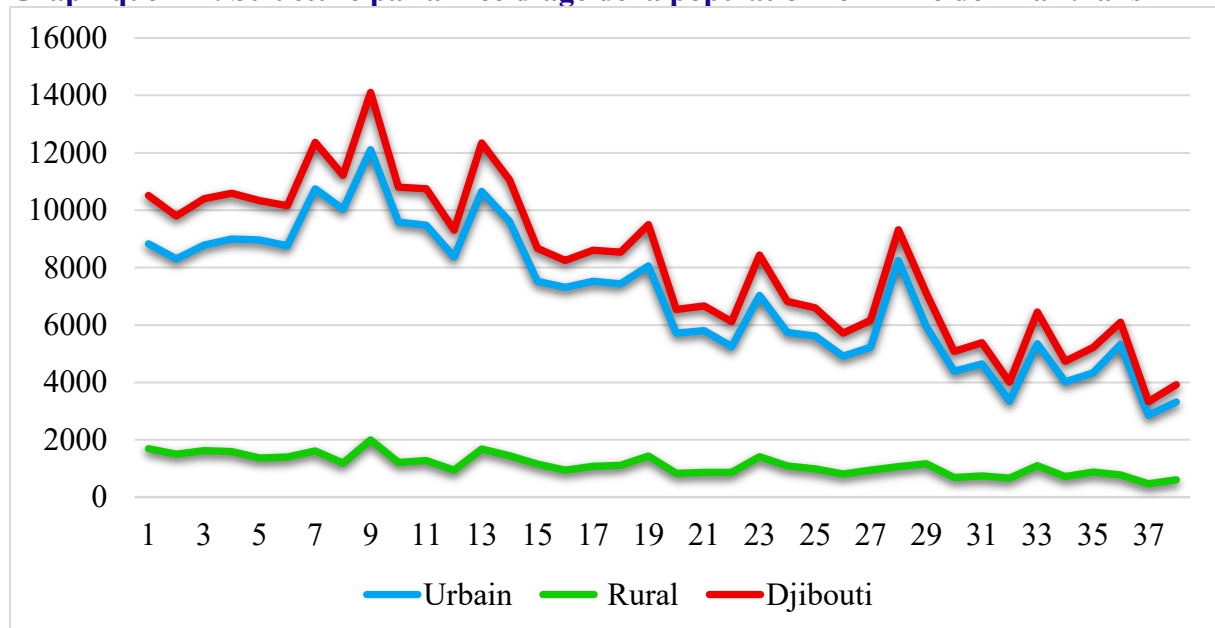
Source : INSTAD (2024) RGPH-3



- **Examen de la structure par âge de la population féminine**

L'allure du graphique de la structure par année d'âge de la population féminine de 12 à 49 ans est très erratique, marquée qu'elle est par des creux et des pics particulièrement accentués pour le Djibouti et le milieu rural. Les attractions se matérialisent par les pics aux chiffres ronds (0 et 5) et les répulsions aux autres chiffres. La structure de la population féminine urbaine est sensiblement plus régulière, traduisant de meilleures déclarations sur l'âge. L'amenuisement progressif des effectifs avec l'augmentation de l'âge illustre l'effet de la mortalité.

Graphique n°4. Structure par année d'âge de la population féminine de 12 à 49 ans



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

- **Méthodes d'évaluation statistique**

Plusieurs indices permettent d'évaluer l'attraction ou la répulsion exercée par certains âges, ainsi que la régularité de la répartition par sexe et par âge. Les plus couramment utilisés sont l'indice de Whipple, l'indice de Myers, l'indice de Bâchi, et l'indice combiné des Nations Unies. Les trois premiers sont généralement calculés dans le cadre de l'évaluation de la qualité des données d'âge à l'aide de la méthode statistique, en recourant à la procédure SINGAGE du logiciel PASEX. L'indice combiné des Nations Unies, quant à lui, est obtenu via la procédure AGESEX du même logiciel.

Indice de Whipple

Parmi ces outils, l'indice de Whipple est le plus simple à calculer manuellement. Il permet de mesurer l'attraction ou la répulsion exercée par les âges dits "ronds" (terminés par 0) ou "semi-ronds" (terminés par 5), tout en tenant compte de la décroissance naturelle des effectifs dans les groupes d'âge successifs. Il se calcule en rapportant, à la population âgée de 23 à 62 ans,



l'effectif de ceux dont l'âge déclaré se termine par 0 ou 5 dans cette tranche, puis en multipliant le résultat par 5.

L'interprétation de l'indice est la suivante : s'il est égal à 5, cela signifie que tous les âges enregistrés se terminent par 0 ou 5 ; une valeur de 1 traduit une répartition régulière sans préférence particulière ; une valeur inférieure à 1 indique une répulsion pour les âges terminés par 0 ou 5 ; enfin, une valeur de 0 signifie qu'aucun âge dans la plage considérée ne se termine par ces chiffres (Gendreau, 1993). L'indice de Whipple présente l'avantage d'être simple à utiliser, mais son principal inconvénient réside dans le fait qu'il ne détecte que les préférences pour les chiffres terminaux 0 et 5, sans prendre en compte les autres types d'irrégularités.

Le tableau 1.1 présente les résultats du calcul de l'indice de Whipple (IW). De manière générale, bien que l'indice ne soit pas particulièrement élevé ($IW = 1,01$), il révèle une qualité de déclaration des âges relativement médiocre dans l'ensemble de la population enquêtée, indépendamment du sexe. On observe une légère préférence pour les âges se terminant par 0, tandis que l'attraction pour les âges terminés par 5 reste très faible.

Indice de Myers

L'indice de Myers (IM) traduit les préférences (ou aversions) pour les âges se terminant par chacun des chiffres de 0 à 9. Il est compris entre 0 et 180. L'indice de Myers est nul si les déclarations d'âge sont exactes. Sa valeur est d'autant plus élevée que les préférences ou aversions pour les âges se terminant par certains chiffres sont plus grandes. Sa valeur maximale est atteinte lorsqu'il y a une préférence pour tous les âges se terminant par un même chiffre, et vaut 180 (ibid.).

L'indice de Myers est de 9,2 pour l'ensemble des deux sexes, 7,8 pour le sexe masculin et 11,3 pour le sexe féminin. Cette situation illustre bien les préférences ou aversions pour certains âges. Bien que la qualité de la déclaration des âges soit mauvaise, le rapprochement de différents indices de Myers 0 par rapport à 180 permet d'admettre les données sur l'âge comme acceptables. Comme l'indice de Whipple, l'indice de Myers confirme l'attraction qu'il y a pour les âges se terminant par 0, mais surtout par 4 pour l'ensemble de la population recensée quel que soit le sexe. D'un autre côté, on constate une répulsion pour les âges se terminant par les chiffres 1, 3, 6, 7 et 8 pour l'ensemble des deux sexes, le sexe masculin et le sexe féminin.

Indice de Bâchi

L'indice de Bâchi s'élève à 5,5 pour l'ensemble de la population, à 4,9 pour les hommes et à 6,4 pour les femmes. À l'instar de l'indice de Myers, ces résultats traduisent l'existence de préférences ou d'aversion pour certaines terminaisons d'âges. L'examen comparatif des indices de Bâchi pour les chiffres de 0 à 9 permet néanmoins de juger les données d'âge globalement acceptables. On note toutefois une nette tendance à la déclaration d'âges se terminant par 0, et plus particulièrement par 4, quel que soit le sexe. À l'inverse, les âges se terminant par 1, 3, 6,



7 et 8 semblent moins fréquemment rapportés, traduisant une forme de répulsion numérique commune aux hommes et aux femmes.

Tableau n°2. Valeurs des indices de Whipple, Myers et Bâchi

Méthode et valeur	Hommes	Femmes	Total
WHIPPLE METHOD (23-62)			
Indice	1,10	1,10	1,10
MYERS METHOD			
Index *	7,8	11,3	9,2
0	1,6	2,2	1,9
1	-1,1	-1,3	-1,2
2	0,2	-0,7	-0,2
3	-1,3	-1,8	-1,6
4	2,1	2,5	2,3
5	0,0	-0,1	0,0
6	-0,7	-0,6	-0,6
7	-0,4	-0,8	-0,6
8	-0,1	-0,4	-0,3
9	-0,2	1,0	0,4
BACHI METHOD			
Index **	4,9	6,4	5,5
0	1,8	2,0	1,9
1	-1,6	-1,9	-1,7
2	-0,8	-1,0	-0,9
3	-1,3	-2,0	-1,6
4	3,0	3,2	3,1
5	0,3	0,0	0,2
6	-0,4	-0,1	-0,3
7	-0,2	-0,4	-0,3
8	-0,2	-1,0	-0,6
9	-0,3	1,3	0,5

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Indice Combiné des Nations Unies (ICNU)

L'analyse de la qualité des données démographiques montre un indice combiné des Nations Unies (ICNU) de 36,7. Cette valeur, comprise entre 20 et 40, indique que les données sont globalement acceptables, bien qu'elles présentent certaines distorsions modérées dans la distribution par âge et par sexe. Selon les normes des Nations Unies, un ICNU inférieur à 20 reflète une excellente qualité, une valeur entre 20 et 40 correspond à des données acceptables, tandis qu'un score supérieur à 40 traduit une qualité insuffisante.

Les scores du rapport d'âge sont de 5,8 pour les hommes et de 8,5 pour les femmes. Le score masculin, inférieur à 6, témoigne d'une excellente qualité des données déclarées chez les hommes. En revanche, le score féminin, situé entre 6 et 10, révèle une bonne qualité des données malgré quelques irrégularités. Ces différences peuvent résulter d'un arrondi plus



fréquent des âges ou d'une moindre précision dans la déclaration de l'âge, notamment chez les femmes plus âgées ou moins instruites.

Le score du rapport de masculinité, quant à lui, s'élève à 7,5. Ce résultat signale quelques irrégularités dans la répartition des sexes selon les groupes d'âge, pouvant s'expliquer par des biais de déclaration, des migrations sélectives ou des dynamiques socioculturelles influençant la déclaration du sexe au sein des ménages.

Par conséquent, la qualité des données sur l'âge et le sexe est jugée globalement satisfaisante. Les écarts relevés restent dans des marges tolérables pour les analyses statistiques, bien qu'une certaine prudence soit requise, notamment dans l'interprétation des résultats portant sur des sous-groupes spécifiques.

Tableau n°3. Indicateurs de qualité des données par sexe et âge

Indicateur	Valeur
Score du rapport d'âge – Hommes	5,8
Score du rapport d'âge – Femmes	8,5
Score du rapport de masculinité	7,5
Indice combiné des Nations Unies (ICNU)	36,7

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Test de Coale et Demeny, Brass et Rachad

Cette évaluation repose sur le calcul des indices de Coale et Demeny ainsi que de Brass et Rachad, dans le but de détecter d'éventuelles omissions de naissances dans les données déclarées. La méthode consiste à comparer la parité moyenne observée dans le groupe d'âge 45-49 ans à ces deux indices (A pour Coale et Demeny, B pour Brass et Rachad). Pour cela, on associe à chaque groupe d'âge quinquennal entre 15 et 49 ans un indice i , avec P_i représentant la parité moyenne correspondante. Autrement dit, P_i est la parité dans le groupe d'âge i , où $i \in \{1=15-19, 2=20-24, 3=25-29, 4=30-34, 5=35-39, 6=40-44, 7=45-49\}$.

On a : $A=(P_3)^2/P_2$ et $B=P_2 \times (P_4/P_3)^4$. Si le minimum de A et B est inférieur à la parité du dernier groupe d'âge (P_7), on admet que la déclaration de la parité est acceptable. Si non, on convient qu'il y a des omissions dans la déclaration.

Dans le cadre de l'évaluation de la qualité des données déclarées sur la parité, les indices de Coale et Demeny ($A= 5,4$) et de Brass et Rachad ($B= 2,8$) ont été calculés, puis comparés à la parité moyenne observée chez les femmes du dernier groupe d'âge reproductif ($P_7 = 3,5$). La règle méthodologique veut que si le minimum entre A et B est inférieur à P_7 , alors les données peuvent être considérées comme fiables. Ici, le minimum des deux indices ($\min(5,4 ; 2,8) = 2,8$) est bien inférieur à 3,5, ce qui indique une bonne concordance entre les parités déclarées et les niveaux attendus. Par conséquent, on peut conclure que la qualité de la déclaration des données sur la parité est satisfaisante et que les estimations issues de ces données sont utilisables pour des analyses démographiques approfondies.



Tableau n°4. Indices de Coale et Demeny et de Brass et Rachad

Indice	Valeur
Coale et Demeny (A)	5,4
Brass et Rachad (B)	2,8
Min (A ; B)	2,8
P ₇	3,5

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Quotient P/F

L'évaluation de la qualité des données sur la fécondité du 3^{ème} RGPH 2024 via la méthode du ratio P/F de Trussell révèle des ratios supérieurs à 1, signalant une possible sous-déclaration des naissances récentes, surtout chez les jeunes femmes (15–29 ans) avec des ratios autour de 1,65. Cependant, cet écart diminue avec l'âge, approchant 1 chez les 45–49 ans, ce qui indique une meilleure fiabilité des données pour les groupes plus âgés. L'ISF estimé à 3,53 enfants est cohérent avec les tendances observées.

Tableau n°5. Évaluation de la qualité des données sur la fécondité : Analyse par la méthode du ratio P/F (3^{ème} RGPH, Djibouti 2024)

Age	Reported	Average	Cumulative	F(i)	P/F Ratio
	ASFR f(i)	CEB P(i)	fertility Phi(i)		
15-19	0,0078311	0,0285615	0,039	0,020	1,450
20-24	0,0457417	0,23164049	0,268	0,140	1,649
25-29	0,1424994	1,11790383	0,980	0,676	1,654
30-34	0,1727534	2,07631417	1,844	1,500	1,384
35-39	0,1511336	2,88459206	2,600	2,302	1,253
40-44	0,0992475	3,24068329	3,096	2,766	1,171
45-49	0,0871694	3,49849708	3,532	3,431	1,020

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

- **Méthodes d'estimation de la fécondité**

Lorsque la qualité des données est jugée satisfaisante, il est possible d'estimer directement les taux de fécondité par âge. En revanche, lorsque les données sont de moindre qualité, les taux obtenus par calcul direct sont généralement intégrés dans des méthodes indirectes qui permettent d'obtenir des estimations plus fiables du niveau de fécondité, grâce à des techniques d'ajustement.

L'évaluation préalable de la qualité des données sur la fécondité a permis de dégager plusieurs constats importants. D'une part, la couverture des réponses aux questions relatives à la fécondité est globalement satisfaisante. D'autre part, le regroupement des âges en tranches quinquennales corrige, par effet de compensation, les irrégularités observées dans les déclarations annuelles. L'analyse des rapports de masculinité comparés suggère néanmoins une sous-déclaration probable des naissances récentes, en particulier aux jeunes âges. Malgré cela, la courbe des taux de fécondité observée est globalement conforme à celle obtenue lors de l'enquête EDS/PAPFAM 2012.



En outre, les différents indicateurs utilisés pour évaluer la qualité des données – tels que les indices de Whipple, Myers, Bâchi, l'indice combiné des Nations Unies (ICNU), ainsi que les méthodes indirectes de Coale et Demeny, Brass et Rachad, et le ratio P/F de Trussell – confirment la fiabilité relative des informations recueillies sur la fécondité.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, la qualité des données issues du 3^{ème} RGPH peut être considérée comme suffisante. C'est pourquoi, dans le cadre de cette analyse, les méthodes directes d'estimation de la fécondité seront privilégiées pour Djibouti.

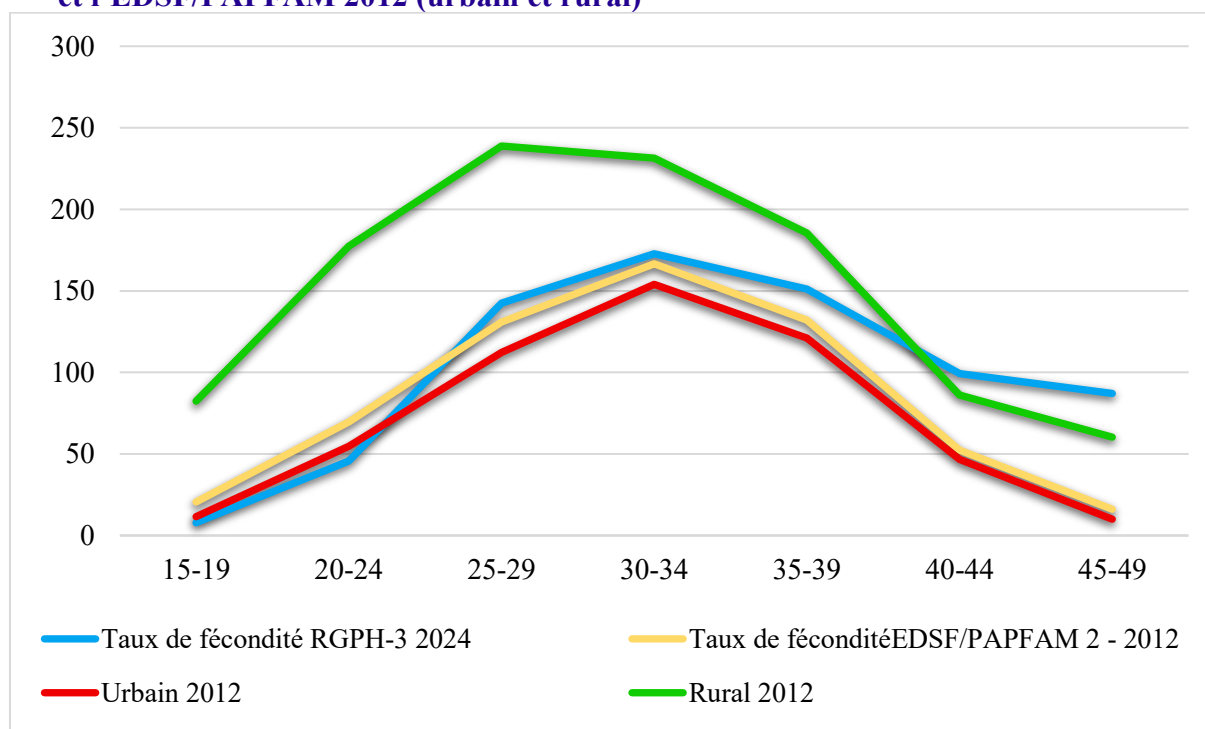
1.2.5.2. b. Évaluation externe

L'analyse comparative des taux de fécondité par âge issus du 3^{ème} RGPH de 2024 et des données EDSF/PAPFAM 2012 (urbaines et rurales) révèle une courbe de fécondité typique et bien structurée, avec un pic aux âges centraux (30–34 ans à 172,8‰), ce qui témoigne d'une bonne qualité des données. Les écarts observés avec les données de 2012, notamment la surestimation relative des taux aux âges avancés (40–49 ans), peuvent s'expliquer par une meilleure déclaration ou un allongement de la période de reproduction. Aux âges centraux, les niveaux restent comparables entre les deux sources, ce qui renforce la plausibilité des données du RGPH.

Toutefois, le très faible taux de fécondité chez les adolescentes (7,8‰ contre 20,6‰ en 2012) suggère une possible sous-déclaration ou une réelle baisse des maternités précoces, nécessitant une lecture prudente. Par ailleurs, les fortes disparités urbain/rural observées en 2012 (par exemple, 238,8‰ pour les femmes rurales de 25–29 ans contre 112,3‰ en milieu urbain) confirment que les valeurs issues du 3^{ème} RGPH, situées entre ces extrêmes, sont globalement cohérentes avec un niveau national. Dans l'ensemble, la régularité de la courbe, la progression logique des taux et leur cohérence avec les tendances antérieures soutiennent la fiabilité des données sur la fécondité issue du recensement.



Graphique n°5. Comparaison des taux de fécondité par âge entre le 3^{ème} RGPH de 2024 et l'EDSF/PAPFAM 2012 (urbain et rural)



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

1.3. Vue d'ensemble

L'analyse méthodologique menée dans ce chapitre visait à évaluer la qualité des données recueillies lors du 3^{ème} RGPH, afin d'assurer la fiabilité des résultats relatifs à la fécondité. Les définitions des concepts clés ont permis de préciser les notions fondamentales telles que la natalité, la fécondité, l'infécondité et la fécondité à risque, tout en distinguant les indicateurs pertinents pour leur mesure. Une attention particulière a été portée à la fécondité des adolescentes et des femmes en fin de période reproductive, principales cibles de cette étude.

Sur le plan de la qualité des données, les taux de non-réponse se sont révélés extrêmement faibles, voire nuls pour la majorité des variables, témoignant d'une collecte rigoureuse et d'un bon niveau de compréhension des questions par les répondants. Cependant, l'évaluation graphique et statistique de la structure par âge et par sexe a mis en évidence certaines irrégularités, notamment des préférences pour les âges se terminant par 0 ou 5, ainsi que des variations du rapport de masculinité à certains âges. Ces anomalies sont modérées et ont pu être corrigées en grande partie par un regroupement des âges en classes quinquennales.

Les indices de Whipple, Myers, Bâchi et l'indice combiné des Nations Unies ont confirmé une légère attraction pour les âges ronds, sans toutefois compromettre la validité globale des données. L'analyse des parités, à travers les tests de Coale et Demeny, Brass et Rachad, ainsi que la méthode du quotient P/F de Trussell, indique une sous-déclaration probable des naissances récentes, en particulier chez les jeunes femmes. Toutefois, la concordance des



résultats observés avec ceux d'enquêtes antérieures telles que l'EDS/PAPFAM 2012 renforce la crédibilité des données.

En somme, bien que certaines limites persistent, les données du 3^{ème} RGPH présentent un niveau de qualité jugé globalement satisfaisant pour permettre une analyse fiable de la fécondité à Djibouti. Les méthodes utilisées ont permis de compenser les biais potentiels, et les résultats qui en découlent peuvent donc servir de base solide à l'analyse approfondie de la fécondité à risque, objet des chapitres suivants.



CHAPITRE 2 : NATALITÉ

La natalité constitue un déterminant fondamental de la croissance démographique, en lien direct avec les comportements de fécondité, les structures sociales, et les contextes économiques et culturels. Ce chapitre s'attache à explorer, dans une perspective à la fois descriptive et analytique, le volume global des naissances, les niveaux et les variations du taux brut de natalité (TBN), ainsi que les dynamiques spatiales et temporelles qui structurent ces évolutions. L'objectif est d'identifier les groupes de population qui contribuent le plus à la natalité nationale, de comprendre les disparités socio-spatiales.

2.1. Volume global des naissances

L'analyse des données issues du 3^{ème} RGPH met en lumière les dynamiques de fécondité des femmes âgées de 12 à 49 ans. Sur un total de 25 975 naissances vivantes enregistrées au cours des 12 mois précédant le recensement, plus de 80 % proviennent des femmes âgées de 20 à 39 ans, ce qui confirme la concentration classique de la fécondité dans la phase médiane de la vie reproductive. Le groupe des 25–34 ans se distingue nettement, totalisant près de 50 % des naissances (soit 12 869), ce qui témoigne de leur rôle central dans la dynamique démographique du pays.

À l'inverse, la fécondité précoce, bien que marginale, n'est pas inexistante : 11 naissances ont été enregistrées chez les très jeunes adolescentes de 12 à 14 ans, un signal préoccupant en matière de santé sexuelle et reproductive, d'autant plus que ce groupe rassemble plus de 30 000 filles. Par ailleurs, la fécondité demeure notable après 40 ans, avec plus de 4 800 naissances chez les femmes de 40 à 49 ans, traduisant une prolongation de la vie féconde, souvent observée en contexte africain.

Enfin, l'équilibre quasi parfait entre les naissances masculines (13 153) et féminines (12 822) reflète une distribution naturelle des sexes à la naissance. Dans l'ensemble, ces résultats suggèrent une fécondité encore soutenue à Djibouti, avec des enjeux majeurs autour de la planification familiale, de l'éducation sexuelle des jeunes et du suivi de la santé maternelle, en particulier chez les adolescentes et les femmes en fin de période reproductive.



Tableau n°6. Répartition des naissances vivantes des 12 derniers mois selon le groupe d'âge des femmes (12–49 ans)

Groupe d'âge (ans)	Femmes	Naissances vivantes de sexe Masculin	Naissances vivantes de sexe Féminin	Total
12–14 ans	30719	1	10	11
15–19 ans	54 654	101	327	428
20–24 ans	57 300	729	1 892	2 621
25–29 ans	45 130	3 256	3 175	6 431
30–34 ans	37 267	3 156	3 282	6 438
35–39 ans	34 625	2 856	2 377	5 233
40–44 ans	28 041	1 573	1 210	2 783
45–49 ans	23 288	1 481	549	2 030
Ensemble	280 305	13153	12822	25 975

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

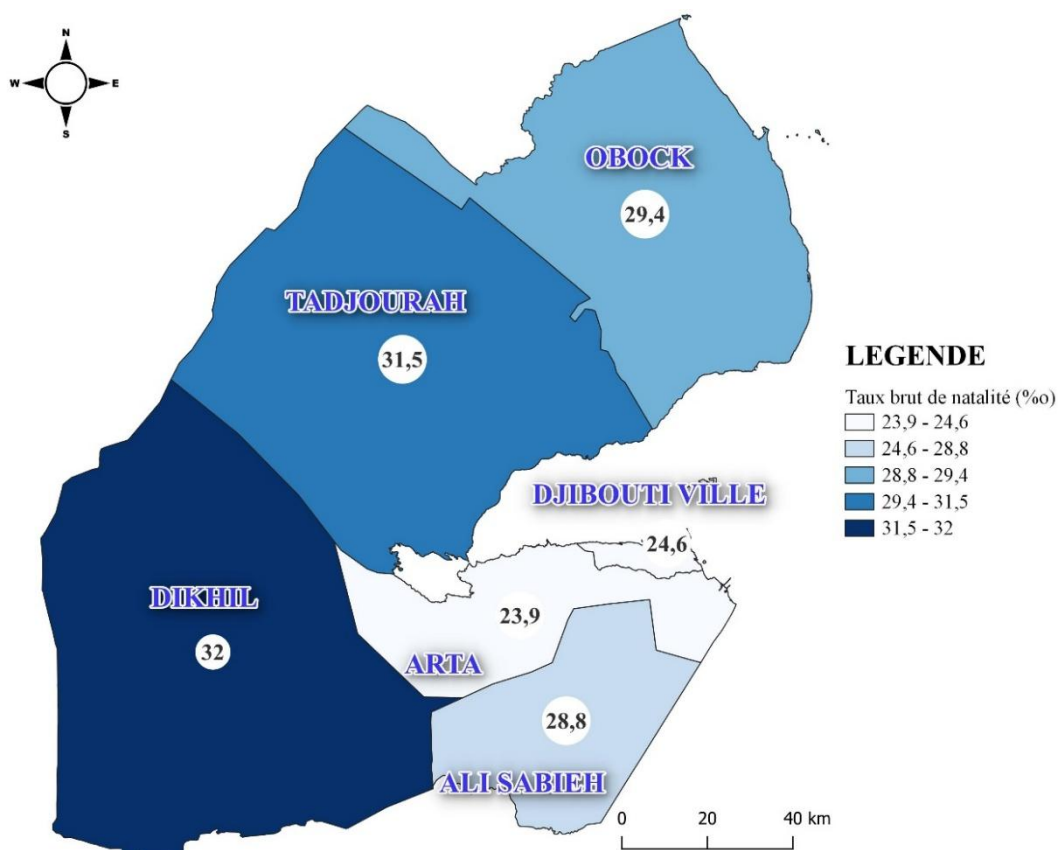
2.2. Taux brut de natalité selon la région et le milieu de résidence

L'analyse du taux brut de natalité révèle des disparités notables selon les régions et le milieu de résidence. À l'échelle nationale, le taux brut de natalité s'élève à 25,9‰, témoignant d'une dynamique démographique modérée. Toutefois, ce taux varie sensiblement selon les régions : les régions de Dikhil (32,0‰), Tadjourah (31,5‰) et Obock (29,4‰) affichent les niveaux les plus élevés, traduisant une fécondité plus soutenue, souvent associée à des contextes socio-économiques moins urbanisés. En revanche, des régions plus urbanisées comme Djibouti-Ville (24,6‰) et Arta (23,9‰) présentent des taux nettement inférieurs, reflet probable de la transition démographique plus avancée, caractérisée par une baisse de la natalité liée à l'accès accru à l'éducation, aux services de santé reproductive et à l'emploi des femmes.

L'analyse selon le milieu de résidence confirme cette tendance : le milieu rural affiche un taux de 30,9‰, nettement supérieur à celui du milieu urbain (24,9‰), ce qui met en évidence l'influence du mode de vie et du niveau d'urbanisation sur les comportements de fécondité. Ces écarts liés au contexte de résidence suggèrent l'importance d'adapter les politiques de population aux spécificités régionales et au cadre de vie des populations.



Carte n°1. Taux brut de natalité (%) selon la région



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Tableau n°7. Taux brut de natalité selon la région et le milieu de résidence

Région	Naissance des 12 derniers mois	Population totale	Taux brut de natalité (1000*(Naissance/pop))
Djibouti Ville	17 886	728 010	24,6
Ali Sabieh	2 116	73 402	28,8
Dikhil	2 036	63 529	32,0
Tadjourah	1 804	57 338	31,5
Obock	1 048	35 648	29,4
Arta	1 098	45 873	23,9
Milieu de residence			
Urbain	21 003	842 699	24,9
Rural	4 985	161 101	30,9
Ensemble	25 988	1 003 800	25,9

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

2.3. Évolution spatio-temporelle de natalité

Sur les quatre dernières décennies, le taux brut de natalité (TBN) à Djibouti a connu une baisse significative, passant d'environ 40,8% en 1983 à 24,9% en 2024, selon les résultats du 3^{ème}



RGPH. Cette évolution témoigne d'une transition démographique en cours, portée par l'urbanisation croissante, l'élévation du niveau d'instruction des femmes, et l'amélioration progressive de l'accès aux services de santé reproductive.

Toutefois, cette baisse s'opère à un rythme modéré et inégal, marqué par d'importantes disparités territoriales : les zones rurales enregistrent des niveaux de natalité nettement plus élevés que les milieux urbains, en raison d'un accès limité à la contraception, de la persistance des mariages précoces et de normes pro-natalistes encore prégnantes. De plus, la fécondité reste soutenue chez certaines catégories de population, comme les adolescentes ou les femmes issues de milieux défavorisés.

Ainsi, malgré la tendance à la baisse, le niveau actuel du TBN reste relativement élevé, traduisant la nécessité de renforcer les politiques de santé reproductive, en particulier dans les zones rurales et les groupes vulnérables, afin d'accélérer et d'harmoniser la transition démographique à l'échelle nationale.

Tableau n°8. Taux brut de natalité (TBN) à Djibouti selon le milieu de résidence, 1983–2024

Année	TBN total (%)	TBN urbain (%)	TBN rural (%)	Source principale
1983	40,8	—	—	Banque mondiale / estimations UNFPA
1991	39,4	—	—	Enquête Djibouti (UNFPA, 1991)
2002	34,6	30,2	46,2	Enquête PAFAM
2024	24,9	22,0	35,0	3 ^{ème} RGPH (2024)

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

2.4. Vue d'ensemble

L'analyse de la natalité à Djibouti révèle une dynamique en transformation. Avec un total de 25 975 naissances vivantes enregistrées en 2024, la fécondité reste concentrée entre 25 et 34 ans, qui représentent à eux seuls près de 50 % des naissances, affirmant le rôle central de ce groupe d'âge dans la reproduction nationale. La fécondité précoce, bien que marginale en volume (11 naissances chez les filles de 12 à 14 ans), interpelle par sa signification sociale et sanitaire. La fécondité tardive, quant à elle, reste significative avec plus de 4 800 naissances après 40 ans, traduisant une prolongation de la vie féconde.

Le taux brut de natalité national, estimé à 24,9‰ en 2024, reflète une baisse notable par rapport aux 40,8‰ observés en 1983, illustrant une transition démographique lente mais amorcée. Toutefois, des disparités marquées persistent : le milieu rural (30,9‰) et certaines régions comme Dikhil (32,0‰) et Tadjourah (31,5‰) affichent encore une natalité élevée, contrastant avec Djibouti-ville (24,6‰) ou Arta (23,9‰).

Ces écarts traduisent l'effet structurant de l'urbanisation, de l'accès à l'éducation et aux soins, mais aussi le poids des normes sociales. En somme, malgré les signes encourageants de



transition, le niveau de natalité reste relativement élevé, imposant un renforcement des politiques de santé reproductive, une meilleure couverture en éducation sexuelle et une prise en compte accrue des inégalités territoriales pour accompagner efficacement cette mutation démographique.



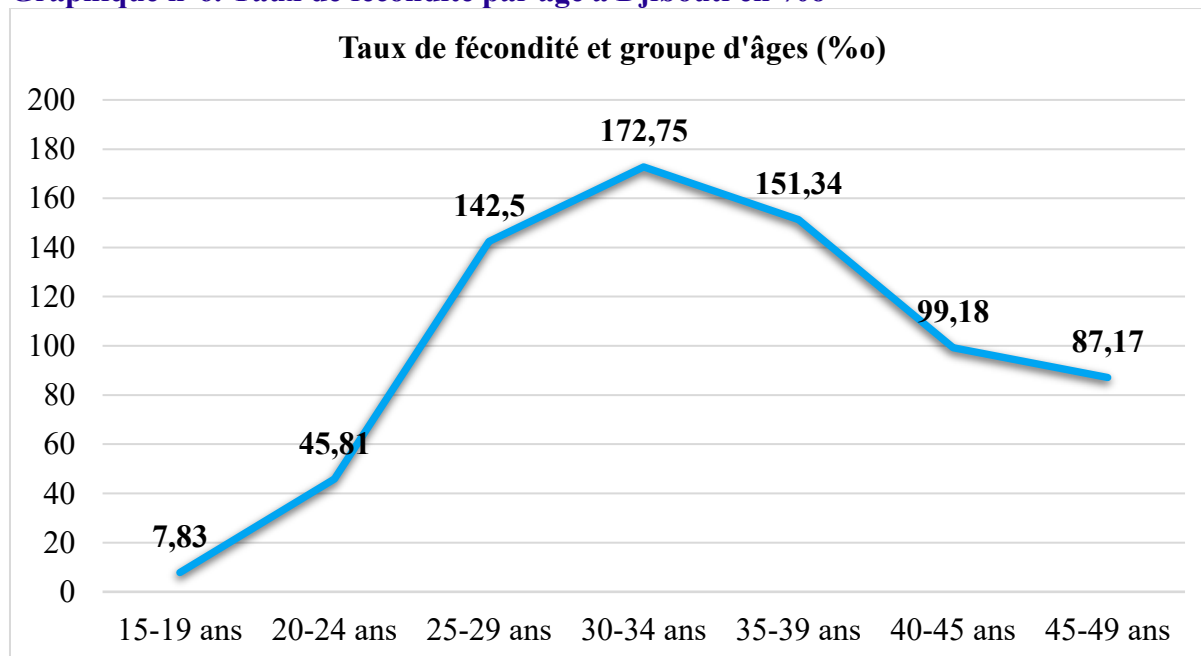
CHAPITRE 3 : FÉCONDITÉ DU MOMENT

Les données collectées nous ont permis de calculer l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) et les taux de fécondité par âge pour la période quinquennale précédant l'enquête, sachant que l'ISF indique le nombre moyen d'enfants par femme pour toute sa vie féconde si toutes les conditions de procréation, pour les mêmes tranches d'âge, sont inchangées. Cet indice est aussi un indice de remplacement des générations.

3.1. Niveau actuel de la fécondité globale (taux de fécondité)

L'analyse du taux de fécondité par âge révèle une fécondité globalement modérée, avec un taux global de fécondité générale (TGFG) de 92,7 pour mille femmes âgées de 15 à 49 ans. Le pic de fécondité est observé chez les femmes de 30-34 ans (172,75‰), suivi par celles de 25-29 ans (142,50‰) et de 35-39 ans (151,34‰), indiquant que la fécondité maximale intervient dans la décennie des 25-35 ans. Les adolescentes (15-19 ans) affichent un taux très faible (7,83‰), ce qui peut traduire un accès plus large à l'éducation ou une norme sociale repoussant les premières naissances. Les taux diminuent progressivement après 35 ans, atteignant 87,17‰ chez les femmes de 45-49 ans. Cette structure montre une fécondité concentrée autour du noyau central de la vie reproductive, caractéristique d'une transition démographique modérée, avec un recul des naissances précoces sans encore un fort déclin global.

Graphique n°6. Taux de fécondité par âge à Djibouti en ‰



Source : INSTAD (2024) RGPH-3



3.2. Taux de fécondité selon la région

L'analyse régionale de la fécondité selon les groupes d'âge à partir des données du 3^{ème} RGPH révèle de fortes disparités territoriales, reflétant des dynamiques démographiques contrastées. Dans presque toutes les régions, la fécondité culmine chez les femmes âgées de 25 à 34 ans, avec des taux particulièrement élevés à Dikhil (245,24‰ chez les 25–29 ans) et à Obock (294,96‰ chez les 30–34 ans), illustrant une concentration de la maternité autour de l'âge optimal de reproduction.

À l'inverse, Djibouti Ville enregistre les niveaux de fécondité les plus faibles dans toutes les tranches d'âge, ce qui reflète un comportement reproductif plus contrôlé, probablement lié à un meilleur accès aux services de santé, à l'éducation et à l'emploi féminin. Les régions d'Ali Sabieh, Tadjourah et Arta présentent également une fécondité intermédiaire, tandis que Dikhil et Obock se distinguent par une fécondité plus élevée, y compris dans les groupes plus âgés (40–49 ans), suggérant une persistance des naissances tardives.

Tableau n°9. Taux de Fécondité (‰) par groupe d'âge quinquennal et par région

Groupe d'âge	Djibouti-Ville	Ali Sabieh	Dikhil	Tadjourah	Obock	Arta	Ensemble
15-19 ans	4,75	8,09	21,47	19,06	28,53	16,79	7,83
20-24 ans	34,36	55,26	93,41	104,20	114,30	82,27	45,81
25-29 ans	129,81	142,44	245,24	208,14	124,31	181,31	142,50
30-34 ans	175,15	137,56	150,63	136,68	294,96	165,30	172,75
35-39 ans	152,37	145,94	115,37	173,08	182,92	137,48	151,34
40-45 ans	80,19	234,14	187,23	118,02	49,67	101,50	99,18
45-49 ans	66,70	223,84	173,09	149,30	23,20	37,00	87,17

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

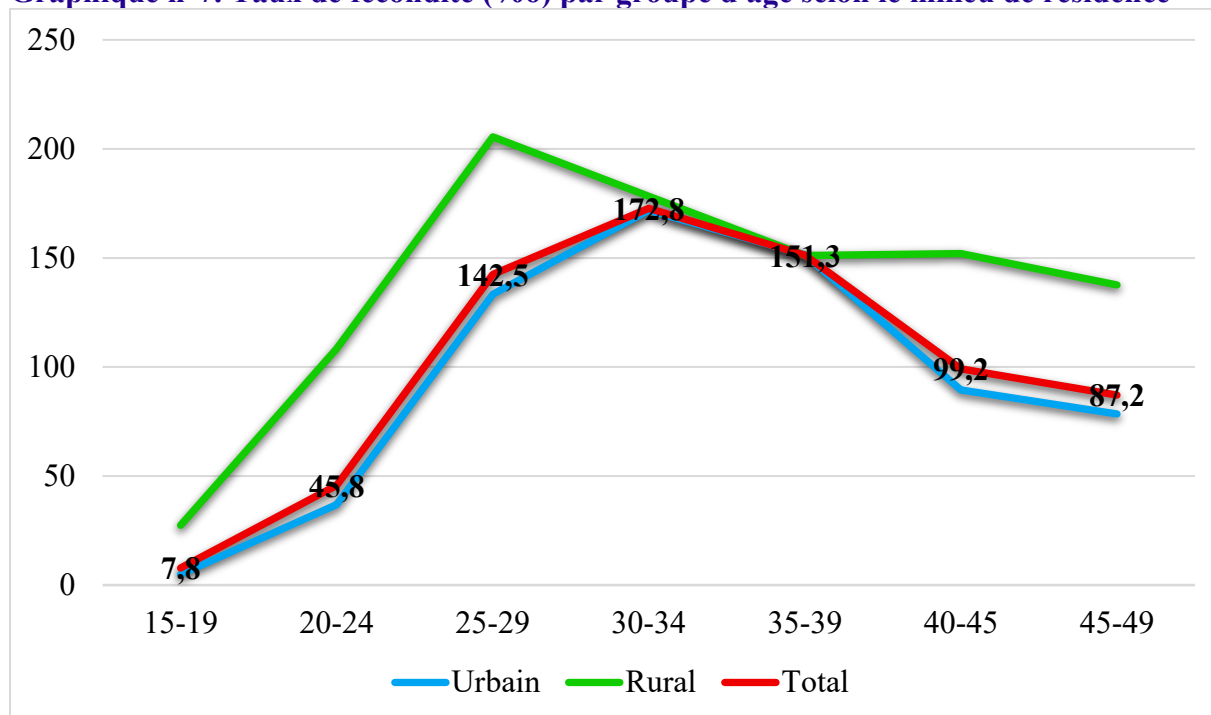
3.3. Taux de fécondité selon le niveau de résidence

L'analyse de la fécondité selon le milieu de résidence révèle une différenciation marquée entre les zones urbaines et rurales, particulièrement chez les jeunes femmes. Les taux de fécondité sont systématiquement plus élevés en milieu rural, notamment entre 15–24 ans, où l'écart est le plus prononcé : 27,41‰ contre 4,88‰ pour les 15–19 ans, et 108,48‰ contre 36,95‰ pour les 20–24 ans.

Cela suggère une entrée en maternité plus précoce en zone rurale. Les écarts persistent, bien que moins accentués, dans les groupes d'âges plus avancés. À partir de 30 ans, la fécondité se stabilise entre les deux milieux (par exemple, 30–34 ans : 178,23‰ en rural vs 171,82‰ en urbain), traduisant un possible rattrapage urbain ou une convergence des comportements reproductifs à des âges plus élevés.



Graphique n°7. Taux de fécondité (%o) par groupe d'âge selon le milieu de résidence



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

3.4. Taux de fécondité selon la situation matrimoniale

L'analyse des taux de fécondité selon la situation matrimoniale révèle une forte corrélation entre la fécondité et le statut marital. Les femmes mariées enregistrent systématiquement les niveaux de fécondité les plus élevés dans tous les groupes d'âge, atteignant un pic entre 20-34 ans avec des taux supérieurs à 229‰. En revanche, les femmes célibataires présentent des taux de fécondité extrêmement faibles, inférieurs à 15 naissances pour mille, témoignant d'une très faible procréation hors union dans le contexte djiboutien. Les femmes divorcées, séparées ou veuves montrent des niveaux intermédiaires, mais largement inférieurs à ceux des femmes mariées, avec des taux décroissants avec l'âge.

Tableau n°10. Taux de fécondité (%o) par âge et situation matrimoniale des femmes

Groupe d'âge	Célibataires	Mariées	Divorcées/ séparée/veuves	Ensemble
15-19 ans	1,02	203,86	176,06	7,84
20-24 ans	2,17	240,17	148,99	45,81
25-29 ans	4,44	233,50	114,29	142,50
30-34 ans	10,09	229,97	81,38	172,75
35-39 ans	9,90	180,20	64,47	151,34
40-45 ans	9,67	115,14	57,10	99,18
45-49 ans	14,51	101,54	35,12	87,17

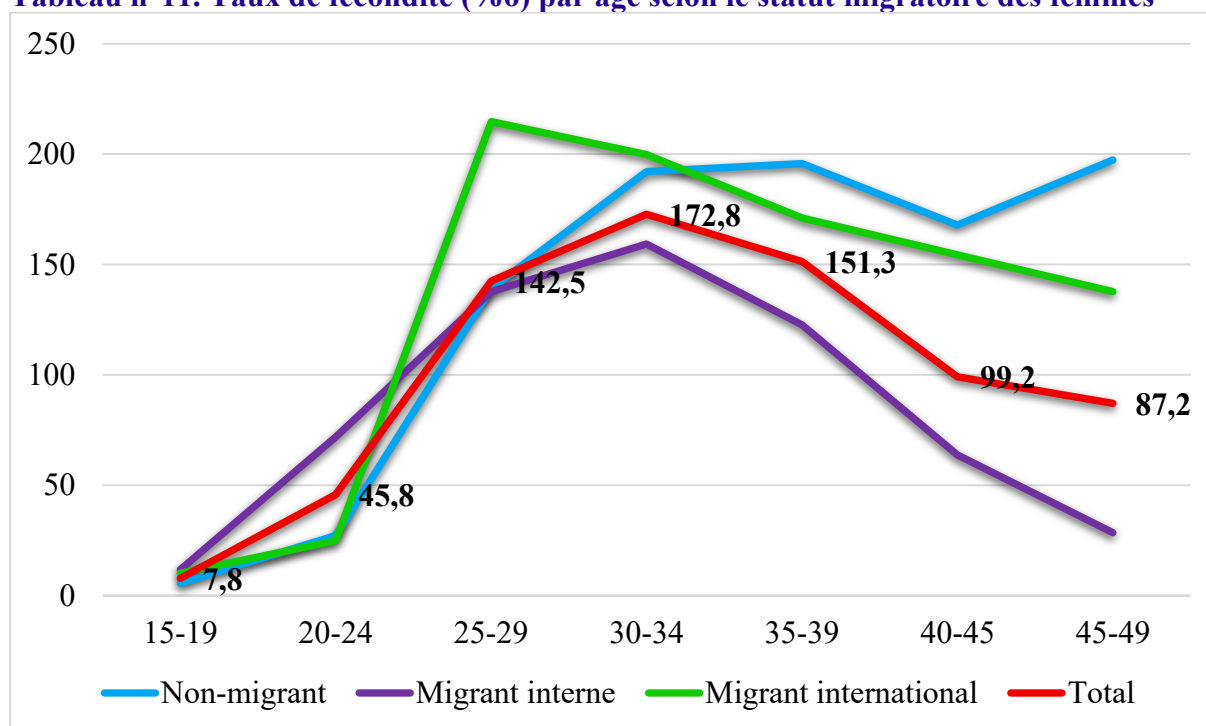
Source : INSTAD (2024) RGPH-3



3.5. Taux de fécondité selon le statut migratoire

L'analyse de la fécondité selon le statut migratoire met en lumière des dynamiques différenciées. Les femmes non migrantes affichent des niveaux de fécondité généralement plus élevés à partir de 30 ans, culminant à 197,35‰ entre 45 et 49 ans, ce qui suggère une fécondité prolongée dans cette catégorie. Les migrantes internes enregistrent des taux plus élevés dans la tranche 20–24 ans (71,92‰), traduisant une fécondité plus précoce chez ce groupe, probablement liée à des parcours de vie marqués par une installation rapide en milieu familial. En revanche, les migrantes internationales présentent une fécondité plus importante entre 25 et 34 ans, avec un pic à 214,72‰ entre 25–29 ans, ce qui pourrait traduire un effet de rattrapage après une période de transition migratoire.

Tableau n°11. Taux de fécondité (‰) par âge selon le statut migratoire des femmes



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

3.6. Taux de fécondité selon le niveau d'éducation

L'analyse de la fécondité selon le niveau d'éducation met en évidence des écarts significatifs selon le niveau d'instruction des femmes. Les femmes sans niveau d'éducation présentent systématiquement les niveaux de fécondité les plus élevés à presque tous les âges. Dès 15–19 ans, leur taux atteint 14,29‰, montant fortement à 53,05‰ à 20–24 ans, et culminant à 186‰ entre 30–34 ans. Même entre 45–49 ans, leur fécondité reste notablement élevée (101,92‰), ce qui témoigne d'un allongement de la période reproductive.

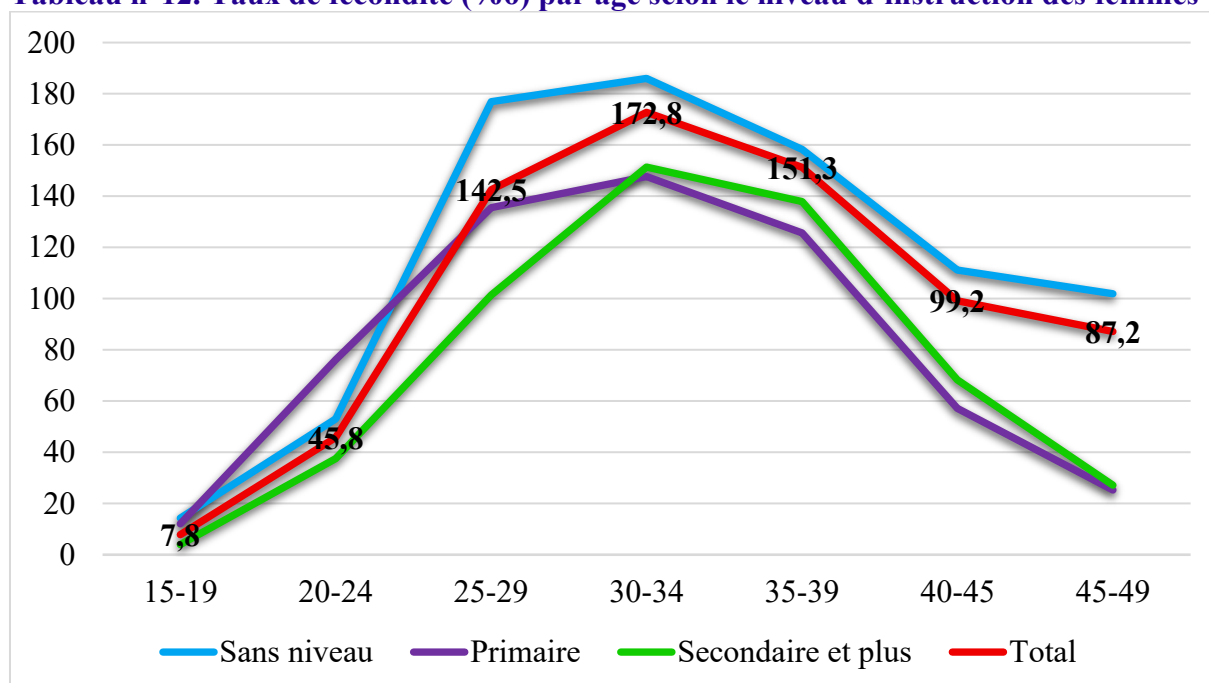
Les femmes ayant un niveau primaire enregistrent des niveaux intermédiaires. Leur fécondité est plus faible que celle des femmes sans instruction au-delà de 25 ans (par exemple, 135,53‰



entre 25–29 ans et 147,69‰ entre 30–34 ans), mais reste plus élevée que celle des femmes plus instruites. Une exception apparaît entre 20–24 ans, où la fécondité atteint 76,19‰, soit un pic temporaire plus élevé que celui observé chez les autres groupes.

Les femmes ayant atteint le secondaire ou plus affichent une fécondité systématiquement plus faible, notamment en début et en fin de période féconde : 3,95‰ à 15–19 ans, 37,54‰ à 20–24 ans, et seulement 27,14‰ entre 45–49 ans. Toutefois, la tranche 30–34 ans constitue une exception notable, avec un taux relativement élevé (151,38‰), suggérant un certain report des naissances parmi les femmes les plus instruites.

Tableau n°12. Taux de fécondité (%o) par âge selon le niveau d’instruction des femmes



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

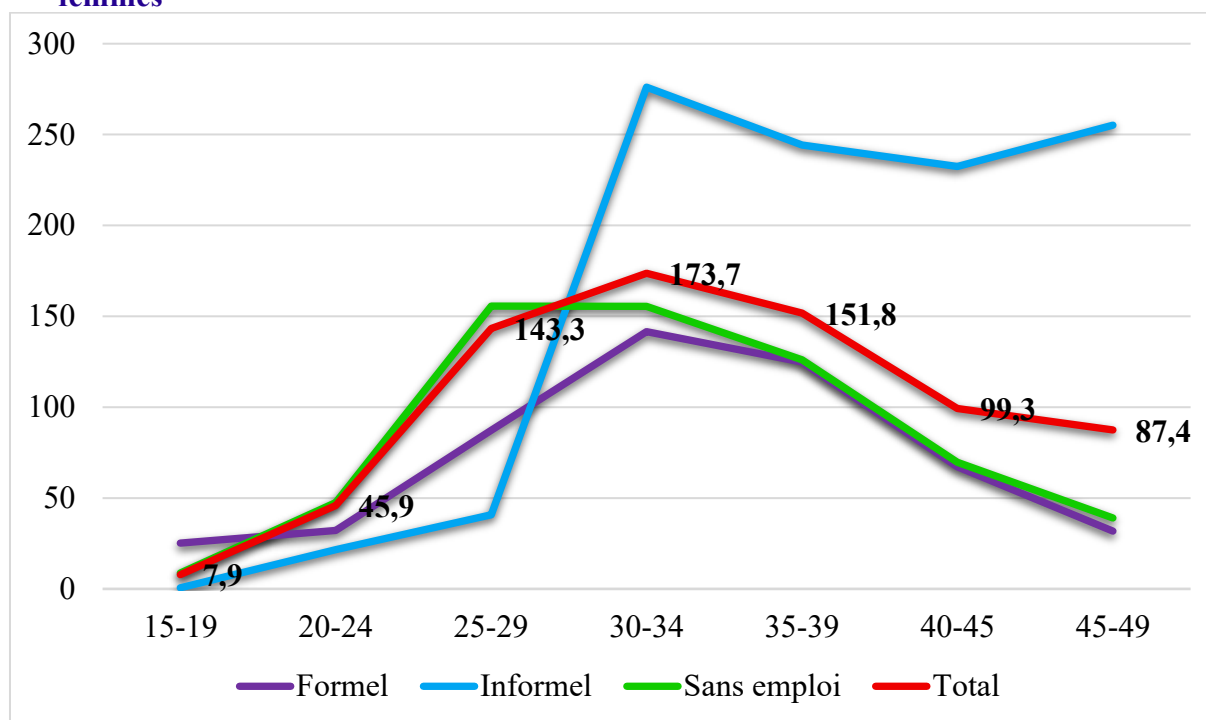
3.7. Taux de fécondité selon le statut d’occupation

L’analyse de la fécondité selon le statut d’occupation révèle des écarts significatifs selon l’intégration des femmes au marché du travail. De manière générale, les femmes sans emploi enregistrent les taux de fécondité les plus élevés entre 20 et 34 ans, culminant à 155,62‰ chez les 25–29 ans, ce qui reflète un lien fort entre inactivité économique et probabilité de maternité.

Les femmes actives dans le secteur informel présentent également des niveaux élevés de fécondité, surtout à partir de 30 ans (276,07‰ chez les 30–34 ans et 255,15‰ chez les 45–49 ans), ce qui peut traduire une flexibilité d’horaires ou une absence de contraintes institutionnelles permettant de concilier travail et maternité. En revanche, les femmes du secteur formel affichent systématiquement les niveaux de fécondité les plus faibles, avec un maximum de 141,54‰ à 30–34 ans, ce qui peut s’expliquer par un encadrement plus strict, une plus grande scolarisation ou une orientation vers la carrière.



Graphique n°8. Taux de fécondité (%o) par groupe d'âge selon le statut d'occupation des femmes



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

3.8. Taux de fécondité selon le niveau de vie du ménage

L'analyse du taux de fécondité selon le niveau de vie du ménage met en lumière des disparités importantes entre les groupes socio-économiques. On observe que les femmes vivant dans des ménages très pauvres enregistrent systématiquement les niveaux de fécondité les plus élevés dans presque toutes les tranches d'âge, culminant à 212,50‰ chez les 45-49 ans, ce qui traduit une persistance notable de la fécondité tardive dans ce groupe.

À l'opposé, les femmes issues des ménages très riches affichent globalement les taux de fécondité les plus bas, notamment entre 15 et 34 ans, illustrant un début plus tardif et un niveau global de fécondité réduit. Une exception notable se situe dans la tranche 25-34 ans où les femmes riches enregistrent les taux les plus élevés de toutes les classes (257,09‰ et 277,99‰), ce qui pourrait traduire un report volontaire des naissances à un âge plus avancé, permis par de meilleures conditions socio-économiques.

Les femmes de niveau de vie moyen présentent une trajectoire plus stable, avec des niveaux de fécondité relativement élevés entre 25 et 39 ans. Dans l'ensemble, la fécondité semble décroître avec l'amélioration des conditions de vie, sauf pour les groupes riches durant la trentaine, confirmant une corrélation inverse entre niveau de vie et fécondité précoce ou tardive, et une possible concentration des naissances autour des âges idéaux pour les femmes aisées.



Tableau n°13. Taux de fécondité (‰) par âge selon le niveau de vie du ménage

Groupe d'âge	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Riche	Très riche	Ensemble
15-19 ans	23,34	9,01	3,18	2,35	1,95	7,77
20-24 ans	93,47	65,56	26,79	18,72	12,47	45,59
25-29 ans	197,54	129,51	97,66	257,09	60,91	142,64
30-34 ans	182,72	139,04	163,33	277,99	97,89	173,30
35-39 ans	150,00	108,27	147,82	225,10	115,19	151,34
40-44 ans	191,19	60,03	105,82	59,58	55,97	99,20
45-49 ans	212,50	29,08	99,45	38,53	54,28	87,50

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

3.9. Taux de fécondité selon la nationalité

L'analyse des taux de fécondité selon la nationalité révèle des écarts relativement faibles entre Djiboutiennes et femmes étrangères, avec toutefois quelques variations importantes selon l'âge. Les femmes étrangères (8,87‰) et les femmes sans nationalité (9,75‰) présentent une fécondité légèrement plus élevée que les Djiboutiennes (7,67‰) dans la tranche 15–19 ans, ce qui peut témoigner d'une précocité reproductive accrue parmi les populations non nationales.

Entre 20 et 34 ans, les étrangères ont dans l'ensemble des taux comparables voire supérieurs à ceux des Djiboutiennes, notamment dans la tranche 25–29 ans (163,41‰ contre 138,25‰), suggérant une fécondité potentiellement moins contrôlée ou différenciée selon les normes sociales ou l'accès aux services. Cependant, à partir de 35 ans, les écarts se resserrent et les tendances se stabilisent. Notons également que les femmes sans nationalité déclarée enregistrent le plus fort taux à 30–34 ans (221,92‰).

Tableau n°14. Taux de fécondité (‰) par âge selon la nationalité

Groupe d'âge	Djiboutienne	Étrangère	Pas de nationalité	Ensemble
15-19 ans	7,67	8,87	9,75	7,83
20-24 ans	46,30	41,73	66,56	45,81
25-29 ans	138,25	163,41	138,82	142,50
30-34 ans	175,18	156,69	221,92	172,75
35-39 ans	151,13	152,26	153,57	151,34
40-45 ans	97,79	105,85	104,62	99,18
45-49 ans	89,31	78,99	29,05	87,17

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

3.10. Taux de fécondité selon de le handicap

L'analyse de la fécondité selon le statut de handicap révèle une nette différence entre les femmes en situation de handicap et celles sans handicap. À tous les âges, les femmes sans handicap présentent des taux de fécondité plus élevés, notamment dans les groupes clés de reproduction : 25–29 ans (143,96‰ contre 87,73‰), 30–34 ans (174,33‰ contre 128,78‰) et 35–39 ans (152,27‰ contre 131,15‰). Ces écarts suggèrent que les femmes vivant avec le handicap rencontrent probablement des obstacles significatifs à la maternité, qu'ils soient d'ordre social, économique, culturel ou liés à l'accès aux services de santé reproductive. La



différence est particulièrement marquée chez les adolescentes (15–19 ans), avec seulement 0,87‰ pour les femmes vivant avec le handicap contre 7,98‰ pour les autres, traduisant ainsi un décalage important dans l’entrée en maternité.

Tableau n°15. Taux de fécondité (‰) par groupe d’âge selon le statut de

Groupe d’âge	Sans handicap	Avec handicap	Ensemble
15-19 ans	7,98	0,87	7,83
20-24 ans	46,08	34,08	45,81
25-29 ans	143,96	87,73	142,50
30-34 ans	174,33	128,78	172,75
35-39 ans	152,27	131,15	151,34
40-45 ans	100,73	78,64	99,18
45-49 ans	92,85	36,60	87,17

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

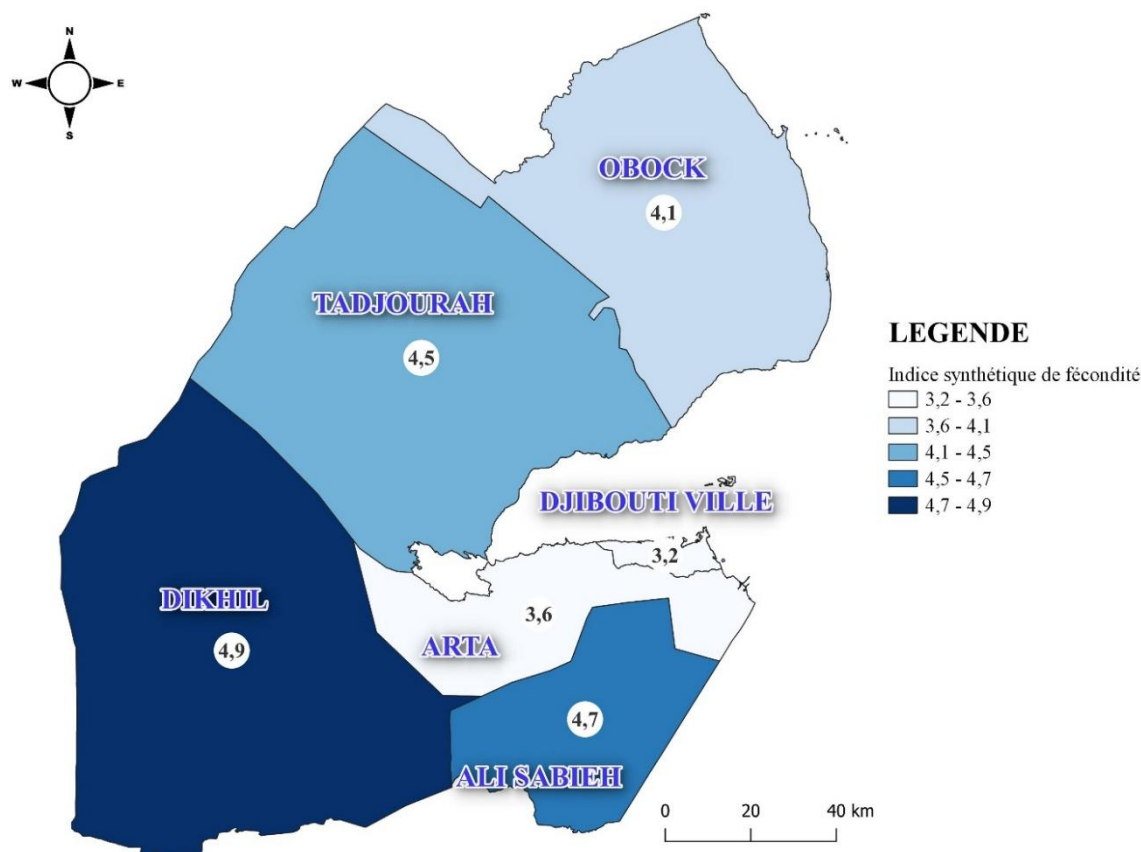
3.11. Intensité de la fécondité (ISF)

L'ISF national s'établit à 3,5 enfants par femme, ce qui dépasse le seuil de remplacement des générations (2,1), et traduit une dynamique démographique encore soutenue, appelant des politiques ciblées selon les profils sociodémographiques pour accompagner la transition féconde.

L'analyse de l'ISF révèle des disparités selon les variables de désagrégation. Au niveau régional, les régions de l'intérieur enregistrent les ISF les plus élevés, notamment Dikhil (4,9), Ali Sabieh (4,7) et Tadjourah (4,5), tandis que la capitale Djibouti Ville présente un ISF plus modéré (3,2), ce qui reflète probablement un meilleur accès à l'éducation, aux services de santé reproductive et à l'information sur la planification familiale.



Carte n°2. Indice Synthétique de Fécondité (ISF) selon la région



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

La fécondité varie fortement selon le milieu de résidence, avec un ISF de 4,8 en milieu rural contre 3,3 en milieu urbain. Cette différence s'explique souvent par une moindre couverture des services de planification familiale et des normes sociales plus favorables aux familles nombreuses en zone rurale.

La situation matrimoniale est un facteur déterminant de la fécondité : les femmes mariées ont un ISF très élevé de 6,5, contrastant fortement avec les célibataires (0,3) et les femmes divorcées, séparées ou veuves (3,4), confirmant le lien direct entre mariage et procréation dans le contexte djiboutien.

Le statut migratoire influence également la fécondité : les non-migrants et les migrants internationaux présentent un ISF identique (4,6), tandis que les migrants internes affichent une fécondité plus faible (3,0), possiblement en raison de leur plus grande exposition aux normes urbaines ou d'une insertion socio-économique particulière.

L'effet de l'éducation est clairement visible : les femmes sans instruction ont un ISF de 4,0, alors qu'il chute à 2,9 pour celles ayant un niveau primaire, et 2,7 pour le secondaire ou plus. Ceci confirme l'effet inhibiteur de l'éducation sur la fécondité, notamment en favorisant l'autonomie des femmes et l'accès aux services de planification familiale.



Concernant le statut d'occupation, les femmes travaillant dans le secteur informel ont un ISF très élevé (5,4), contre 2,6 pour celles en emploi formel. Les femmes sans emploi ont un ISF intermédiaire (3,0), ce qui suggère un lien entre l'intégration économique formelle et la maîtrise de la fécondité.

L'analyse de l'ISF selon le niveau de vie du ménage met en évidence une relation contrastée entre conditions économiques et fécondité. Les femmes des ménages très pauvres ont l'ISF le plus élevé (5,25), traduisant un accès limité à l'éducation et à la contraception. À l'inverse, l'ISF chute à 2,0 chez les très riches, reflet d'une autonomisation accrue des femmes et d'un report volontaire de la maternité. Entre ces extrêmes, l'ISF varie de 2,7 (pauvres) à 4,40 (riches), avec un pic intermédiaire chez les ménages moyens (3,22). Cette tendance suggère que la fécondité ne dépend pas seulement des ressources économiques, mais aussi de normes sociales et de préférences culturelles spécifiques à chaque groupe.

La nationalité n'influence pas significativement la fécondité, les ISF étant similaires entre Djiboutiennes (3,5), étrangères (3,5) et femmes sans nationalité (3,6).

L'analyse de l'ISF selon le statut de handicap met en évidence une disparité entre les femmes en situation de handicap et celles sans handicap. L'ISF est de 3,6 enfants par femme pour les femmes sans handicap, contre 2,5 enfants pour celles avec handicap, soit une différence significative de 1,1 enfant. Cette sous-fécondité des femmes vivant avec un handicap pourrait s'expliquer par plusieurs facteurs : moindres opportunités de formation de couple, obstacles à l'accès aux services de santé reproductive, stigmatisation sociale, ou encore moindres ressources économiques.



Tableau n°16. Indice Synthétique de Fécondité (ISF) selon la région, le milieu de résidence, la situation matrimoniale, le statut migratoire, le niveau d'instruction, le statut d'occupation, le niveau de vie du ménage et le statut du handicap

Variables	Catégorie	ISF
Région	Djibouti Ville	3,2
	Ali Sabieh	4,7
	Dikhil	4,9
	Tadjourah	4,5
	Obock	4,1
	Arta	3,6
Milieu de résidence	Urbain	3,3
	Rural	4,8
Situation matrimoniale	Célibataires	0,3
	Mariées	6,5
	Divorcées/séparées/veuves	3,4
Statut migratoire	Non-migrant	4,6
	Migrant interne	3,0
	Migrant international	4,6
Niveau d'éducation	Sans niveau	4,0
	Primaire	2,9
	Secondaire et plus	2,7
Statut d'occupation	Formel	2,6
	Informel	5,4
	Sans emploi	3,0
Niveau de vie du ménage	Très pauvre	5,3
	Pauvre	2,7
	Moyen	3,2
	Riche	4,0
	Très riche	2,0
Nationalité	Djiboutienne	3,5
	Étrangère	3,5
	Pas de nationalité	3,6
Statut de handicap	Sans handicap	3,6
	Avec handicap	2,5
Ensemble		3,5

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

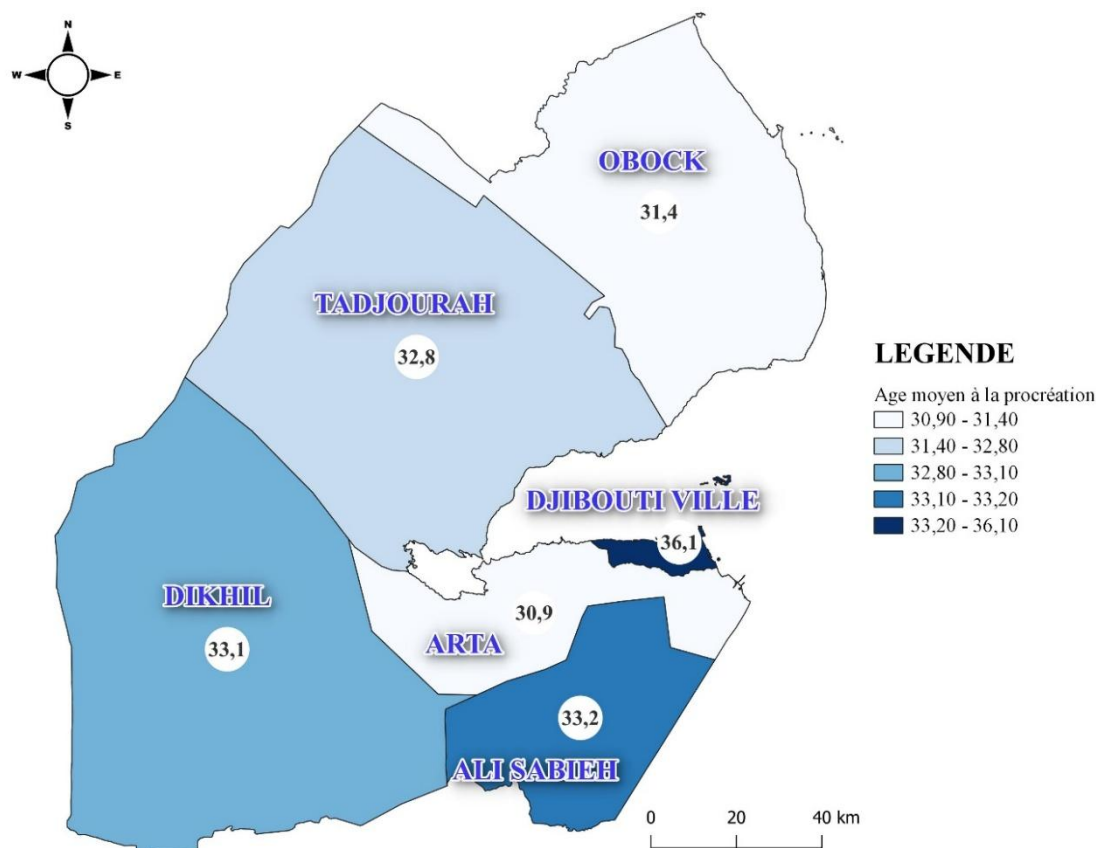
3.12. Age moyen à la procréation (AMP) et variation spatiale

L'analyse de l'AMP selon les régions révèle des disparités régionales, reflétant probablement les différences socioculturelles, économiques et en matière d'accès aux services de santé reproductive. La région d'Ali Sabieh enregistre l'AMP le plus élevé à 36,1 ans, suggérant un report significatif de la maternité, potentiellement lié à des comportements reproductifs plus tardifs ou à une concentration des naissances chez des femmes plus âgées. À l'opposé, Obock (30,9 ans) et Arta (31,4 ans) affichent des AMP plus faibles, pouvant indiquer une fécondité plus précoce. Djibouti Ville, avec un AMP de 33,2 ans, est proche de la moyenne nationale estimée à 33,3 ans, traduisant une dynamique intermédiaire dans un contexte urbain. Ces écarts



révèlent la diversité des calendriers de fécondité selon les régions, influencés potentiellement par le niveau d'éducation, l'accès aux services et les normes sociales locales.

Carte n°3. Age moyen à la procréation selon la région



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Par ailleurs, l'analyse de l'AMP par milieu de résidence montre une légère avance de l'AMP en milieu urbain (33,4 ans) comparé au milieu rural (32,7 ans). Cette différence, bien que modérée, est cohérente avec les tendances généralement observées dans les pays en transition démographique, où les femmes urbaines tendent à retarder la maternité en raison d'une scolarisation plus longue, d'un accès plus large à la contraception, et d'une insertion plus fréquente dans le marché du travail. Le milieu rural, en revanche, reste davantage marqué par des schémas de fécondité plus précoces, possiblement liés à des normes traditionnelles persistantes et à une moindre disponibilité des services de santé reproductive.



Tableau n°17. Âge Moyen à la Procréation (AMP) selon la région et le milieu de résidence

AMP (en années)	
Région	
Djibouti Ville	36,1
Ali Sabieh	33,2
Dikhil	33,1
Tadjourah	32,8
Arta	31,4
Obock	30,9
Milieu de résidence	
Urbain	33,4
Rural	32,7
Ensemble	33,3

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

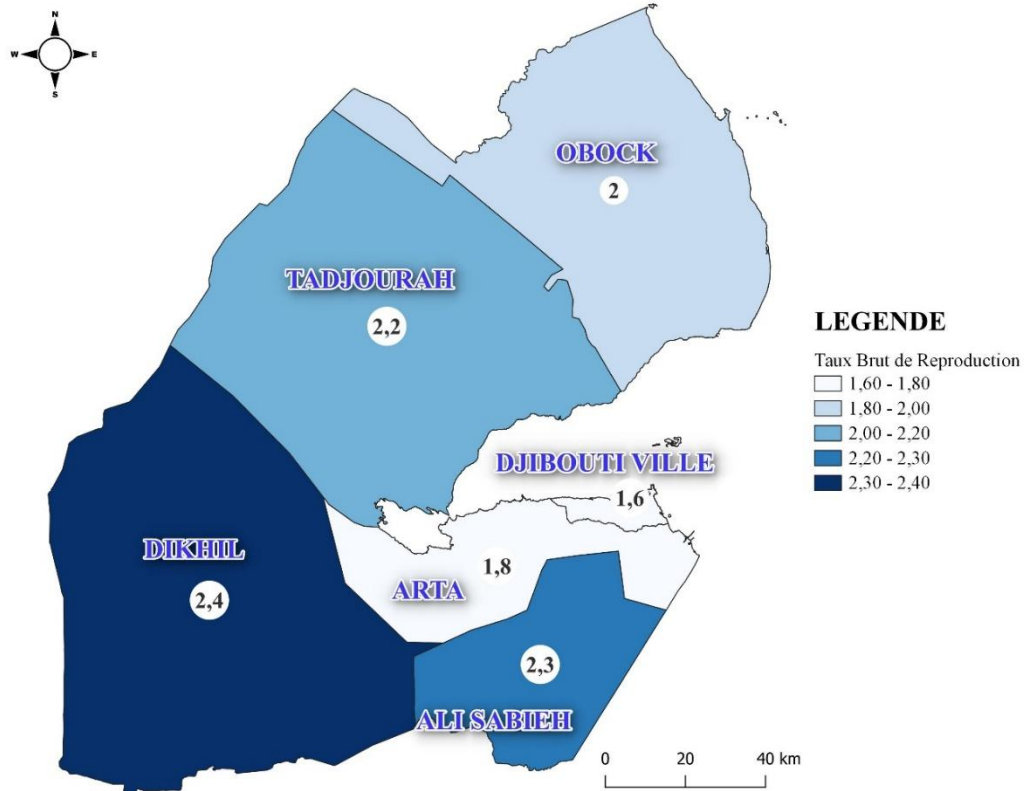
3.13. Taux brut de reproduction et Taux net de reproduction, et variation spatiale de ces deux taux

Les données du 3^{ème} RGPH révèlent un Taux Brut de Reproduction (TBR) de 1,7 et un Taux Net de Reproduction (TNR) de 1,5. Le TBR indique qu'en moyenne, une femme en âge de procréer donne naissance à 1,7 fille au cours de sa vie, si les conditions actuelles de fécondité demeurent constantes. Toutefois, le TNR, qui tient compte de la mortalité féminine avant la fin de la période reproductive, montre qu'en réalité, seules 1,5 filles par femme atteindront elles-mêmes l'âge de procréer. Ce différentiel entre le TBR et le TNR met en évidence un effet non négligeable de la mortalité féminine sur le renouvellement des générations. Le TNR reste supérieur à 1, ce qui suggère un remplacement des générations assuré.

Par région, les taux les plus élevés de reproduction (TBR/TNR) sont observés à Dikhil (2,4/2,0) et Ali Sabieh (2,3/1,9), indiquant une dynamique de remplacement générationnel favorable dans ces zones. Les taux les plus faibles se trouvent à Djibouti Ville (1,6/1,3) et Arta (1,8/1,5), ce qui traduit une fécondité plus faible dans les zones urbanisées.

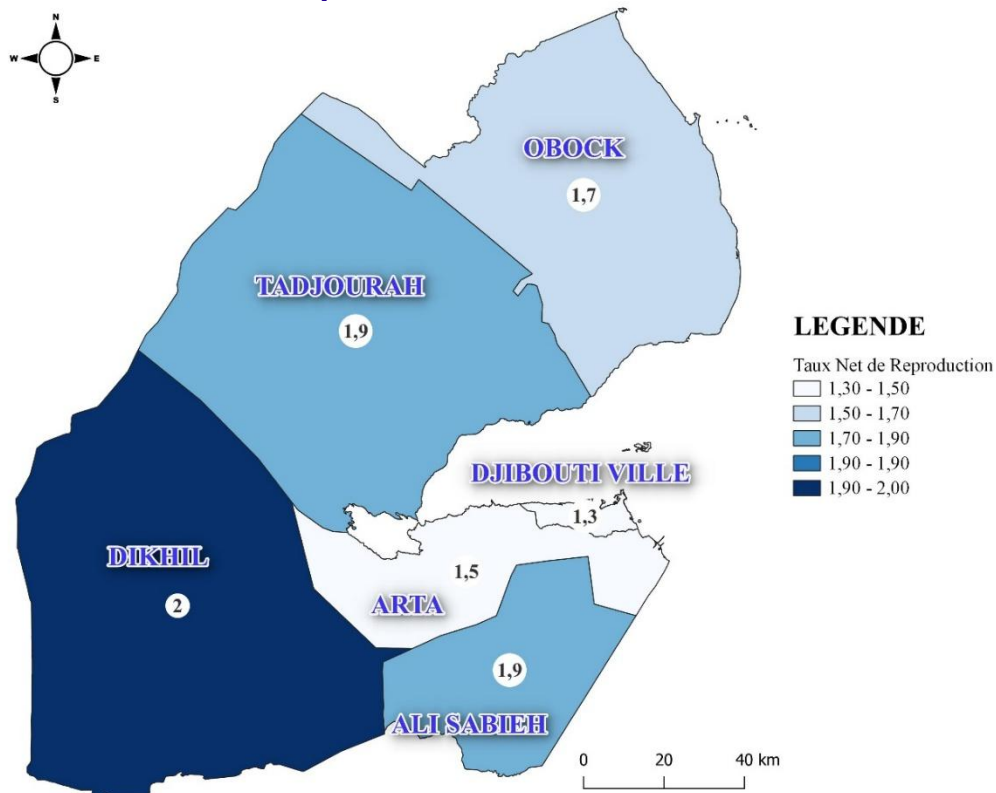


Carte n°4. Taux Brut de Reproduction



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

Carte n°5. Taux Net de Reproduction



Source : INSTAD (2024) RGPH-3



Selon le milieu de résidence, les femmes rurales présentent des taux nettement plus élevés (2,3/2,0) que leurs homologues urbaines (1,6/1,4), révélant une fécondité plus soutenue en zone rurale, souvent liée à des facteurs culturels et à l'accès limité à l'éducation ou aux services de planification familiale.

Tableau n°18. Taux Brut de Reproduction (TBR) et Taux Net de Reproduction (TNR) selon la région et le milieu de résidence

	TBR	TNR
Région		
Djibouti Ville	1,6	1,3
Ali Sabieh	2,3	1,9
Dikhil	2,4	2
Tadjourah	2,2	1,9
Obock	2	1,7
Arta	1,8	1,5
Milieu de résidence		
Urbain	1,6	1,4
Rural	2,3	2
Ensemble	1,7	1,5

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

3.14. Évolution spatio-temporelle de l'ISF de 1983 à 2024

L'analyse de l'évolution de l'ISF à Djibouti entre 1983 et 2024 montre une tendance générale à la baisse, bien que marquée par des fluctuations et certaines incertitudes liées à la variabilité des sources et des méthodologies. En 1983, selon les résultats du 1^{er} RGPH, l'ISF était estimé à 6,43 enfants par femme, reflétant un régime de forte fécondité typique des sociétés pré-transitionnelles.

Une baisse significative est observée en 2002, avec l'enquête EDS PAPPAM 1 qui estime l'ISF à 4,20, soit une réduction de plus de deux enfants par femme en moins de 20 ans. Cette baisse traduit probablement l'effet cumulé de l'urbanisation, de l'amélioration de l'accès à l'éducation des femmes, et d'une plus grande diffusion des méthodes de planification familiale. Le 2^{ème} RGPH de 2009 confirme cette tendance baissière, avec un ISF de 3,52. Toutefois, l'enquête EDS PAPPAM de 2012 enregistre un ISF plus bas encore, à 2,94 enfants par femme, avec une forte différence entre milieu urbain (2,55) et rural (5,31), ce qui traduit une fécondité très concentrée selon le milieu de résidence.

En 2024, le 3^{ème} RGPH estime l'ISF national à 3,50, soit un niveau très proche de celui de 2009. Cette stabilité apparente peut refléter un palier atteint dans la transition féconde, marqué par une réduction modérée de la fécondité urbaine et une persistance de niveaux élevés dans certaines régions ou groupes sociaux. La comparaison entre les différentes sources appelle à la prudence : les RGPH et les EDS reposent sur des méthodologies différentes, avec des biais possibles de sous-déclaration ou de surévaluation selon les contextes. Toutefois, la tendance



générale est claire : Djibouti a connu une baisse importante de sa fécondité entre 1983 et 2012, suivie d'une phase de stabilisation autour de 3,5 enfants par femme.

Tableau n°19. Évolution de l'indice synthétique de fécondité à Djibouti selon les sources, 1983–2024

Année	Source	ISF Ensemble	ISF Urbain	ISF Rural
1983	1 ^{er} RGPH	6,43	–	–
2002	EDS PAFAM 1	4,2	4,1	3,9
2009	2 ^{ème} RGPH	3,52	–	–
2012	EDS PAFAM 2	2,94	2,55	5,31
2024	3 ^{ème} RGPH	3,5	3,3	4,8

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

3.15. Vue d'ensemble

L'analyse des données du 3^{ème} RGPH montre que la fécondité reste soutenue, avec un ISF national de 3,5 enfants par femme, ce qui dépasse le seuil de remplacement des générations fixé à 2,1. Ce niveau moyen masque cependant de fortes disparités selon les caractéristiques sociodémographiques. Les régions de Dikhil (4,9) et Ali Sabieh (4,7) présentent les ISF les plus élevés, tandis que la capitale Djibouti Ville affiche un ISF plus modéré de 3,2, reflet probable d'un meilleur accès à l'éducation, à la santé reproductive et à l'information. L'AMP est de 33,3 ans au niveau national, légèrement plus élevé en milieu urbain (33,4 ans) qu'en milieu rural (32,7 ans). Des écarts régionaux existent également, Ali Sabieh ayant l'AMP le plus élevé (36,1 ans), ce qui pourrait indiquer un report des naissances. La fécondité est concentrée entre 25 et 34 ans, avec un pic national de 172,75 naissances pour mille femmes chez les 30–34 ans, traduisant une concentration de la maternité autour des âges optimaux.

Les facteurs socioéconomiques jouent un rôle non négligeable dans les niveaux de fécondité. Les femmes des ménages très pauvres ont un ISF de 5,3 contre seulement 2,0 chez les très riches. Le niveau d'éducation est également un facteur clé : l'ISF est de 4,0 chez les femmes sans instruction, contre 2,7 chez celles ayant un niveau secondaire ou plus. La situation matrimoniale reste un déterminant, avec un ISF de 6,5 chez les femmes mariées, contre 0,3 chez les célibataires. D'autres variables influencent la fécondité : les femmes non migrantes (4,6) et celles travaillant dans le secteur informel (5,4) présentent des ISF plus élevés que les migrantes internes (3,0) et les femmes du secteur formel (2,6). De plus, les femmes vivant avec un handicap ont un ISF plus faible (2,5) que celles sans handicap (3,6), illustrant des obstacles spécifiques à la procréation.

Les indicateurs de reproduction confirment une dynamique de remplacement démographique, avec un TNR de 1,5. Toutefois, l'évolution de l'ISF montre une baisse rapide entre 1983 (6,43) et 2012 (2,94), suivie d'une stabilisation autour de 3,5 entre 2009 et 2024. Cette tendance suggère un ralentissement de la transition de la fécondité. Dans ce contexte, des politiques publiques adaptées à chaque profil sociodémographique sont nécessaires pour accompagner les transformations en cours et garantir les droits reproductifs des femmes.



CHAPITRE 4 : FÉCONDITÉ PASSÉE

L'analyse de la fécondité passée constitue un élément essentiel pour comprendre les dynamiques démographiques d'un pays. À travers l'analyse de la parité moyenne (c'est-à-dire le nombre moyen d'enfants nés vivants par femme), il est possible d'évaluer les comportements reproductifs au fil du temps et d'identifier les facteurs contextuels, économiques et socioculturels qui les influencent. Ce chapitre explore les disparités de fécondité selon plusieurs caractéristiques : la région de résidence, le milieu (urbain/rural), la situation matrimoniale, le niveau d'éducation, le statut migratoire, la situation professionnelle, le niveau de vie du ménage, la nationalité et le statut de handicap.

4.1. Parité moyenne au niveau national

À l'échelle nationale, la parité moyenne progresse de manière attendue avec l'âge, traduisant une accumulation régulière des naissances tout au long du cycle reproductif des femmes. Elle passe de 0,03 enfant en moyenne chez les femmes de 15–19 ans à 3,50 enfants chez les femmes 45–49 ans. Cette progression linéaire reflète une cohérence interne des données et suggère l'absence de rupture récente dans les comportements de fécondité. Par ailleurs, cette descendance finale (3,50) est très proche de l'indice synthétique de fécondité (3,53), ce qui confirme une stabilité de la fécondité à Djibouti.

Malgré cette stabilité apparente à l'échelle nationale, l'analyse de différentes sous-populations révèle des disparités. Par exemple, les régions hors de Djibouti Ville, les milieux ruraux, les femmes peu instruites ou très pauvres, ainsi que celles sans emploi formel, présentent des niveaux de parité systématiquement plus élevés, traduisant une fécondité plus précoce, plus intense et souvent moins contrôlée. À l'inverse, les femmes urbaines, éduquées, salariées du secteur formel ou appartenant aux ménages les plus aisés, ont des comportements plus différés et plus modérés.

4.2. Parité moyenne selon la région

L'analyse de la parité moyenne selon la région de résidence met en évidence des disparités régionales dans les comportements de fécondité des femmes âgées de 15 à 49 ans. Les données montrent que Djibouti Ville présente les niveaux de parité les plus faibles à tous les âges, traduisant un début de maternité plus tardif et une fécondité globale plus modérée, probablement en lien avec un meilleur accès à l'éducation, à l'emploi féminin et aux services de santé reproductive.

En revanche, les régions d'Arta, Ali Sabieh, et dans une moindre mesure Dikhil, enregistrent des parités nettement plus élevées, notamment entre 35 et 49 ans, avec des valeurs dépassant les 4 enfants en moyenne chez les femmes de 40 à 49 ans, ce qui témoigne d'une fécondité plus intense et probablement moins contrôlée. La précocité de la maternité est également plus marquée dans ces régions, comme en témoigne la parité dès 15–19 ans (jusqu'à 0,08 à Obock).



Ces écarts reflètent des inégalités territoriales en matière de comportements reproductifs, probablement liées à des facteurs socioculturels, économiques et d'accès aux services. Dans l'ensemble, la tendance croissante de la parité avec l'âge est cohérente, mais son rythme d'accumulation varie fortement selon la région.

Tableau n°20. Parité moyenne des femmes âgées de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge et la région

Groupe d'âge	Djibouti Ville	Ali Sabieh	Dikhil	Tadjourah	Obock	Arta	Ensemble
15 - 19 ans	0,02	0,03	0,06	0,06	0,08	0,05	0,03
20 - 24 ans	0,17	0,33	0,50	0,52	0,57	0,43	0,23
25 - 29 ans	0,99	1,53	1,54	1,38	1,65	1,67	1,12
30 - 34 ans	1,92	2,74	2,50	2,25	2,56	2,76	2,08
35 - 39 ans	2,75	3,65	3,30	2,80	3,05	3,70	2,88
40 - 44 ans	3,08	4,22	3,50	3,34	3,15	3,91	3,24
45 - 49 ans	3,42	4,03	3,59	3,41	3,34	4,02	3,50

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

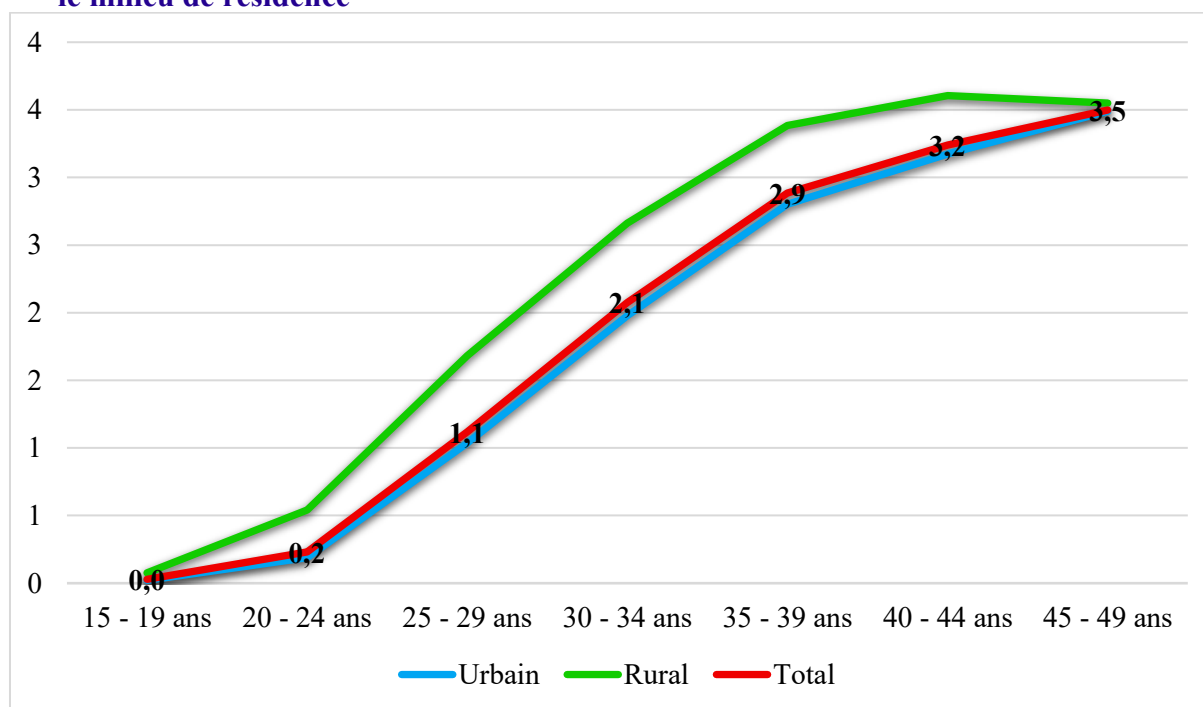
4.3. Parité moyenne selon le niveau de résidence

L'analyse de la parité moyenne selon le niveau de résidence révèle des différences significatives entre les milieux urbain et rural, particulièrement aux jeunes âges. Dans tous les groupes d'âge, les femmes vivant en milieu rural présentent une parité systématiquement plus élevée que celles du milieu urbain, ce qui traduit une fécondité plus précoce et plus intense en zone rurale. Par exemple, chez les femmes âgées de 20 à 24 ans, la parité est de 0,54 en rural contre seulement 0,19 en urbain, soit un rapport de près de 3 à 1.

Cette disparité tend à se réduire avec l'âge, jusqu'à devenir quasi nulle entre 45 et 49 ans (3,55 en rural contre 3,49 en urbain), suggérant un rattrapage progressif de la fécondité en milieu urbain, probablement dû à des maternités plus tardives. La forme ascendante de la parité avec l'âge est conforme au cycle reproductif attendu et reflète une cohérence générale des données. Toutefois, la fécondité plus élevée et plus précoce en milieu rural peut indiquer des différences d'accès à l'éducation, à la planification familiale ou à des modèles de nuptialité distincts selon le milieu de résidence.



Graphique n°9. Parité moyenne des femmes âgées de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge et le milieu de résidence



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

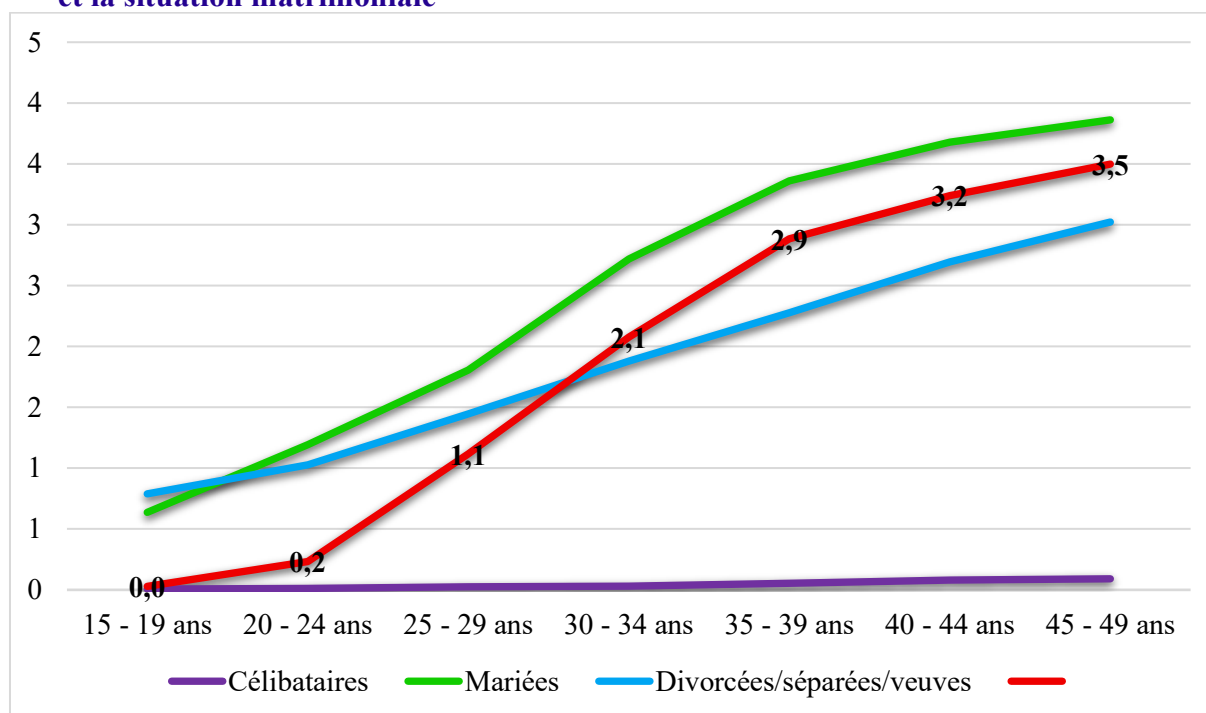
4.4. Parité moyenne selon la situation matrimoniale

L'analyse de la parité moyenne selon la situation matrimoniale met en évidence une corrélation étroite entre la fécondité et le statut matrimonial, confirmant le rôle central du mariage dans le schéma reproductif des femmes à Djibouti. Les femmes mariées présentent, à tous les âges, une parité nettement plus élevée que les célibataires et les divorcées/séparées/veuves, avec une parité culminant à 3,86 enfants en moyenne chez les 45–49 ans. Cela reflète la forte institutionnalisation de la fécondité dans le cadre du mariage, les naissances hors mariage restant quasi-nuls, comme le montre la parité extrêmement faible des célibataires (0,01 à 0,09 enfant en moyenne).

Les divorcées, séparées ou veuves enregistrent une parité intermédiaire, traduisant des trajectoires conjugales interrompues mais ayant donné lieu à des naissances antérieures. Ces tendances soulignent non seulement l'importance du calendrier nuptial dans la dynamique de fécondité, mais aussi le rôle des transitions conjugales dans l'accumulation de la parité. L'augmentation progressive de la parité avec l'âge, tous statuts confondus, est cohérente avec le cycle reproductif naturel, mais l'écart entre mariées et célibataires reste particulièrement prononcé, indiquant un faible niveau de fécondité hors union dans le contexte djiboutien.



Graphique n°10. Parité moyenne des femmes âgées de 15 à 49 ans selon le groupe d'âge et la situation matrimoniale



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

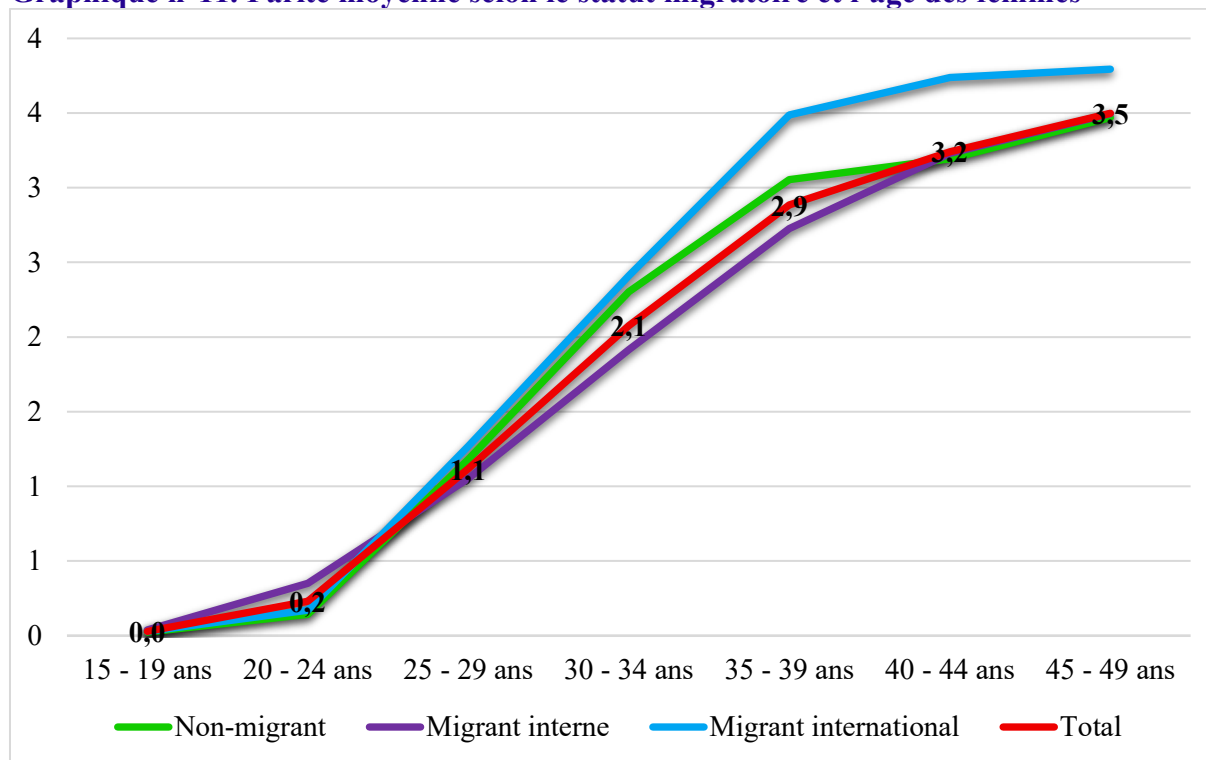
4.5. Parité atteinte et statut migratoire

L'analyse de la parité moyenne selon le statut migratoire met en lumière des dynamiques distinctes de fécondité en fonction de l'expérience migratoire des femmes. On observe d'abord que les migrantes internationales présentent, de manière constante, une parité moyenne plus élevée que les autres groupes, notamment à partir de 25 ans, avec un écart notable culminant entre 35 et 44 ans (3,49 enfants à 35–39 ans et 3,74 à 40–44 ans contre respectivement 3,05 et 3,19 chez les non-migrantes).

Cette tendance suggère un effet de sélection ou de contexte d'origine favorisant des niveaux de fécondité plus élevés. Les migrantes internes, en revanche, affichent une fécondité plus faible que les non-migrantes dans presque toutes les tranches d'âge jusqu'à 40 ans, ce qui peut refléter un profil socioéconomique ou un accès différencié à l'éducation et aux services de santé reproductive. Notamment, l'écart est marqué à 25–29 ans (1,05 enfants en moyenne contre 1,18 chez les non-migrantes), période clé de la fécondité. Toutefois, à partir de 40 ans, les écarts entre groupes tendent à s'atténuer, avec des niveaux convergents autour de 3,5 enfants.



Graphique n°11. Parité moyenne selon le statut migratoire et l'âge des femmes



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

4.6. Parité moyenne selon le niveau d'éducation

L'analyse de la parité moyenne selon le niveau d'éducation met en évidence une association claire entre faible niveau d'instruction et nombre moyen d'enfants nés vivants plus élevé. Les femmes sans niveau d'instruction présentent systématiquement les parités les plus élevées à tous les âges, culminant à 3,59 enfants en moyenne entre 45 et 49 ans, contre 3,41 pour celles ayant un niveau primaire, et 3,02 pour celles ayant atteint le secondaire ou plus. Ainsi, à la fin de la vie féconde, les femmes sans niveau ont en moyenne près de 0,6 enfant de plus que celles ayant un niveau secondaire ou plus.

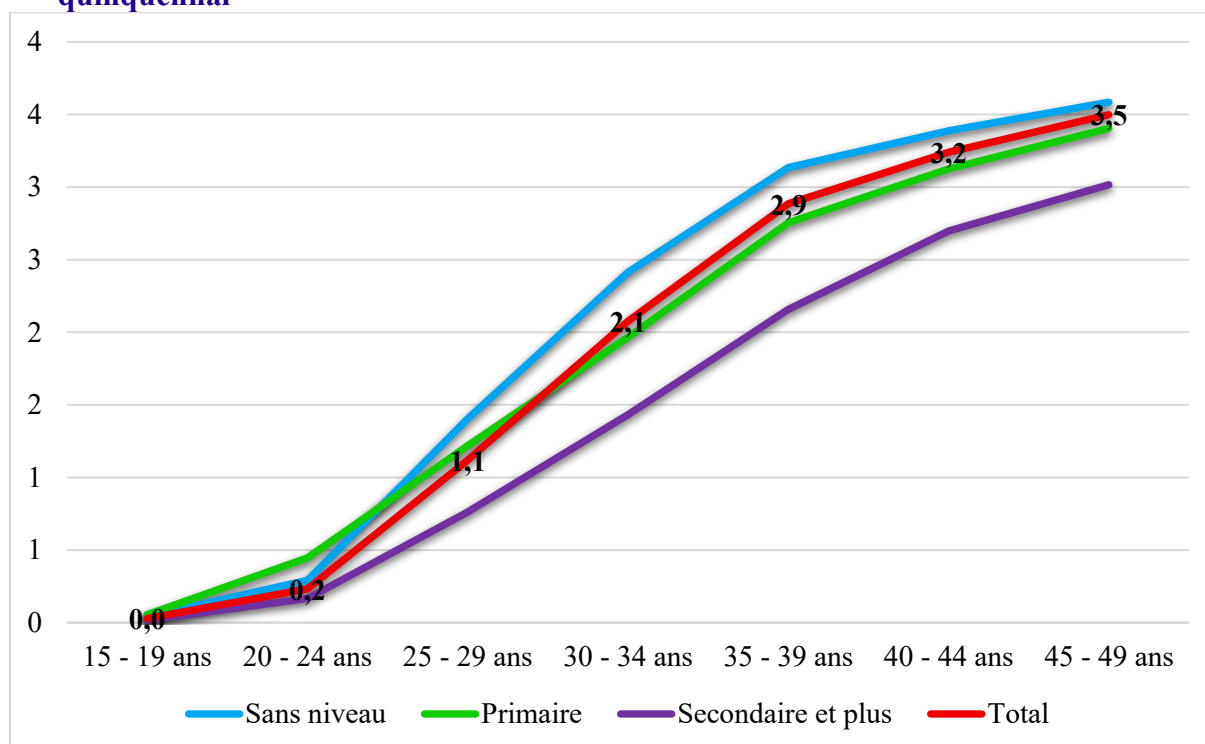
Les différences apparaissent dès les jeunes âges. Entre 15 et 19 ans, les femmes sans niveau ont en moyenne 0,04 enfant, contre 0,05 chez les femmes avec niveau primaire, mais seulement 0,02 pour les femmes du secondaire et plus, traduisant un phénomène de maternité plus tardive chez les plus instruites. Entre 20 et 24 ans, l'écart se creuse : les femmes sans niveau atteignent 0,29 enfant en moyenne, celles avec un niveau primaire 0,45, alors que les femmes plus instruites n'en comptent que 0,17.

Cette tendance se confirme tout au long du cycle de vie reproductif : les femmes sans niveau enregistrent les parités les plus fortes entre 25 et 39 ans (de 1,40 à 3,14 enfants), devant celles avec niveau primaire (1,22 à 2,76), puis celles du groupe « secondaire et plus » (0,76 à 2,16). Ces écarts reflètent l'impact probable de l'éducation sur la maîtrise de la fécondité : meilleur



accès à l'information, aux services de santé reproductive et planification familiale, et aspirations socio-économiques différenciées.

Graphique n°12. Parité moyenne selon le niveau d'éducation et le groupe d'âge quinquennal



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

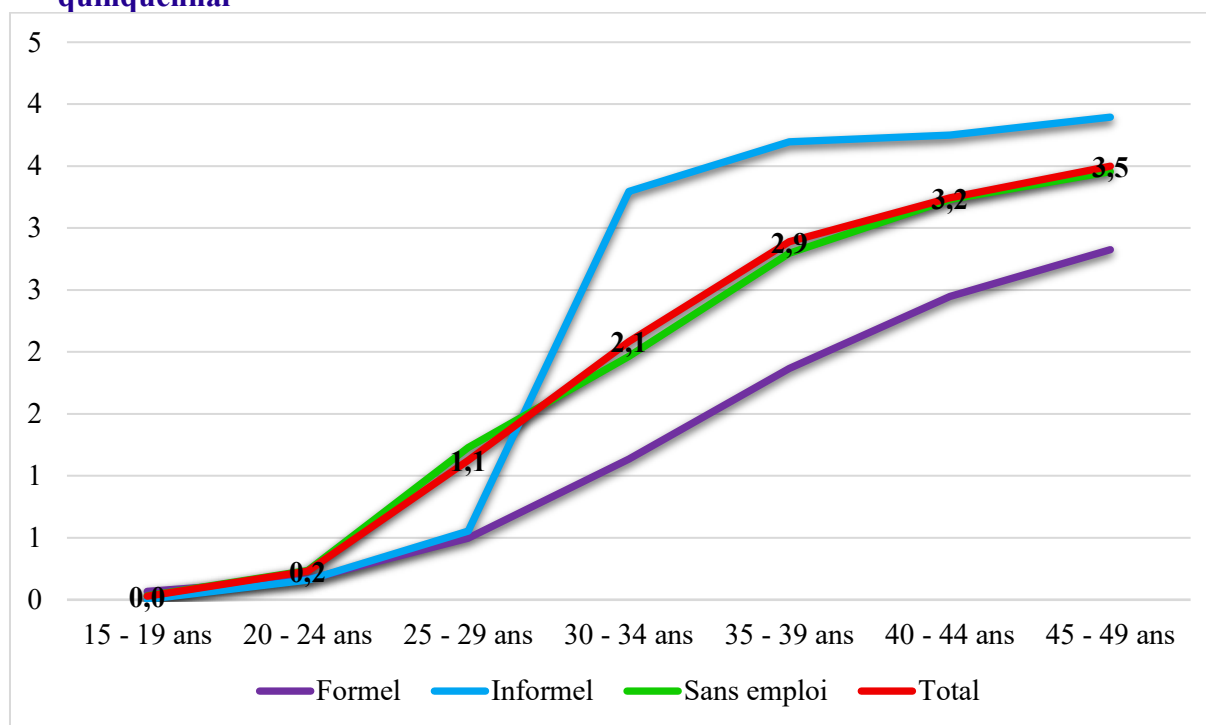
4.7. Parité atteinte selon le statut d'occupation

L'analyse de la parité moyenne selon le statut d'occupation révèle des écarts marqués de fécondité en lien avec l'insertion professionnelle des femmes. Celles travaillant dans le secteur informel affichent les niveaux les plus élevés, atteignant 3,90 enfants à 45–49 ans, contre 2,83 pour les femmes en emploi formel. L'écart devient particulièrement prononcé dès 30–34 ans (3,30 contre 1,13), suggérant que l'informel permet une conciliation plus souple entre travail et maternité.

À l'inverse, les femmes en emploi formel tendent à retarder ou limiter les naissances, probablement en raison de contraintes professionnelles et d'un meilleur accès à la planification familiale. Les femmes sans emploi occupent une position intermédiaire, avec des niveaux de fécondité généralement inférieurs à l'informel mais supérieurs au formel.



Graphique n°13. Parité moyenne selon le statut d'occupation et le groupe d'âge quinquennal



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

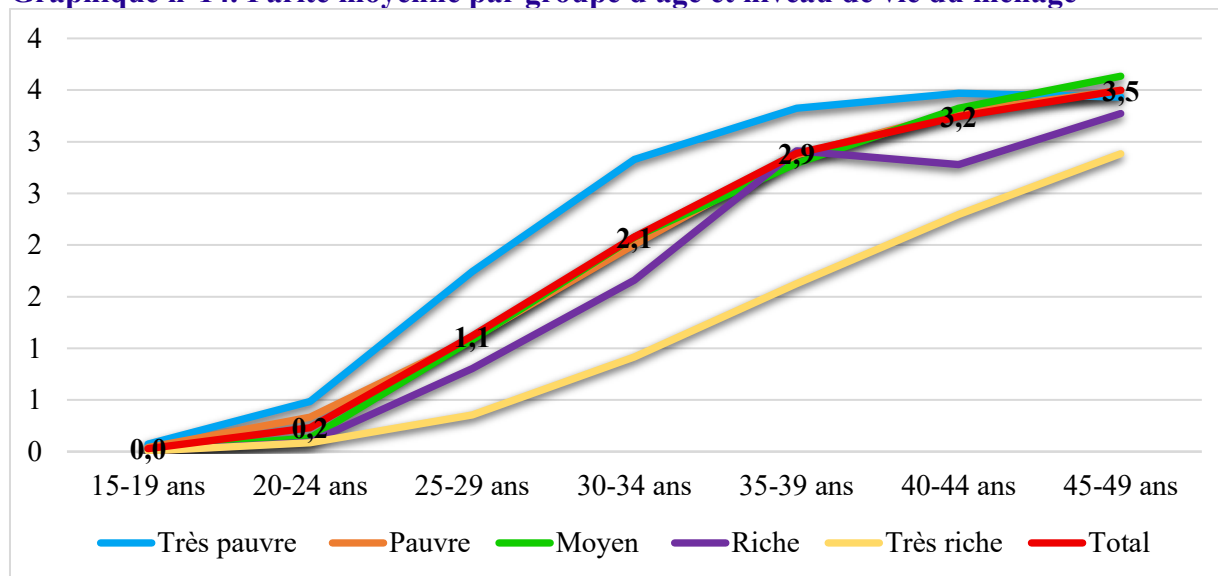
4.8. Parité moyenne selon le niveau de vie du ménage

L'analyse de la parité moyenne selon le niveau de vie du ménage met en évidence des disparités significatives en matière de fécondité passée entre les différentes modalités du niveau de vie. De manière générale, les femmes issues des ménages très pauvres et pauvres enregistrent les parités les plus élevées tout au long de la période reproductive. Par exemple, à 45-49 ans, les femmes très pauvres ont en moyenne 3,43 enfants, tandis que les femmes pauvres en ont 3,50, contre seulement 2,88 pour les femmes très riches. Cette tendance indique que les femmes des ménages les moins favorisés ont eu des trajectoires reproductives plus intenses.

Dans les groupes d'âge intermédiaires, notamment entre 25 et 39 ans, les différences persistent : les femmes très pauvres atteignent 2,83 enfants à 30-34 ans, contre 0,92 pour les très riches. La parité reste relativement homogène parmi les groupes d'un niveau de vie moyen, riche et très riche jusqu'à 35-39 ans, mais reste systématiquement inférieure à celle des très pauvres. Cela traduit l'effet limitatif du niveau de vie sur la fécondité : plus le niveau de vie augmente, plus la parité moyenne est faible. Ce constat suggère une association claire entre conditions économiques favorables et maîtrise de la reproduction, probablement en lien avec un meilleur accès à l'éducation, aux services de santé reproductive et aux choix de planification familiale.



Graphique n°14. Parité moyenne par groupe d'âge et niveau de vie du ménage

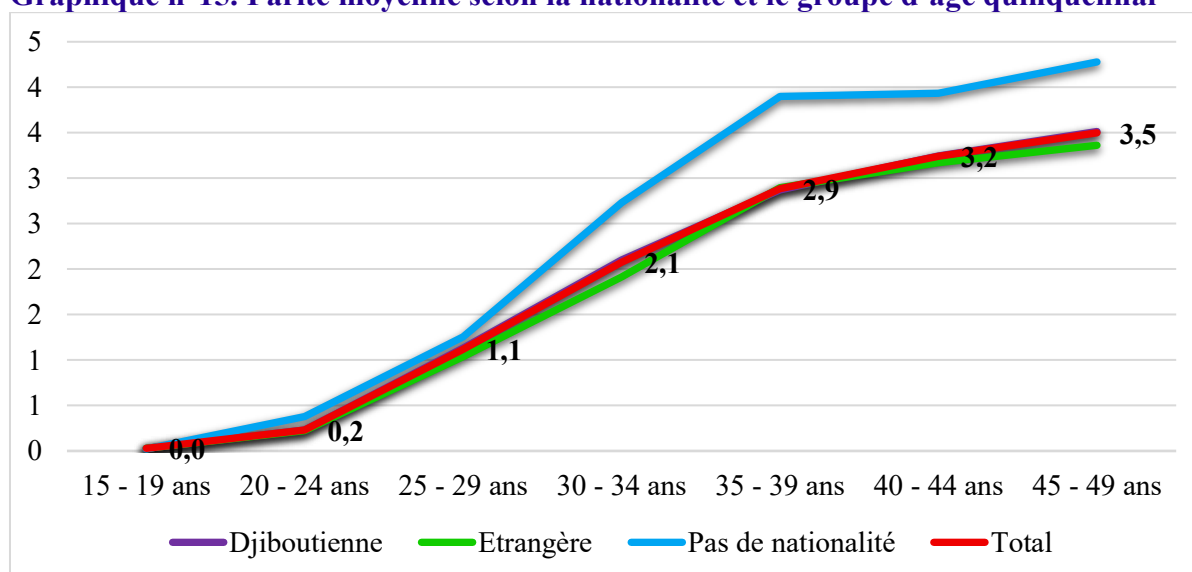


Source : INSTAD (2024) RGPH-3

4.9. Parité moyenne selon la nationalité

L'analyse de la parité moyenne selon la nationalité révèle des écarts significatifs, notamment chez les femmes sans nationalité, qui présentent une fécondité nettement plus élevée à partir de 25 ans, atteignant 4,28 enfants en moyenne à 45–49 ans, contre 3,51 pour les Djiboutiennes et 3,36 pour les étrangères. Ce niveau élevé peut refléter une plus grande précarité sociale et un accès limité aux services de santé reproductive. Les étrangères affichent une fécondité légèrement inférieure à celle des Djiboutiennes jusqu'à 30–34 ans, puis les niveaux convergent, suggérant une certaine assimilation des comportements. Les Djiboutiennes, quant à elles, suivent une trajectoire régulière, proche de la moyenne nationale.

Graphique n°15. Parité moyenne selon la nationalité et le groupe d'âge quinquennal



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

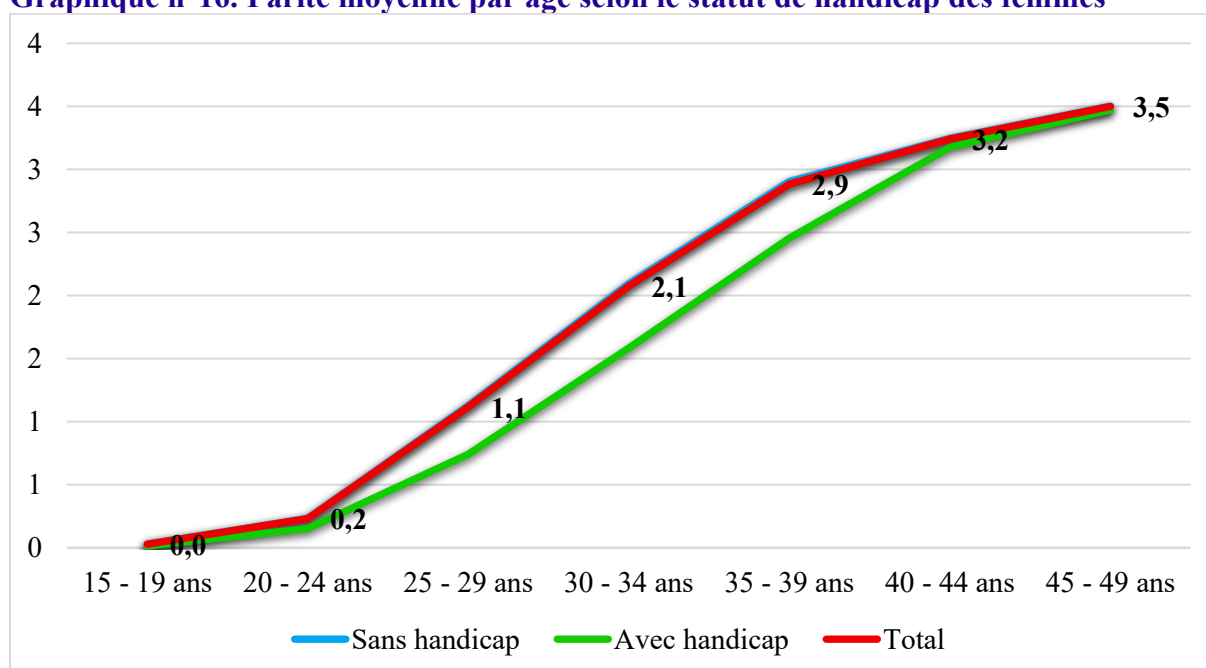


4.10. Parité atteinte selon le handicap

L'analyse de la parité moyenne selon le statut de handicap montre que les femmes avec handicap ont une fécondité légèrement inférieure à celle des femmes sans handicap, surtout avant 40 ans. Dès les premiers groupes d'âge, la parité moyenne des femmes handicapées est systématiquement plus faible, avec un écart notable à 25–29 ans (0,74 contre 1,13) et 30–34 ans (1,58 contre 2,09), suggérant un retard ou une limitation de la maternité.

Toutefois, ces différences tendent à s'estomper à partir de 40 ans, où les parités moyennes se rapprochent fortement (3,18 contre 3,25 à 40–44 ans et 3,47 contre 3,50 à 45–49 ans), indiquant que les femmes vivant avec le handicap ont finalement des parcours de fécondité globalement proches en fin de vie reproductive.

Graphique n°16. Parité moyenne par âge selon le statut de handicap des femmes



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

4.11. ISF et descendance finale

Les résultats du 3^{ème} RGPH, avec un indice synthétique de fécondité (ISF) de 3,53 enfants par femme et une descendance finale (D50) de 3,49 pour les femmes âgées de 45 à 49 ans, révèlent une stabilité de la fécondité dans le pays. L'écart quasi nul entre ces deux indicateurs, l'un conjoncturel et l'autre générationnel, indique que les comportements reproductifs actuels sont très proches de ceux observés dans la génération de femmes ayant achevé leur vie féconde. Cela suggère une absence de transition rapide ou récente dans les niveaux de fécondité, témoignant d'un modèle démographique relativement stable, où la fécondité demeure modérée et bien supérieure au seuil de remplacement.



4.12. Vue d'ensemble

L'analyse de la fécondité passée à Djibouti révèle une parité moyenne nationale de 3,50 enfants chez les femmes âgées de 45 à 49 ans, traduisant une fécondité stable et modérée. Des disparités importantes persistent : les femmes rurales (3,55) et celles résidant dans les régions comme Ali Sabieh (4,03) ou Arta (4,02) affichent les niveaux les plus élevés. La parité est nettement plus faible chez les femmes ayant un niveau supérieur (2,44) ou un emploi formel (2,83), contre 3,90 dans l'informel. Les très pauvres (3,00) et les femmes sans nationalité (4,28) présentent également des fécondités plus élevées. L'ISF de 3,53 confirme la stabilité du modèle fécond, encore loin du seuil de remplacement, et montre l'importance des inégalités socioéconomiques et socio-spatiales dans les comportements reproductifs à Djibouti.



CHAPITRE 5 : FÉCONDITÉ À RISQUE

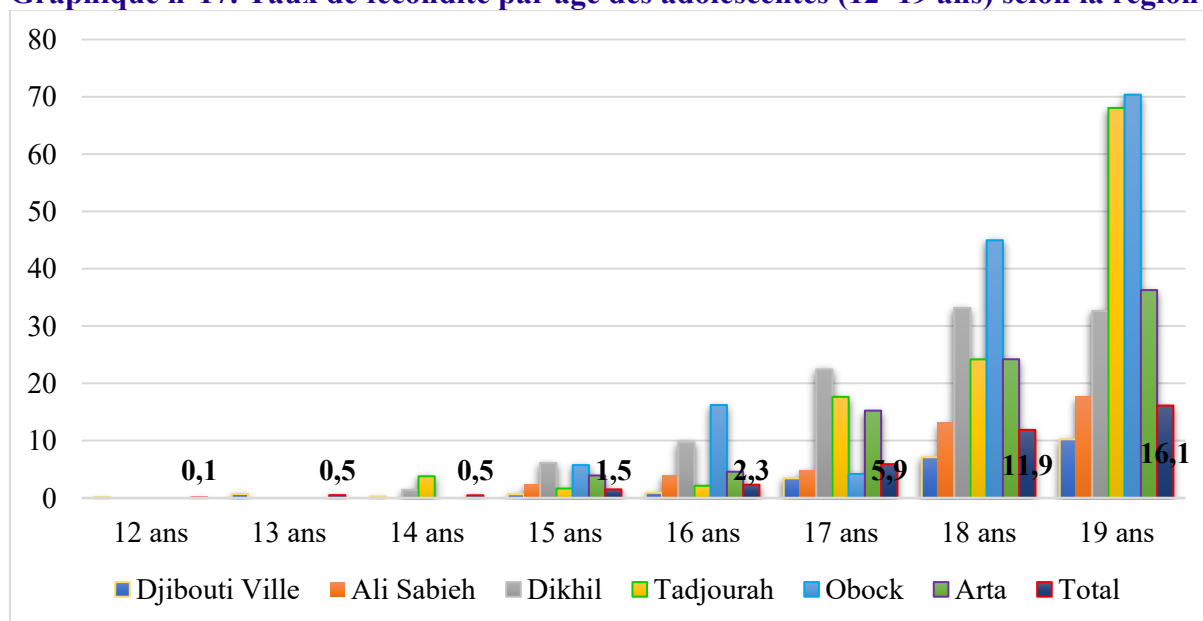
La fécondité à risque, définie comme la survenue de naissances à des âges biologiquement ou socialement défavorables – notamment à l’adolescence (12–19 ans) et après 40 ans – constitue une problématique centrale en matière de santé maternelle et infantile. Ces formes de fécondité sont associées à des risques accrus de complications médicales, de déscolarisation, de pauvreté et d’exclusion sociale. Ce chapitre s’appuie sur les données du 3^{ème} RGPH pour analyser, d’une part, la maternité précoce chez les adolescentes et, d’autre part, la fécondité tardive chez les femmes de 40 à 49 ans. L’objectif est de mettre en lumière les facteurs de ces formes de fécondité, les inégalités qui les sous-tendent, et les implications pour les politiques de santé sexuelle et reproductive.

5.1. Fécondité des adolescentes

5.1.1. Fécondité des adolescentes selon la région

L’analyse des taux de fécondité par âge chez les adolescentes, selon la région révèle une montée progressive de la fécondité dès 15 ans, avec de fortes disparités territoriales. Avant 15 ans, les naissances sont rares, concentrées surtout à Djibouti Ville. À partir de 15 ans, la fécondité devient visible, notamment à Dikhil, Obock et Arta. Entre 16 et 19 ans, la fécondité augmente fortement, atteignant des pics élevés à 19 ans à Obock (70,4%) et Tadjourah (68,0%), témoignant de maternités précoces fréquentes. En comparaison, Djibouti Ville présente une montée plus modérée, sans doute liée à un meilleur accès à l’éducation et à la santé reproductive. Cette structure met en évidence une transition démographique inégale, avec des enjeux majeurs dans les régions rurales en matière de scolarisation, prévention des grossesses précoces et lutte contre les mariages d’enfants.

Graphique n°17. Taux de fécondité par âge des adolescentes (12–19 ans) selon la région



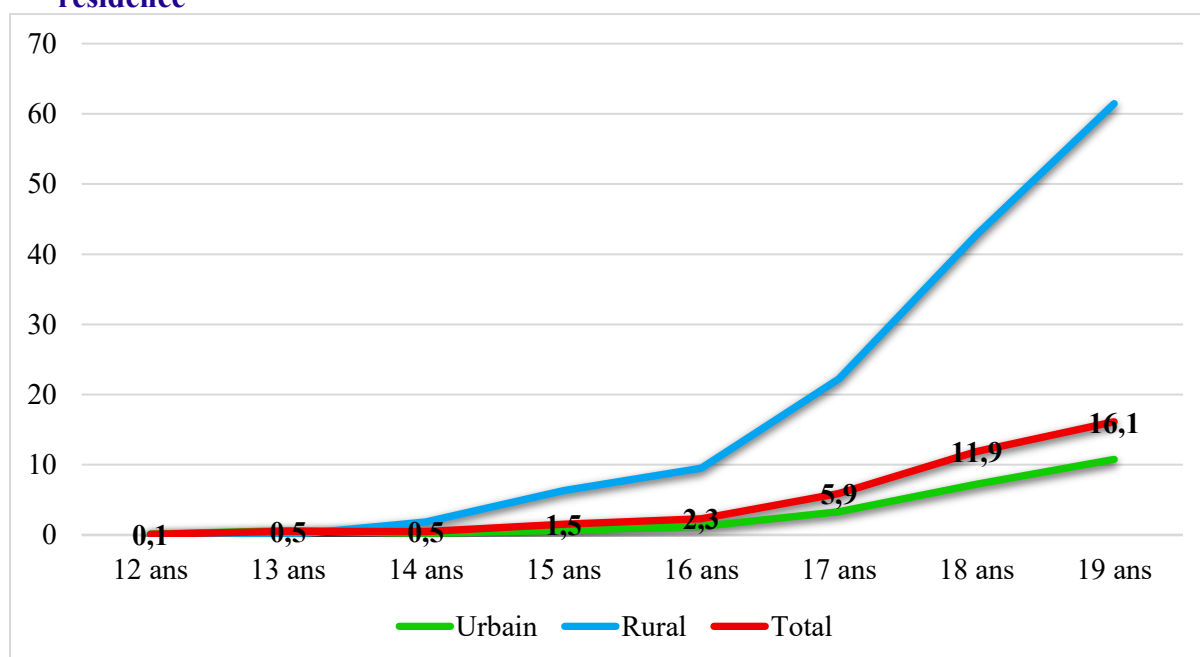
Source : INSTAD (2024) RGPH-3



5.1.2. Fécondité des adolescentes selon le niveau de résidence

L'analyse des taux de fécondité des adolescentes selon le milieu de résidence montre une fécondité beaucoup plus élevée en zone rurale qu'en milieu urbain. Avant 15 ans, les naissances sont rares, mais dès 14 ans, la fécondité rurale (1,86‰) dépasse nettement l'urbain (0,23‰). À partir de 15 ans, l'écart s'accroît : à 19 ans, le taux rural atteint 61,4‰, soit près de six fois le taux urbain (10,8‰). Cette différence reflète des facteurs socio-culturels (mariages précoces, accès réduit à l'éducation) et des inégalités en santé reproductive. La fécondité adolescente plus contenue en milieu urbain témoigne d'un meilleur accès aux services et à l'information.

Graphique n°18. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le milieu de résidence



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.1.3. Fécondité des adolescentes selon la situation matrimoniale

L'analyse des taux de fécondité des adolescentes selon la situation matrimoniale, issue du 3^{ème} RGPH, met en lumière que la presque totalité des naissances chez les 12–19 ans survient parmi les jeunes mariées, dont le taux culmine à 225‰ à 19 ans, tandis que les célibataires affichent des niveaux négligeables (< 1‰) et les divorcées/séparées/veuves présentent aussi des taux très élevés (jusqu'à 200‰ à 19 ans). Cela confirme, comme le montrent de nombreuses études en Afrique de l'Est (par ex. Éthiopie), que le mariage précoce constitue le levier principal de la maternité adolescente, en accroissant l'exposition aux grossesses et réduisant l'accès à la contraception et aux soins prénatals.



Tableau n°21. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon la situation matrimoniale

Age	Célibataires	Mariées	Divorcées/ séparées/veuves	Ensemble
12 ans	0,1	0,0	0,0	0,1
13 ans	0,4	0,0	142,9	0,5
14 ans	0,1	87,0	0,0	0,5
15 ans	0,6	104,7	166,7	1,5
16 ans	0,7	173,9	50,0	2,3
17 ans	1,2	189,9	166,7	5,9
18 ans	2,0	202,4	210,5	11,9
19 ans	0,6	225,1	200,0	16,1

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.1.4. Fécondité des adolescentes selon le statut migratoire

L'analyse des taux de fécondité des adolescentes selon le statut migratoire montre des niveaux plus élevés chez les migrantes internes et internationales, en particulier à partir de 15 ans. À 19 ans, les migrantes internes atteignent 24%, contre 11,6% chez les non-migrantes, tandis que les migrantes internationales affichent un pic à 13,6% à 18 ans. Ces écarts reflètent une plus grande vulnérabilité des adolescentes migrantes, souvent liées à des ruptures scolaires, un accès limité à la santé reproductive et des mariages précoces. La précocité observée, notamment chez les migrantes internes dès 16 ans, souligne la nécessité d'interventions ciblées, notamment en matière d'éducation, d'insertion sociale et de prévention des grossesses précoces.

Tableau n°22. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le statut migratoire

Age	Non-migrant	Migrant interne	Migrant international	Ensemble
12 ans	0,0	0,3	0,0	0,1
13 ans	0,3	0,8	4,1	0,5
14 ans	0,3	1,1	0,0	0,5
15 ans	1,1	1,6	6,9	1,5
16 ans	2,1	2,8	2,0	2,3
17 ans	5,2	6,5	12,6	5,9
18 ans	7,9	18,5	13,6	11,9
19 ans	11,6	24,0	13,2	16,1

Source : INSTAD (2024) RGPH-3



5.1.5. Fécondité des adolescentes selon le niveau d'éducation

L'analyse du taux de fécondité des adolescentes selon le niveau d'éducation montre une relation inverse claire entre instruction et maternité précoce. Les adolescentes sans niveau scolaire affichent les taux les plus élevés dès 14 ans, culminant à 24,3‰ à 19 ans, contre 9,3‰ pour celles ayant atteint le secondaire ou plus. Cette différence reflète l'effet protecteur de la scolarisation prolongée face aux risques de mariage précoce et de grossesse. Le groupe "primaire" enregistre des taux intermédiaires, parfois supérieurs aux "sans niveau" à 18–19 ans, ce qui peut traduire des parcours scolaires interrompus, insuffisants pour différer la maternité.

Tableau n°23. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le niveau d'éducation

Age	Sans niveau	Primaire	Secondaire et plus	Ensemble
12 ans	0,0	0,2	0,0	0,1
13 ans	0,4	0,9	0,4	0,5
14 ans	1,5	0,0	0,2	0,5
15 ans	3,6	0,0	0,8	1,5
16 ans	6,3	1,4	0,6	2,3
17 ans	14,1	6,0	2,1	5,9
18 ans	17,7	26,7	6,9	11,9
19 ans	24,3	32,3	9,3	16,1

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.1.6. Fécondité des adolescentes selon le statut d'occupation

L'analyse des taux de fécondité des adolescentes selon le statut d'occupation montre que la majorité des naissances concernent les adolescentes sans emploi, avec un taux atteignant 16,4‰ à 19 ans, bien supérieur à ceux observés chez les actives. Cette situation reflète une vulnérabilité accrue liée à l'inactivité, souvent associée au décrochage scolaire ou au manque d'opportunités. Les adolescentes du secteur informel présentent une fécondité faible, tandis que les actives dans le secteur formel affichent des pics ponctuels (ex. 53,3‰ à 17 ans), probablement dus à de faibles effectifs.

Tableau n°24. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le statut d'occupation

Age	Formel	Informel	Sans emploi	Ensemble
12 ans	0,0	0,0	0,1	0,1
13 ans	0,0	0,0	0,6	0,5
14 ans	0,0	0,0	0,6	0,5
15 ans	20,8	0,0	1,8	1,5
16 ans	0,0	0,0	2,9	2,3
17 ans	53,3	0,5	6,7	5,9
18 ans	12,2	7,0	12,1	11,9
19 ans	27,8	3,6	16,4	16,2

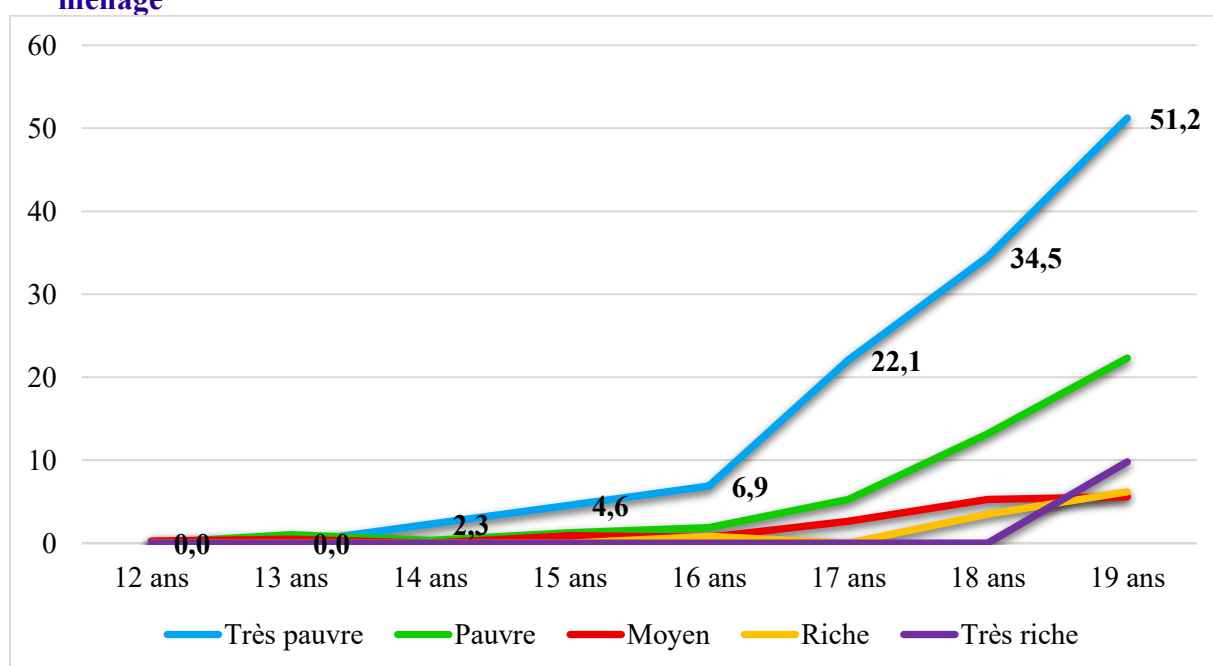
Source : INSTAD (2024) RGPH-3



5.1.7. Fécondité des adolescentes selon le niveau de vie du ménage

L'analyse des taux de fécondité chez les adolescentes âgées de 12 à 19 ans selon le niveau de vie du ménage révèle de fortes disparités socio-économiques. Les adolescentes issues de ménages très pauvres affichent des niveaux de fécondité nettement plus élevés, dépassant 50‰ à 19 ans, contre seulement 5,60‰ chez celles de niveau moyen, 6,19‰ chez les riches et 9,80‰ chez les très riches. Cette sur-fécondité précoce dans les groupes défavorisés se manifeste dès 14 ans, avec une progression marquée à partir de 16 ans. En revanche, la fécondité reste quasi inexistante avant 17 ans chez les adolescentes riches et très riches. Cette situation témoigne d'un effet protecteur du niveau de vie plus élevé contre la fécondité précoce, probablement en lien avec un meilleur accès à l'éducation, à l'information et aux services de santé reproductive.

Graphique n°19. Taux de fécondité des adolescentes (12-19 ans) par niveau de vie du ménage



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.1.8. Fécondité des adolescentes selon la nationalité

L'analyse des taux de fécondité des adolescentes selon la nationalité montre que si les Djiboutiennes concentrent la majorité des naissances, les étrangères et les filles sans nationalité présentent souvent des taux plus élevés, notamment entre 17 et 19 ans. À 17 ans, les étrangères atteignent 13,3‰ et les filles sans nationalité 10,3‰, contre 4,9‰ chez les Djiboutiennes. À 18 ans, les adolescentes sans nationalité enregistrent même le taux le plus élevé (20,2‰). Ces écarts traduisent une vulnérabilité accrue des non-nationales, liée à un accès plus limité à l'éducation, aux soins et à la protection sociale.



Tableau n°25. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon la nationalité

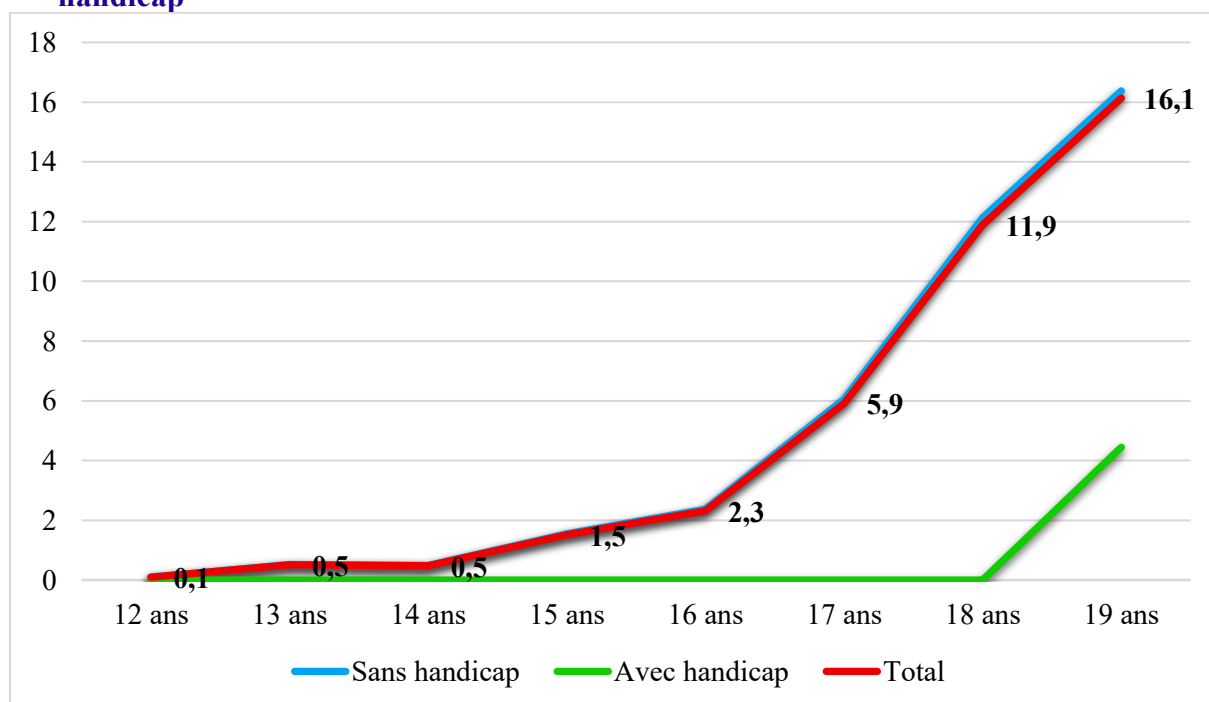
Age	Djiboutienne	Etrangère	Pas de nationalité	Ensemble
12 ans	0,1	0,0	0,0	0,1
13 ans	0,4	1,4	0,0	0,5
14 ans	0,5	0,0	0,0	0,5
15 ans	1,4	2,9	0,0	1,5
16 ans	2,4	1,9	0,0	2,3
17 ans	4,9	13,3	10,3	5,9
18 ans	12,4	8,2	20,2	11,9
19 ans	16,3	15,1	18,7	16,1

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.1.9. Fécondité des adolescentes selon le statut de handicap

L'analyse des taux de fécondité selon le statut de handicap montre une fécondité quasi inexistante chez les adolescentes en situation de handicap jusqu'à 18 ans, avec un seul taux relevé à 4,4‰ à 19 ans, contre 16,4‰ chez les adolescentes sans handicap. Cette différence suggère une moindre exposition à la maternité, possiblement liée à une plus forte protection familiale, à des obstacles sociaux ou à un accès limité à l'union. Elle pourrait aussi refléter une sous-déclaration ou une faible représentativité statistique

Graphique n°20. Taux de fécondité des adolescentes (12–19 ans) selon le statut de handicap



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.1.10. Évolution spatio-temporelle de la fécondité des adolescentes

L'analyse des indicateurs de fécondité chez les adolescentes à Djibouti révèle des disparités notables selon les régions et le milieu de résidence. Les taux les plus élevés de fécondité chez



les filles de 15-19 ans sont observés dans les régions de Dikhil, Tadjourah et Ali Sabieh, souvent supérieurs à la moyenne nationale, ce qui reflète un contexte socio-culturel favorable à la procréation précoce et un accès plus limité à l'éducation et à la planification familiale. En revanche, les taux sont significativement plus faibles en milieu urbain, notamment à Djibouti-ville, ce qui traduit l'effet protecteur de l'urbanisation, de l'éducation et des services de santé reproductive. Les données indiquent également que les adolescentes vivant en milieu rural sont globalement plus exposées aux grossesses précoces, soulignant des inégalités persistantes en matière de santé sexuelle et reproductive selon le lieu de résidence.

Tableau n°26. Taux de fécondité des adolescentes (15–19 ans) selon la région et le milieu de résidence

Source	Ensemble (12-19 ans)	Milieu urbain	Milieu rural	Djibouti-ville	Ali Sabieh	Dikhil	Tadjourah	Obock	Arta
3 ^{ème} RGPH (2024)	27‰	22‰	41‰	25‰	35‰	38‰	42‰	21‰	18‰
EDSF/MICS (2011-2012)	34‰	28‰	46‰	30‰	39‰	44‰	50‰	25‰	22‰
Enquête PAFAM (2002)	41‰	36‰	52‰	34‰	47‰	49‰	55‰	30‰	28‰

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.2. Fécondité tardive

L'analyse de la fécondité tardive à Djibouti révèle une persistance significative des naissances au-delà de 40 ans, ce qui reflète un niveau d'infécondité relativement modéré à ces âges avancés. Les données du 3^{ème} RGPH permettent d'identifier des disparités selon plusieurs caractéristiques.

5.2.1. Fécondité tardive selon la région

L'analyse du taux de fécondité entre 40 et 49 ans révèle une fécondité tardive non négligeable dans toutes les régions du pays, avec des niveaux particulièrement élevés dans Ali Sabieh, Dikhil et Tadjourah, où l'on observe régulièrement des taux dépassant les 200‰ entre 40 et 46 ans. En revanche, Obock et Arta présentent des taux globalement plus faibles et irréguliers, parfois très bas (ex. 0‰ à 49 ans à Obock).

La capitale, Djibouti-Ville, affiche des niveaux modérés mais relativement stables. Ces écarts régionaux suggèrent des différences dans les comportements reproductifs, l'accès à la contraception et l'âge à la dernière naissance. La persistance de la fécondité après 40 ans, notamment dans les zones rurales, peut indiquer une moindre utilisation de la planification familiale, un désir de remplacement d'enfants décédés, ou encore une prolongation de la vie reproductive dans des contextes de forte valeur accordée à la maternité.



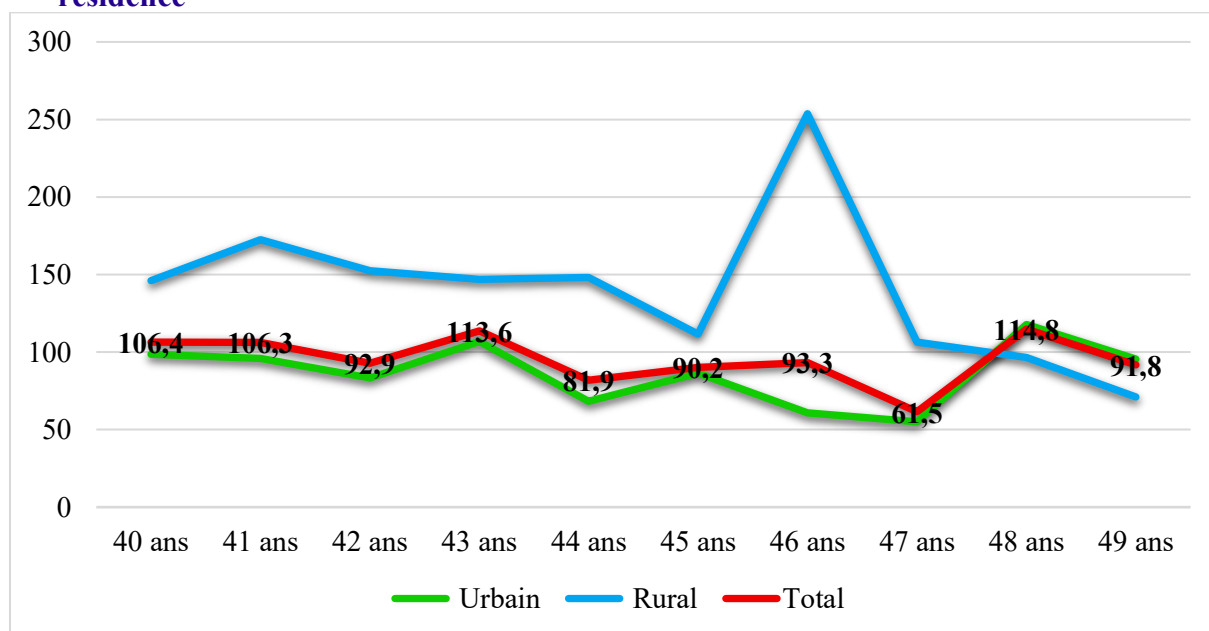
Tableau n°27. Taux de fécondité (%) des femmes âgées de 40 à 49 ans selon la région

Age	Djibouti Ville	Ali Sabieh	Dikhil	Tadjourah	Obock	Arta	Ensemble
40 ans	92,3	189,6	204,6	128,1	60,1	115,6	106,4
41 ans	87,3	226,2	163,7	199,3	53,2	142,9	106,3
42 ans	78,3	213,6	180,3	64,9	24,1	104,5	92,9
43 ans	102,2	273,3	158,9	72,5	29,2	81,8	113,6
44 ans	48,3	268,1	205,5	110,1	68,8	58,8	81,9
45 ans	81,1	216,1	79,0	113,1	49,7	35,2	90,2
46 ans	24,6	405,1	345,7	304,6	4,2	72,9	93,3
47 ans	42,2	180,2	141,0	94,3	35,4	34,5	61,5
48 ans	121,2	151,0	100,0	100,0	29,4	18,5	114,8
49 ans	94,9	121,0	132,8	76,9	0,0	12,4	91,8

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.2.2. Fécondité tardive selon le niveau de résidence

L'analyse des taux de fécondité entre 40 et 49 ans selon le milieu de résidence montre que les femmes vivant en milieu rural présentent une fécondité tardive plus élevée que celles en milieu urbain, notamment entre 40 et 46 ans, avec un pic remarquable à 253,7‰ à 46 ans en zone rurale contre 60,7‰ en zone urbaine. Ces écarts traduisent des différences dans les comportements reproductifs, l'accès à la contraception, ou encore la durée des unions. La persistance des naissances à ces âges avancés, surtout en zone rurale, peut refléter un moindre recours à la planification familiale, un désir accru de descendance nombreuse, ou le remplacement d'enfants perdus. En milieu urbain, les taux restent plus modérés et stables, ce qui peut indiquer une maîtrise plus grande de la fécondité.

Tableau n°28. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le milieu de résidence

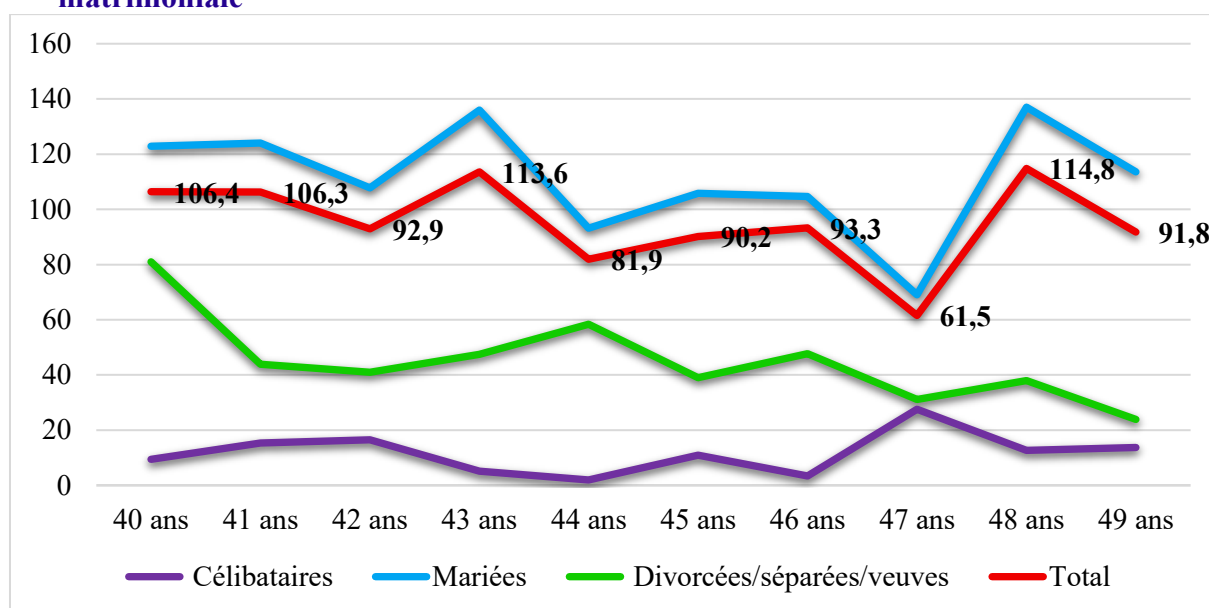
Source : INSTAD (2024) RGPH-3



5.3. Fécondité tardive selon la situation matrimoniale

L'analyse des taux de fécondité entre 40 et 49 ans selon la situation matrimoniale montre que la quasi-totalité des naissances tardives concerne des femmes mariées, avec des taux élevés et réguliers, atteignant 137‰ à 48 ans. À l'inverse, les célibataires et les divorcées/séparées/veuves affichent des taux bien plus faibles, rarement au-dessus de 40‰, ce qui confirme une forte concentration des naissances dans le cadre du mariage à ces âges. Cela traduit la persistance des normes sociales liant mariage et maternité, même après 40 ans. Cette fécondité tardive chez les femmes mariées peut également refléter un moindre recours à la contraception et un désir de descendance prolongée.

Graphique n°21. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon la situation matrimoniale



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

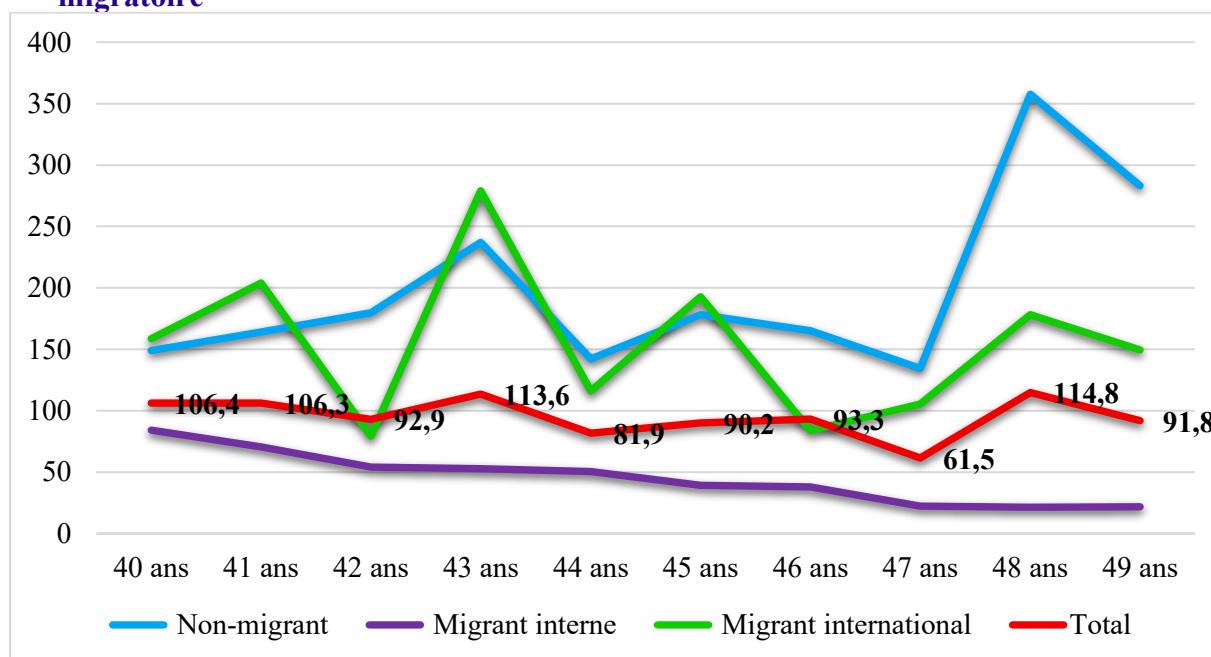
5.3.1. Fécondité tardive selon le statut migratoire

L'analyse des taux de fécondité entre 40 et 49 ans selon le statut migratoire met en évidence des niveaux nettement plus élevés chez les non-migrants et les migrants internationaux, avec des pics importants à 48 ans (357,6‰ pour les non-migrants) et à 43 ans (279,1‰ pour les migrants internationaux).

À l'inverse, les migrants internes présentent des taux beaucoup plus faibles, ne dépassant jamais 85‰. Ces écarts peuvent s'expliquer par des différences dans l'insertion sociale, les comportements reproductifs ou l'accès aux services de santé. La fécondité élevée des non-migrants pourrait refléter une plus grande stabilité résidentielle et conjugale, propice à la poursuite de la maternité à un âge avancé. Chez les migrants internationaux, ces niveaux élevés pourraient être liés à des normes culturelles pro-natalistes ou à des recompositions familiales après migration.



Graphique n°22. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le statut migratoire



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.3.2. Fécondité tardive selon le niveau d'éducation

L'analyse des taux de fécondité chez les femmes âgées de 40 à 49 ans met en évidence de fortes disparités selon le niveau d'instruction. Les femmes sans niveau d'éducation enregistrent systématiquement les taux les plus élevés tout au long de la décennie, avec des pics très marqués à 43 ans (145,54‰) et 48 ans (143,03‰). Cela traduit une persistance de la fécondité à un âge relativement avancé dans ce groupe, suggérant une entrée tardive et prolongée en matière de reproduction, probablement en lien avec un accès limité aux services de santé reproductive ou à la planification familiale.

Les femmes ayant un niveau d'instruction primaire présentent des taux généralement inférieurs à ceux des femmes sans instruction, mais la tendance demeure hétérogène. On observe ainsi un taux relativement élevé à 40 ans (107,44‰), suivi d'une chute brutale à partir de 43 ans (10,64‰), avant une légère remontée. Cette variabilité pourrait refléter des comportements féconds encore actifs mais plus irréguliers dans cette tranche d'âge.

En revanche, les femmes ayant un niveau secondaire ou plus affichent les taux de fécondité les plus faibles à tous les âges, avec des valeurs inférieures à 30‰ à partir de 44 ans et tombant à 17,47‰ à 49 ans. Cela confirme que l'instruction agit comme un facteur majeur de limitation de la fécondité à des âges avancés, par l'adoption précoce de comportements de planification familiale et un meilleur accès à l'information reproductive.



Tableau n°29. Taux de fécondité par âge et niveau d'instruction chez les femmes de 40 à 49 ans

Age	Sans niveau	Primaire	Secondaire et plus	Ensemble
40 ans	110,9	107,4	87,5	106,4
41 ans	116,3	72,4	87,7	106,3
42 ans	105,2	44,3	66,7	92,9
43 ans	145,5	10,6	56,3	113,6
44 ans	94,2	36,0	27,3	81,9
45 ans	105,0	42,7	38,7	90,2
46 ans	109,5	28,7	27,5	93,3
47 ans	69,4	12,0	23,7	61,5
48 ans	143,0	23,7	22,7	114,8
49 ans	107,9	16,9	17,5	91,8

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.3.3. Fécondité tardive selon le statut d'occupation

L'analyse des taux de fécondité tardive selon le statut d'occupation des femmes âgées de 40 à 49 ans met en évidence des disparités marquées. Les femmes travaillant dans le secteur informel affichent de loin les taux de fécondité les plus élevés à tous les âges, atteignant des sommets impressionnants à 43 ans (361,96‰), 48 ans (504,52‰) et 49 ans (427,64‰), ce qui révèle une fécondité tardive particulièrement soutenue dans ce groupe.

À l'opposé, les femmes actives dans le secteur formel présentent une fécondité nettement plus faible, souvent inférieure à 55‰, avec une tendance générale à la baisse dès l'âge de 40 ans. Les femmes sans emploi occupent une position intermédiaire, avec des taux modérés mais relativement stables tout au long de la décennie. Cette structure reflète probablement l'influence des conditions socioéconomiques et de l'accès aux services de planification familiale, le secteur informel étant souvent associé à une précarité accrue, une moindre scolarisation et une moindre maîtrise de la fécondité.

Tableau n°30. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le statut d'occupation

Age	Formel	Informel	Sans emploi	Ensemble
40 ans	105,5	203,1	85,4	106,9
41 ans	86,8	205,0	78,3	106,5
42 ans	43,7	278,7	55,4	92,3
43 ans	46,2	362,0	69,2	113,9
44 ans	41,1	184,7	57,6	82,2
45 ans	50,2	247,6	51,0	89,9
46 ans	31,8	193,8	46,0	93,8
47 ans	13,0	162,8	32,6	61,8
48 ans	11,6	504,5	41,1	115,5
49 ans	53,5	427,6	26,5	91,9

Source : INSTAD (2024) RGPH-3



5.3.4. Fécondité tardive selon le niveau de vie du ménage

L'analyse de la fécondité tardive (40-49 ans) selon le niveau de vie du ménage à Djibouti, issue du 3^{ème} RGPH, met en évidence des disparités marquées. Les femmes issues de ménages très pauvres enregistrent les taux de fécondité les plus élevés sur presque toute la décennie, culminant à 205,87‰ à 46 ans et dépassant systématiquement les autres groupes, ce qui traduit une poursuite prolongée de la reproduction dans les milieux défavorisés.

À l'inverse, les femmes des ménages très riches présentent généralement les taux les plus faibles, notamment entre 43 et 47 ans où ceux-ci descendent sous les 30‰, sauf à 49 ans où un rebond à 50,56‰ est observé. Les femmes des ménages moyens affichent une fécondité relativement stable, avec des pics à 43, 48 et 49 ans (supérieurs à 75‰), traduisant un comportement fécond étalé mais modéré. Les femmes des ménages riches et pauvres se situent généralement entre les deux extrêmes, avec des taux globalement plus faibles et une baisse nette à partir de 44 ans.

Ces résultats confirment que le niveau de vie joue un rôle déterminant dans la poursuite de la fécondité à un âge avancé, les milieux les plus défavorisés maintenant une fécondité tardive plus active, probablement en lien avec un accès plus limité à la planification familiale, un début plus tardif de la constitution de la famille, ou des normes sociales différenciées.

Tableau n°31. Taux de fécondité tardive (40-49 ans) par niveau de vie du ménage

Age	Très pauvre	Pauvre	Moyen	Riche	Très riche
40 ans	72,3	35,8	66,9	34,1	47,9
41 ans	116,3	31,8	59,5	38,3	24,7
42 ans	100,4	25,1	52,4	25,9	46,2
43 ans	91,8	27,6	75,7	25,3	10,8
44 ans	106,1	29,1	25,0	22,7	9,6
45 ans	81,4	19,1	59,3	25,9	27,5
46 ans	205,9	16,6	19,8	7,1	29,6
47 ans	79,7	13,5	34,3	11,0	11,7
48 ans	72,2	13,9	89,2	44,1	17,9
49 ans	57,5	14,0	78,7	16,4	50,6

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.3.5. Fécondité tardive selon la nationalité

L'analyse de la fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon la nationalité met en évidence des variations significatives. Les femmes djiboutiennes présentent des taux de fécondité relativement constants, oscillant majoritairement entre 82‰ et 113‰, avec un pic à 43 ans (112,95‰) et une moyenne nationale soutenue sur la décennie. Les femmes étrangères affichent quant à elles une fécondité parfois plus élevée, notamment à 41 ans (148,10‰) et 48 ans (137,39‰), mais aussi plus instable, traduisant possiblement une diversité de comportements reproductifs selon les origines ou les conditions migratoires.



En revanche, les femmes sans nationalité présentent une fécondité très irrégulière et polarisée : extrêmement élevée à 43 ans (315,79‰), mais nulle de 46 à 49 ans, ce qui peut refléter une taille d'échantillon très réduite ou des cas spécifiques (réfugiées, apatrides). Ce profil atypique met en évidence une marginalisation probable de ce sous-groupe, susceptible d'avoir un accès inégal aux services de santé reproductive.

Tableau n°32. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon la nationalité

Age	Djiboutienne	Etrangère	Pas de nationalité	Ensemble
40 ans	104,6	115,7	90,0	106,4
41 ans	99,1	148,1	173,9	106,3
42 ans	94,4	94,3	25,6	92,9
43 ans	113,0	104,2	315,8	113,6
44 ans	82,4	77,7	127,7	81,9
45 ans	89,1	91,9	152,2	90,2
46 ans	98,7	66,0	0,0	93,3
47 ans	64,3	51,7	0,0	61,5
48 ans	112,1	137,4	0,0	114,8
49 ans	95,9	74,2	0,0	91,8

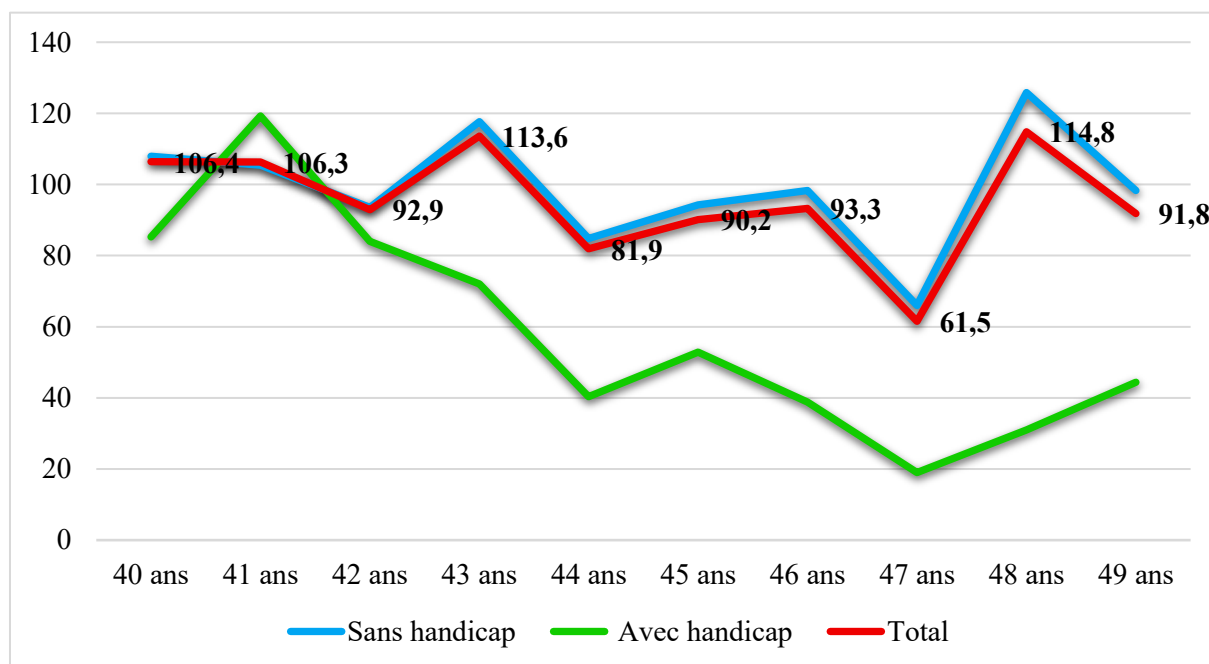
Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.3.6. Fécondité tardive selon le handicap

L'analyse des taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le statut de handicap révèle des différences nettes entre les deux groupes. Les femmes sans handicap enregistrent systématiquement des taux de fécondité supérieurs à ceux des femmes en situation de handicap tout au long de la décennie. Cette tendance est particulièrement marquée à 43 ans (117,68‰ contre 72,02‰), 48 ans (125,85‰ contre 31,01‰) et 47 ans (66,00‰ contre 19,00‰), illustrant un écart significatif dans la fécondité tardive. Quelques exceptions ponctuelles sont observées, notamment à 41 ans où les femmes avec handicap affichent un taux légèrement supérieur (119,27‰ contre 105,41‰), ce qui peut être lié à des échantillons de petite taille ou des conditions particulières.



Graphique n°23. Taux de fécondité des femmes âgées de 40 à 49 ans selon le statut de handicap



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

5.4. Vue d'ensemble

L'analyse des données du 3^{ème} RGPH révèle une double vulnérabilité reproductive à Djibouti, concentrée aux deux extrémités de la vie féconde : chez les adolescentes et les femmes de plus de 40 ans. La fécondité précoce touche particulièrement les jeunes filles vivant en zone rurale, peu instruites, sans emploi, migrantes internes, ou issues de ménages très pauvres. Le mariage précoce apparaît comme le principal levier de cette maternité adolescente, avec un taux culminant à 225‰ à 19 ans chez les jeunes mariées, contre moins de 1‰ chez les célibataires.

De manière parallèle, la fécondité tardive demeure élevée dans plusieurs régions, en particulier à Ali Sabieh, où l'on enregistre un pic à 405‰ à 46 ans, et dans le secteur informel, où elle atteint 504‰ à 48 ans. Les femmes non instruites et issues de milieux très défavorisés prolongent leur vie reproductive bien au-delà de 40 ans, souvent en l'absence d'un recours effectif à la planification familiale.

Ces constats soulignent l'importance d'interventions différenciées, à la fois pour prévenir les grossesses précoces via l'éducation et la protection contre le mariage d'enfants, et pour limiter la fécondité tardive par une meilleure couverture en santé reproductive, notamment en zone rurale et auprès des groupes vulnérables. La réduction de la fécondité à risque constitue ainsi un levier essentiel pour améliorer les conditions de vie, de santé et d'égalité des femmes à Djibouti.



CHAPITRE 6 : INFÉCONDITÉ DES FEMMES

L'infécondité, définie comme l'absence de naissance d'enfant né vivant chez une femme, constitue un indicateur clé pour appréhender les comportements reproductifs et les transformations sociales en matière de fécondité. Dans le contexte djiboutien, marqué par une urbanisation croissante, une diversification des parcours matrimoniaux et une bonne diffusion de l'accès à l'éducation et à la planification familiale, l'analyse de l'infécondité permet de mieux comprendre les déterminants du report ou de la non-réalisation du projet de maternité. Ce chapitre s'appuie sur les résultats du 3^{ème} RGPH de 2024 pour décrire et analyser les variations de l'infécondité parmi les femmes en union, en fonction de différentes caractéristiques liées au lieu de résidence, au profil sociodémographique, culturel et économique, à l'échelle nationale.

6.1. Niveau de l'infécondité

Les résultats du 3^{ème} RGPH mettent en évidence un niveau global d'infécondité de 22,0 % chez les femmes de 15 à 49 ans en union, c'est-à-dire qu'un peu plus d'une femme sur cinq n'a jamais eu d'enfant né vivant. L'infécondité suit une trajectoire décroissante avec l'âge, signe d'une entrée progressive dans la maternité au fil du temps. Elle est particulièrement élevée chez les adolescentes (56,2 % chez les 15-19 ans), ce qui reflète à la fois la précocité de l'union et le délai physiologique ou volontaire avant la première naissance.

À mesure que l'âge augmente, les taux d'infécondité chutent rapidement : ils passent à 38,4 % chez les 20-24 ans, puis à 22,6 % chez les 25-29 ans, traduisant un rattrapage progressif de la fécondité. Après 30 ans, les niveaux se stabilisent autour de 18 à 19 %, avec une légère hausse à partir de 40 ans (19,1 % entre 40 et 49 ans), possiblement liée à des cas d'infécondité primaire persistante ou de sous-déclaration de naissances anciennes. Ce profil suggère une fécondité débutant souvent dans la vingtaine et atteignant la majorité des femmes en union avant l'âge de 30 ans, mais souligne aussi une part non négligeable de femmes exposées au risque d'infécondité durable, ce qui mérite l'attention des politiques de santé reproductive.

Tableau n°33. Taux d'infécondité (%) des femmes de 15-49 ans en union selon l'âge

Age	Effectifs	%
15-19 ans	962	56,2
20-24 ans	3 843	38,4
25-29 ans	5 987	22,6
30-34 ans	5 808	21,6
35-39 ans	5 088	18,2
40-44 ans	4 290	19,1
45-49 ans	3 572	19,1
Ensemble	29 550	222,0

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

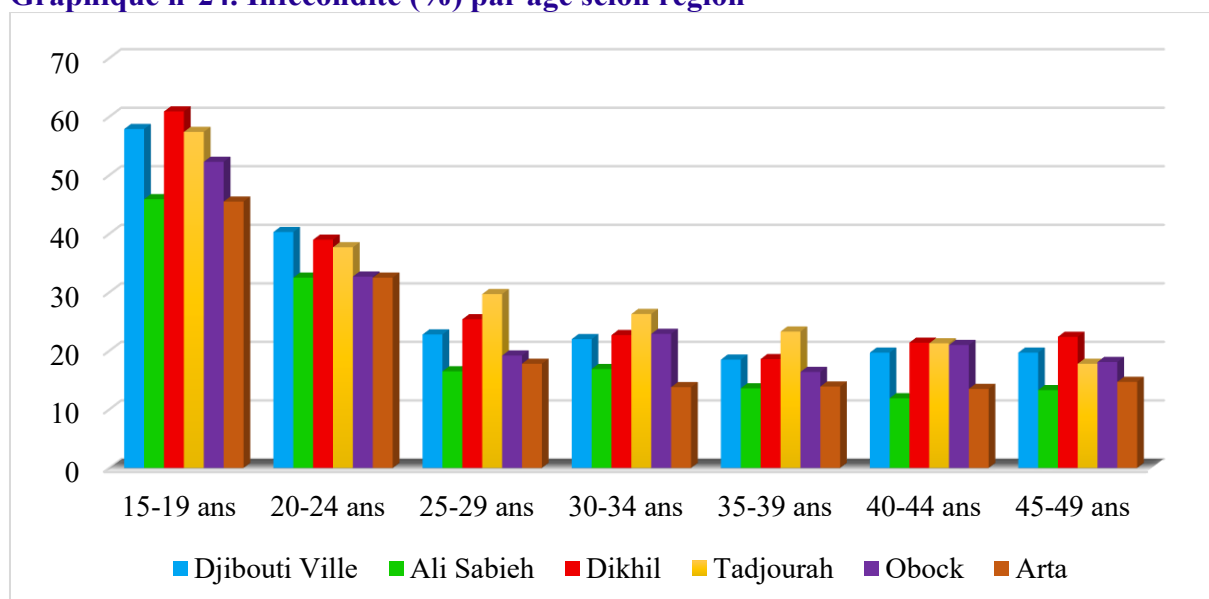


6.2. Infécondité selon la région

L'analyse des données issues du 3^{ème} RGPH révèle une variation significative de l'infécondité selon l'âge et la région de résidence. Chez les adolescentes (15-19 ans), les proportions de femmes n'ayant jamais eu d'enfant sont naturellement les plus élevées, oscillant entre 45 % à Arta et Ali Sabieh, et plus de 60 % à Dikhil, traduisant un début plus ou moins tardif de la vie reproductive. Cette infécondité diminue progressivement avec l'âge dans toutes les régions, ce qui est attendu, bien que la vitesse de décroissance varie.

Notamment, Tadjourah et Dikhil affichent des niveaux relativement élevés d'infécondité jusque dans la trentaine, ce qui pourrait traduire des comportements reproductifs différenciés ou un recours différentiel à la maternité retardée. À l'inverse, Arta et Ali Sabieh enregistrent des niveaux d'infécondité plus faibles dès les âges intermédiaires, suggérant une entrée plus précoce en maternité. À partir de 30 ans, les écarts régionaux tendent à se réduire, bien que certaines régions comme Dikhil et Obock présentent encore des proportions non négligeables de femmes sans enfants, même à des âges avancés (plus de 20 % à 40-44 ans).

Graphique n°24. Infécondité (%) par âge selon région



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

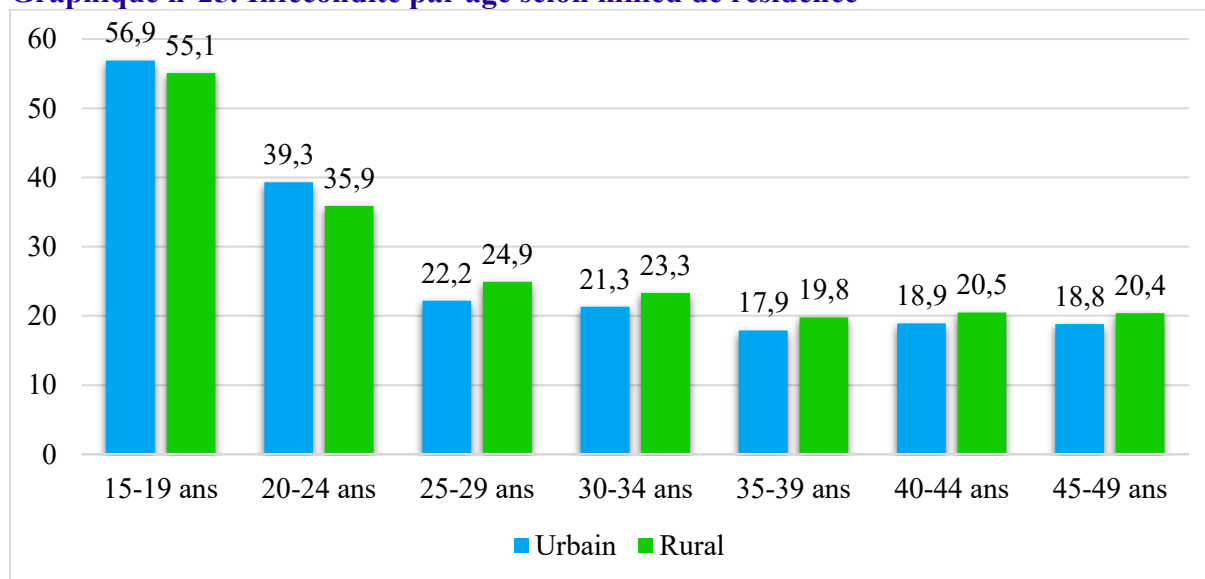
6.3. Infécondité selon le milieu de résidence

Les données du 3^{ème} RGPH mettent en évidence une variation modérée mais notable de la prévalence de l'infécondité selon l'âge et le milieu de résidence. Chez les adolescentes de 15 à 19 ans, les niveaux d'infécondité sont élevés et relativement similaires en milieu urbain (56,9 %) et rural (55,1 %), ce qui reflète une entrée généralement tardive en maternité, quel que soit le cadre de vie.



Toutefois, à mesure que l'âge avance, on observe un profil différencié entre les deux milieux : l'infécondité décroît plus rapidement en milieu urbain, atteignant un niveau de 18,8 % chez les 45-49 ans, contre 20,4 % en zone rurale. Ce schéma suggère une entrée plus précoce en maternité en zone rurale mais aussi une possible infécondité secondaire plus marquée. Dans l'ensemble, la proportion de femmes sans enfant vivant reste relativement élevée dans les zones rurales à presque tous les âges au-delà de 25 ans, traduisant potentiellement des contraintes sanitaires, des problèmes de fécondité non traités, ou des disparités d'accès aux soins de santé reproductive.

Graphique n°25. Infécondité par âge selon milieu de résidence



Source : INSTAD (2024) RGPH-3

6.4. Infécondité selon le statut migratoire

L'analyse des données du 3^{ème} RGPH indique des différences importantes dans les taux d'infécondité des femmes âgées de 15 à 49 ans selon leur statut migratoire. En effet, les migrantes internes affichent un taux d'infécondité nettement plus élevé (26,8 %) que les non-migrantes (15,1 %) et les migrantes internationales (14,8 %). Cette tendance se confirme à travers toutes les tranches d'âge, où les migrantes internes présentent systématiquement des taux supérieurs d'infécondité, en particulier entre 25 et 39 ans, avec des pics atteignant plus de 30 % à 25-29 ans.

À l'inverse, les non-migrantes montrent des taux plus faibles, avec une baisse progressive de l'infécondité avec l'âge, passant de 56,5 % chez les 15-19 ans à environ 10 % chez les 45-49 ans. Les migrantes internationales présentent des profils d'infécondité plus variables, avec un taux élevé chez les jeunes (51,9 % à 15-19 ans) et une diminution plus rapide, parfois inférieure aux autres groupes chez les âges intermédiaires.



Tableau n°34. Infécondité par âge selon le statut migratoire

Age	Statut migratoire					
	Non-migrant		Migrant interne		Migrant international	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-19 ans	411	56,5	510	56,4	41	51,9
20-24 ans	1 128	37,1	2 500	38,2	215	50,6
25-29 ans	1 629	14,3	4 150	30,6	208	13,8
30-34 ans	1 412	15,5	4 220	25,5	176	15,2
35-39 ans	1 070	10,6	3 880	23,9	138	8,4
40-44 ans	864	12,6	3 322	22,8	104	10,4
45-49 ans	660	10,3	2 828	24,3	84	11,8
Ensemble	7 174	15,1	21 410	26,8	966	14,8

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

6.5. Infécondité selon le niveau d'éducation

L'analyse des données du 3^{ème} RGPH révèle une association entre l'infécondité et le niveau d'instruction des femmes âgées de 15 à 49 ans. En effet, la proportion de femmes sans enfant né vivant est plus élevée parmi les jeunes (notamment les 15-19 ans) et tend à diminuer avec l'âge, ce qui traduit un effet logique du temps d'exposition au risque de procréation. Toutefois, on observe également un gradient clair selon le niveau d'éducation.

À tous les âges, les femmes ayant un niveau d'instruction secondaire ou plus présentent systématiquement des taux d'infécondité plus élevés que celles sans instruction ou avec instruction primaire. Par exemple, parmi les femmes âgées de 25 à 29 ans, 29,3 % des femmes du secondaire et plus sont infécondes, contre 19,0 % chez celles sans instruction. Cette tendance suggère un effet différé de la fécondité lié à la poursuite des études ou à des aspirations différentes vis-à-vis de la maternité. Chez les plus jeunes (15-19 ans), le niveau d'infécondité est naturellement élevé, mais reste plus marqué chez les moins instruites (58,4 %) que chez les plus instruites (51,9 %), probablement en raison d'un début de vie reproductive plus précoce parmi les premières.

Tableau n°35. Infécondité par âge selon le niveau d'éducation

Age	Niveau d'instruction							
	Sans niveau		Primaire		Secondaire et plus		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-19 ans	588	58,4	91	56,9	283	51,9	962	56,2
20-24 ans	2 186	40,3	232	30,7	1 425	37,1	3 843	38,4
25-29 ans	3 181	19,0	274	25,1	2 532	29,3	5 987	22,6
30-34 ans	3 537	19,7	315	21,2	1 956	26,2	5 808	21,6
35-39 ans	3 361	16,5	371	20,3	1 356	23,5	5 088	18,2
40-44 ans	3 092	18,1	332	21,6	866	22,4	4 290	19,1
45-49 ans	2 816	18,3	244	22,4	512	22,8	3 572	19,1
Ensemble	18 761	20,0	1 859	23,4	8 930	27,6	29 550	22,0

Source : INSTAD (2024) RGPH-3



6.6. Infécondité selon le statut d'occupation

L'analyse de l'infécondité par âge selon le statut d'occupation met en lumière des contrastes entre les femmes exerçant une activité formelle, informelle ou étant sans emploi. Les adolescentes de 15 à 19 ans travaillant dans l'informel affichent la plus forte infécondité (79,2 %), suivies de celles du secteur formel (69,0 %), et des sans-emploi (55,2 %). L'écart se resserre à mesure que l'âge progresse. Les femmes actives dans le secteur formel maintiennent un niveau d'infécondité plus élevé que les deux autres catégories jusqu'à 30-34 ans, suggérant ainsi une tendance au report volontaire de la maternité possiblement motivée par des aspirations professionnelles.

En revanche, la situation est très différente dans l'informel où la chute est brutale après 25 ans, avec des taux inférieurs à 5 % à partir de 30 ans, traduisant une maternité quasi généralisée. Les femmes sans emploi présentent des niveaux intermédiaires, relativement stables autour de 23 à 25 % entre 30 et 49 ans, possiblement en lien avec une combinaison de choix, de contraintes économiques ou de facteurs de santé. Dans l'ensemble, l'infécondité reste la plus élevée parmi les femmes du secteur formel (29,9 %), suivie des sans-emploi (24,9 %), et est nettement plus faible dans l'informel (5,2 %), soulignant des dynamiques distinctes de fécondité selon le type d'engagement dans le monde du travail.

Tableau n°36. Infécondité par âge selon le statut d'occupation

Age	Statut d'occupation					
	Formel		Informel		Sans emploi	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-19 ans	20	69,0	38	79,2	899	55,2
20-24 ans	164	49,7	160	48,8	3 481	37,4
25-29 ans	766	43,0	191	31,7	5 000	20,8
30-34 ans	828	30,3	201	3,9	4 750	25,2
35-39 ans	697	25,2	193	2,8	4 175	23,0
40-44 ans	540	24,8	184	4,0	3 547	22,7
45-49 ans	356	24,7	191	4,0	3 000	24,2
Ensemble	3 371	29,9	1 158	5,2	24 852	24,9

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

6.7. Infécondité selon le niveau de vie du ménage

L'analyse des données du 3^{ème} RGPH montre une corrélation inverse entre le niveau de vie du ménage et les taux d'infécondité chez les femmes de 15 à 49 ans. En effet, les femmes issues des ménages pauvres présentent globalement un taux d'infécondité plus élevé (24,1 %) comparé à celles des ménages moyens (20,6 %) et riches (19,0 %). Cette tendance se manifeste particulièrement dans les jeunes groupes d'âge, notamment entre 15 et 24 ans, où l'infécondité est élevée dans tous les niveaux de vie, mais quasi nulle chez les riches de 15-19 ans (0 %), probablement en raison d'un effectif très faible et d'un comportement reproductif précoce ou différé.



Chez les groupes d'âge adultes (25-49 ans), l'infécondité diminue globalement avec l'âge, mais demeure plus élevée chez les femmes des ménages pauvres, qui peuvent faire face à des contraintes socio-économiques limitant l'accès aux soins ou influençant le calendrier de fécondité. Les ménages riches montrent les taux d'infécondité les plus bas et une décroissance plus nette avec l'âge, ce qui reflète possiblement un meilleur accès aux services de santé, une planification familiale plus maîtrisée et des conditions socio-économiques favorables.

Tableau n°37. Infécondité par âge selon le niveau de vie du ménage

Age	Niveau de vie du ménage					
	Pauvre		Moyen		Riche	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-19 ans	37	51,4	6	50,0	0	0,0
20-24 ans	195	34,5	44	36,1	17	60,7
25-29 ans	302	26,5	108	25,0	27	18,8
30-34 ans	347	23,2	152	24,8	61	22,8
35-39 ans	396	22,4	162	21,6	54	20,2
40-44 ans	455	22,0	166	17,2	46	17,3
45-49 ans	396	22,9	180	16,9	40	12,7
Ensemble	2 128	24,1	818	20,6	245	19,0

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

6.8. Infécondité selon la nationalité

L'analyse des données du 3^{ème} RGPH met en lumière des différences d'infécondité entre les femmes djiboutiennes et étrangères âgées de 15 à 49 ans. En effet, les femmes étrangères présentent un taux d'infécondité légèrement plus élevé (23,0 %) que les Djiboutiennes (21,8 %), ce qui traduit des disparités modérées mais persistantes. Ces écarts sont particulièrement marqués dans les tranches d'âge jeunes.

Ainsi, 69,4 % des adolescentes étrangères (15-19 ans) n'ont jamais eu d'enfant né vivant, contre 53,0 % chez les Djiboutiennes. Une tendance similaire est observée chez les 20-24 ans (45,1 % contre 36,8 %). Ces différences s'atténuent à partir de 25 ans, les taux d'infécondité devenant quasi similaires entre 25 et 39 ans. Toutefois, à partir de 45 ans, un écart réapparaît : 21,2 % des femmes étrangères n'ont jamais eu d'enfant né vivant, contre 18,7 % chez les Djiboutiennes.



Tableau n°38. Taux d'infécondité (%) des femmes de 15-49 ans en union selon l'âge et la nationalité

Age	Nationalité			
	Djiboutienne		Etrangère	
	Effectif	%	Effectif	%
15-19 ans	733	53,0	229	69,4
20-24 ans	2 991	36,8	852	45,1
25-29 ans	4 990	22,6	997	22,5
30-34 ans	4 859	21,4	949	22,9
35-39 ans	4 293	18,5	795	16,8
40-44 ans	3 597	19,3	693	18,0
45-49 ans	2 967	18,7	605	21,2
Ensemble	24 430	21,8	5 120	23,0

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

6.9. Infécondité selon le handicap

Les données du 3^{ème} RGPH mettent en évidence une surreprésentation de l'infécondité parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant avec un handicap par rapport à celles sans handicap. Effet, 26,3 % des femmes vivant avec le handicap n'ont jamais eu d'enfant né vivant, contre 21,8 % chez celles sans handicap. Cette différence est marquée dans toutes les tranches d'âge, mais elle est particulièrement prononcée chez les plus jeunes. Par exemple, chez les 15-19 ans, le taux d'infécondité atteint 77,8 % chez les femmes vivant avec le handicap, contre 56,0 % chez celles sans handicap. Ce décalage persiste jusqu'à 45-49 ans, où l'on observe encore une infécondité plus élevée parmi les femmes vivant avec le handicap (22,3 % contre 18,7 %).

Tableau n°39. Infécondité par âge selon le handicap

Age	Statut handicap			
	Sans handicap		Avec handicap	
	Effectif	%	Effectif	%
15-19 ans	948	56,0	14	77,8
20-24 ans	3 741	38,1	102	52,3
25-29 ans	5 794	22,3	193	37,8
30-34 ans	5 575	21,4	233	28,2
35-39 ans	4 820	17,9	268	25,2
40-44 ans	3 965	18,9	325	22,5
45-49 ans	3 196	18,7	376	22,3
Ensemble	28 039	21,8	1 511	26,3

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

6.10. Vue d'ensemble

L'analyse de l'infécondité féminine à Djibouti, à partir des données du 3^{ème} RGPH de 2024, met en évidence un phénomène à la fois significatif et multidimensionnel. En effet, 22,0 % des femmes en union âgées de 15 à 49 ans n'ont jamais eu d'enfant né vivant, soit plus d'une femme sur cinq. Ce niveau relativement élevé mérite une attention particulière dans le contexte des transformations sociales et démographiques du pays.



L'infécondité diminue logiquement avec l'âge, passant de 56,2 % chez les adolescentes de 15-19 ans à 19,1 % entre 40 et 49 ans. Toutefois, la persistance de niveaux relativement élevés après 30 ans, avoisinant 18 à 19 %, peut indiquer des cas d'infécondité primaire durable ou des déclarations incomplètes. Ces résultats suggèrent une entrée tardive mais généralisée dans la maternité avant 30 ans, tout en soulignant l'existence d'un sous-groupe de femmes exposées à une infécondité persistante.

Des disparités régionales importantes sont observées. Dikhil et Tadjourah affichent des niveaux d'infécondité élevés jusque dans la trentaine, contrairement à Arta et Ali Sabieh, où l'entrée en maternité semble plus précoce. Dans certaines régions comme Obock, plus de 20 % des femmes âgées de 40-44 ans n'ont toujours pas eu d'enfant, ce qui pourrait traduire des obstacles spécifiques en matière de santé reproductive ou des contextes culturels particuliers.

Le milieu de résidence influence également les comportements reproductifs. L'infécondité est plus élevée en zone rurale (24,5 %) qu'en milieu urbain (21,5 %), bien que la maternité y commence souvent plus tôt. Cette situation pourrait refléter des contraintes d'accès aux soins ou une prévalence accrue de l'infécondité secondaire dans les zones rurales.

Le statut migratoire constitue un facteur de différenciation majeur. Les migrantes internes présentent un taux d'infécondité nettement plus élevé (26,8 %) que les non-migrantes (15,1 %) et les migrantes internationales (14,8 %), notamment entre 25 et 39 ans. Ces écarts pourraient traduire l'impact des trajectoires migratoires sur les parcours reproductifs et l'accès aux services de santé.

Le niveau d'instruction influence fortement l'infécondité. À 25-29 ans, 29,3 % des femmes ayant un niveau secondaire ou plus sont infécondes, contre 19,0 % chez celles sans instruction. Ce décalage suggère un report volontaire de la maternité lié à la scolarisation prolongée et à des aspirations personnelles ou professionnelles.

Des contrastes marqués apparaissent selon le statut d'occupation. L'infécondité est la plus faible dans le secteur informel (5,2 %), contre 29,9 % dans le secteur formel et 24,9 % chez les femmes sans emploi. Ces écarts pourraient traduire des arbitrages différents entre vie professionnelle et maternité, selon le type d'insertion économique.

Le niveau de vie du ménage joue également un rôle important. Les femmes issues de ménages pauvres affichent un taux d'infécondité de 24,1 %, contre 20,6 % chez les ménages moyens et 19,0 % chez les ménages riches. Cette tendance pourrait refléter les inégalités d'accès aux soins, à la planification familiale et à l'information.

Enfin, deux autres dimensions méritent l'attention : la nationalité et le handicap. Les femmes étrangères présentent un taux légèrement plus élevé d'infécondité (23,0 %) que les Djiboutiennes (21,8 %), notamment chez les jeunes. Quant aux femmes vivant avec le handicap, elles affichent un taux global de 26,3 %, contre 21,8 % chez les femmes sans handicap, avec des écarts persistants à tous les âges.



CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'analyse des données du 3^{ème} RGPH de Djibouti révèle une dynamique féconde en mutation, marquée par une baisse progressive de la natalité et une transformation des comportements reproductifs. Si le pays connaît une transition démographique amorcée, les niveaux de fécondité restent élevés par rapport au seuil de remplacement, avec de fortes disparités régionales, sociales et économiques. La fécondité est de plus en plus concentrée entre 25 et 34 ans, bien que des formes de fécondité à risque persistent, tant chez les adolescentes que chez les femmes de plus de 40 ans.

Par ailleurs, la montée de l'infécondité, notamment en milieu urbain, chez les femmes instruites ou à statut économique élevé, témoigne d'un report volontaire ou d'un renoncement à la maternité dans un contexte de modernisation sociale. Ces tendances traduisent des tensions entre aspirations individuelles, contraintes structurelles et normes sociales, appelant des réponses différenciées et ciblées.

Dans ce contexte, la qualité des données issues du recensement permet de fonder des diagnostics solides pour guider les politiques publiques. Cependant, les inégalités territoriales, l'accès inégal aux services de santé reproductive, à l'éducation, à l'emploi et à l'information continuent de structurer les parcours féconds, appelant un renforcement des efforts en matière d'équité reproductive.

Il est en outre nécessaire de compléter ces analyses quantitatives par une étude qualitative approfondie afin de mieux comprendre les rationalités individuelles, sociales et culturelles qui sous-tendent les choix reproductifs, les formes d'infécondité ou le recours différencié aux services de santé. Une telle démarche permettrait de saisir les rationalités subjectives, les normes genrées et les stratégies familiales invisibles dans les statistiques, et de mieux orienter les interventions programmatiques.

À l'Institut National de la Statistique (INSTAD), aux chercheurs, universités, centres d'études, il est recommandé de :

- Approfondir les analyses multivariées sur les déterminants de la fécondité (y compris l'infécondité) en croisant davantage les dimensions territoriales, sociales, culturelles et économiques.
- Mettre en place un système de surveillance continue des indicateurs de santé reproductive via des enquêtes régulières post-recensement (EDSB, PAPFAM, MICS).
- Valoriser les données désagrégées dans les publications scientifiques pour mieux rendre compte des dynamiques propres aux groupes vulnérables (adolescentes, migrantes, femmes handicapées, etc.).



- Développer des projections démographiques différenciées selon les profils de fécondité pour mieux anticiper les besoins sociaux et sanitaires à moyen et long terme.

Aux Ministère de la Santé, Ministère de la Femme et de la Famille, Ministère de l'Éducation, partenaires techniques et financiers (UNFPA, UNICEF, OMS), collectivités territoriales, il est recommandé de :

- Renforcer la couverture des services de santé sexuelle et reproductive, notamment en milieu rural et pour les adolescentes et femmes âgées, en améliorant l'accessibilité, la qualité et la sensibilité culturelle des services.
- Lutter contre les mariages précoces en renforçant les programmes d'éducation sexuelle complète à l'école et dans les communautés, tout en promouvant l'autonomisation des jeunes filles.
- Intégrer les besoins spécifiques des femmes en situation de handicap, migrantes et marginalisées dans les politiques de planification familiale et d'accès à la santé reproductive.
- Élargir les programmes de sensibilisation sur la planification familiale dans les régions à forte fécondité (Dikhil, Ali Sabieh, Tadjourah), en y associant les leaders communautaires et religieux.
- Mettre en œuvre une approche territorialisée des politiques de population, adaptée aux disparités régionales, notamment à travers des diagnostics locaux participatifs.
- Mettre en œuvre une approche fondée sur les droits humains et l'équité, conformément à la stratégie OMS 2023–2030 sur la santé reproductive et l'inclusion.
- Développer et mettre en œuvre d'une approche multisectorielle, incluant médias, ONG et écoles, pour renforcer la planification familiale et l'autonomie reproductive.



BIBLIOGRAPHIE

- Banque mondiale, UNICEF, UNFPA, OMS et AGFUND. (2012). *Enquête de Djibouti sur la Santé de la Famille – EDSF/PAPFAM 2012. Rapport final*, 261 p.
- Bongaarts, J. (2001). Fertility and reproductive preferences in post-transitional societies. *Population and Development Review*, 27(Supplement: Global Fertility Transition), 260–281.
- Cheng, H., Luo, W., Si, S., et al. (2022). Global trends in total fertility rate and its relation to national wealth, life expectancy and female education. *BMC Public Health*, 22, 1346.
- Djibouti, République de. (1983). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH-1). Rapport provisoire*, 21 p.
- Djibouti, République de. (1996). *Enquête Djiboutienne auprès des Ménages – Indicateurs sociaux (EDAM-IS)*, 164 p.
- Djibouti, République de. (2004). *PAPFAM – Rapport final*, 139 p.
- Djibouti, République de. (2021). *Document de projet du 3^e Recensement Général de la Population et de l'Habitat*, 63 p.
- Djibouti, République de. (2022). *Annuaire des Statistiques Sanitaires*, 33 p.
- Djibouti, République de. (2023). *Politique Nationale Genre*, 79 p.
- Djibouti, République de. (2024). *Rapport d'analyse des données du dénombrement pilote*, 196 p.
- Djibouti, République de. (2024). *Rapport de l'apurement des données du dénombrement principal*, 9 p.
- Henry, L. (2012). *Dictionnaire démographique multilingue : Seconde édition unifiée, volume français*. Paris : CICRED.
- Institut National de la Statistique de Djibouti (INSTAD) & Observatoire Genre. (2024). *Les femmes et les hommes à Djibouti : livret genre*, 98 p.
- Locoh, T., & Vallin, J. (1998). Afrique noire : la baisse de la fécondité. *Population & Sociétés*, 338.
- Ouadah-Bedidi, Z., Vallin, J., & Bouchoucha, I. (2012). La fécondité au Maghreb : nouvelle surprise. *Population & Sociétés*, 486.



République de Djibouti & UNFPA. (2018). *Rapport des projections démographiques à l'horizon 2035*, 23 p.

UNFPA. (2012). *Politique et Stratégie Nationale et Multisectorielle de Planification Familiale*, 36 p.

UNFPA. (2017). *Djibouti – Comment tirer profit du dividende démographique ?*, 25 p.

Van de Walle, E. (1993). Recent trends in fertility and family planning in sub-Saharan Africa. *World Bank Technical Paper*, 235.

Westoff, C. F., & Bankole, A. (2001). The Contraception-Fertility Link in Sub-Saharan Africa and in Other Developing Countries. *DHS Analytical Studies No. 4*. Calverton, Maryland: ORC Macro.



ANNEXES

Tableau n°40. Répartition (%) de la population résidente des ménages ordinaires par groupe d'âges quinquennal selon le sexe

Âges quinquennaux	Sexe				Ensemble		
	Masculin		Féminin		Effectif	Poids (%)	RM (%)
Effectif	%	Effectif	%				
0 - 4 ans	63 217	12,7	57 989	11,4	121 206	12,1	109
5 - 9 ans	59 634	12	57 269	11,3	116 903	11,6	104,1
10 - 14 ans	53 992	10,9	51 791	10,2	105 783	10,5	104,2
15 - 19 ans	53 056	10,7	54 654	10,8	107 710	10,7	97,1
20 - 24 ans	53 038	10,7	57 300	11,3	110 338	11	92,6
25 - 29 ans	40 236	8,1	45 130	8,9	85 366	8,5	89,2
30 - 34 ans	35 727	7,2	37 267	7,4	72 994	7,3	95,9
35 - 39 ans	31 601	6,4	34 625	6,8	66 226	6,6	91,3
40 - 44 ans	26 993	5,4	28 041	5,5	55 034	5,5	96,3
45 - 49 ans	21 778	4,4	23 288	4,6	45 066	4,5	93,5
50 - 54 ans	19 403	3,9	17 711	3,5	37 114	3,7	109,6
55 - 59 ans	13 494	2,7	11 613	2,3	25 107	2,5	116,2
60 - 64 ans	10 551	2,1	10 851	2,1	21 402	2,1	97,2
65 - 69 ans	6 240	1,3	6 519	1,3	12 759	1,3	95,7
70 - 74 ans	4 292	0,9	5 976	1,2	10 268	1	71,8
75 - 79 ans	1 926	0,4	2 986	0,6	4 912	0,5	64,5
80 - 84 ans	1 338	0,3	2 223	0,4	3 561	0,4	60,2
85 - 89 ans	442	0,1	596	0,1	1 038	0,1	74,2
90 - 94 ans	192	(0) ²	494	0,1	686	0,1	38,9
95 ans et plus	102	(0)	225	(0)	327	(0)	45,3
Ensemble	497 252	100	506 548	100	1 003 800	100	98,2

Source : INSTAD (2024) RGPH-3

² (0) : Petites proportions pour les petits effectifs



Tableau n°41. Répartition (%) de la population résidente des ménages ordinaires par âge selon le sexe

Age	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
0 an	14 625	2,941	12 045	2,378	26 670	2,657
1 an	10 728	2,157	9 590	1,893	20 318	2,024
2 ans	13 336	2,682	12 334	2,435	25 670	2,557
3 ans	11 894	2,392	11 885	2,346	23 779	2,369
4 ans	12 634	2,541	12 135	2,396	24 769	2,468
5 ans	12 624	2,539	11 799	2,329	24 423	2,433
6 ans	11 879	2,389	11 390	2,249	23 269	2,318
7 ans	11 950	2,403	11 798	2,329	23 748	2,366
8 ans	12 101	2,434	11 629	2,296	23 730	2,364
9 ans	11 080	2,228	10 653	2,103	21 733	2,165
10 ans	11 397	2,292	11 041	2,180	22 438	2,235
11 ans	10 391	2,090	10 031	1,980	20 422	2,034
12 ans	11 227	2,258	10 518	2,076	21 745	2,166
13 ans	10 062	2,024	9 804	1,935	19 866	1,979
14 ans	10 915	2,195	10 397	2,053	21 312	2,123
15 ans	10 404	2,092	10 587	2,090	20 991	2,091
16 ans	10 498	2,111	10 331	2,039	20 829	2,075
17 ans	10 464	2,104	10 156	2,005	20 620	2,054
18 ans	10 973	2,207	12 363	2,441	23 336	2,325
19 ans	10 717	2,155	11 217	2,214	21 934	2,185
20 ans	11 733	2,360	14 105	2,785	25 838	2,574
21 ans	10 077	2,027	10 800	2,132	20 877	2,080
22 ans	12 180	2,449	10 750	2,122	22 930	2,284
23 ans	8 753	1,760	9 307	1,837	18 060	1,799
24 ans	10 295	2,070	12 338	2,436	22 633	2,255
25 ans	9 803	1,971	11 055	2,182	20 858	2,078
26 ans	7 527	1,514	8 673	1,712	16 200	1,614
27 ans	7 806	1,570	8 253	1,629	16 059	1,600
28 ans	7 432	1,495	8 606	1,699	16 038	1,598
29 ans	7 668	1,542	8 543	1,687	16 211	1,615
30 ans	8 675	1,745	9 493	1,874	18 168	1,810
31 ans	6 380	1,283	6 546	1,292	12 926	1,288



Age	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
32 ans	6 519	1,311	6 668	1,316	13 187	1,314
33 ans	6 143	1,235	6 118	1,208	12 261	1,221
34 ans	8 010	1,611	8 442	1,667	16 452	1,639
35 ans	6 364	1,280	6 822	1,347	13 186	1,314
36 ans	6 024	1,211	6 601	1,303	12 625	1,258
37 ans	5 446	1,095	5 716	1,128	11 162	1,112
38 ans	7 663	1,541	6 164	1,217	13 827	1,377
39 ans	6 104	1,228	9 322	1,840	15 426	1,537
40 ans	6 892	1,386	7 116	1,405	14 008	1,395
41 ans	4 624	0,930	5 080	1,003	9 704	0,967
42 ans	5 094	1,024	5 382	1,062	10 476	1,044
43 ans	4 237	0,852	4 015	0,793	8 252	0,822
44 ans	6 146	1,236	6 448	1,273	12 594	1,255
45 ans	4 534	0,912	4 736	0,935	9 270	0,923
46 ans	4 674	0,940	5 210	1,029	9 884	0,985
47 ans	5 517	1,109	6 094	1,203	11 611	1,157
48 ans	3 393	0,682	3 327	0,657	6 720	0,669
49 ans	3 660	0,736	3 921	0,774	7 581	0,755
50 ans	4 561	0,917	4 431	0,875	8 992	0,896
51 ans	3 360	0,676	2 933	0,579	6 293	0,627
52 ans	3 516	0,707	3 237	0,639	6 753	0,673
53 ans	2 902	0,584	2 404	0,475	5 306	0,529
54 ans	5 064	1,018	4 706	0,929	9 770	0,973
55 ans	3 625	0,729	2 845	0,562	6 470	0,645
56 ans	2 697	0,542	2 392	0,472	5 089	0,507
57 ans	2 601	0,523	1 899	0,375	4 500	0,448
58 ans	2 237	0,450	2 100	0,415	4 337	0,432
59 ans	2 334	0,469	2 377	0,469	4 711	0,469
60 ans	2 848	0,573	2 963	0,585	5 811	0,579
61 ans	1 638	0,329	1 535	0,303	3 173	0,316
62 ans	1 754	0,353	1 677	0,331	3 431	0,342
63 ans	1 451	0,292	1 398	0,276	2 849	0,284
64 ans	2 860	0,575	3 278	0,647	6 138	0,611
65 ans	1 517	0,305	1 400	0,276	2 917	0,291
66 ans	1 526	0,307	1 633	0,322	3 159	0,315



Age	Sexe				Ensemble	
	Masculin		Féminin		Effectif	%
	Effectif	%	Effectif	%		
67 ans	1 003	0,202	1 067	0,211	2 070	0,206
68 ans	1 157	0,233	1 059	0,209	2 216	0,221
69 ans	1 037	0,209	1 360	0,268	2 397	0,239
70 ans	1 272	0,256	1 845	0,364	3 117	0,311
71 ans	570	0,115	707	0,140	1 277	0,127
72 ans	679	0,137	824	0,163	1 503	0,150
73 ans	565	0,114	776	0,153	1 341	0,134
74 ans	1 206	0,243	1 824	0,360	3 030	0,302
75 ans	424	0,085	671	0,132	1 095	0,109
76 ans	392	0,079	616	0,122	1 008	0,100
77 ans	324	0,065	425	0,084	749	0,075
78 ans	334	0,067	430	0,085	764	0,076
79 ans	452	0,091	844	0,167	1 296	0,129
80 ans	519	0,104	798	0,158	1 317	0,131
81 ans	141	0,028	216	0,043	357	0,036
82 ans	169	0,034	307	0,061	476	0,047
83 ans	152	0,031	291	0,057	443	0,044
84 ans	357	0,072	611	0,121	968	0,096
85 ans	174	0,035	167	0,033	341	0,034
86 ans	70	0,014	105	0,021	175	0,017
87 ans	65	0,013	74	0,015	139	0,014
88 ans	61	0,012	112	0,022	173	0,017
89 ans	72	0,014	138	0,027	210	0,021
90 ans	70	0,014	163	0,032	233	0,023
91 ans	16	0,003	36	0,007	52	0,005
92 ans	17	0,003	78	0,015	95	0,009
93 ans	50	0,010	65	0,013	115	0,011
94 ans	39	0,008	152	0,030	191	0,019
95 ans	13	0,003	37	0,007	50	0,005
96 ans	10	0,002	14	0,003	24	0,002
97 ans et plus	79	0,016	174	0,034	253	0,025
Ensemble	497 252	100	506 548	100	1 003 800	100

Source : INSTAD (2024) RGPH-3



Voici la liste des différentes thématiques du RGPH-3

VOLUMES

Volume 1 : Évaluation de la qualité des données du RGPH-3

- Thématique 00 : Évaluation de la qualité des données du RGPH-3

Volume 2 : État et structure de la population

- Thématique 01 : État et structure la population
- Thématique 02 : Alphabétisation, instruction et fréquentation scolaire
- Thématique 03 : Caractéristiques économiques de la population
- Thématique 04 : Caractéristiques socioculturelles de la population

Volume 3 : Dynamique de la population

- Thématique 05 : État matrimonial et nuptialité
- Thématique 06 : Natalité et Fécondité
- Thématique 07 : Mortalité
- Thématique 08 : Migration
- Thématique 09 : Urbanisation

Volume 4 : Populations vulnérables

- Thématique 10 : Situation des enfants et des jeunes
- Thématique 11 : Situation des personnes âgées
- Thématique 12 : Situation socioéconomique des femmes
- Thématique 13 : Personnes en situation du handicap
- Thématique 14 : Profil des réfugiés et des demandeurs d'asile

Volume 5 : Ménages et pauvreté non monétaire

- Thématique 15 : Caractéristiques des ménages, de l'habitation et du cadre de vie des ménages
- Thématique 16 : Mesure et cartographie de la Pauvreté non monétaire

Volume 6 : Prospectives démographiques

- Thématique 17 : Projections démographiques 2024-2064
- Thématique 18 : Effets de la croissance démographique sur le développement 2024-2064

Volume 7 : Atlas sociodémographique

- Thématique 19 : Atlas sociodémographique des principaux indicateurs du RGPH-3

Volume 8 : Répertoire des localités

- Thématique 20 : Répertoire des localités et des populations résidente de Djibouti
- Thématique 21 : Répertoire des principaux indicateurs du RGPH-3

Volume 9 : Monographies régionales et Djibouti-Ville

- Thématique 22 : Monographie de la région de Djibouti-Ville
- Thématique 23 : Monographie de la région d'Ali-Sabieh
- Thématique 24 : Monographie de la région de Dikhil
- Thématique 25 : Monographie de la région de Tadjourah
- Thématique 26 : Monographie de la région d'Obock
- Thématique 27 : Monographie de la région d'Arta





BCR

BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT
Institut de la Statistique de Djibouti (INSTAD)

Bâtiment Saharion, Héron, Djibouti
République de Djibouti

Tél. : (+253) 21 35 16 82
Email : instad@instad.gouv.dj

www.instad.dj
