

COMMENT BÉNÉFICIER DU DIVIDENDE DÉMOGRAPHIQUE ?

La démographie au centre des trajectoires de
développement dans les pays de l'UEMOA

ANALYSE PAYS **BURKINA FASO**



Etude coordonnée
par Initiatives Conseil
International, Burkina Faso

Auteur :
Jean-Pierre Guengant,
Directeur de recherche émérite IRD,
coordinateur scientifique

Avec la collaboration de :
Yarri Kamara, économiste
et de Nicolas de Metz, logisticien

Consultant pays :
Yarri Kamara



Etude financée par

Avertissement

Cette analyse pays Burkina Faso constitue une des douze analyses produites dans le contexte du projet « Comment bénéficier du dividende démographique ? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA, ainsi qu'en Guinée, au Ghana, en Mauritanie et au Nigeria ».

Cette analyse est publiée par l'Agence Française de Développement dans un premier temps en **version non définitive** à l'occasion de la conférence « population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir » (Ouagadougou, 8-11 février 2011).

Une publication reliée à paraître en 2011 compilera l'ensemble des analyses pays définitives développées à cette occasion.

Cette publication préliminaire a été réalisée avec le soutien de Vincent Joguet, Division de la communication, AFD.

Pour de plus amples informations, contacter Sarah Lahmani, Division animation et prospective, Direction de la stratégie, AFD, lahmanis@afd.fr

Les analyses et conclusions de ce document sont formulées sous la responsabilité de ses auteurs. Elles ne reflètent pas nécessairement le point de vue de l'Agence Française de Développement ou des institutions partenaires.

Contexte et méthodologie de cette analyse

Contrairement à une idée reçue, le futur démographique de l'Afrique subsaharienne n'est pas écrit. Selon la révision 2008 des projections de population de la Division de la Population des Nations unies (publiée en mars 2009), la population de l'Afrique subsaharienne, estimée en 2010 à 860 millions d'habitants, pourrait se situer en 2050 entre 1,5 milliard et 2 milliards d'habitants selon que la fécondité baisse d'environ 5 enfants par femme en 2010, à 2 ou 3 enfants par femme en moyenne en 2050. Ces hypothèses supposent cependant implicitement une augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception de 1 à 1,5 point de pourcentage par an dans les 15 ou 20 prochaines années. Or, en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, qui représentent plus de la moitié de la population d'Afrique subsaharienne, l'augmentation annuelle de l'utilisation de la contraception moderne au cours des 20 dernières années a été de 0,3 point par an en Afrique de l'Ouest et de 0,2 point en Afrique centrale.

Les enjeux sociaux, économiques et politiques associés aux diverses trajectoires démographiques que l'on peut imaginer en analysant correctement les données disponibles sont énormes. Il s'agit de la capacité des pays à satisfaire les besoins essentiels de leurs populations en santé et en éducation. Il s'agit aussi de la possibilité ou non pour les systèmes agraires africains de réduire l'insécurité alimentaire et nutritionnelle qui touche de nombreux pays, en milieu urbain comme en milieu rural. Il s'agit également de la capacité des Etats et des pouvoirs locaux à élaborer et à mettre en œuvre des politiques efficaces en vue d'un développement durable (préserver l'environnement, prévenir les conflits, assurer la sécurité des biens et des personnes, équiper et gérer un nombre croissant d'agglomérations et accompagner l'émergence d'économies urbaines dynamiques...).

De façon à éclairer précisément la situation dans chacun des pays de l'UEMOA, une série d'analyses pays a été réalisée dans le contexte de la préparation de la **conférence "Population, développement et planification familiale en Afrique de l'Ouest francophone : l'urgence d'agir" (Ouagadougou, 8-11 février 2011)** organisée conjointement par le Ministère des affaires étrangères et européennes, l'USAID, l'AFD, la Fondation Gates et la Fondation Hewlett, avec l'appui d'Equilibres et Populations. Ces analyses doivent être considérées comme des contributions aux réflexions en cours dans chaque pays sur la formulation d'un diagnostic et l'élaboration des politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté. Ces contributions à l'analyse de la situation dans divers pays seront complétées par une synthèse régionale et les divers documents produits seront accessibles depuis le site internet de l'AFD.

Plusieurs horizons temporels ont été adoptés pour la réalisation de ces contributions. Tout d'abord, chaque fois que possible, l'objectif était de retracer à l'aide de divers indicateurs les évolutions démographiques économiques et sociales depuis 1960, année de l'indépendance de la plupart des pays de la sous-région. Les résultats obtenus permettent de mesurer l'ampleur des efforts réalisés dans chaque pays, notamment dans les domaines de l'éducation et de la santé, deux composantes essentielles du capital humain. Mais ces contributions permettent aussi de mieux appréhender l'ampleur des efforts qui restent à accomplir. Par ailleurs, des projections de populations avec diverses hypothèses couvrant la période 2010-2050 ont été réalisées. Les résultats obtenus à l'horizon 2050 n'ont pas d'autre objectif que d'esquisser divers futurs possibles à 40 ans d'échéance, c'est-à-dire "après-demain" et d'amorcer une réflexion à ce sujet. Mais les résultats obtenus pour 2020 et 2030, c'est-à-dire "demain", mettent en évidence à la fois les tendances lourdes, incontournables, auxquelles il faudra bien s'adapter et les marges de manœuvre possibles pour influencer la dynamique démographique et satisfaire plus ou moins bien les besoins des populations, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. L'analyse de diverses politiques et de plusieurs programmes (publics et privés) passés ou en cours complète ce tableau avec le souci d'améliorer leurs impacts.

Les données utilisées pour réaliser ces contributions sont diverses. Elles comprennent les données publiées par les institutions nationales, notamment par les Instituts de Statistiques ou leurs équivalents et les données disponibles dans les bases de données internationales. Mais chaque fois que possible, les données nationales, en particulier celles accessibles sur les sites web des Instituts de Statistiques, ont été privilégiées. Les références des bases de données internationales utilisées sont indiquées dans chaque contribution ; les plus utilisées ayant été celles de la Division de la Population des Nations unies, de la Banque mondiale et de *Measure DHS* (pour les Enquêtes Démographiques et de Santé). Pour ce qui concerne les stratégies, les politiques, les plans et programmes dans les domaines de la population, de la santé, de la santé de la reproduction, ou de la réduction de la pauvreté et autres politiques sectorielles (éducation, sécurité alimentaire,

approvisionnement en eau potable, accès à des systèmes d'assainissement, aménagement du territoire), les documents utilisés sont les documents originaux émanant des Ministères ou autres services officiels nationaux. En fonction de leur accessibilité, ces documents ont été collectés par les consultants nationaux directement auprès de ces services ou *via* leurs sites internet. De même, les documents utilisés concernant les partenaires internationaux et privés ayant des activités en matière de population et en santé de la reproduction sont ceux fournis par les consultants nationaux ou bien ont été collectés *via* leurs sites internet lorsque disponibles. Les sources et les références exactes de ces documents sont également précisées.

Afin de pas trop alourdir ces contributions, on a essayé de se limiter aux documents les plus récents, mais tous les documents récents disponibles sur la population, la santé, la santé de la reproduction etc. n'ont pas nécessairement été cités. Par ailleurs, certains domaines qui pourtant ont un rapport avec la population, tels que l'environnement, n'ont pas été traités. Nous regrettons ces limitations, mais il était difficile de prétendre à l'exhaustivité dans un domaine aussi complexe que celui des relations entre croissance démographique et développement. Enfin, dans la plupart des cas, les données et documents utilisés sont ceux qui étaient disponibles au 3^{ème} trimestre 2010. Dans certains pays et dans quelques-uns des domaines couverts, la publication de données nouvelles et/ou l'adoption de stratégies, politiques, plans, programmes après la finalisation de la contribution sont évidemment susceptibles de d'affecter les analyses, commentaires et interprétations de certaines parties rédigées, à partir de données et documents, qui fin 2010, n'étaient pas les plus récents. Le lecteur nous en excusera également, mais il s'agit là d'une contrainte habituelle de ce type de travail.

Sommaire

1	INTRODUCTION	5
2	La croissance démographique exceptionnelle du Burkina Faso va se poursuivre	7
	2.1 Un accroissement de la population sans précédent historique	7
	2.2 Deux fois plus de Burkinabè en 2030, trois à quatre fois plus en 2050 ?	10
3	Le Burkina Faso face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain	17
	3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?	17
	3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?	21
	3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?	23
	3.4. Comment le Burkina Faso peut-il bénéficier le dividende démographique ?	25
4	Les politiques publiques du Burkina Faso face aux défis démographiques.....	29
	4.1. Les politiques de population.....	29
	4.2. Les politiques de santé et en santé de la reproduction.....	30
	4.3. Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté	32
	4.4. Les politiques sectorielles	34
	4.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes	36
5	Comment gérer la variable population au Burkina Faso ?	39
	5.1. Les partenaires en population et santé de la reproduction	39
	5.2. Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?	42
	5.3. Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?	47
6	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	53

1 INTRODUCTION

Le Burkina Faso connaît depuis le milieu des années 1980 une croissance économique moyenne appréciable, d'environ 5% par an. Il faut espérer que cette croissance se poursuive, s'amplifie et devienne aussi moins irrégulière et vulnérable aux chocs extérieurs. En un mot, elle doit devenir forte et durable si l'on veut réduire la pauvreté qui concerne toujours près d'un Burkinabè sur deux. Le Burkina Faso dispose d'atouts pour atteindre cet objectif. La densification de l'espace rural, l'urbanisation, l'arrivée massive de jeunes sur le marché de travail, conséquences de la forte croissance démographique passée, peuvent constituer autant de moyens pour accroître la productivité des travailleurs burkinabè et conforter la croissance économique du pays,

Cependant, la forte croissance démographique du Burkina continue de freiner l'amélioration du niveau de vie de sa population en limitant à environ 2% par an l'augmentation du PIB réel par tête, ce qui correspond à un doublement du PIB par tête tous les 35 ans. En raison de l'extrême jeunesse de la population - deux Burkinabè sur trois ont moins de 25 ans - la population totale du pays doublera d'ici 2030 et la population urbaine triplera. Il ne sera donc pas facile de répondre aux besoins essentiels de la population, et en particulier des jeunes.

Le rapport de l'Etude Nationale Prospective « Burkina 2025 » publié en 2006, indique justement à ce sujet que la jeunesse « *constitue un atout pour le développement eu égard à son importance numérique, sa capacité d'adaptation aux changements et son sens de l'innovation* ». Mais, il ajoute « *la jeunesse et la mobilité de la population constituent un atout, pour peu que cette population soit mieux soignée, et surtout, mieux éduquée* ». Enfin, dans sa partie contexte et enjeux, le rapport alerte : « *Au lieu qu'ils soient le fer de lance dans la société et dans l'économie, les jeunes forment aujourd'hui, le véritable défi du Burkina Faso du fait de leur nombre, de l'acuité de leurs problèmes et du manque d'un horizon alléchant, captivant et rassurant.* »¹

La « Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable » (SCADD) couvrant la période 2010-2015 qui est en voie de finalisation a pour ambition de hisser le Burkina Faso au niveau des pays émergents et vise un taux de croissance d'au moins 10% par an d'ici 2012. Le document actuellement disponible² reconnaît qu'il s'agit d'un défi qu'il ne sera pas facile à relever, la croissance économique passée ayant été insuffisante pour réduire la pauvreté et du fait de la forte pression démographique qui freine l'accumulation des richesses. Mais pour atteindre cet objectif de forte croissance économique la SCADD 2010-2015 compte s'appuyer sur l'amélioration et la consolidation de la qualité du capital humain reconnu comme indispensable à l'édification d'une économie émergente.

L'amélioration de la qualité du capital humain du Burkina Faso constitue un défi. Elle requiert en effet la prise en compte à la fois de l'accroissement démographique, des retards de couverture persistants, puisqu'il n'a pas encore été possible d'atteindre les objectifs liés à la santé et l'éducation pour tous, et l'exigence de niveaux de qualité acceptables dans ces domaines. Ceci implique d'ici 2030 un quadruplement au moins des moyens humains et financiers mis en œuvre actuellement.

Saisir en même temps les opportunités existantes et prévenir les crises sociales supposent une combinaison de politiques publiques avisées. Une augmentation majeure des investissements productifs, moteur d'une croissance forte est envisageable notamment au travers d'une réduction rapide du nombre de personnes à charge par actif, aussi nommé "taux de dépendance". C'est ce qu'ont fait de nombreux pays émergents³, grâce à la réduction rapide de leur fécondité. Ceci leur a

¹ Etude Nationale Prospective « Burkina 2025 ». Conseil National de la Prospective et de la Planification Stratégique, Rapport Général, avril 2005, voir en particulier pages 25, 45 et 93.

² Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2011-2015, version provisoire, 08 décembre 2010, Ouagadougou

³ On peut définir les pays émergents comme des pays autrefois considérés « en développement » voire « sous-développés », dont le PIB par habitant reste inférieur à celui des pays développés, mais qui connaissent une croissance économique rapide et dont le niveau de vie et les structures économiques convergent vers ceux des pays développés. On peut citer parmi ces pays en Afrique : Maurice, la Tunisie, l'Égypte, le Maroc et l'Afrique du Sud, en Asie : l'Inde, la Chine, la Corée du Sud, Singapour, la Thaïlande, l'Indonésie, la Malaisie la Turquie, et en Amérique latine : le Brésil, le Mexique. La liste des pays dits émergents varie cependant selon les sources et les auteurs. Par exemple la Corée du Sud et Singapour sont souvent considérés aujourd'hui non pas comme des pays émergents mais comme des pays développés.

permis d'entrer dans ce qu'on appelle « la fenêtre d'opportunité démographique », puis, grâce à une structure par âge plus favorable, de bénéficier, sous certaines conditions, réunies notamment en Asie, d'un « dividende démographique » favorable à l'accélération de leur croissance économique.

Les politiques mises en œuvre à ce sujet au Burkina Faso, qu'il s'agisse des politiques de population, de santé et de santé de la reproduction, n'ont pas encore atteint leurs objectifs. En particulier, la croissance démographique s'est accélérée récemment au lieu de se ralentir. Contrairement à une idée reçue, l'amélioration des niveaux d'éducation et l'élévation du niveau de vie ne suffiront pas à eux seuls à garantir une baisse rapide de la fécondité au Burkina Faso. De fait, dans les pays émergents, les politiques de diversification économique, d'augmentation des niveaux d'éducation et de santé, et les politiques de population ont été menées simultanément. Ces dernières ont visé en particulier à légitimer la planification familiale au travers de campagnes d'information, éducation et communication appelant les populations à changer leurs comportements reproductifs. Ces politiques ont également mis en place des services en santé de la reproduction, en quantité suffisante, accessibles, et de qualité.

La réduction de la pauvreté dans des délais raisonnables au Burkina Faso passe ainsi par une croissance économique forte et durable, qui suppose une amélioration majeure du capital humain du pays ce qui ne pourra pas se faire sans une réduction rapide de la fécondité et donc de la croissance démographique.

Mais pour enclencher une baisse rapide de la fécondité dans les 10 ans qui viennent un engagement résolu des autorités et de leurs partenaires en faveur de la planification familiale est nécessaire et des moyens financiers très importants doivent être mis en œuvre. Il faut cependant garder à l'esprit que les coûts d'un programme de planification familiale sont à 10 ans d'échéance plus que compensés par « les moins à dépenser » en éducation, amélioration de la santé maternelle, et vaccinations induits par le ralentissement de l'augmentation du nombre de naissances. Un investissement en planification familiale apparaît donc comme un investissement avec des retours très importants à la fois à court terme et à long terme, qui facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

2 La croissance démographique exceptionnelle du Burkina Faso va se poursuivre

2.1 Un accroissement de la population sans précédent historique

La population du Burkina Faso a été multipliée par trois depuis l'indépendance. Elle était estimée à près de 16 millions en 2010, et elle continue de croître de près d'un demi-million de personnes par an⁴. La croissance moyenne de la population a été de 3,1% par an entre les recensements de 1996 et 2006. Lors du recensement de 2006 on a dénombré à Ouagadougou près de 1,5 million d'habitants et près de 500 000 habitants à Bobo Dioulasso, seconde ville du pays (tableau 1 et figure 1.1).

Si la population rurale a été multipliée par 2,6 depuis 1960, l'ensemble de la population urbaine a été multipliée par près de 20, et celle de Ouagadougou par 30. Mais, avec toujours près des trois quarts de sa population vivant en milieu rural en 2010, le Burkina Faso pourrait rester pour une trentaine d'années encore, un pays majoritairement rural. Et Ouagadougou dont la population est passée de 60 000 habitants en 1960 à près de 2 millions aujourd'hui concentre environ la moitié de l'ensemble de la population urbaine du pays.

Une croissance démographique aussi forte est sans précédent historique dans l'histoire des populations humaines (sauf en cas d'immigration massive). Elle est la conséquence d'une baisse très rapide de la mortalité et le maintien sur une période exceptionnellement longue d'une forte fécondité. Avec en 2010 une espérance de vie à la naissance estimée à 58 ans (contre 37 ans en 1960), et 6,0 enfants par femme en moyenne⁵, la première phase de la transition démographique - la baisse de la mortalité - est bien avancée, mais la seconde phase - la baisse de la fécondité - est à peine amorcée, le nombre actuel moyen d'enfants par femme étant à peine inférieur à celui des années 1960 (figure 1.2).

On notera que l'épidémie du VIH/Sida n'a eu qu'un impact limité sur l'évolution de la mortalité au Burkina Faso. La prévalence de la maladie parmi la population de 15 à 49 ans qui était estimée en 2001 entre 1,7% et 2,5% était estimée en 2009 entre 1,0% et 1,5%⁶. Elle aurait donc sensiblement diminué grâce aux efforts accomplis et elle est aujourd'hui relativement faible. Mais, la vigilance doit rester de mise. Le nombre de personnes infectées était estimé en 2009 entre 91 000 et 140 000 personnes (dont entre 8 100 et 25 000 enfants de moins de 15 ans).

L'accroissement naturel de la population est passé de 2% par an dans les années 1960 à plus de 3% aujourd'hui. La forte émigration qu'a connu le pays a maintenu l'accroissement annuel au dessous de 2% par an jusqu'au milieu des années 1970, mais celui-ci est aujourd'hui supérieur à 3% par an (figure 1.3). Le solde net des départs entre 1960 et 2010 est estimé par les Nations Unies à 1,2 million, le second solde négatif le plus élevé de la sous-région après celui du Mali. Les nombreux départs, principalement vers la Côte d'Ivoire, expliquent ce solde négatif qui a atteint près de -50 000 par an au début années 1980. Mais les difficultés économiques qu'a connues la Côte d'Ivoire à partir des années 1980, ont entraîné le retour au Burkina de nombreux migrants et de leurs familles, diminuant d'autant l'émigration nette. Puis, les troubles violents survenus en Côte d'Ivoire entre 1999 et 2002 (avec le début d'une rébellion armée) ont amené les autorités burkinabè à organiser, avec l'appui de l'UNICEF et du PAM, une opération dite « *Opération Bayiri* », d'appui au retour des migrants et ressortissants burkinabè. Au 31 décembre 2003, près de 370 000 entrées avaient été dénombrées aux postes frontières avec le Ghana et la Côte d'Ivoire. Ceci dit, de nombreux burkinabè continuent d'émigrer vers divers pays, y compris vers la Côte d'Ivoire, et on estime aujourd'hui que le solde migratoire net serait de l'ordre de -25 000 par an⁷.

⁴ On a repris pour la période 1960-2005 les estimations des Nations unies (<http://www.un.org/esa/population/unpop.html>), et utilisé ensuite les estimations nationales de l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) qui donnent mi 2010 une population de 15,7 millions (<http://www.insd.bf> - Autres publications, Projections démographiques du Burkina Faso de 2007 à 2020 par région et par province)

⁵ Recensement général de la population et de l'habitation 2006, Projections démographiques, p. 42. <http://www.insd.bf/>

⁶ UNAIDS Report on The Global Aids Epidemic, 2010. http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_em.pdf, pages 180,181, 182

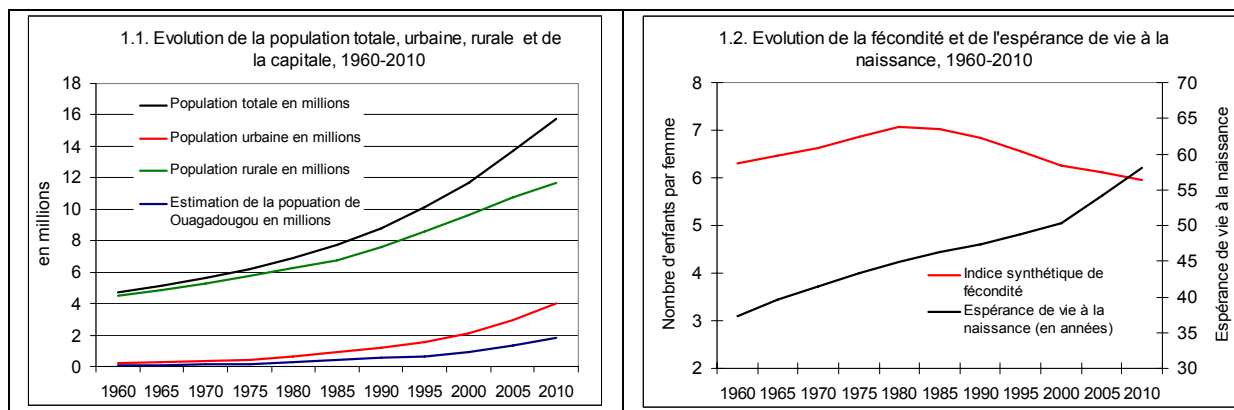
⁷ Recensement général de la population et de l'habitation 2006, Projections démographiques, p.25. <http://www.insd.bf/>

Burkina Faso **Tableau 1 : Démographie, 1960-2010.**

Indicateur	1960	1980	1990	2000	2010
Population totale en milliers	4 721	6 862	8 814	11 676	15 731
Taux de croissance annuel en %	1,6	2,2	2,8	3,1	3,2
Population urbaine en milliers	222	604	1 216	2 078	4 043
Pourcentage % de la population urbaine	4,7	8,8	13,8	17,8	25,7
Estimation de la population de Ouagadougou en milliers	59	259	537	921	1 844
Population rurale en milliers	4 499	6 258	7 598	9 598	11 688
Pourcentage % de la population rurale	95,3	91,2	86,2	82,2	74,3
Indice synthétique de fécondité	6,3	7,1	6,8	6,3	6,0
Espérance de vie à la naissance (en années)	37,3	44,9	47,4	50,4	58,0
Taux brut de natalité pour 1000	47,5	48,6	47,7	45,3	45,0
Taux brut de mortalité en pour 1000	26,4	20,0	17,5	14,7	11,3
Taux d'accroissement naturel pour 1000	21,1	28,6	30,3	30,6	33,7
Naissances par an en milliers	224	334	422	531	708
Décès par an en milliers	125	138	155	172	178
Naissances – décès par an en milliers	100	196	267	358	530
Accroissement annuel en milliers	75	151	243	357	505
Enfants de moins de 5 ans en milliers	783	1 283	1 676	2 174	3 000
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	1 127	1 889	2 500	3 291	4 556
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	921	1 333	1 774	2 383	2 990
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	1 128	1 545	1 993	2 695	3 683
Population de 15 à 64 ans en milliers	2 683	3 497	4 413	5 955	7 696
Population de 65 ans et plus en milliers	128	193	224	256	479
% d'enfants de moins de 5 ans	16,6	18,7	19,0	18,6	19,1
% d'enfants de moins de 15 ans	40,5	46,2	47,4	46,8	48,0
% de jeunes de moins de 20 ans	51,0	57,0	58,4	58,0	58,5
% de jeunes de moins de 25 ans	60,0	65,7	67,5	67,2	67,0
% d'enfants de moins de 15 ans	40,5	46,2	47,4	46,8	48,0
% de la population de 15 à 64 ans	56,8	51,0	50,1	51,0	48,9
% de la population de 65 ans et plus	2,7	2,8	2,5	2,2	3,0
% de dépendants de -15 ans et 65 ans et +	43,2	49,0	49,9	49,0	51,1
Taux de dépendance (-15 et 65+/-15 à 64 ans)	0,76	0,96	1,00	0,96	1,04
Ratio actifs sur inactifs (15 à 64 ans/-15 et 65+)	1,32	1,04	1,00	1,04	0,96
% d'enfants de moins de 20 ans	51,0	57,0	58,4	58,0	58,5
% de la population de 20 à 59 ans	44,3	38,2	37,4	38,4	36,9
% de la population de 60 ans et plus	4,7	4,8	4,2	3,6	4,7
% de dépendants de -20 ans et 60 ans et +	55,7	61,8	62,6	61,6	63,1
Taux de dépendance (-20 et 60+/-20 à 59 ans)	1,26	1,61	1,67	1,60	1,71
Ratio actifs sur inactifs (-20 et 60+/-20 à 59 ans)	0,79	0,62	0,60	0,62	0,58

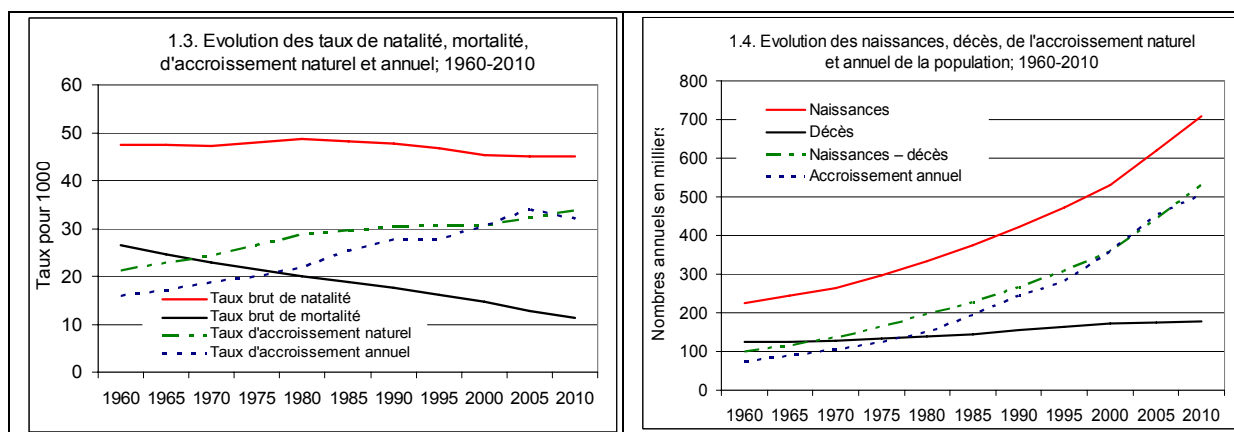
Source : voir note 4 (1960-2005 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html>, puis INSD)

Figures 1.1. et 1.2. : Evolution des populations, de la fécondité, de la mortalité, 1960-2010



Source : Source : voir note 4 (1960-2005 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html/>), puis INSD)

Figures 1.3. et 1.4. : Evolution de la dynamique démographique : taux, naissances, décès... 1960-2010



Source : voir note 4 (1960-2005 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html/>), puis INSD)

Ces mouvements migratoires se sont traduits en termes de stocks de migrants selon les estimations de la Banque mondiale⁸ par près de 1,6 millions d'émigrants burkinabè vivant à l'extérieur du Burkina Faso en 2010, soit 10% de la population résidente. Ces émigrés sont installés principalement en Côte d'Ivoire, mais on trouve également des Burkinabè au Niger, au Mali, au Bénin, au Nigeria et au Gabon, et dans plusieurs pays du Nord, notamment en Italie, en France, en Allemagne et aux Etats Unis. Seulement 3% des ces émigrants avaient en 2000 une éducation supérieure. Par ailleurs le nombre d'immigrants au Burkina Faso était estimé toujours en 2010 à 1,0 million de personnes, soit 6,4% de la population résidente. Ces immigrants sont en grande majorité des ressortissants burkinabè nés en Côte d'Ivoire, revenus « au pays » à occasion ou après le retour de leurs parents. Les autres immigrants viennent du Mali, du Ghana, du Togo, du Niger et du Bénin.

En dépit donc d'une forte émigration, les taux d'accroissement démographiques sont restés élevés et ont même augmenté. Appliqués à une population croissante, ces taux ont généré des accroissements exceptionnels de la population (d'environ 75.000 en 1960 à 500.000 en 2010), du nombre annuel de naissances (de 220.000 à 700.000 - figure 1.4), mais aussi du nombre de jeunes. Entre 1960 et 2010 les effectifs des moins de 5 ans et des 5 à 14 ans ont ainsi été multipliés par 4, et ceux des 15 à 24 ans par 3 (figure 1.5). Entre 1960 et 2010, le pourcentage des moins de 15 ans est ainsi passé d'environ 40% à 50%, celui des moins de 20 ans de 50% à 60%, et celui des moins de 25 ans de 60%

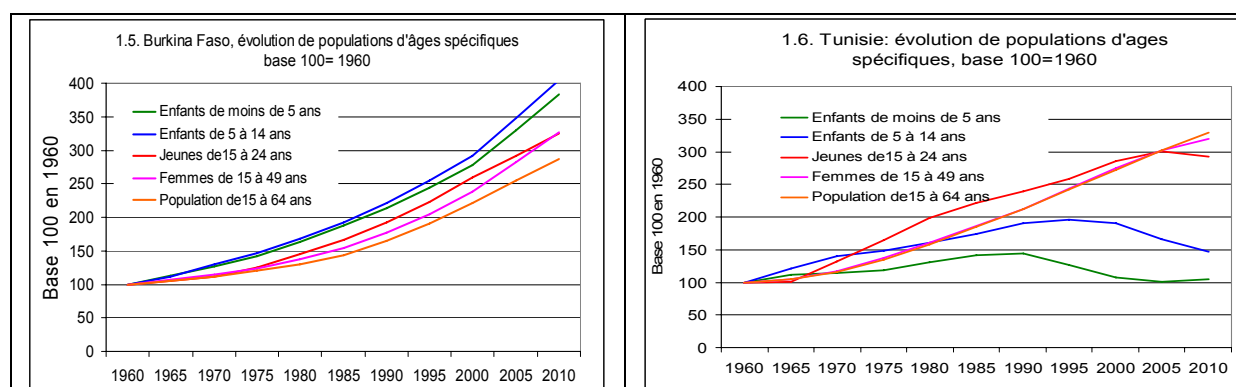
⁸ Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 82

à 67%. Aujourd'hui, un Burkinabè sur deux a moins de 15 ans et deux Burkinabè sur trois ont moins de 25 ans.

Cette évolution est en complet décalage avec celles observées dans les pays souvent qualifiés dans les années 1950 de pays « sous-développés » mais aujourd'hui qualifiés de pays émergents⁹ qui ont mis très tôt en place des politiques de réduction rapide de leur fécondité, et donc de leur croissance démographique. La comparaison avec les évolutions observées en Tunisie par exemple est à cet égard édifiante (figures 1.5 et 1.6). En Tunisie, l'impact des politiques démographiques adoptées se fait sentir dès les années 1960 et 1970, sur l'évolution du nombre des enfants. Pour les moins de 5 ans, ceci a conduit, après une augmentation modeste, à une stabilisation de leurs effectifs au niveau de celui des années 1960, et pour les 5 à 14 ans, à une stabilisation à un niveau 50% plus élevé. Au Burkina Faso au contraire, les effectifs de ces deux populations continuent d'augmenter et elles sont aujourd'hui quatre fois plus nombreuses qu'en 1960.

Figures 1.5. et 1.6. : Burkina Faso et Tunisie

Evolution comparée de populations d'âges spécifiques, 1960-2010



Source : voir note 4 (1960-2005 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html>), puis INSD)

Parallèlement à ces évolutions, le pourcentage de la population active (de 15 à 64 ans) dans la population totale a augmenté en Tunisie pour atteindre 70% en 2010, mais il a diminué au Burkina Faso pour se situer au dessous de 50% en 2010 (figures 1.7 et 1.8). Ceci a conduit en Tunisie à des effectifs d'actifs 2,4 fois plus nombreux que les personnes à charge, alors qu'au Burkina Faso les actifs sont devenus moins nombreux que les personnes à charge. Avec le maintien d'une fécondité élevée et une mortalité baissant rapidement, notamment chez les enfants, les actifs au Burkina Faso ont vu ainsi le nombre de personnes à leur charge augmenter, le taux de dépendance passant de moins de 0,8 à plus de 1 entre 1960 et 2010. En Tunisie au contraire, le nombre de dépendants a fortement diminué et le taux de dépendance est passé de 0,9 personne à charge par actif en 1960 à 0,4 personne à charge par actif en 2010. Cette évolution a permis à la Tunisie de maîtriser l'augmentation des coûts en santé et en éducation imputable à l'augmentation incontrôlée du nombre d'enfants et de jeunes, ce qui a ouvert pour ce pays une « fenêtre d'opportunité démographique » plus favorable à l'épargne, aux investissements productifs et aux investissements dans le capital humain.

2.2 Deux fois plus de Burkinabè en 2030, trois à quatre fois plus en 2050 ?

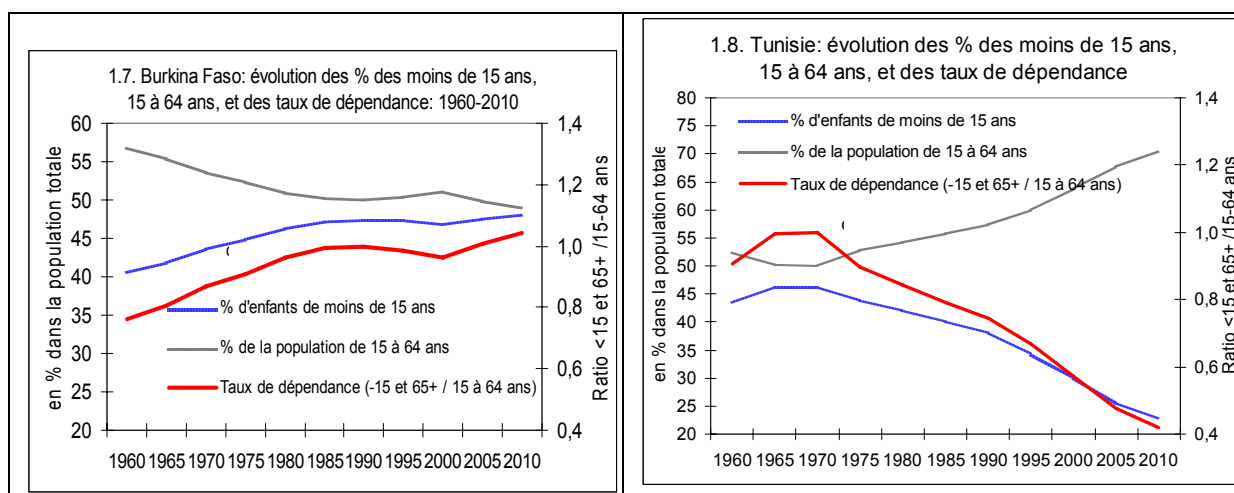
A partir de ce constat, que peut-on dire du futur démographique du Burkina Faso ? Il faut rappeler que dans les pays à forte fécondité comme le Burkina, l'évolution de la population et de ses diverses caractéristiques, dépend principalement de l'évolution de la fécondité. L'impact de l'évolution des autres variables, même s'il n'est pas négligeable, est en effet beaucoup moins important. Les projections de population qui éclairent le futur sont donc généralement basées sur plusieurs hypothèses d'évolution de la fécondité et une seule hypothèse d'évolution de l'espérance de vie à la naissance et des migrations internationales. C'est ainsi qu'ont été construites les diverses projections

⁹ Voir Note 3.

de population faites au Burkina Faso (les premières ont été publiées en 1979), et celles réalisées par la Division de la Population des Nations Unies. Ces projections sont des projections « normatives » car elles fixent a priori la date de début de baisse de la fécondité, le rythme de la baisse, et les niveaux atteints à des horizons donnés. On a retenu ainsi par exemple 3,8 enfants par femme en 2030 (hypothèse moyenne) dans les projections 2008 des Nations Unies qui s'appuient sur des modèles de baisses de la fécondité construits à partir des évolutions observées depuis 1950 dans divers pays en développement.

Figures 1.7. et 1.8. : Burkina Faso et Tunisie

Evolution comparée % moins de 15 ans, 15 à 64 ans, et des taux de dépendance, 1960-2010



Source : voir note 4 (1960-2005 Nations unies : <http://www.un.org/esa/population/unpop.html/>, puis INSD)

Cependant, rien ne garantit que l'évolution de la fécondité au Burkina Faso suive des normes données ou ces modèles. L'expérience de nombreux pays en développement depuis 1950 indique en fait que le début de la baisse de la fécondité et sa rapidité dépendent largement des politiques mises en œuvre et/ou des initiatives prises par des organisations de la société civile. Ces politiques et initiatives concernent en particulier ce qu'on appelle les déterminants proches de la fécondité : fréquence des unions, durée de l'insusceptibilité post-partum (liée aux durées de l'allaitement et de l'abstinence après l'accouchement), fréquence des avortements provoqués, importance de la stérilité, et surtout prévalence de la contraception (niveau et efficacité des méthodes utilisées). Le modèle de Bongaarts¹⁰ a formalisé la relation entre niveau de fécondité et les valeurs de ces déterminants. Il permet ainsi de projeter l'évolution de la fécondité, non pas a priori, mais à partir des valeurs des déterminants proches. On dispose pour le Burkina, et les divers pays de la sous-région, de séries sur ces déterminants grâce aux enquêtes « Démographique et de Santé » (DHS), réalisées au Burkina Faso en 1993, 1998-1999 et 2003. On dispose aussi grâce l'enquête MICS (Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples) réalisée au Burkina de données pour 2006 sur le pourcentage de femmes en union et la prévalence de la contraception.

Ces données et les résultats du recensement de décembre 2006 ont servi à élaborer à l'aide du modèle SPECTRUM¹¹, les projections 2007-2050 publiées en 2009 par l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) du Burkina¹². Les projections 2010-2050 présentées ici reprennent la méthodologie et les données de ces projections nationales 2007-2050, mais elles partent de 2010 en prenant comme population de départ la population estimée mi 2010 dans le scénario dit moyen (15,7 millions d'habitants) ainsi que les valeurs des paramètres associés à ce

¹⁰ Bongaarts J., (1978), A Framework for Analyzing the Proximate Determinants of Fertility, Population and Development Review 4, 1: 105-132.

¹¹ voir <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> . SPECTRUM version 3.46

¹² Institut National de la Statistique et de la Démographie, *Recensement général de la population et de l'habitation 2006 : Projections démographiques*, <http://www.insd.bf/>

scénario en 2010. Ces projections doivent être considérées comme des « outils d'aide à la décision ». En effet, elles n'ont pas pour objet de présenter une hypothèse moyenne, supposément probable, mais de comparer les résultats obtenus selon les hypothèses retenues, et donc d'éclairer les choix politiques correspondants.

Les projections 2010-2050 faites pour le Burkina Faso sont basées sur les hypothèses suivantes :

- population de départ par sexe et par âge : 15,7 millions mi 2010, estimée à partir des résultats du recensement de décembre 2006, et du scénario moyen des projections nationales 2007-2050 ;
- mortalité : espérance de vie à la naissance de 58 ans en 2010 (estimation nationale) continuant à s'accroître ensuite (61,5 ans en 2030 ; 69,9 ans en 2050) ;
- urbanisation : progression du pourcentage de la population urbaine de 26% en 2010, à 43% en 2030, 51% en 2040, et 59% en 2050 (on a repris ici les projections 2009 des Nations Unies¹³, et supposé que la population de Ouagadougou représenterait un pourcentage constant - 45%, de l'ensemble de la population urbaine - de 2010 à 2050) ;
- migrations internationales : solde de -25 000 départs nets par an maintenu constant jusqu'en 2050 (on a repris ici l'hypothèse des projections nationales 2007-2050) ;
- Déterminants proches de la fécondité :
 - pourcentage de femmes en union : diminution de 73% en 2010, à 65% en 2030 et 60% en 2050 ;
 - durée de l'insusceptibilité post-partum : diminution de 19 mois en 2010, à 15 mois en 2030, et 12 mois en 2050 ;
 - avortements provoqués : hypothèse d'un taux d'avortement négligeable jusqu'en 2050 ;
 - stérilité : maintien d'un taux de stérilité définitive de 4% jusqu'en 2050 ;
 - contraception : trois hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception de 20% en 2010 pour l'ensemble des méthodes à :
 1. hypothèse dite haute, tendancielle : +0,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 30% en 2030 et 40% en 2050,
 2. b-hypothèse intermédiaire : +1,0 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 40% en 2030 et 60% en 2050,
 3. hypothèse dite basse, volontariste : +1,5 point de pourcentage d'augmentation par an, ce qui conduit à une prévalence de 50% en 2030, puis de 71,5% en 2050,et pour ces trois hypothèses, diminution de l'utilisation des méthodes traditionnelles moins efficaces : de 18% des méthodes utilisées en 2010, à 10% en 2030, et 5% en 2050.

Les augmentations de la prévalence contraceptive retenues de 0,5, 1,0 et 1,5 point de pourcentage par an correspondent à l'éventail des évolutions observées - lente, moyenne ou rapide - sur des périodes relativement longues (au moins 10 ans) dans les pays en développement entre les années 1970 et le début des années 2000¹⁴. C'est la raison pour laquelle nous les avons choisies.

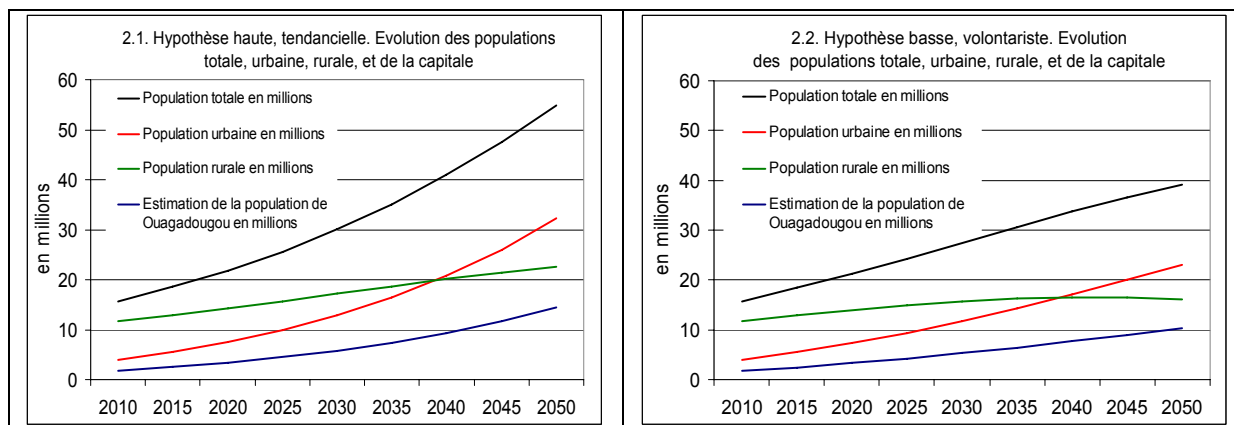
L'hypothèse démographique dite haute a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les plus élevés en effectifs de population. Elle a aussi été qualifiée de tendancielle parce qu'elle correspond aux tendances de faible augmentation de l'utilisation de la contraception observée entre 1992 et 2006 au Burkina Faso associées au maintien d'une fécondité élevée. L'hypothèse démographique dite basse a été qualifiée ainsi parce qu'elle donne les résultats les moins élevés en effectifs de population. Et, elle a aussi été qualifiée de volontariste, car elle suppose des efforts considérables pour accroître rapidement l'utilisation de la contraception et accélérer la baisse de la fécondité.

Les résultats de ces deux projections sont très contrastés selon les horizons, mais aussi selon les variables considérées. Premier constat, les populations totale, urbaine et de Ouagadougou, vont continuer à augmenter fortement (tableau 2, et figures 2.1 et 2.2).

¹³ <http://www.un.org/esa/population/> voir [World Urbanization Prospects: The 2009 Revision](#)

¹⁴ Guengant J.-P. et Rafalimanana H. : « [The Cairo Approach Embracing too much ?](#) », UIESP, Tours, 13-18 juillet, 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

Figures 2.1. et 2.2. : Projection de la population totale, urbaine, rurale, 2010-2050



Source : Projections faites dans le cadre de l'étude

A l'horizon 2030, les résultats ne sont pas très différents :

- 27,5 à 30 millions pour la population totale,
- 12 à 13 millions pour la population urbaine,
- 5 à 6 millions pour Ouagadougou.

A l'horizon 2050 par contre, les différences entre les hypothèses basse et haute sont énormes :

- 55 millions contre 39 millions pour la population totale,
- 32 millions contre 23 millions pour la population urbaine,
- 15 millions contre 10 millions pour Ouagadougou.

Autre différence importante, la population rurale continue de croître assez fortement avec l'hypothèse haute, mais elle se stabilise autour de 16 millions dans les années 2030 avec l'hypothèse basse. En clair, à cause principalement de l'extrême jeunesse de la population, on doit s'attendre dans les 20 ans à venir à un doublement de la population totale et à une multiplication par 2,9/3,2 de la population urbaine et de la population d'Ouagadougou. Mais, ce n'est que vers 2040 que la population urbaine deviendrait plus nombreuse que la population rurale. A l'horizon 2050, on peut s'attendre à une multiplication de 2,5 à 3,5 fois de la population totale, et à une multiplication de 5 à 8 fois de la population urbaine et de celle de Ouagadougou.

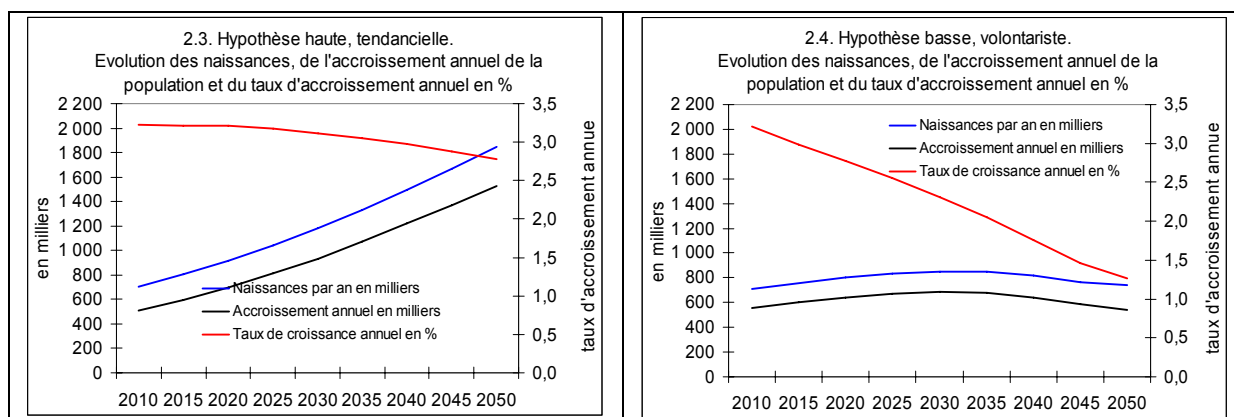
Des constatations similaires peuvent être faites concernant l'évolution des populations jeunes et des rapports de dépendance. Avec l'hypothèse basse, la stabilisation rapide du nombre de naissances s'inscrit progressivement dans la pyramide des âges, ce qui conduit à une stabilisation dès les années 2020 du nombre des enfants de moins 5 ans, puis de celui des 5 à 14 ans (figures 2.5 et 2.6). La progression du nombre d'entrants sur le marché du travail (les 15 à 24 ans) continue cependant d'être très vive jusqu'en 2030, puisque la plupart d'entre eux sont déjà nés. Il en va de même pour la population active de 15 à 64 ans. Concernant les taux de dépendance, la forte augmentation attendue de la population active se traduit dans le contexte de baisse projetée de la fécondité, par une amélioration du rapport de dépendance dans les deux hypothèses (figures 2.7 et 2.8). Cependant, la poursuite de l'augmentation du nombre de naissances avec l'hypothèse haute, se traduit par une amélioration modeste des taux de dépendance (de 1,1 en 2010 à 0,8 en 2050). Avec l'hypothèse basse par contre, le taux de dépendance décroît régulièrement et atteint 0,5 en 2050, ce qui correspond à deux actifs pour un dépendant, soit le niveau actuel de la plupart des pays émergents.

Indicateur	Situation en 2010	Hypothèse haute		Hypothèse basse		Différence basse-haute	
		2020	2030	2020	2030	en2020	en2030
Population totale en milliers	15 731	21 810	30 063	21 278	27 480	-532	-2 583
Taux de croissance annuel en %	3,2	3,2	3,1	2,8	2,3	-0,4	-0,8
Population urbaine en milliers	4 043	7 503	12 867	7 320	11 762	-183	-1 106
Pourcentage % de la population urbaine	25,7	34,4	42,8	34,4	42,8		
Estimation population Ouagadougou (milliers)	1 844	3 376	5 790	3 294	5 293	-82	-498
Population rurale en milliers	11 688	14 307	17 196	13 958	15 719	-349	-1 478
Pourcentage % de la population rurale	74,3	65,6	57,2	65,6	57,2		
Indice synthétique de fécondité	6,0	5,6	5,2	4,9	3,7	-0,7	-1,4
Femmes de 15 à 49 ans en milliers	3 683	5 215	7 249	5 215	7 189	0	-60
Prévalence contraceptive femmes en union	20,0	25,0	30,0	35,0	50,0	10,0	20,0
Utilisatrices, toutes méthodes (en milliers)	541	900	1 414	1 260	2 337	360	923
Utilisatrices méthodes modernes (milliers)	438	766	1 263	1 073	2 087	307	824
Espérance de vie à la naissance (années)	58	61,5	64,7	61,5	64,7	0	0
Taux brut de natalité pour 1000	45,0	42,2	39,2	37,6	31,0	-4,5	-8,2
Taux brut de mortalité en pour 1000	11,3	8,9	7,3	8,6	6,9	-0,3	-0,4
Taux d'accroissement naturel pour 1000	33,8	33,2	31,9	29,0	24,1	-4,2	-7,9
Naissances par an en milliers	708	919	1 179	801	851	-118	-328
Décès par an en milliers	178	195	219	184	190	-12	-29
Naissances – décès par an en milliers	530	724	960	617	661	-107	-299
Accroissement annuel en milliers	506	699	935	642	686	-57	-249
Enfants de moins de 5 ans en milliers	3 000	3 982	5 207	3 575	3 909	-407	-1 298
Enfants de 5 à 14 ans en milliers	4 556	6 230	8 350	6 105	7 188	-125	-1 162
Jeunes de 15 à 24 ans en milliers	2 990	4 420	6 056	4 420	5 933	0	-123
% d'enfants de moins de 5 ans	19,1	18,3	17,3	16,8	14,2	-1,5	-3,1
% d'enfants de 5 à 14 ans	29,0	28,6	27,8	28,7	26,2	23,4	45,0
% de jeunes de 15 à 24 ans	19,0	20,3	20,1	20,8	21,6	0,0	4,8
% de jeunes de moins de 25 ans	67,0	67,1	65,2	66,3	62,0	-0,8	-3,3
Enfants de moins de 15 ans en milliers	7 556	10 212	13 557	9 680	11 097	-532	-2 460
Population de 15 à 64 ans en milliers	7 696	10 986	15 650	10 986	15 527	0	-123
Population de 65 ans et plus en milliers	479	612	857	612	857	0	0
% d'enfants de moins de 15 ans	48,0	46,8	45,1	45,5	40,4	-1,3	-4,7
% de la population de 15 à 64 ans	48,9	50,4	52,1	51,6	56,5	1,3	4,4
% de la population de 65 ans et plus	3,0	2,8	2,8	2,9	3,1	0,1	0,3
Taux de dépendance (-15 et 65+/15 à 64 ans)	1,0	1,0	0,9	0,9	0,8	0,0	-0,2
Enfants de moins de 20 ans en milliers	9 196	12 689	16 869	12 157	14 286	-532	-2 583
Population de 20 à 59 ans en milliers	5 799	8 182	11 864	8 182	11 864	0	0
Population de 60 ans et plus en milliers	735	938	1 330	938	1 330	0	0
% d'enfants de moins de 20 ans	58,5	58,2	56,1	57,1	52,0	-1,0	-4,1
% de la population de 20 à 59 ans	36,9	37,5	39,5	38,5	43,2	0,9	3,7
% de la population de 60 ans et plus	4,7	4,3	4,4	4,4	4,8	0,1	0,4
Taux de dépendance (-20 et 60+/20 à 59 ans)	1,7	1,7	1,5	1,6	1,3	-0,1	-0,2

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

A partir de ces résultats, nombre d'économistes et même de démographes seront tentés de conclure que les politiques démographiques n'ont d'effets qu'à 30 ou 40 ans d'échéance. En fait, la fécondité étant le déterminant principal des évolutions démographiques, il est logique que l'impact de ces politiques sur la population totale ne soit pas immédiat. Par contre, cet impact est sensible assez rapidement sur l'évolution du nombre de naissances, et donc sur le taux d'accroissement de la population et sur les effectifs de jeunes. C'est ainsi qu'avec l'hypothèse haute, le nombre de naissances annuelles continue d'augmenter fortement (figure 2.3), alors qu'avec l'hypothèse basse, leur accroissement se ralentit dès les années 2010. Avec l'hypothèse haute les naissances atteignent 1,2 million en 2030, et pas loin de 2 millions en 2050. Avec l'hypothèse basse, elles restent comprises de 2010 à 2050 entre 700 000 et 850 000 par an (figure 2.4). Ainsi, avec l'hypothèse haute, l'augmentation modeste de l'utilisation de la contraception conduit à une baisse également modeste de la fécondité, insuffisante pour compenser le doublement attendu d'ici 2030 du nombre de femmes en âge de procréer. En conséquence, le taux de croissance de la population se maintient à 3% ou plus par an jusqu'en 2040. Avec l'hypothèse basse au contraire, l'augmentation plus rapide de l'utilisation de la contraception et la diminution parallèle de la fécondité conduisent à une diminution importante du taux de croissance annuel de la population qui passe de 3,2% en 2010, à 2% vers 2035 et à 1,3% en 2050.

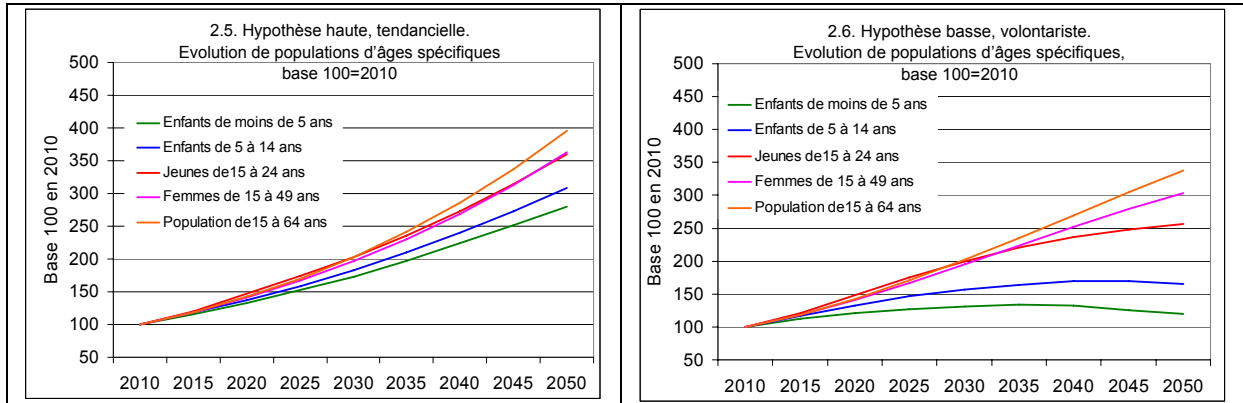
Figures 2.3. et 2.4. : Projection du nombre de naissances, de l'accroissement annuel et du taux d'accroissement en %, 2010-2050



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

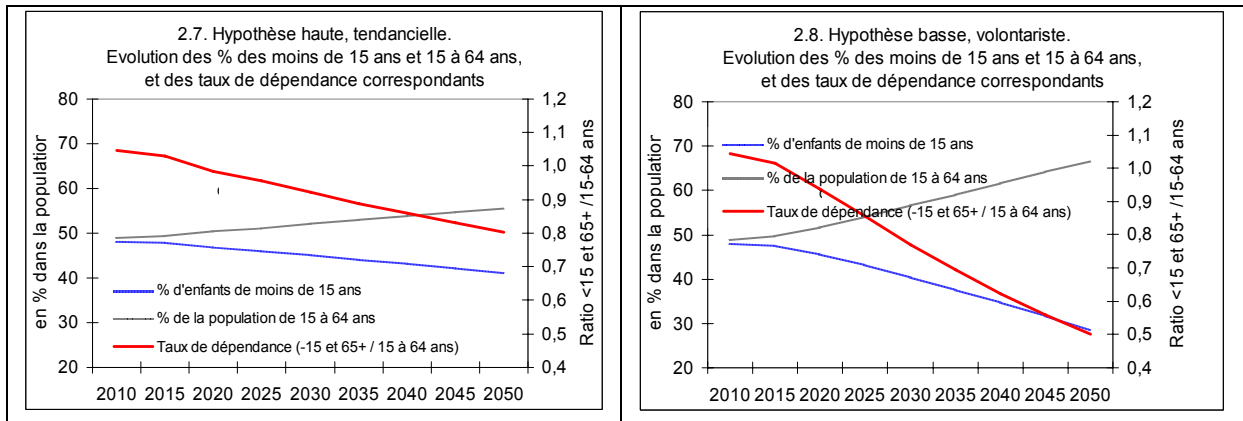
Ainsi, au-delà de l'évolution de la population totale, l'impact des politiques et programmes visant à réduire la fécondité et donc la croissance démographique a des effets sur plusieurs variables à 10 ou 20 ans d'échéance. Par exemple le taux d'accroissement annuel de la population avec l'hypothèse basse est dès 2020, près d'un demi-point plus bas que celui obtenu avec l'hypothèse haute (2,8% contre 3,2% - tableau 2). En 2030, la différence est de près d'un point (2,3% contre 3,1%). Aussi en 2020, le nombre d'enfants de moins de 5 ans est avec l'hypothèse basse inférieur de 400 000 à celui trouvé avec l'hypothèse haute, et en 2030, la différence est de 1,3 million. Ceci est la conséquence de la baisse plus rapide de la fécondité dont les effets sont loin d'être négligeables à 10 ans : 4,9 enfants par femme en 2020 avec l'hypothèse basse contre 5,6 avec l'hypothèse haute, et encore plus à 20 ans : 3,7 enfants par femme en 2030 contre 5,2 avec l'hypothèse haute. Pourtant près de 4 enfants par femme en 2030 reste un niveau élevé de fécondité comparé à ceux observés aujourd'hui dans la plupart de pays émergents où ils se situent entre 2 et 2,5 enfants par femme. Certes, l'amélioration des taux de dépendance reste lente, mais elle s'amorce dès les années 2010 avec l'hypothèse basse, ce qui n'est pas le cas avec l'hypothèse haute.

Figures 2.5. et 2.6. : Projection de populations d'âges spécifiques, base 100=2010, 2010-2050



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

Figures 2.7. et 2.8. : Projection % moins de 15 ans, 15 à 64 ans, et des taux de dépendance, 2010-2050



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

3 Le Burkina Faso face aux défis de la croissance et de l'amélioration de son capital humain¹⁵

3.1 Quels impacts de la croissance démographique sur la croissance économique ?

Dans quel contexte social et économique s'est inscrite la forte croissance démographique enregistrée au Burkina Faso depuis 1960 ? Quelles ont été les conséquences de cette croissance démographique sur les principaux indicateurs économiques et sociaux ? Quelles ont été les interactions entre croissance économique, croissance démographique et progrès sociaux et que peut-on dire à ce sujet pour le futur ?

Avec un PIB proche de 3 600 milliards de FCFA en 2008, selon la Banque mondiale, le Burkina Faso était la quatrième économie en importance de l'UEMOA. Le PIB en termes réels a été multiplié par près de 7 fois entre 1960 et 2008. Mais, compte tenu de l'accroissement démographique, l'élévation du niveau de vie moyen de la population a été moindre, le PIB par tête ayant simplement doublé (tableau 3, figure 3.1). Il faut souligner cependant que c'est la meilleure performance parmi les pays de l'UEMOA.

Cette performance reste cependant modeste, en comparaison de celles observées dans les pays émergents. Au cours de la même période, ces pays ont vu en effet leurs PIB en termes réels multipliés par 10 environ (Indonésie, Egypte, Tunisie, Inde, Turquie), et entre 20 et 40 pour plusieurs pays asiatiques (Thaïlande, Malaisie, Corée du sud, Singapour, et Chine). Leurs PIB par tête ont aussi fortement augmenté, puisqu'ils ont été multipliés entre 4 et 14 fois, et près de 20 fois en Chine, ce qui a conduit à une forte réduction de leurs niveaux de pauvreté. Ceci est en partie le résultat, on l'oublie trop souvent, de la réduction rapide de la fécondité et de la croissance démographique dans ces pays, conséquence des politiques démographiques qu'ils ont mis en œuvre.

Le PIB par tête du Burkina Faso en 2008 était estimé selon la Banque mondiale à environ 235 000 FCFA, ou encore à environ 520 USD courants, et à près de 1200 US Dollars en parité pouvoir d'achat (PPA). L'INSD indique sur son site pour 2010 un PIB de 4 340 milliards de FCFA, un PIB par tête de 274 000 FCFA, et un taux croissance réel de l'économie de 5,7%¹⁶. Le PIB par tête du Burkina Faso en 2008, le classe selon les données de la Banque mondiale en cinquième position au sein de l'UEMOA après les PIB par tête de la Côte d'Ivoire, du Sénégal, du Bénin et du Mali. Il représentait alors un peu moins de la moitié des PIB par tête de la Côte d'Ivoire et du Sénégal, il était 25% moins élevé que celui du Mali, mais il était 43% plus élevé que le PIB par tête du Niger. Cependant exprimé en parité pouvoir d'achat, le PIB par tête du Burkina Faso en 2008 le classait en quatrième position parmi les huit pays de l'UEMOA, à un niveau voisin de celui du Mali, de 30% à 35% seulement inférieur aux PIB par tête PPA du Sénégal et de la Côte d'Ivoire, mais 40% plus élevé que le PIB par tête PPA du Togo et 70% plus élevé que le PIB par tête PPA du Niger.

Sur l'ensemble de la période la croissance économique du Burkina Faso a donc permis un doublement du PIB par tête, ce qui est appréciable, mais a été insuffisant pour réduire de manière significative la pauvreté qui concerne toujours plus ou moins un Burkinabè sur deux. Ceci est le résultat de plusieurs facteurs : instabilité politique jusque dans les années 1980, politiques économiques inadaptées, conséquences des programmes d'ajustement structurel, cours défavorables de produits exportés par le Burkina Faso sur les marchés internationaux, et aussi importance du secteur informel dans l'économie burkinabé. En fait, la croissance du PIB réel, très variable d'une année sur l'autre, s'est d'abord située en tendance entre 3% et 4% par an dans les années 1960 et 1970, puis a connu globalement un regain à partir du milieu des années 1980 (figure 3.2). La croissance moyenne s'est établie à 5% par an dans les années 1990 et 2000, avec un maximum de

¹⁵ Les indicateurs utilisés dans cette partie proviennent pour l'essentiel de la base de données de la Banque Mondiale « Indicateurs du développement dans le monde » qui reprend les données nationales, les données calculées par la Banque mondiale, et celles provenant d'autres bases de données (UNESCO, UNICEF, OMS, FAO, OCDE, etc.). Voir <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>. Chaque fois que cela a été possible ces données ont été complétées par les données nationales les plus récentes auxquelles nous avons pu avoir accès.

¹⁶ <http://www.insd.bf>, Comptes nationaux, (estimations 2010 selon l'Instrument Automatisé de Prévision)

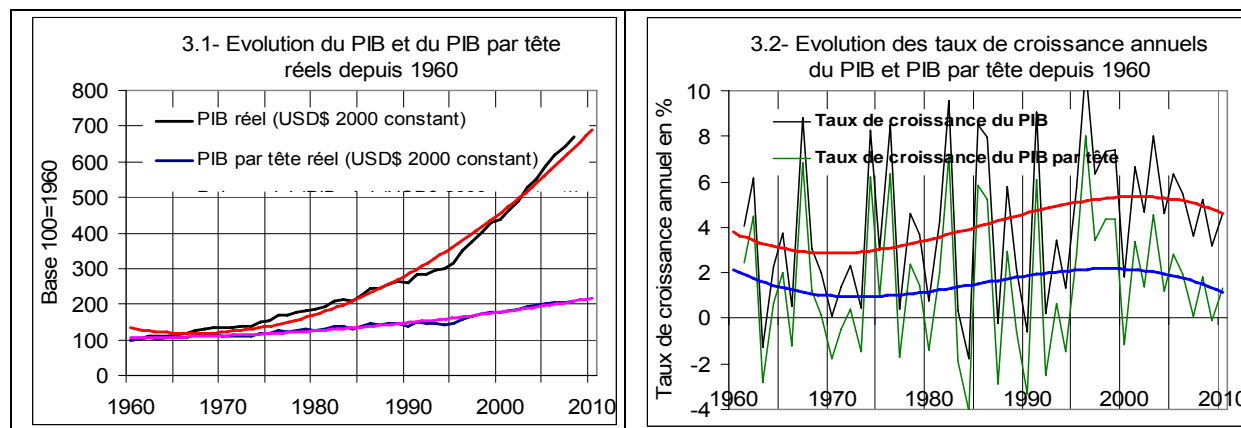
6,4% par an entre 1995 et 2004. La croissance moyenne pour la période 2005-2009 estimée à 4,8% par an, traduit un léger repli par rapport à ce maximum. La croissance économique pourrait cependant atteindre près de 6% en 2012¹⁷.

Burkina Faso **Tableau 3. Economie.**

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2008
Indice de croissance du PIB-1960=base100	100	133	184	261	438	671
Indice: croissance du PIB par tête-1960=base100	100	112	127	140	177	208
Périodes	1960-1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2009	2005-2009
Taux de croissance annuel du PIB en %	3,3	3,3	3,7	5,1	5,0	4,8
Taux de croissance annuel du PIB par tête %	1,5	1,2	1,2	2,2	1,6	1,3
Périodes	1961 - 1969	1970-1979	1980-1989	1990-1999	2000-2006	2005-2006
Contribution de l'agriculture au PIB, en %	37,1	31,3	29,8	33,8	33,8	33,7
Contribution de l'industrie au PIB, en %	21,3	24,6	21,0	21,1	22,1	22,5
Contribution des services au PIB, en %	41,6	44,1	49,2	45,1	44,1	43,8
Pauvreté						
% Population sous seuil de pauvreté national	-	-	44,5(1994)	45,3(1998)	46,4(2003)	43,2(2009)
- en milieu rural	-	-	51,0(1994)	51,1(1998)	52,3(2003)	49,5(2009)
- en milieu urbain	-	-	10,4(1994)	16,5(1998)	19,9(2003)	23,7(2009)
% Population avec moins de 1,25\$ PPA/jour	-	-	71,2(1994)	70,0(1998)	56,5(2003)	
% Population avec moins de 2,00\$ PPA/jour	-	-	85,8(1994)	87,6(1998)	81,2(2003)	

Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> ainsi que Global economic prospects, Summer 2010, World Bank et <http://www.insd.bf/>)

Figures 3.1. et 3.2. : Evolution du PIB et du PIB par tête réels depuis 1960



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) ainsi que Global economic prospects, summer 2010, World Bank

La croissance du PIB réel par tête depuis 1960 a été évidemment plus faible. Elle s'est située entre 1,5% et 1,2% par an en moyenne dans les années 1960, 1970 et 1980, et a atteint sa valeur moyenne la plus élevée, 3,2% par an, entre 1995 et 2004. Mais la valeur moyenne estimée par la Banque mondiale pour 2005-2009 est de 1,3% an, ce qui est évidemment faible. Toutefois, elle pourrait retrouver des taux de l'ordre de 3% par an en 2012.

¹⁷ Global economic prospects, summer 2010, World Bank.

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTDECPROSPECTS/GEPEXT/EXTGEP2010/0..menuPK:6665259~pagePK:64167702~piPK:64167676~theSitePK:6665253,00.html>

Dans quelle mesure une accélération de la croissance économique peut-elle faciliter une augmentation rapide du PIB par tête dans le contexte démographique du Burkina Faso? En supposant que la croissance économique de quelque 6% par an projetée pour 2012 se poursuive et le maintien d'une croissance démographique forte de 3% par an jusqu'en 2040 (selon l'hypothèse démographique haute), il faudrait 24 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel. Mais, si la croissance économique était plus forte : de 7% par an par exemple, il faudrait encore 18 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel. Par contre, si la croissance économique se maintenait à 5% par an, tel que cela a été observé dans les années 2000, il faudrait 36 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel, et si la croissance économique moyenne redescendait à 4% par an, il faudrait 60 ans pour arriver à un doublement du PIB par tête actuel.

Avec une croissance démographique qui se réduit progressivement et passe à 2% vers 2035 et à 1,3% en 2050 (selon l'hypothèse démographique basse), il faudrait avec croissance économique constante de 6% par an, 21 ans pour arriver à un doublement du PIB réel par tête, 16 ans avec croissance économique constante de 6% par an, mais 29 ans avec croissance économique constante de 5% par an, et 40 ans avec croissance économique constante de 4% par an.

L'enjeu est de taille, car un PIB par tête PPA deux fois plus élevé qu'aujourd'hui, c'est-à-dire d'environ 2400 dollars, dans 20, 40 ou 60 ans, ne représenterait toujours que le quart des PIB par tête PPA actuels de pays comme Maurice, l'Afrique du Sud, la Malaisie, le Brésil, entre 30% et 60% des PIB par tête PPA de pays comme la Tunisie, la Thaïlande, la Chine, l'Egypte, le Maroc, et 80% du PIB par tête PPA de l'Inde. Mais d'ici là, les PIB par tête PPA de ces pays continueront à augmenter aussi vite, voire plus vite que celui du Burkina Faso.

Il ressort de ces simulations que si la croissance économique est élevée, de 6% par an, voire plus, la poursuite d'une forte croissance démographique ne réduit pas de beaucoup le temps nécessaire au doublement du PIB par tête (20 ans environ). Ceci dit, en dépit d'une croissance économique honorable depuis le milieu des années 1980 (de l'ordre de 5% par an en moyenne) rien ne garantit que le Burkina Faso atteigne rapidement une croissance économique durable de 6% ou plus par an. Par ailleurs, si la croissance économique restait de l'ordre de 5% ou 4% ou moins par an une réduction rapide de la croissance démographique permettrait d'accélérer l'augmentation du PIB par tête. Il faut cependant garder à esprit que, même si la croissance économique atteignait voire dépassait les 6% par an, le maintien d'une croissance démographique élevée impliquerait comme on l'a vu la poursuite d'une forte augmentation du nombre des naissances et des effectifs de jeunes, ce qui entraînerait des coûts supplémentaires de prise en charge de ces enfants et de ces jeunes par rapport à l'hypothèse d'une baisse rapide de la fécondité qui conduit à stabiliser à terme le nombre des naissances et des effectifs de jeunes. L'économie burkinabè est donc susceptible de bénéficier d'une baisse rapide de la croissance démographique quelle que soit l'importance de la croissance économique au travers la réduction des dépenses consacrées aux enfants et aux jeunes, les économies ainsi réalisées pouvant être alors affectées au soutien à l'activité économique. Mais de plus, si la croissance économique reste modérée ou faible, la baisse rapide de la croissance démographique diminuera sensiblement le temps nécessaire au doublement du PIB par tête.

Les chances de l'économie burkinabè d'atteindre rapidement de forts taux de croissance économique dépendent en partie de ses caractéristiques actuelles. Que peut-on dire à ce sujet ?

Comme on l'a vu l'évolution récente de l'économie burkinabè au cours des 20 dernières années est encourageante. Pour tant, l'évolution de la contribution relative de chaque grand secteur d'activités au PIB ne montre pas de grandes variations. La contribution du secteur primaire qui est passée d'environ 40% dans les années 1960 à 35% dans les années 2000, reste toujours importante. La contribution du secteur secondaire est restée de l'ordre de 20%. Et la contribution du secteur tertiaire a faiblement progressé, d'environ 40% à 45% (figure 3.3). Mais, ces trois secteurs sont très hétérogènes. Dans le secteur agricole, le secteur cotonnier a souffert de cours défavorables et l'agriculture vivrière est caractérisée par une faible productivité. Dans le secteur secondaire, le secteur manufacturier occupe une place importante et contribue à environ 15% du PIB ; certes le secteur minier est en pleine expansion, mais il crée peu d'emplois. Dans le secteur tertiaire, la contribution du secteur moderne en termes d'emploi est modeste et les activités informelles sont dominantes.

L'importance du secteur informel dans l'économie burkinabè constitue cependant un handicap à l'accélération de sa croissance économique. De fait, l'INSD a estimé entre 2000 et 2005, la contribution du secteur informel au PIB du pays à 53%¹⁸. Une autre source estimait en 1999/2000, la

¹⁸ <http://www.insd.bf/> : Statistiques économiques, Comptabilité nationale, Tableau 26.01

part du secteur informel dans le PIB total à 56%, ce qui est considérable.¹⁹ La forte croissance des activités informelles et de l'emploi informel au cours des dernières décennies peut être considérée comme la réponse apportée au défi de la croissance démographique par les populations, face à l'incapacité du secteur moderne à créer un nombre suffisant d'emplois. Dans ce contexte la plupart des jeunes se sont tournés vers le secteur informel (ou l'émigration) pour trouver un emploi ou développer une activité dans l'artisanat, le commerce, les transports, etc. Si l'agriculture occupe toujours la grande majorité des actifs, les travailleurs du secteur non-agricole (patrons, artisans sans salaire, et salariés) sont souvent employés dans le secteur du commerce, notamment en zone urbaine où domine l'informel. On a ainsi estimé pour le Burkina Faso que l'emploi informel représentait au début des années 1990, 77% du total des emplois non agricoles du pays²⁰. Pour l'Afrique de l'Ouest en général les travaux de l'OCDE sur le sujet considèrent que le secteur informel est devenu depuis 1980 en « le principal pourvoyeur d'emploi urbain et il devrait le rester à l'avenir, même si les entreprises modernes assurent en gros 80 % de la valeur ajoutée non-agricole.»

L'autre alternative à l'emploi informel, l'émigration concernait en 2010, comme on l'a vu en 2.1, près de 1,6 million d'émigrants burkinabè vivant à l'extérieur du Burkina Faso, principalement en Côte d'Ivoire. Les envois de fonds de ces émigrés ne sont pas négligeables et ils contribuent à la fois au mieux être des parents restés au pays et à l'économie. Mais, ces envois, du moins ceux qui étaient comptabilisés, n'auraient représenté en 2009 que 50 millions de dollars environ, soit moins de 1% du PIB²¹. Aussi les envois comptabilisés ne représentaient en 2008 que 5% de l'aide publique au développement reçue par le Burkina Faso en 2008, et la moitié des investissements directs étrangers réalisés au Burkina Faso en 2008. En dépit donc de l'importance de sa population émigrée, les bénéfices tirés par le Burkina Faso de son émigration apparaissent faibles par rapport à ceux enregistrés pour les pays voisins.

Les faiblesses structurelles de l'économie burkinabè que l'on vient d'examiner expliquent largement les variations annuelles considérables de la croissance économique, et aussi l'importance de la pauvreté au Burkina Faso. Selon les résultats des enquêtes de 1994, 1998, 2003, et les estimations nationales données pour 2009²² le pourcentage de la population vivant au dessous du seuil national de pauvreté n'a que très légèrement diminué sur l'ensemble de la période (figure 3.4). Il était estimé en 2009 par modèle²³ à 43% et l'écart entre milieu rural et milieu urbain restait considérable : 50% en milieu rural contre 24% en milieu urbain. Cette quasi stagnation s'explique par une légère diminution de la pauvreté en milieu rural (de 51% à 49,5%), compensée par une augmentation assez marquée de la pauvreté en milieu urbain (de 17% en 1998 à 24% en 2009) (voir tableau 3). Les estimations internationales de 2003 indiquent un pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ PPA par jour (situation dite d'extrême pauvreté) à 56,5%, soit 14 et 15 points de moins que les estimations de 1998 et 1994. Mais, toujours en 2006, on estimait que quatre Burkinabè sur cinq (81%) vivaient avec moins de 2\$ PPA par jour. En comparaison le pourcentage de personnes vivant avec moins de 1,25\$ PPA par jour a chuté en Chine de 60% en 1990 à 16% en 2005, et il était estimé à 29% en Indonésie en 2007, et à 42% en Inde en 2005. Mais, dans les autres pays émergents pour lesquels on dispose de données récentes, on estime que 5% au plus de la population totale vivaient avec moins de 1,25\$ PPA par jour.

¹⁹ OECD Rapport Afrique de l'Ouest 2007-2008, décembre 2008, 2.3.2. : Économie Informelle - Source : Charmes J. (2000), <http://www.oecd.org/dataoecd/31/0/42358563.pdf>

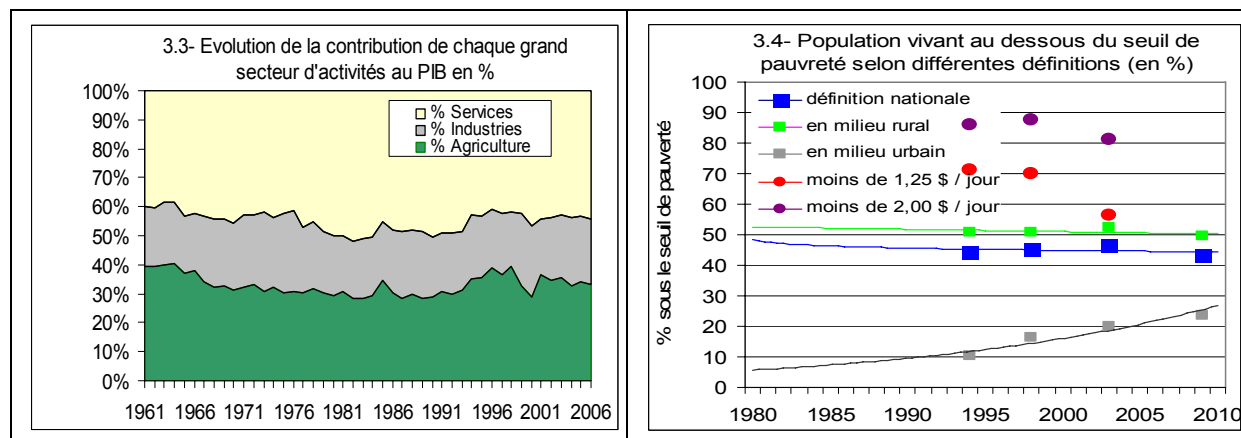
²⁰ 2008 - J. Charmes, 'Concepts, measurement and trends', chapter 2 of Johannes P. Jütting and Juan R. de Laiglesia (2009): *Is Informal Normal? Towards more and better jobs in developing countries*, An OECD Development Centre Perspective, Paris, 163p. (pp. 27-62).

²¹ Migrations and remittances, Factbook 2011. Second Edition. The World Bank, November 2010, page 82.

²² Ministère de l'Économie et du Développement (décembre 2003) : *Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté*, Ouagadougou, (voir en particulier page 17 et estimation par simulation (voir note 15).

²³ Il s'agit du modèle de projection PAMS et cette estimation doit être confirmée par les résultats d'une nouvelle enquête. On notera aussi qu'il est délicat de comparer cette estimation avec les résultats des enquêtes de 1994, 1998, 2003

Figures 3.3. et 3.4. : Evolution de la contribution de chaque secteur au PIB, et de la pauvreté



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> ainsi que <http://www.insd.bf/>)

3.2 Quels impacts de la croissance démographique sur l'éducation ?

Le maintien d'une croissance économique forte et durable, suppose la constitution d'un capital humain de qualité²⁴. Des efforts considérables sont encore nécessaires à ce sujet au Burkina Faso.

Le pourcentage de la population adulte (15 ans et plus) sachant lire et écrire est passé d'environ 5% à 10% au moment de l'indépendance à 30% environ aujourd'hui (tableau 4, figure 4.1). Chez les jeunes (15 à 24 ans) qui sont les entrants sur le marché du travail, il est passé de moins de 10% à 40%. Par ailleurs le taux brut de scolarisation au primaire qui était d'environ 10% en 1960, était estimé en 2009 à 78%, mais le taux net n'était que 63%. En fait, la forte progression de la scolarisation au primaire reste associée à divers problèmes comme l'importance des redoublements, le non achèvement du cycle primaire, un ratio élèves-enseignant trop élevé, qui sont le reflet des difficultés d'accorder au secteur éducatif les moyens dont il a besoin pour arriver à la fois à scolariser tous les enfants, maintenir des niveaux d'enseignement de qualité acceptable, et faire face et au quadruplement depuis 1960 de la population à scolariser. Si le taux d'achèvement du cycle primaire a fortement progressé, de moins de 10% au début des années 1980 à 38% en 2008, il reste médiocre, mais les données nationales sont plus encourageantes puisqu'elles donnent des taux d'achèvement du cycle primaire de 42% en 2008/09 et de plus de 50% en 2010/11. Le ratio élèves-enseignants au primaire, près de 50 élèves par maître reste aussi très élevé. Il représente plus du double des ratios enregistrés dans la plupart des pays émergents, où ils se situent entre 15 et 25 élèves par maître. Un constat plus ou moins similaire peut être dressé pour le secondaire et le supérieur. Le taux brut de scolarisation au secondaire qui était de 1% en 1971 est passé à 6% en 1990 et à 20% en 2008 (figure 4.2), mais le taux net correspondant n'était que de 15%. Dans le secondaire, le ratio élèves-enseignant s'est détérioré. Il s'établissait en 2008 à 30 élèves par maître, contre 20 dans les années 1970 et 1980. Dans le supérieur, le taux brut de scolarisation qui était de 0,7% en 1991 est passé à 3,1% en 2008. Ces niveaux restent très en deçà de ceux observés dans les pays émergents où la scolarisation de tous les enfants au primaire est assurée, et où les taux de scolarisation au secondaire se situent aujourd'hui entre 60% et plus de 90%, et ceux du supérieur entre 15% et 30%. On notera par ailleurs la persistance au primaire d'un écart en défaveur des filles. Le taux brut de scolarisation des filles ces dernières années restait ainsi au niveau primaire inférieur de 10 à 12 points de pourcentage à celui des garçons, au niveau secondaire de 5 à 6 points inférieur, et au niveau du supérieur de deux points inférieurs (4,1% contre 2% en 2008). Mais compte tenu du niveau des taux, cela signifie que les filles scolarisées étaient environ 15% moins nombreuses que les garçons au primaire, 25% moins nombreuses que les garçons au secondaire, et qu'au niveau supérieur il y avait environ deux fois moins de filles que de garçons à l'université.

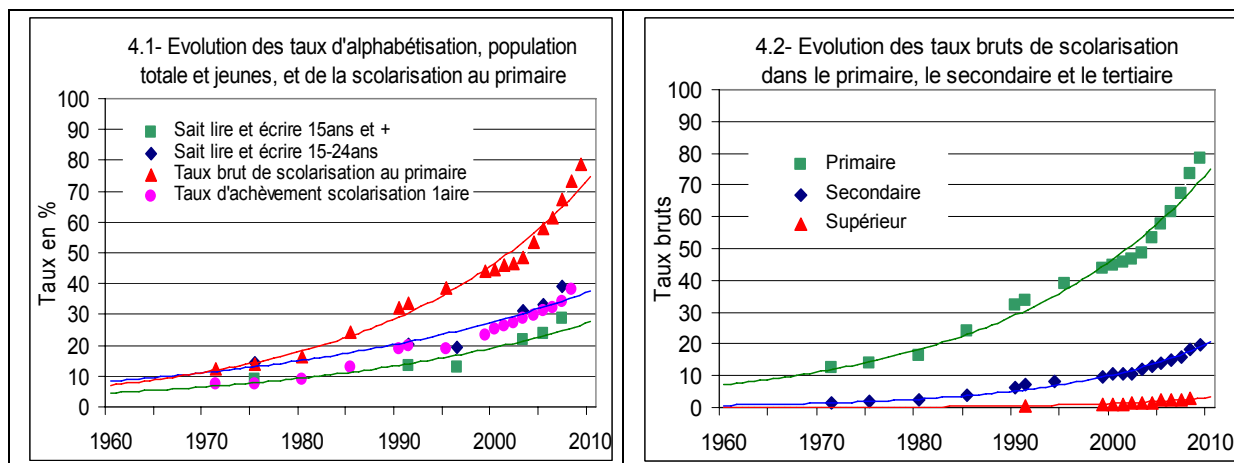
²⁴ Le capital humain peut être défini comme l'ensemble des connaissances et aptitudes que possèdent les individus et qui les rend potentiellement plus productifs. Il s'acquiert par l'éducation et l'expérience, et suppose une bonne santé et résistance aux maladies de l'ensemble de la population.

Burkina Faso **Tableau 4. Education.**

Années	1960	1970	1980	1990	2000	2007-09
Population adulte sachant lire et écrire	-	8,7(1975)	-	13,6 (1991)	21,8(2003)	28,7(2007)
Population de 15 à 24 ans sachant lire et écrire	-	14,4(1975)	-	20,2 (1991)	31,2(2003)	39,3(2007)
Enseignement Primaire						
- Taux brut de scolarisation		12,3(1971)	16,5	33,8 (1991)	44,6	78,5(2009)
- Taux net de scolarisation				27,3 (1991)	36,0	63,3(2009)
- Taux d'achèvement du cycle		7,4(1971)	9,1	19,9 (1991)	28,5(2003)	38,0(2008)
- Ratio élèves-enseignant		44,5(1971)	53,0	55,2	48,9	49,1(2009)
Enseignement Secondaire						
- Taux brut de scolarisation		1,3(1971)	2,5	7,0 (1991)	10,4	19,8(2009)
- Taux net de scolarisation		-	-	-	8,7	15,4(2009)
Supérieur: Taux brut de scolarisation		-	-	0,7 (1991)	1,1	3,1(2008)
Dépenses publiques pour l'éducation						
- en % du PIB		1,7(1976)	2,0(1980)	2,4 (1990)	1,3(1995)	4,6(2007)
- en % des dépenses du gouvernement		19,6(1976)	19,8(1980)	17,5 (1989)	11,1(1994)	15,4(2006)

Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/>) et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>

Figures 4.1. et 4.2. : Evolution des taux d'alphabétisation et de scolarisation



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/>) et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>

Le quadruplement depuis 1960 de la population à scolariser et la multiplication des taux bruts de scolarisation par 8 au primaire (d'environ 10% à 80%) et par 20 au secondaire (de 1% à 20%) ont conduit en gros à une multiplication du nombre d'élèves scolarisés par 30 au primaire et par 80 au secondaire. Dans l'enseignement supérieur, entre 1991 et 2008, le nombre d'étudiants a été multiplié par 5. Les moyens humains et financiers qu'il a fallu mobiliser ont été évidemment considérables. Selon les données de la Banque mondiale l'ensemble des dépenses publiques consacrées à l'éducation se serait situé à 2% environ du PIB dans les années 1970 et 1980 à 4,5% ces dernières années. Ces dépenses²⁵ représentent entre 15% et 20% du total des dépenses du gouvernement du Burkina. Le coût par élève au primaire était en 2008 de l'ordre de 70 000 FCFA, voisin de celui estimé pour le secondaire. Mais le coût par élève dans le supérieur était 10 fois plus élevé, or on doit s'attendre à une très forte progression des effectifs dans le supérieur.

On peut se fixer comme objectif d'atteindre assez rapidement un taux net de scolarisation de 100% dans le primaire (contre 63% en 2009), et d'ici 2030 un taux de net de scolarisation de 60% dans le secondaire (contre 15% en 2009), et un taux brut de 15% dans le supérieur. Ceci correspond à une augmentation des taux de 60% pour le primaire, à leur multiplication par 4 pour le secondaire, et par 5 pour le supérieur. Par ailleurs, d'ici 2030, les populations scolarisables vont augmenter de 50% à 80% pour le primaire (dépendant de l'hypothèse démographique), et elles vont être multipliées par 2 pour

²⁵ Il s'agit apparemment des dépenses concernant le seul enseignement de base

le secondaire et pour le supérieur. La combinaison de ces facteurs conduit ainsi en 2030 à des effectifs d'élèves : 2,4 à 2,8 fois plus nombreux au primaire, 7 fois plus nombreux au secondaire, et 10 fois plus nombreux au supérieur. Il conviendra donc de consacrer des moyens humains et financiers en forte augmentation à l'éducation. Pourtant, le processus formel d'accumulation des connaissances étant lent, quatre à cinq décennies sont encore nécessaires pour que tous les 15 à 64 ans (la population active) sachent lire et écrire, et qu'au moins 60% d'entre eux aient un niveau d'éducation secondaire.

3.3 Quels impacts sur la santé et sur la santé de la reproduction ?

Un état de santé satisfaisant de l'ensemble de la population, en particulier de la population active, mais aussi des mères et des enfants, est un facteur favorable à leur productivité et à leur contribution à l'économie, et pour les enfants à leur réussite scolaire. Des taux de mortalité et de morbidité peu élevés constituent donc un élément essentiel de la qualité du capital humain du pays. Les indicateurs dont on dispose à ce sujet sont des estimations. Elles ne sont pas parfaites, mais elles permettent cependant de se faire une idée des progrès réalisés.

Ainsi l'espérance de vie à la naissance qui était en 1960 de 37 ans selon les Nations Unies aurait progressé entre 16 ans et 21 ans selon les sources. Celle était estimée en effet en 2010 à 54 ans par les Nations Unies, mais à 58 ans selon les estimations nationales²⁶.

Le Burkina Faso comptait une cinquantaine de médecins au moment de l'indépendance. Il en compte aujourd'hui un millier. Mais la population ayant triplé, le nombre d'habitants par médecin reste très élevé : un médecin pour 15 000 habitants en 2008, contre un médecin pour 2000/3000 habitants dans les pays émergents (tableau 5). Par ailleurs, le Burkina Faso comptait en 2004 plus de 4000 infirmiers, soit environ un infirmier pour 3 000 habitants. Il comptait aussi en 2006 environ 12 000 lits d'hôpital, soit un lit pour 1 100 habitants. Dans les pays émergents, on compte un infirmier pour 500 à 1500 habitants, et un lit pour 500 à 1000 habitants. Dans ce contexte, les décès, largement évitables, imputables aux maladies infectieuses, à une mauvaise prise en charge des grossesses, et à la malnutrition sont nombreux. On estimait en 2002 que 78% du total des décès au Burkina Faso étaient imputables à ces causes (contre 10% à 30% dans les pays émergents). Certes le pourcentage de personnes sous-alimentées aurait baissé de 14% au début des années 1990 à 9% en 2006. Mais, compte tenu de l'augmentation de la population, le nombre de personnes sous-alimentées serait resté d'environ 1,3 million. Dans le domaine de l'hygiène, l'accès des populations à une source d'approvisionnement en eau de meilleure qualité a doublé entre 1990 et 2006. On estimait en 2006 que les deux tiers des ruraux, et quasiment tous les urbains avait accès à une eau de qualité acceptable. Par contre l'accès à de meilleurs systèmes d'assainissement demeurait médiocre, puisque seuls 6% des ruraux et moins de la moitié des urbains (41%) avaient accès à de tels systèmes.

La mortalité maternelle et celle des enfants sont toujours à des niveaux inacceptables. Certes, le suivi des grossesses et les conditions d'accouchement se sont améliorés. Le pourcentage de femmes ayant reçu des soins prénatals par un personnel de santé, au moins une fois pendant leur grossesse est passé de moins de 60% en 1993, à 85% en 2006. Mais, moins d'une femme sur cinq avait eu les quatre visites recommandées, et une naissance sur deux seulement est assistée par des personnels de santé (tableau 5, figure 5.1). C'est dans ce contexte d'insuffisances qu'il faut apprécier le ratio de décès maternel estimé par modèle²⁷ à 700 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2005, contre 480 selon l'estimation obtenue à partir des déclarations recueillies lors de l'Enquête Démographique et de Santé de 1998-1999. Quel que soit le ratio retenu, la mortalité maternelle au Burkina Faso est parmi les plus élevées de la sous-région d'Afrique subsaharienne et du monde. Le ratio estimé par modèle est en effet environ 5 fois plus élevé que celui donné pour l'Égypte, 10 fois plus élevé que celui donné pour la Malaisie, près de 50 fois que celui donné pour l'île Maurice, et 100 fois plus élevés

²⁶ Recensement général de la population et de l'habitation 2006, Projections démographiques, p. 42, <http://www.insd.bf>. Les marges d'erreurs qui entachent tous les résultats d'enquêtes et des recensements et les types d'ajustement qui sont ensuite effectués font que les espérances de vie à la naissance estimées à un moment donné peuvent varier de plusieurs années.

²⁷ Les niveaux de mortalité maternelle sont estimés pour divers pays du monde grâce à un modèle de régression à partir de données sur la fécondité, les sages-femmes, la prévalence du VIH, voir <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>.

que ceux donnés pour les pays développés. Les ratios de mortalité maternelle au Burkina Faso correspondent à 3500 à 5000 décès maternels par an, représentant 2% à 3% du total des décès. Ces résultats s'expliquent non seulement par la prise en charge toujours insuffisante des grossesses et des accouchements, mais aussi par l'importance des grossesses à risques qui représentent au moins la moitié des grossesses, conséquence de l'importance des grossesses chez les adolescentes, mal espacées, trop nombreuses, et aussi tardives (après 35 ans voire 40 ans) En effet, deux femmes burkinabè sur trois ont eu leurs premiers rapports sexuels avant 18 ans, et près de 60% d'entre elles sont mères avant 20 ans. L'espacement entre les deux dernières naissances est inférieur à 24 mois chez une multipare sur six, et inférieur à 36 mois pour la moitié d'entre elles. Aussi les naissances de mères de plus de 35 ans représentent 13% du total des naissances.

Ces facteurs contribuent aussi à la forte mortalité des enfants. La moitié des quelque 180 000 décès annuels qui surviennent au Burkina Faso sont des décès d'enfants de moins de 5 ans. Pourtant, la couverture vaccinale a fortement progressé. Aujourd'hui entre 75% et 90% des jeunes enfants ont été vaccinés contre la rougeole, la diphtérie, le tétanos, et la poliomyélite (vaccin DTP), et contre la tuberculose, (contre 20% à 40% dans les années 1980). De fait, les taux de mortalité des enfants (mortalité infantile et mortalité avant 5 ans) ont diminué d'environ un tiers depuis 1980. Mais fait extrêmement préoccupant, la malnutrition des enfants se maintient à des niveaux très élevés et ne semble pas amorcer de baisse. Ainsi en 2006, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans de petits poids par rapport à leur âge était estimé à près de 40%, et celui des enfants de moins de 5 ans de petite taille par rapport à leur âge à 45% (tableau 5, figure 5.2)²⁸. Le faible poids pour l'âge peut être dû à la petite taille de l'enfant et/ou à sa maigreur, deux causes qu'il n'est pas facile d'isoler. En fait, le retard de croissance en taille, plus fréquent, appelé parfois « malnutrition chronique » est le révélateur de problèmes majeurs de malnutrition et de santé rencontrés notamment entre 6 et 24 mois. Il a des conséquences à long terme très graves, car selon plusieurs études, il affecte négativement les capacités cognitives et l'état de santé des enfants concernés jusqu'à l'âge adulte. Une forte prévalence du retard de croissance en taille est donc susceptible d'avoir des effets considérables et durables sur la productivité des économies et du bien être des citoyens.²⁹

Burkina Faso **Tableau 5. Santé.**

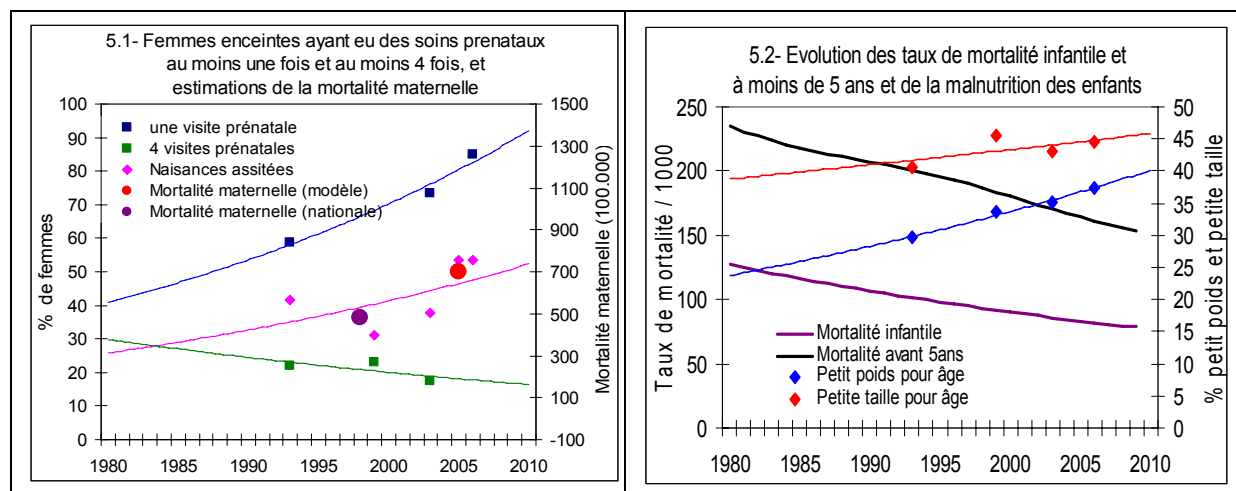
Années	1960	1970	1980	1990	2000	2006-09
Nombre d'habitants par médecin (en milliers)	90,8	97,1	54,9	34,5(1989)	25,0(2001)	15,6(2008)
Population sous-alimentée (en %)	-	-	14(1992)	12 (1997)	13 (2002)	9 (2006)
Population approvisionnée en eau (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	62	83	97 (2006)
- en milieu rural	-	-	-	29	51	66 (2006)
Accès à un système d'assainissement (en %)	-	-	-	-	-	-
- en milieu urbain	-	-	-	23	33	41 (2006)
- en milieu rural	-	-	-	2	4	6 (2006)
Mères ayant reçu des soins prénatals	-	-	-	-	-	-
- au moins une fois	-	-	-	59 (1993)	73 (2003)	85 (2006)
- au moins 4 fois	-	-	-	22 (1993)	18 (2003)	-
Naissances assistées par personnel de santé (%)	-	-	-	42 (1993)	38 (2003)	54 (2006)
Enfants vaccinés (%) contre:	-	-	-	-	-	-
- la rougeole	-	-	38(1985)	79	51	75 (2008)
- la diphtérie, le tétanos, et la poliomyélite	-	-	9(1985)	66	49	79 (2008)
- la tuberculose	-	-	33(1985)	95	77	92 (2008)
Taux de mortalité infantile (pour 1000)	189	154	127	107	90	79 (2009)
Taux de mortalité avant 5 ans (pour 1000)	300/330	-	235	207	180	153 (2009)
Enfants de petits poids par rapport à l'âge(%)	-	-	30(1993)	34 (1999)	35 (2003)	37 (2006)
Enfants de petite taille par rapport à l'âge (%)	-	-	4 (1993)	46 (1999)	43 (2003)	45 (2006)

Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations, Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050

²⁸ Pour les définitions de ces deux indicateurs voir <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.MMRT>, et <http://data.worldbank.org/indicator/SH.STA.STNT.ZS>

²⁹ Voir www.worldbank.org/adi « Indicateurs du Développement en Afrique, 2010, Banque mondiale », page 14.

Figures 5.1. et 5.2. : Evolution prise en charge des grossesses, mortalité et nutrition des enfants



Source : voir note 15 (<http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/> et/ou <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do> et United Nations, Population Division, World Population Prospects: The 2008 Revision, File 4: Interpolated demographic indicators by major area, region and country, annually for 1950-2050

Selon les données de la Banque mondiale l'ensemble des dépenses publiques consacrées à la santé aurait représenté ces dernières années quelque 6% du PIB, ce qui correspond à des dépenses d'environ 15 000 FCFA environ par an et par personne. Le gouvernement a consacré ces dernières années 15% environ de son budget à des dépenses liées à la santé (dépenses récurrentes – prestations de soins préventifs et curatifs, activités de planification familiale, ayant trait à la nutrition et l'aide d'urgence en matière santé – et en immobilisations prévues par les budgets des gouvernements). Mais le recours fréquent au secteur privé pour les soins préventifs comme curatifs pose le problème de l'organisation du système de santé au Burkina Faso et des carences du secteur public, auquel recourent les familles et personnes les plus défavorisés et vulnérables de la population.

Dans les 20 ans à venir, l'augmentation de la population et la nécessité d'améliorer la couverture sanitaire et les performances du système de santé, vont requérir des moyens considérables. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre d'adultes et de personnes âgées, les cas de maladies cardio-vasculaires et de maladies liées au vieillissement vont augmenter. Quelle que soit l'hypothèse démographique retenue, la population de 15 à 64 ans va doubler et celle de 65 ans et plus augmenter de 80%. Si on veut multiplier par 2 ou 4 ou 5 les ratios nombre de médecins, d'infirmiers et lits d'hôpital par habitant, il faudra donc multiplier les moyens actuels par 4 ou 8 ou 10, ce qui suppose une croissance de moyens comprise entre 7% et 12% par an pendant 20 ans. Concernant le suivi des grossesses, leur nombre augmenterait d'ici 2030 de 20% avec l'hypothèse démographique basse, et de 70% avec l'hypothèse démographique haute. Cela signifie que si l'on se fixe comme objectif que toutes les femmes bénéficient de l'assistance de personnel qualifié lors de leur accouchement à l'horizon 2030, (contre une sur deux aujourd'hui), il faudra multiplier les moyens à mettre en œuvre entre 2,5 fois et 3,5 fois selon l'hypothèse démographique retenue. Le nombre d'enfants de moins de 5 ans qu'il faudra vacciner et dont il faudra suivre la croissance augmentera à peu près dans les mêmes proportions, mais ils seront moins nombreux avec l'hypothèse démographique basse (3,9 millions contre 5,2 millions) ce qui se traduira par « un moins à dépenser », c'est-à-dire par des économies.

3.4. Comment le Burkina Faso peut-il bénéficier le dividende démographique ?

Dans ce contexte contraint par l'accumulation des retards et la poursuite de la croissance démographique, quelle est la pertinence du concept de « dividende démographique » ?

L'impact de la forte croissance démographique des pays du Sud sur leur développement a fait l'objet de nombreux débats. En Afrique subsaharienne, le point de vue dominant a été, et reste encore

largement, de considérer la croissance rapide de la population et sa taille comme des facteurs de prospérité, car contribuant à l'expansion des marchés et à l'augmentation du capital humain des pays. De fait, jusqu'à la fin des années 1990, la plupart des travaux économétriques sur le sujet, concluaient que les relations entre croissance démographique et croissance économique étaient peu robustes, ce qui explique en partie la faible mobilisation des gouvernements et de leurs partenaires en faveur de politiques visant à réduire la fécondité. Cependant, en se limitant à l'analyse des relations entre croissance économique et croissance démographique et à la taille de la population, ces travaux ont ignoré une variable démographique fondamentale : la structure par âge³⁰. Se pose aussi la question de l'impact de la taille de la population d'un pays sur sa croissance économique, nombre de pays émergents en dépit de leurs populations peu importantes, comme Maurice et Singapour par exemple, ayant enregistré de fortes croissances économiques.

De nombreux travaux récents montrent effectivement l'importance des changements de structure par âge dans l'accélération de la croissance économique des pays émergents, notamment en Asie de l'Est. Un essai d'explication de l'écart entre les taux de croissance de l'Afrique subsaharienne et ceux estimés pour un échantillon d'autres pays, conclue ainsi que l'essentiel de cet écart s'explique par des facteurs démographiques³¹. Les auteurs estiment pour la période 1960-2004, à partir d'un modèle de régression, la contribution de 11 variables (regroupées en conditions initiales, démographie, géographie, chocs, facteurs politiques) à la croissance des pays concernés. Ils trouvent ainsi que les différences entre la croissance calculée pour l'Afrique subsaharienne et celles calculées pour l'échantillon (différence de -1,1 point), pour divers pays d'Asie de l'Est et du Pacifique (différence de -2,8 points) et d'Asie du sud (différence de -1,7 point), s'explique principalement par les écarts entre taux de dépendance et espérances de vie à la naissance des pays étudiés. Dans les trois comparaisons, les taux de dépendance élevés en Afrique subsaharienne expliquent entre 40% et 60% de ces différences. Vient ensuite, à un niveau aussi très élevé, la faiblesse des espérances de vie en Afrique subsaharienne. L'analyse par périodes (1960-1974, 1975-1994, 1995-2004) et par pays, confirme le fort impact négatif de ces deux facteurs pour la croissance économique. Ceci se vérifie également dans le cas du Burkina Faso. Les auteurs concluent qu'il convient donc de chercher à accélérer la transition démographique (accélérer la baisse de la fécondité et continuer parallèlement à faire baisser la mortalité) au travers de programmes de santé et de planification familiale, ceci afin de créer les conditions d'amélioration de la qualité du capital humain.

Ces nouvelles approches qui intègrent la dimension structure par âge se basent sur la reconnaissance de la solidarité intergénérationnelle qui existe dans toute société, et sur la prise en compte des changements de structure par âge qui accompagnent la transition démographique³². Dans un premier temps, la baisse de la mortalité, surtout celle des enfants, conduit à de fortes augmentations des naissances et des effectifs de jeunes. Puis, lorsque la fécondité commence à baisser, le nombre de naissances croît moins vite, se stabilise ou décroît, mais, la population d'âge actif (conventionnellement les 15 à 64 ans) continue d'augmenter. Les taux de dépendance diminuent, et les actifs, plus nombreux sont alors en mesure de réduire, de même que les gouvernements, leurs dépenses en faveur des enfants, et de consacrer une part plus importante de leurs revenus et budgets à l'épargne et aux investissements productifs. Ce faisant ils contribuent à stimuler la croissance économique. Cette période de baisse continue des taux de dépendance, ouvre une première fenêtre d'opportunité, qui permet de bénéficier, sous certaines conditions, du « premier dividende démographique ». Cette période peut durer une cinquantaine d'années jusqu'à ce que les générations nombreuses d'actifs se rapprochent de l'âge de la retraite. Vers la fin de la première période, le vieillissement d'actifs nombreux, ouvre ce qu'on appelle la période du « second dividende démographique ». En effet ces nouveaux « personnes âgées » qui ont de fortes chances de vivre une longue période de retraite, peuvent être fortement incités à épargner et à accumuler des actifs. Si ces avoirs sont investis, ils sont susceptibles de contribuer à une augmentation durable du revenu national.

Ces deux dividendes, dont les effets peuvent donc se chevaucher, ont eu des impacts positifs entre 1970 et 2000 sur la croissance de la plupart des régions en développement, sauf en Afrique

³⁰ BIRSDSALL N., KELLEY C., SINDINGS S.W., 2000 : "Population Matters". OXFORD University Press.

³¹ NDULU Benno J. & al., 2007 : « *Challenges of African growth: Opportunities, Constraints, and Strategic Directions* » – World Bank, Washington D.C (voir pages 79 à 97, 86 et 90 pour les données sur le Burkina Faso, et 106 à 116).

³² Booms, Replis et Échos. David E. Bloom et David Canning. Finances & Développement Septembre 2006 9
<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/Bloom.pdf>, pages 8à13.

subsaharienne parce que les taux de dépendance y sont restés très élevés. Ceci est particulièrement vrai en Asie de l'Est et du Sud-est où la contribution des deux dividendes démographiques à la croissance effective du PIB réel de cette sous région a été estimée à 1,90 point de croissance, soit 44% des 4,3% par an de croissance observés en moyenne entre 1970 et 2000³³. Cependant, la contribution à la croissance du premier dividende démographique, comme du second, n'est pas automatique. Elle dépend de plusieurs conditions, elles-mêmes liées à la mise en place de politiques appropriées et d'un environnement politique et institutionnel adéquat. A ce sujet, l'expérience des pays d'Asie de l'Est³⁴ souligne l'importance de trois facteurs : 1) la qualité du capital humain (éducation et santé), 2) la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail, et par là des salaires, et 3) le rôle de l'épargne et des investissements. De fait, la croissance rapide de la main d'œuvre ne devient un avantage que si elle est accompagnée de la création d'un nombre suffisant d'emplois et d'une augmentation de la productivité. Faute de quoi, cette main-d'œuvre nombreuse, plus éduquée, risque d'être inemployée et de devenir une charge et un facteur de troubles sociaux. De manière similaire, l'augmentation de l'épargne rendue possible par l'allégement des dépenses en direction des enfants et des jeunes, ne se traduira pas par une augmentation des investissements si l'inflation est forte, la situation politique instable, et si les institutions politiques et judiciaires sont peu fiables.

Ceci dit, l'importance et les modalités des transferts des actifs (qui produisent plus qu'ils ne consomment) vers les enfants et les personnes âgées (qui consomment mais ne produisent pas ou peu) varient d'un pays à l'autre. Certaines dépenses sont surtout à la charge des familles (nourriture, habillement, logement) d'autres, davantage à la charge de l'Etat (santé, éducation), quoique le recours au secteur privé puisse être important. Le projet *National Transfer Accounts* (NTA) étudie dans le détail ces modalités pour 23 pays dont 5 pays d'Afrique subsaharienne (Kenya, Nigeria, Sénégal, Mozambique, et Afrique du Sud)³⁵. Il apparaît pour ces pays que l'âge moyen auquel les individus deviennent des producteurs nets (c'est-à-dire produisent plus qu'ils ne consomment) est relativement élevé, de l'ordre de 30 ans (35 ans au Sénégal en 2004, et 32 ans au Nigeria en 2005), et que l'âge auquel ils redeviennent des consommateurs nets est de l'ordre de 60 ans (60 ans au Sénégal et 62 ans au Nigeria). Ceci laisse un nombre d'années de « surplus » d'une trentaine d'années et conduit à des ratios de support (nombre d'actifs par dépendants) plus faibles que ceux obtenus en considérant comme actifs les 15 à 64 ans, et les dépendants les moins de 15 ans et les 65 ans et plus.

Compte tenu de l'amorce très récente de la baisse de la fécondité et des retards de développement dans les pays d'Afrique subsaharienne, la question a été posée de savoir si ces pays étaient en mesure de bénéficier du dividende démographique³⁶. Le travail fait à ce sujet qui porte sur 32 pays d'Afrique subsaharienne, dont le Burkina Faso, pour lesquels les données nécessaires à l'analyse étaient disponibles répond positivement, tout en soulignant à nouveau l'importance d'un environnement politique et institutionnel adéquat. Après examen de la croissance projetée des effectifs des 15 à 64 ans, et d'indicateurs concernant l'environnement institutionnel, les auteurs ont conclu en 2007 que, parmi les 32 pays étudiés, le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Malawi, le Mozambique et la Namibie étaient en position de bénéficier dans les 20 prochaines années du dividende démographique. Le Cameroun, le Sénégal, la Tanzanie, et le Togo étaient bien placés pour la croissance de leur main-d'œuvre, mais devaient améliorer significativement leurs environnements institutionnels pour pouvoir bénéficier pleinement du dividende démographique. Enfin, la persistance de taux de dépendance élevés et un environnement institutionnel toujours déficient semblaient exclure dans l'immédiat selon les auteurs les autres pays, dont le Burkina Faso où les indicateurs concernant l'environnement institutionnel pointaient la nécessité d'efforts supplémentaires.

³³ Les dividendes de l'évolution démographique. *Ronald Lee et Andrew Mason*. Finances & Développement Septembre 2006, page 17 <http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/fre/2006/09/pdf/basics.pdf>

³⁴ Capitalizing On The Demographic Dividend. *Andrew Mason*. In *Poverty. Achieving Equity ...PDS Series, Nber 8, 2003*, UNFPA, p.39-48. http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2003/population_poverty.pdf .

³⁵ <http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings> voir [EWC Conference on Population and the Generational Economy, Honolulu, June 11-12, 2010](http://www.ntaccounts.org/web/nta/show/Documents/Meetings)

³⁶ Realizing the Demographic Dividend: Is Africa any different? D.E. Bloom & al. Harvard University, May 2007. http://www.aercafrica.org/documents/reproductive_health_working_papers/Bloom_Canning_et_al_Demographic_Dividend_in_Africa.pdf

On peut conclure à partir de ce qui précède que le Burkina Faso peut bénéficier, comme d'autres pays l'ont fait avant lui, du dividende démographique pour accélérer sa croissance économique. Mais pour cela, il doit amorcer la baisse de sa fécondité, qui est toujours l'une des plus élevée de la sous-région. Puis, il doit s'assurer que cette baisse soit suffisamment rapide afin d'accélérer la diminution des taux de dépendance. Le Burkina Faso sera alors en mesure d'améliorer plus rapidement son capital humain et la productivité de ses travailleurs. Parallèlement, les efforts pour parfaire la qualité de son environnement institutionnel devront être intensifiés. Ces conditions remplies, le Burkina Faso pourrait bénéficier, d'ici quelque temps, de cette fenêtre de 50 ans d'opportunité démographique pour consolider sa croissance économique.

4 Les politiques publiques du Burkina Faso face aux défis démographiques

L'évolution de la population a longtemps été considérée par les autorités burkinabè comme satisfaisante et ne nécessitant pas d'intervention particulière³⁷. Pourtant la croissance rapide de la population du Burkina est bien documentée depuis le milieu des années 1970. En effet, les projections des Nations unies, comme les différentes projections nationales faites à la suite des recensements de 1975, 1985, et 1996 ont bien anticipé l'augmentation rapide de la population.

4.1. Les politiques de population

Le Conseil National de Population (CONAPO), chargé de l'élaboration de la politique de population, a été créé en 1983. Rattaché depuis sa création au ministère chargé des questions de développement, le CONAPO est aujourd'hui rattaché au Ministère de l'Economie et des Finances. Le CONAPO n'a été doté d'un Secrétariat Permanent qu'en 1993, soit deux ans après l'adoption de la première Politique Nationale de Population (PNP 1991)³⁸.

Les objectifs de la PNP 1991 révèlent des préoccupations sur la santé, les migrations (notamment l'émigration non maîtrisée) et la répartition spatiale de la population. Les objectifs quantitatifs retenus comprenaient l'accroissement à l'horizon 2005 de la prévalence de la contraception moderne de 4,4% à 60%, la réduction de 134% à 70% du taux de mortalité infantile, et une baisse de la fécondité de 10% tous les cinq ans à partir de 2005. La mise en œuvre de cette première politique de population a été entravée par le manque d'opérationnalité à ses débuts du CONAPO, responsable en principe de la coordination des activités en matière de population.

Cette première politique a fait objet d'une révision, conduisant en décembre 2000, à l'adoption d'une nouvelle politique de population, la PNP 2000³⁹. Cette politique met l'accent sur quatre problèmes prioritaires : la forte croissance démographique, la mortalité élevée, les migrations internes et internationales non maîtrisées, et la marginalisation des femmes. Six objectifs généraux ont été retenus :

1. contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en particulier de la santé de la reproduction. Les objectifs quantitatifs retenus dans ce volet comprennent : l'accroissement du taux de prévalence contraceptive moderne de 6% en 1998 à 19% en 2015 (un objectif plus réaliste que celui de la PNP 1991), et la réduction entre 1998 et 2015 des taux de mortalité maternelle et infantile de 60% ;
2. améliorer les connaissances en population, genre et développement ;
3. favoriser une répartition spatiale mieux équilibrée de la population dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire en prenant en compte le phénomène migratoire ;
4. promouvoir la prise en compte des questions de population, genre et développement durable dans les projets et programmes de développement ;
5. valoriser les ressources humaines ;
6. assurer une coordination efficace et un meilleur suivi-évaluation de la mise en œuvre de la PNP et des programmes d'actions aux niveaux central et décentralisé.

Curieusement, cette nouvelle politique ne tient pas compte des projections démographiques publiées en 1996 par l'INSD⁴⁰, mais elle s'appuie simplement sur le taux de croissance annuel moyen de la population de 2,34% trouvé entre les recensements de 1985 et 1996. A partir de ce taux, il a été estimé que la population burkinabè pourrait atteindre 16 millions d'habitants en 2015 et 20,6 millions en 2025. Les résultats du recensement général de 2006 ont remis en cause ces estimations, en révélant entre les recensements de 1996 et 2006, un taux de croissance moyen de la population

³⁷ <http://www.un.org/esa/population/unpop.htm>, voir [World Population Policies 2009 Data Online](#)

³⁸ Ministère du Plan et de la Coopération (1991) : *Politique de la Population au Burkina Faso*, Ouagadougou

³⁹ Ministère de l'Economie et des Finances (2000) : *Politique nationale de Population Révision n°1*

⁴⁰ « Projections 1996 » publiées dans : « Annuaire statistique série longue », de janvier 1996 - INSD, 1996.

beaucoup plus élevé de 3,1% par an. En conséquence, une nouvelle révision de la PNP a été entreprise. Cette révision entamée en 2009, a conduit à l'élaboration d'un avant-projet de politique de population qui a été soumis à un atelier interministériel d'amendement et de validation qui s'est tenu à Ouagadougou le 18 mai 2010 sous l'égide du CONAPO. Un projet de politique de population devrait maintenant pouvoir être examiné en Conseil des Ministres.

L'évaluation qui a été faite en 2005 du Programme d'Actions en matière de Population 2001-2004 (PAP II) exécuté par le CONAPO dans le cadre de la Politique de Population constate la faiblesse des activités réalisées⁴¹. Elle impute cette faiblesse au fait que la mise en œuvre des activités prévues dans PAP II a été très perturbée par l'adoption en 2000 du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP). En effet, le CSLP s'est rapidement imposé comme cadre unique d'orientation de la politique de développement du pays, et cette évolution a disqualifié le PAP II. Finalement seulement 10% de l'enveloppe demandée pour le PAP II (435 milliards de FCFA) a été obtenue. L'évaluation du positionnement institutionnel du CONAPO faite en 2006⁴², a donc logiquement recommandé une meilleure articulation entre la PNP et le CSLP. C'est dans cet esprit que le CONAPO a organisé en 2009 plusieurs ateliers de sensibilisation sur la prise en compte des questions démographiques afin que celles-ci soient prises en compte dans la future stratégie de réduction de la pauvreté en cours de finalisation.

4.2. Les politiques de santé et en santé de la reproduction

Le Plan National de Développement Sanitaire 2001-2010 (PNDS) a fait l'objet d'une mise à jour en 2006 intitulée Plan National de Développement Sanitaire, tranche 2006-2010.⁴³ Il visait à l'horizon 2010 un taux brut de mortalité de 12,3‰, une réduction de 40% entre 2001 et 2010 des taux de mortalité maternelle, infantile et infanto juvénile, et un taux de prévalence contraceptive de 27% (contre 17% dans le PNDS 2001-2010). La planification familiale figure dans la liste des 17 « interventions/stratégies à gain rapide » identifiées dans le plan, avec les soins obstétricaux d'urgence, la prévention, le dépistage du VIH, le traitement et la prise en charge des malades du VIH, etc. Ce plan qui a utilisé les données du RGPH 1996, est en cours de révision.

Compte tenu de l'importance des grossesses à risques, à l'origine des niveaux élevés de mortalité maternelle, la Direction de la Santé de la Famille, sous tutelle du Ministère de la Santé, a élaboré trois plans stratégiques de maternité à moindre risque (1994-1998, 1998-2000 et 2004-2008). Par ailleurs, en référence aux Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), le Burkina Faso a adopté en 2006 un Plan d'Accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso (Feuille de Route), pour la période 2006-2015⁴⁴. L'objectif général fixé dans la Feuille de Route est de réduire en 2015 le taux de mortalité maternelle des trois quarts et le taux de mortalité néonatale des deux tiers par rapport leurs niveaux de 1990, pour atteindre ainsi en 2015 un taux de mortalité maternelle de 121 pour 100.000 naissances vivantes, et un taux de mortalité néonatale de 22‰. La Feuille de Route retient également un objectif d'augmentation du taux de prévalence de la contraception de 14% en 2006 à 30% en 2015 afin de contribuer à l'atteinte des objectifs retenus pour la mortalité maternelle et néo-natale.

Le Burkina Faso a aussi adopté en 2005 une loi relative à la Santé de la Reproduction, la Loi n° 049-2005/AN. Cette loi reconnaît le droit à la santé de la reproduction comme un droit fondamental (Article 8), et elle indique que « Les couples et les individus décident librement et avec discernement, du nombre de leurs enfants ainsi que de l'espacement de leurs naissances » (Article 9). Elle reconnaît le droit de tous à l'information et à l'éducation concernant les avantages, les risques et l'efficacité de toutes les méthodes de régulation des naissances, à l'exception de l'avortement provoqué ou interruption volontaire de grossesse (Article 11). Elle reconnaît aussi le droit pour tous « de bénéficier de soins de santé et de services de qualité et de proximité, sûrs, efficaces, abordables et

⁴¹ Ministère de l'Economie et du Développement (2005) : *Bilan partiel d'exécution du Programme d'action en matière de Population 2001-2004*

⁴² Ministère de l'Economie et du Développement, UNFPA (2006) : *Analyse institutionnelle du Secrétariat Permanent du Conseil National de Population*

⁴³ Ministère de la Santé (2007) : *Plan National de Développement Sanitaire, tranche 2006-2010*, Ouagadougou

⁴⁴ Ministère de la Santé (2006) : *Plan d'accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso (Feuille de Route)*, Ouagadougou.

acceptables », ainsi que le droit de toute femme à un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié (Article 12).

L'intervention principale concernant la planification familiale est la mise en œuvre du Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs (PSSPC) qui couvre la période 2006 – 2015⁴⁵. Le PSSPC constate dans son introduction que les objectifs d'augmentation du taux de prévalence contraceptive n'ont pas été atteints, du fait entre autres : des ruptures fréquentes de stocks, de l'insuffisance de formation des agents, du manque d'implication du secteur privé dans la promotion et l'offre de services de planification familiale et de la faiblesse du suivi et de la supervision. Le PSSPC prend le PNDS comme cadre de référence, et il reprend l'objectif de la Politique Nationale de Population d'augmentation du taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes de 6% en 1998 à 19% en 2015, objectif différent de l'objectif du PNDS 2006-2010 de 27% en 2010. En fait, le PNDS 2006-2010 utilise les statistiques dites « de services » du Ministère de la Santé, et non les résultats des enquêtes comme il est d'usage. Ces différences d'approches conduisent ainsi à des différences dans les objectifs retenus selon les documents. Le PSSPC estime que la demande potentielle totale en planification familiale concernait en 2003 43% des femmes en union⁴⁶, soit trois fois plus que le pourcentage de femmes utilisant une méthode quelconque de contraception (14%) à cette date.

L'élaboration du PSSPC s'est appuyée sur une analyse de la situation en matière de planification familiale au Burkina Faso. Cette analyse a constaté une insuffisance de financement en provenance de l'Etat, l'absence de mesures incitatives pour le secteur privé, insuffisamment impliqué dans l'offre des services. A cause de la baisse d'intérêt pour les programmes de planification familiale de la part du gouvernement et des bailleurs au profit des programmes de lutte contre le VIH/SIDA et le paludisme, les objectifs spécifiques du PSSPC se sont focalisés sur le plaidoyer pour un repositionnement de la planification familiale, l'objectif général étant de garantir la disponibilité pérenne des produits contraceptifs et une offre de services de qualité en matière de contraception. Le PSSPC retient donc comme objectif l'indépendance progressive dans le financement de l'acquisition des produits avec un taux de 70% de prise en charge par le budget national d'ici 2015. Plusieurs axes et mécanismes de financement sont ciblés tels que : la participation financière des utilisateurs, la diminution des taxes et droits de douane sur l'importation des produits, l'augmentation constante de 25% par an de la contribution du budget national, et le recours aux fonds Pays Pauvres Très Endettés (PPTTE). En ce qui concerne la promotion de l'utilisation de méthodes efficaces de contraception, le plan prévoit, en plus de campagnes d'information auprès de la population, un volet important pour la mobilisation des prestataires (agents de santé et agents communautaires). Il souligne toutefois la nécessité d'une contribution importante des bailleurs dans le financement de ces mesures d'accompagnement. Une projection des besoins en contraceptifs figure dans ce plan. Convertie en prévalence contraceptive cette projection correspondrait à un passage de 13% en 2006 à 25% en 2015, ce qui représente une augmentation moyenne de 7,5% des utilisateurs par an et une augmentation moyenne de la prévalence de la contraception de 1,3 point de pourcentage par an.

Le besoin d'appréhender et de couvrir l'ensemble de besoins en produits associés à la santé de la reproduction a conduit en 2009 à l'élaboration d'un projet de Plan Stratégique de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction (PSSPSR), intégrant le plan existant pour les produits contraceptifs. Ce plan validé en 2010 couvre la période 2009-2015⁴⁷. Le PSSPSR insiste sur son articulation avec les différents plans et programmes existants en matière de santé et de santé de la reproduction, mais il ne fait pas référence à la politique de population. Il dresse un état des lieux de la situation en matière de sécurisation des produits en santé de la reproduction au Burkina qui inclut une évaluation de la mise en œuvre du PSSPC. Il constate d'abord que la part du budget de la santé, 9% en 2008, n'atteint pas les normes recommandées qui sont de 15%, et que la part des différents programmes touchant à la Santé de la Reproduction dans le budget de la santé du pays reste faible : 2,54% en 2008. Il indique ensuite que selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses en Santé de la Reproduction représentent 5% des dépenses totales de santé. Mais alors que certaines dépenses, comme celles liées aux soins obstétricaux et néonatal d'urgence (SONU) bénéficient d'un financement conséquent de l'Etat, les besoins des autres programmes sont peu voire pas du tout pris

⁴⁵ Ministère de la Santé (2005) : *Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006-2015*, Ouagadougou

⁴⁶ 14% d'utilisatrices, ensemble des méthodes, plus 29% de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale

⁴⁷ Ministère de la Santé (2009) : *Plan Stratégique de Sécurisation des produits de la Santé de la Reproduction – 2009-2015*. Ouagadougou.

en charge par l'Etat, et la couverture de ces besoins dépend des financements, variables selon les années, des partenaires techniques et financiers.

La PSSPSR 2009-2015 vise à assurer une disponibilité pérenne et une utilisation rationnelle selon les besoins du client des services et des produits essentiels de santé de la reproduction de qualité, en temps voulu et en tout lieu. Pour ce faire il définit un certain nombre d'objectifs stratégiques et d'objectifs spécifiques qui concernent essentiellement le financement des produits de santé de la reproduction, la qualité de services fournis en planification familiale et en santé de la reproduction (disponibilité, accessibilité et qualité), la gestion logistique des produits, et la promotion de l'utilisation des services de santé de la reproduction. Mais aucun objectif quantitatif de couverture ou autre n'est fixé ; le PSSPSR rappelle simplement les OMD à atteindre en 2015 concernant la réduction de la mortalité maternelle et la réduction de la mortalité des enfants.

Le budget total du PSSPSR pour les sept années couvertes (2009 à 2015) a été estimé à 52 milliards de FCFA, financé à hauteur de 40% sur le budget de l'Etat burkinabè, dont près de 42 milliards (80%) pour les besoins en produits de santé de la reproduction, et 10 milliards pour les activités opérationnelles. Mais entre 2010 et 2015 il est prévu que la part du budget consacrée à l'achat en produits de santé de la reproduction passe de 70% à 85% du budget total et que la part prise en charge par le budget national passe de 34% à 49%. Il est également prévu une augmentation sensible du budget consacré à l'achat des produits de santé de la reproduction et une légère modification dans la répartition des produits concernés. Les besoins pour l'achat des produits de santé de la reproduction ont été estimés pour 2010 à 4,8 milliards de FCFA, dont 37% concernent la planification familiale (1,8 milliard de FCFA), 2% les infections sexuellement transmissibles (IST), 10% les consultations prénatales, 24% les SONU, et 28% les ARV pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH. En 2015, Les besoins pour l'achat des produits de santé de la reproduction ont été estimés à 7,5 milliards de FCFA, dont 41% concernent la planification familiale (3 milliards de FCFA), 8% les consultations prénatales, 18% les SONU et 33% les ARV pour la prévention de la transmission mère enfant du VIH. L'achat des produits en planification familiale qui représentait 26% du budget total du PSSPSR en 2010 est ainsi censé représenter 35% du budget total en 2015. Il est aussi prévu que la part des achats de ces produits financé par le budget de l'Etat passe de 45% en 2010 à 70% en 2015. On notera enfin que l'augmentation prévue des coûts d'achat des produits en planification familiale correspond à une progression annuelle de 12% par an environ (voir sur ce sujet 5.3). Mais le document du PSSPSR ne contient pas d'éléments permettant de savoir à quelle augmentation de la prévalence contraceptive et à combien d'utilisatrices correspond cette progression annuelle assez rapide des coûts.

4.3. Les Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté

Le premier Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) a été élaboré en 2000 pour la période 2000-2002. Sa révision a été terminée en janvier 2004 avec un CSLP couvrant la période 2004-2006. Aucune révision n'a été faite en 2007 à cause de la faible appropriation du CSLP 2004. Il est donc toujours en cours mais le processus de sa révision a commencé en 2009. Le CSLP 2004 affiche quelques objectifs quantitatifs (voir tableau 6). Il indique en particulier que « le Gouvernement vise un taux moyen de croissance du PIB réel de 7% par an ... et une croissance du PIB par habitant d'au moins 4% par an »⁴⁸. Il entend aussi ramener l'incidence actuelle de la pauvreté à moins de 35% à l'horizon 2015. Le taux de croissance démographique de 2,34%, issu du RGPH 1996 est simplement mentionné mais n'intervient pas de manière explicite dans les projections, même si le besoin d'assurer une croissance économique nettement supérieure à la croissance démographique est mentionné. La croissance démographique est simplement citée comme contrainte au niveau de l'exacerbation de la pression sur les ressources naturelles, l'actif principal des pauvres, et au niveau du renforcement des ressources humaines.

Une évaluation de la prise en compte des questions de population dans le CSLP a été faite en 2009 en vue de sa révision⁴⁹. Cette évaluation note que les variables démographiques n'ont pas reçu l'attention qu'elles méritaient dans l'élaboration des CSLP. Cette carence est imputable au fait que

⁴⁸ Ministère de l'Economie et du Développement (2004) : *Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté*, Ouagadougou, (voir en particulier page 72

⁴⁹ BADJECK Alain (2009) : *Evaluation de la prise en compte des questions de population dans le CSLP du Burkina Faso*, UNFPA, Document de travail

certaines conditions préalables ne sont pas remplies, notamment le manque de données fiables, l'insuffisance de personnel qualifié pour l'analyse des données, l'absence de dispositions institutionnelles pour coordonner la collecte de nouvelles données, et le manque de recherche sur les relations entre population et développement. Il est constaté que certains modèles macroéconomiques utilisés dans l'élaboration des CSLP considèrent les variables démographiques seulement comme des variables exogènes. Les effets de structure comme l'âge des individus par exemple ne sont pas pris en compte. Le rapport note que dans le CSLP 2004, les questions de population ne figurent pas dans les actions prioritaires, et qu'elles ne sont pas budgétées de façon explicite, avec un risque réel donc de leur disparition pendant la mise en œuvre du CSLP. Afin d'assurer une prise en compte suffisante dans la finalisation du prochain CSLP, un dialogue ouvert entre le CONAPO, la direction chargée de l'élaboration du CSLP (la DGEP) et l'Institut National de la Statistique et de la Démographie est recommandé.

Burkina Faso : Tableau 6 : Objectifs, Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté, 2004-2006

Indicateurs/Objectifs	Valeur de référence (année ou période)	Objectif (année ou période)
Croissance PIB annuel	4,6% par an en 2002 7,3% attendu en 2003	6,0% en 2004, 6,7% en 2005, 6,8% 2006
Croissance PIB/tête	3,2% en 2002	≥ 4,0% par an à partir de 2004
Croissance démographique	2,4% par an (taux moyen entre les recensements de 1985 et 1996)	Pas mentionnée (implicite 2,4% par an)
Taux de mortalité, des moins de 5 ans	219‰ en 1999	--
Mortalité maternelle (pour 100.000 naissances vivantes)	930 en 1999	--
Insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans	30% en 1993	--
Taux brut de scolarisation -1 ^{er} cycle	47,5% en 2003	56% en 2006

Source : Ministère de l'Economie et du Développement : Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté, 2004-2006

La révision du CSLP 2004 entamée en 2009 a conduit à l'élaboration d'une nouvelle stratégie dénommée « Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable » (SCADD) couvrant la période 2010 – 2015 qui devrait être adoptée très prochainement. Le document provisoire du 8 décembre 2010⁵⁰, indique que « l'objectif global de la SCADD est de réaliser une croissance économique forte, soutenue et de qualité ». Les huit objectifs spécifiques retenus concernent la croissance économique avec l'objectif de réaliser un taux de croissance moyen du PIB réel égal à 10%, la lutte contre la pauvreté et la faim, l'éducation primaire pour tous, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, la réduction de la mortalité des enfants, l'amélioration de la santé maternelle, la lutte contre le VIH/SIDA, et l'environnement. Par ailleurs les cibles OMD visées par la SCADD à l'horizon 2015 sont précisées. Malheureusement les données retenues pour la prévalence de la contraception en 2008 de 27,9% sont les statistiques dites « de services » du Ministère de la Santé, comme dans le PNDS 2006-2010, mais contrairement au PSSPC 2006 – 2015 qui prend en compte les résultats, plus fiables, des enquêtes comme il est d'usage. Le document provisoire de la SCADD retient ainsi comme objectif en 2015 une prévalence contraceptive de 40%, ce qui semble

⁵⁰ Stratégie de Croissance Accélérée et de Développement Durable 2011-2015, version provisoire, 08 décembre 2010, Ouagadougou

peu réaliste. A noter que le document actuel ne fait pas mention des projections nationales de population publiées par l'INSD fin 2009.

Les problèmes de population sont mentionnés parmi les cinq principaux défis que le pays doit relever et le document actuel souligne également que la forte croissance démographique menace de réduire de façon significative le revenu national par tête si la tendance ne s'inverse pas sur le moyen et le long terme.

L'accélération de la croissance et du développement durable que se fixe la SCADD devrait s'appuyer sur quatre axes stratégiques qui sont (i) le développement des piliers de la croissance accélérée, (ii) la consolidation du capital humain et la promotion de la protection sociale, (iii) le renforcement de la bonne gouvernance, (iv) la prise en compte des priorités transversales dans les politiques et programmes de développement. Les problèmes de population sont mentionnés dans deux de ces axes, dans l'axe « renforcement de la gouvernance » où il est fait référence à la politique nationale de population en cours de révision ainsi qu'au Schéma national d'aménagement du territoire (SNAT), et dans l'axe « prise en compte des priorités transversales » où il est précisé que « La question de la population sera abordée en termes de maîtrise de la croissance démographique (et) de renforcement des capacités des acteurs pour la prise en compte de la donnée démographique dans les politiques, plans et programmes de développement, de recherche, et de suivi évaluation ». Il est indiqué également que dans le cadre de la SCADD des actions de plaidoyer seront faites auprès des ministères et institutions concernés. L'approche adoptée reste large puisque le document actuel précise que « Les grandes thématiques qui s'inscrivent dans la logique de la population et le développement sont : migration-urbanisation, éducation et formation, environnement, eau potable, emploi, sante, genre, SIDA et d'autres thématiques faisant l'objet d'engagements internationaux ». Il faut souligner à nouveau le document actuel est provisoire et donc susceptible d'être modifié.

4.4. Les politiques sectorielles

La prise en compte des aspects démographiques dans les politiques sectorielles est variable.

Concernant l'éducation, le Plan Décennal de Développement de l'Education de Base (PDDEB) est mis en œuvre depuis 2002. Le document de la Phase II du PDDEB a été adopté par le Conseil des Ministres en octobre 2007 et couvre la période 2008-2010⁵¹. La phase I du PDDEB s'est focalisée sur l'augmentation de l'accès à l'éducation tandis que la phase II met l'accent sur la qualité de l'éducation. Le plan prévoit des augmentations des taux brut de scolarisation associées à une estimation des effectifs concernés. Mais, il ne fait aucune mention de la PNP et s'appuie sur un seul scénario d'évolution future de la population calculé sur la base des projections nationales de l'INSD faites à partir des résultats du recensement de 1996. Le Rapport sur l'Etat du Système Educatif National (RESEN) préparé en 2007⁵² corrige ces projections en utilisant les résultats préliminaires du recensement de 2006. Un chapitre entier de ce document est consacré à l'analyse du contexte démographique et macroéconomique avec l'objectif de fournir une information aussi précise que possible sur le nombre d'enfants à scolariser maintenant et dans les années à venir. De l'analyse du contexte démographique, le RESEN retient une croissance rapide de la population scolarisable du fait d'une transition démographique qui tarde à se mettre en place et d'une population scolarisable essentiellement basée en zone rurale.

Le Burkina Faso a élaboré en 2003 une Stratégie Opérationnelle et un Programme de Sécurité Alimentaire Durable qui couvre la période 2003 – 2015⁵³. Son objectif global est de réduire de 50% le nombre de personnes souffrant de la faim et de la malnutrition à l'horizon 2010, grâce à une augmentation de la production agricole de 3% en 2002 à 10% en 2010. La stratégie ne fait pas référence à la PNP, mais elle anticipe sur la base du taux de croissance moyen 1985-1996 de 2,34% par an, que la population pourrait atteindre 20 millions en 2020. Mais, le document indique qu'avec la propagation du VIH/SIDA, le taux de croissance de la population pourrait diminuer autour de 1,9 – 1,6% par an à l'horizon 2020. Ceci dit, dans l'analyse des facteurs d'insécurité alimentaire, les enjeux

⁵¹ Ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (2007) : *Plan Décennal de Développement de l'Education de Base, Phase II 2008-2010*, Ouagadougou

⁵² Mais publié en 2010.

⁵³ Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (2003) : *Stratégie Opérationnelle et Programme de Sécurité Alimentaire Durable dans une Perspective de Lutte contre la Pauvreté*, Ouagadougou.

démographiques ne sont pas vraiment abordés, et aucune mention n'est faite de l'évolution future de la population. Le faible espacement des naissances et les grossesses précoces sont cependant cités, mais comme facteurs contribuant à l'apparition de la malnutrition. Par ailleurs, après la forte augmentation du prix des céréales et les manifestations que celle-ci a provoqué début 2008 dans plusieurs villes du Burkina Faso, le gouvernement a adopté en juin 2008 un Plan d'Urgence pour la Réalisation de la Sécurité Alimentaire et Nutritionnelle. Ce plan ne fait guère de cas non plus des enjeux démographiques. Il vise en particulier à intensifier la production locale de riz afin de couvrir 56% des besoins nationaux en 2015, et à accroître la production de maïs de 5% en 2008-2009 afin de couvrir les besoins locaux et dégager un excédent pour l'exportation.

Le Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et d'Assainissement (PN-AEPA) à l'horizon 2015 a été élaboré en 2006⁵⁴. En conformité avec les OMD, ce programme a pour objectif de réduire de moitié d'ici 2015 la proportion de personnes n'ayant pas un accès adéquat à l'eau potable et à l'assainissement en 2005. Le Programme ne fait pas allusion à la PNP. Il estime cependant les populations à desservir en 2015 à partir des taux de croissance des populations urbaine et rurale (en gestion directe par l'Office National de l'Eau et Assainissement - ONEA, et hors périmètre ONEA).

Le Burkina Faso a également adopté en juillet 2009 une « Politique Nationale Genre » (PNG)⁵⁵. Cette politique vise à éliminer à terme les inégalités et disparités entre les hommes et les femmes dans tous les domaines et à promouvoir leurs droits fondamentaux. Le document de la PNG souligne que celle-ci s'appuie et qu'elle est fondée sur un certain nombre d'engagements et instruments internationaux, et sur un certain nombre de politiques nationales prenant en compte la question d'équité et d'égalité en l'homme et la femme, parmi lesquels le CSLP et la PNP. Sa mise en œuvre doit se faire au travers des programmes et plans d'action sectoriels des départements ministériels mais aussi des programmes d'interventions des ONG, et autres partenaires internationaux au développement. Après avoir passé en revue les inégalités et disparités de genre au Burkina Faso (au plan socio culturel et religieux et dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et de la santé) le document de la PNG énumère sept axes stratégiques qui sont déclinés en divers objectifs à atteindre. Le premier axe stratégique « Amélioration de l'accès et du contrôle, de manière égale et équitable des hommes et des femmes aux services sociaux de base, retient cinq objectifs dont l'un, général, concerne l'accès aux services sociaux (santé, éducation et eau potable), deux concernent l'éducation, et deux la santé de la reproduction. Il s'agit en santé de la reproduction de contribuer à l'amélioration de la santé de la reproduction et à la réduction de la mortalité maternelle (objectif 4) et d'améliorer la prise en compte du genre dans la lutte contre la VIH-SIDA (objectif 5). La PNG s'inscrit dans un processus de long terme couvrant la période 2009-2019, et aucun des objectifs retenus n'est quantifié. Le document de la PNG liste cependant les facteurs de succès et de risques pour l'atteinte de ses objectifs. Les facteurs de succès identifiés sont l'engagement politique, la reconnaissance du rôle de la femme dans la société, et la stabilité politique et la paix sociale dont jouit le pays. Les facteurs de risques sont : la résistance à l'approche genre, les pesanteurs socioculturelles et l'insuffisance des ressources allouées à la PNG. L'instance nationale de décision et d'orientation en matière de genre est le Conseil National pour la Promotion du Genre, le CONAPGenre, qui dispose d'un Secrétariat permanent placé sous l'autorité du Ministre en charge de la promotion de la femme.

Enfin, parmi les politiques sectorielles, le Schéma National d'Aménagement du Territoire publié en 2008 (SNAT)⁵⁶ se révèle être un véritable plaidoyer sur les questions démographiques, en posant de manière forte les enjeux associés à la croissance rapide de la population. Le SNAT présente en effet la démographie comme son élément fondateur central, et affirme clairement qu'il n'y a pas de développement ni d'aménagement du territoire envisageable avec la configuration démographique actuelle. Il rappelle qu'avec une croissance démographique de 2.5% à 2.7% par an, il faut un taux plancher de croissance du PIB de 7% par an pour réduire la pauvreté, et il rappelle à ce sujet que la croissance du PIB s'est ralentie ces dernières années, alors que le temps de l'émigration massive vers l'extérieur est terminé. Le SNAT rappelle aussi que les terres disponibles sont de plus en plus rares et que le Burkina approche une échéance majeure de son histoire, celle de la saturation spatiale, saturation qui pourrait intervenir dans une dizaine d'années, « c'est-à-dire demain ». Selon le

⁵⁴ Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (2006) : *Objectifs et Stratégies : Elaboration du Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement à l'horizon 2015, volume 4 Sous-programme urbain*, Ouagadougou.

⁵⁵ Ministère de la Promotion de la Femme (2009) : *Document de la Politique Nationale Genre du Burkina Faso*, Ouagadougou.

⁵⁶ Ministère de l'Economie et des Finances (2008) : *Etude du Schéma National d'Aménagement du Territoire : élaboration du SNAT deuxième phase*, Ouagadougou

SNAT il faut concevoir les 20 ans qui viennent comme une période de transition, avec pour tâche essentielle de renverser les tendances lourdes. La question centrale est celle des moyens à mettre en œuvre pour déployer une grande politique de population sur l'ensemble du territoire. Il plaide pour l'adoption d'une politique démographique résolument offensive en partant d'une évaluation des possibilités d'action qui existent pour influencer sur la croissance de la population. Il souligne à plusieurs reprises qu'on peut agir sur la démographie à court terme. Le SNAT adopte ainsi un scénario volontariste qui est comparé à un scénario « fil de l'eau » qui est la poursuite des tendances. Le scénario volontariste se fixe comme objectif clé le maintien de la population au dessous des 20 millions d'habitants en 2025. Pour arriver à ce résultat il convient de mettre en œuvre une politique démographique permettant de ramener le taux d'accroissement naturel de 2,5% à 1,9% en 2015 et 1,4% en 2025, et viser un taux de prévalence contraceptive de 40 à 45% en 2015 et de 60 à 70% en 2025. Le ralentissement de l'augmentation de la population rurale envisagé dans le scénario volontariste n'est pas seulement le résultat d'une baisse rapide de la fécondité, mais il est aussi la conséquence d'une politique volontariste de croissance urbaine associée à la structuration du territoire par un système urbain qui est largement à construire. En fait, le scénario volontariste vise un taux d'urbanisation de 36% en 2025, accompagné d'une rupture avec une concentration quasi exclusivement de la croissance sur Ouagadougou.

4.5 Cohérence, articulation des politiques, plans et programmes

Ainsi, la variable démographique n'a pas toujours été prise en compte dans les politiques, plans et programmes adoptés jusqu'ici au Burkina Faso. Lorsqu'elle l'a été, c'est le plus souvent uniquement en utilisant le taux d'accroissement annuel moyen de la population de 2,34% trouvé entre les recensements de 1985 et 1996. Or, cette méthode est relativement grossière, et de plus elle a sous-estimé la croissance réelle de la population, puisque celle-ci est supérieure à 3% par an depuis la fin des années 1990 (voir section 1). En fait, les projections de population par sexe et par âge (les projections nationales et celles des Nations Unies) ont été peu ou pas été utilisées, ce qui a conduit les différents Ministères à procéder à leurs propres estimations ou projections. Les projections démographiques constituent pourtant un l'outil privilégié de mesure des taux de couverture, d'estimation des besoins et de fixation des objectifs à atteindre. C'est pourquoi les projections démographiques nationales détaillées publiées en 2009⁵⁷ devraient devenir l'outil unique de référence des divers Ministères et acteurs du développement pour une réelle prise en compte des évolutions attendues non seulement des populations totale, urbaine et rurale, mais aussi et surtout des évolutions des effectifs par âge et des effectifs des diverses populations spécifiques.

Il n'est certainement pas facile d'assurer une bonne cohérence entre les différentes politiques, plans et programmes, vu leur nombre et la complexité des domaines couverts. La SCADD 2011-2015 en cours de finalisation, devrait marquer un progrès dans ce sens car elle doit englober les politiques sectorielles déjà existantes, tout en allant plus loin que leur simple addition. Malheureusement la nouvelle Politique de Population n'ayant pas encore été adoptée, les questions de population risquent de ne pas avoir la place qu'elles méritent dans la nouvelle SCADD.

Concernant le passé, il a été difficile d'assurer cette cohérence du fait des différences de périodes ou d'horizons des différentes politiques, plans et programmes et du manque de coordination entre services. Aussi, dépendant de la disponibilité ou non de données récentes et des sources utilisées, les valeurs des indicateurs socio démographiques utilisés, et les objectifs démographiques retenus, étaient être différents d'un document à l'autre (voir tableau 7). Ceci dit, les domaines couverts par les politiques, plans et programmes à contenu économique et social ont tous une dimension, un contenu démographique. Mais comme on l'a vu, dans plusieurs documents, la dimension démographique et les enjeux qui lui sont associés ne sont pas abordés, et la Politique de Population n'est pas toujours mentionnée. Lorsque la dimension démographique est prise en compte, il n'est pas toujours facile de savoir comment les objectifs retenus ont été fixés, sauf lorsque les OMD sont repris. Il en va ainsi, par exemple, pour les objectifs d'augmentation de la prévalence contraceptive : +0,76 point de pourcentage par an pour atteindre 19% en 2015 dans la PNP 2000, (contre +4 points par an dans la PNP 1991 pour atteindre 60% en 2005), puis 1 point par an pour atteindre 27% en 2010 dans le Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010, puis +1,78 point par an pour atteindre 30% en 2015 dans la Feuille de route 2006-2015, mais +1,3 point par an pour atteindre 25% en 2015 dans le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs (PSSPC). Enfin +2 points par an pour

⁵⁷ Recensement général de la population et de l'habitation 2006, Projections démographiques <http://www.insd.bf/>

atteindre 40 à 45% en 2015 est suggéré dans le Schéma National d'Aménagement du Territoire. Il est regrettable que le PNDS 2006-2010 ait utilisé les statistiques dites « de services » du Ministère de la Santé, car du fait de la difficulté de comptabiliser les abandons, ces statistiques surestiment le nombre d'utilisatrices et la prévalence contraceptive, ce qui est source de confusion sur les performances réelles du programme de planification familiale. Ainsi la prévalence donnée dans le PNDS 2006-2010 pour l'année 2005 : 22,5% est quasiment le double de la prévalence de 13% donnée pour les méthodes modernes par l'enquête MICS 2003.

Burkina Faso : Tableau 7 : Objectifs démographiques selon les politiques, plans et programmes

Indicateurs/Objectifs / Politiques, plans, programmes	Mortalité infantile pour 1000 enfants nés vivants et mortalité néonatale	Mortalité maternelle pour 100.000 naissances	Prévalence contraceptive (méthodes modernes)
Politique Nationale de Population 2000	Réduire de 60% d'ici 2015 la mortalité infantile (EDS 1998-99 : 105,3‰)	Réduire de 60% d'ici 2015 la mortalité maternelle (EDS 1998-99 : 484/100 000 naissances)	Accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6% en 1998 à 19% en 2015.
Plan National de Développement Sanitaire 2006-2010 (tranche 2006-2010 de mars 2007)	Réduire de 40% d'ici 2010 la mortalité infantile	Réduire de 40% d'ici 2010 la mortalité maternelle	augmenter le taux de prévalence contraceptive de 22,5% en 2005 à 27% en 2010 (alors que l'objectif dans le PNDS 2001-2010 était d'augmenter de 2001 à 2010, la prévalence de 6% à 17%)
Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006-2015	Contribution de l'augmentation de la prévalence contraceptive à la diminution de la mortalité infantile	Contribution de l'augmentation de la prévalence contraceptive à la diminution de la mortalité maternelle	Accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6 % en 1998 à 19 % en 2015 (reprend PNP 2000).
Plan d'Accélération de Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burkina Faso (Feuille de Route), 2006-15	Réduire d'ici 2015 taux de mortalité néonatale à 22‰, contre 43‰ en 1998. (réductions de 2/3 par rapport au niveau de 1990)	Réduire d'ici 2015 la mortalité maternelle à 121/100 000 naissances contre 484 en 1998. (réductions de 2/3 par rapport à 1990)	Augmenter d'ici 2015 le taux de prévalence contraceptive de 20% à 30%

Sources : Les diverses politiques et plans mentionnés

Cette prise en compte incomplète des variables démographiques et de la Politique de Population reflète, en partie l'ambiguïté et le déficit de mobilisation sur les questions de population au Burkina Faso. A l'instar d'autres pays de la sous-région, le Burkina a réalisé une étude nationale prospective « Burkina 2025 »⁵⁸ dont les résultats ont été publiés en 2005, après donc l'adoption du CSLP 2004. Il est intéressant de noter que les opinions exprimées dans le cadre de cette étude sur la taille de population du Burkina (11 millions en 2000) sont partagées : « pour environ trois personnes sur cinq, cet effectif est trop élevé. Les raisons évoquées sont le fait que le pays n'a pas assez de ressources. La principale raison avancée par ceux qui estiment le contraire porte sur le fait que le pays a besoin de main d'œuvre ». Puis, l'étude indique concernant le planning familial, que « Quatre personnes sur cinq (85%) sont favorables à la planification familiale, par les méthodes modernes ou traditionnelles ». Pourtant, les femmes (et les couples) utilisant une méthode de contraception sont très minoritaires. Concernant l'éducation de leurs enfants, la quasi totalité des personnes interrogées lors de cette

⁵⁸ Etude Nationale Prospective « Burkina 2025 ». Conseil National de la Prospective et de la Planification Stratégique, Rapport Général, avril 2005

étude indiquent rencontrer de nombreuses difficultés : coût élevé de l'éducation, insuffisance des revenus, insuffisance des infrastructures, faible qualification des enseignants, manque d'enseignants, etc. Concernant l'emploi et le chômage, la très grande majorité (90%) de la population pense qu'il est difficile d'accéder à un emploi rémunéré au Burkina Faso du fait entre autres de l'insuffisance d'emplois ou de la saturation du marché de l'emploi. Mais rien n'est mentionné dans le rapport « Burkina Faso 2025 » sur le lien possible entre les difficultés vécues par la population et la croissance démographique rapide du pays. Celui-ci mentionne simplement la croissance démographique élevée du pays comme une tendance lourde, mais aucune recommandation ne figure dans le rapport à ce sujet, excepté la nécessité d'avoir « une vigoureuse politique d'emploi en vue de réduire le flux d'émigration vers la Côte d'Ivoire ». Enfin, le rapport indique que « la femme est perçue comme ayant un rôle économique prépondérant mais elle est reléguée au second plan en matière politique et sociale où elle n'existe qu'à travers l'homme. Les Burkinabé ont une faible perception des actes mondialement classés comme violences faites aux femmes ». Ceci est largement confirmé par les résultats de l'enquête MICS 2006 sur les violences conjugales, de plus largement admises par les femmes. Le rapport de cette enquête indique en effet, qu'aux diverses questions posées aux femmes âgées de 15 à 49 ans pour évaluer leur opinion sur les violences conjugales, 71% des femmes « trouvent qu'il est légitime qu'un mari batte sa femme/ lorsqu'elle sort sans l'informer, ne s'occupe pas bien des enfants, argumente avec lui, refuse des rapports sexuels, ou brûle la nourriture »⁵⁹.

⁵⁹ MICS3_BurkinaFaso_FinalReport_2006_Fr[1].pdf : voir page 49, et aussi page xxiv
http://www.unicef.org/wcaro/documents_publications_2413.html

5 Comment gérer la variable population au Burkina Faso ?

5.1. Les partenaires en population et santé de la reproduction

De nombreux partenaires au développement interviennent aux côtés des autorités dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction au Burkina Faso. Nous en avons dénombré 15, (mais la liste qui suit n'est pas forcément exhaustive) :

- 5 cinq relèvent du système des Nations Unies : UNFPA, UNICEF, PAM, OMS, Banque mondiale,
- 3 relèvent de la coopération bilatérale : USAID pour les Etats Unis, KfW pour la coopération allemande, et la Commission Européenne,
- 7 relèvent d'organisations privées : l'Association Burkinabè pour le Bien-être Familial (ABBEF), PROMACO pour le Marketing Social, Marie Stopes International pour la Planification familiale, Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO), Equilibres & Population et Family Care International (FCI).

On pourrait ajouter à cette liste ce qu'il convient d'appeler le « fonds commun » qui est un programme d'appui au développement sanitaire financé par plusieurs partenaires. Les agences du système des Nations Unies et de la coopération bilatérale apportent essentiellement un appui financier aux structures publiques burkinabè. Les partenaires privés, qui reçoivent des fonds internationaux, d'origine bilatérale et privée, sont plus souvent directement impliqués dans la fourniture de services ou prestations. Les champs d'interventions sont variables. 13 partenaires sur 15 apportent leur appui ou ont des actions visant à réduire la mortalité maternelle, 10 appuient/ont des actions en faveur de la planification familiale, 9 appuient/ont des actions concernant le VIH/SIDA, 8 appuient/ont des actions en faveur des enfants, et 4 appuient/ont des actions contre les violences faites aux femmes (lutte contre l'excision, lutte contre la maltraitance, etc.). Un tiers des partenaires intervient dans tous les champs. Mais près des deux tiers des partenaires ont indiqué comme priorité d'intervention la réduction de la mortalité maternelle et des enfants et le VIH/SIDA. La planification familiale est la priorité d'intervention de quatre partenaires, l'USAID et trois partenaires privés qui interviennent directement sur le terrain : l'ABBEF, Marie Stopes International et PROMACO.

L'UNFPA, agence spécialisée des Nations Unies pour les questions de population, intervient au Burkina Faso depuis 1973. Lors de la phase dite initiale (1973-1980), un appui a été apporté à la réalisation du premier recensement général de la population de 1975, et à l'introduction de l'éducation en matière de population dans le système scolaire, avec notamment la mise en œuvre des premiers projets d'éducation sexuelle en milieu scolaire en l'Afrique francophone. Depuis 1980, cinq programmes de coopération ont été réalisés et un sixième programme est en cours⁶⁰.

Le cinquième programme entre le Burkina Faso et l'UNFPA a couvert la période 2001 – 2005. Il a été financé à hauteur de 10,5 millions de dollars US. Il a apporté son appui au CONAPO, et au Programme d'Actions Prioritaires (PAP II) élaboré dans le cadre de la Politique Nationale de Population 2000. Ce programme comprenait deux sous-programmes ou composantes : « Santé de la Reproduction » et « Population et Développement ». Le sous-programme Santé de la Reproduction avait comme objectif l'amélioration de l'offre et de l'utilisation des services en Santé de la Reproduction, y compris la planification familiale, la santé maternelle et la prévention des IST et du VIH/SIDA dans trois régions sur 13, le Sahel, le Centre Est et l'Est, où habite un quart de la population du pays. Au niveau national, le sous-programme a appuyé l'élaboration du plan stratégique national pour une maternité à moindre risque, et un plan stratégique de santé des jeunes. Il a également permis un approvisionnement régulier du pays en contraceptifs, et il a impulsé l'élaboration d'un plan de sécurisation des produits en Santé de la Reproduction. Le sous-programme Population et Développement a contribué au renforcement des capacités nationales pour la mise en œuvre, la coordination et le suivi des stratégies de développement intégrant les questions de population et de genre au travers des formations. 616 agents ont ainsi été formés en population, genre et développement, et en collecte et analyse des données entre 2001 et 2005.

⁶⁰ voir <http://burkinafaso.unfpa.org/html/bureau.html> et UNFPA - Fonds des Nations Unies pour la population, Plan d'Action du Programme Pays Entre Le Gouvernement du Burkina Faso et L'UNFPA 2006-2010, Ouagadougou, BURKINA FASO, février 2006 .

Le sixième programme, en cours, entre le Burkina Faso et l'UNFPA couvre la période 2006-2010. Un troisième sous-programme, « Genre », a été ajouté aux deux sous-programmes précédents. Le sous-programme ou composante « Santé de la Reproduction » vise à renforcer les acquis dans les trois régions, Sahel, Centre Est et Est, couvertes entre 2001 et 2006. L'objectif visé est d'accroître dans ces régions le dépistage volontaire du VIH/SIDA, l'utilisation par les jeunes des préservatifs, la prévalence contraceptive, et la proportion des accouchements assistés par un personnel de santé. Cette composante est la plus importante en termes budgétaire : 7,9 millions de dollars US y sont consacrés sur un budget global de 14,5 millions de dollars US. La composante Population et Développement vise une plus grande prise en compte des questions de population, genre et droits humains y compris l'impact du VIH/SIDA, dans les politiques, plans et programmes de réduction de la pauvreté, en mettant l'accent sur la qualité de la disponibilité des données sociodémographiques et sanitaires, et sur l'éducation en matière de population. 3,0 millions de dollars US sont consacrés à cette composante. Enfin, la composante Genre vise à améliorer les mécanismes institutionnels et les pratiques socioculturelles en vue d'assurer la promotion et la protection des droits des filles et des femmes et ainsi contribuer à l'égalité et l'équité de genre : 2,0 millions de dollars US sont consacrés à ce sous-programme.

Parmi les partenaires privés qui interviennent au Burkina Faso dans le domaine de la population et de la santé de la reproduction, examinons brièvement les activités d'Equilibres & Population connu pour ses activités de plaidoyer, et celles des trois organisations qui interviennent sur le terrain en planification familiale, l'ABBEF, Marie Stopes International, et PROMACO, et celles de Family Care International plus orientées vers l'amélioration de la santé maternelle.

Equilibres et Populations (E&P) est une ONG française créée en 1994. E&P a pour objectif l'amélioration de la santé et des droits sexuels et de la procréation, et du rôle des femmes dans le développement. Son action se situe en Afrique sub-saharienne francophone. E&P intervient au Burkina Faso depuis plus de dix ans à travers la mise en œuvre de programmes de développement sanitaire, d'actions de plaidoyer en faveur des droits sexuels et reproductifs, et l'appui au renforcement des capacités de ses partenaires burkinabè dans ces domaines. De 2003 à 2006, E&P a coordonné le projet AQUASOU (Accès et qualité aux soins obstétricaux d'urgence) dans un district sanitaire de Ouagadougou. Ce projet a permis de mettre en place au centre médical et à l'antenne chirurgicale de ce district un système de gratuité des soins obstétricaux d'urgence. Puis de 2006 à 2007, E&P a coordonné le programme PASSAGE (Programme d'appui solidaire en santé génésique) qui a permis d'améliorer les services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents à Ouagadougou en renforçant l'offre de services et en créant un solide réseau de prestataires de santé. Depuis 2010, E&P met en œuvre, toujours à Ouagadougou, le projet « Protéger les adolescentes » en collaboration avec l'Association Songui Manégré, Aide au Développement Endogène (ASMADE) qui vise à améliorer la prise en compte des besoins des adolescentes marginalisées. E&P coordonne également avec d'autres organisations burkinabè une campagne de plaidoyer visant à mobiliser davantage de ressources en faveur des droits sexuels et reproductifs. E&P a installé son antenne sous-régionale à Ouagadougou en 2008.

L'ABBEF, est l'une des quelque 180 associations nationales autonomes de Planning Familial affiliées à l'International Planned Parenthood Federation (IPPF). L'objectif de l'IPPF est de promouvoir dans le monde le droit à la santé reproductive et sexuelle : éducation sexuelle des jeunes, renforcement du pouvoir des femmes vers l'égalité, lutte contre les IST, et maîtrise de la fécondité⁶¹. L'ABBEF, créée en 1985, fournit des services de santé sexuelle et reproductive, en priorité aux segments les plus pauvres et marginalisés de la population burkinabè, et en particulier aux adolescents et aux jeunes. Ces services comprennent des soins/consultations pré et postnataux, le traitement des IST, le conseil en cas de stérilité, la détection des cancers génitaux, la prévention de la transmission mère enfant du VIH/Sida, etc. En 2006, l'ABBEF a fourni des prestations à plus de 46.000 clients. L'ABBEF est implantée dans quatre régions du Burkina sur 13, et elle gère deux cliniques. Elle a maintenu au fil des ans son objectif de servir en priorité les segments de la population qui ne sont pas ou qui sont mal couverts par le système public de santé. Aujourd'hui l'ABBEF indique vouloir « promouvoir la santé sexuelle et reproductive en particulier la maternité sans risque »⁶².

Marie Stopes International (MSI) est une organisation qui offre des services et soins de santé sexuelle et reproductive dans une quarantaine de pays dont 32 pays en développement, parmi lesquels 14 pays d'Afrique subsaharienne, dont 5 pays d'Afrique de l'Ouest : le Burkina Faso, le Ghana, le Mali, le

⁶¹ <http://www.planning-familial.org/themes/theme15-solidariteInter/fiche03.php>

⁶² <http://www.ippf.org/en/Where/> voir « Member Association: Burkina Faso »

Nigeria et la Sierra Leone⁶³. MSI a commencé ses activités au Burkina Faso en juillet 2009 par l'ouverture d'une clinique fixe et des déplacements d'équipes mobiles offrant des services de qualité en zones rurales, ce, afin : « d'atteindre le grand nombre de femmes désireuses de pratiquer une des méthodes de planning familial ». Le slogan de MSI est « Enfants par choix et non par surprise ». En une année d'activité environ 4.000 clients ont reçu des services en santé sexuelle et reproductive. MSI prévoit d'ouvrir en 2011 cinq autres cliniques, d'avoir 10 équipes mobiles et aussi d'agréer (« franchiser ») une cinquantaine de prestataires privés offrant des services et soins de qualité en santé sexuelle et reproductive sous le contrôle de MSI.

PROMACO a commencé ses activités au Burkina Faso en 1991 sous le nom de Projet de Marketing Social des Condoms, avec l'appui de Population Services International⁶⁴. Il ne distribuait alors que des condoms masculins sous la marque « Prudence ». PROMACO est devenu ensuite Programme de marketing social et de communication pour la santé, avec comme objectif global de concourir avec d'autres acteurs à la conception et à la mise en œuvre de stratégies de marketing social permettant de promouvoir le bien-être des populations burkinabè. Aujourd'hui, PROMACO distribue toujours des condoms masculins dont les ventes ont été multipliées par 8 depuis 1991 pour atteindre en 2008 les 20 millions (soit plus d'un condom par habitant). Il a mis aussi sur le marché en 2004 un préservatif féminin « Saramani » dont les ventes ont atteints près de 50 000 unités en 2009. Enfin PROMACO distribue depuis 2009 une pilule « Planif » dont les ventes ont atteint près de 30 000 cycles en 2009, mais qui devraient être quatre fois plus importantes en 2010, ce qui correspondra à la couverture des besoins de près de 10 000 utilisatrices.

Il faut mentionner enfin l'action de Family Care International (FCI) dont les activités ont commencé au Burkina Faso en 1995. FCI a été créée en 1987 avec pour objectif l'amélioration de la santé maternelle. FCI a des activités dans seulement cinq pays : Burkina Faso, Kenya, Mali, Bolivie et Equateur. Actuellement ses activités au Burkina Faso sont concentrées sur l'amélioration de l'accès à des soins de qualité pendant la grossesse et sur la prévention de la fistule obstétricale, cause majeure de mortalité et de morbidité chez les mères. FCI a aujourd'hui deux bureaux au Burkina Faso, l'un à Ouagadougou (ouvert en 1998), l'autre à Dori (ouvert en 2009)⁶⁵.

La diversité des partenaires, de leurs statuts, de leurs modes d'intervention, et des champs qu'ils couvrent en santé de la reproduction, compliquent quelque peu l'analyse des actions menées et l'évaluation de leur impact. La diversité des champs couverts est largement l'une des conséquences de la Conférence internationale du Caire de 1994 sur la population où a été adoptée une approche globale de la santé de la reproduction, ne se limitant pas à la planification familiale, mais comprenant de nombreuses autres composantes : santé maternelle et infantile, maladies sexuellement transmissibles, épidémie du SIDA, stérilité, soins post-avortement, cancers liés à la reproduction, etc. Dans de nombreux pays où la fécondité et la mortalité restent élevées, une certaine concurrence est ainsi apparue entre ces diverses composantes pour la définition de priorités. Finalement la priorité implicite ou explicite a été souvent donnée à une maternité protégée et aux soins des enfants, ces besoins étant les plus pressants. Mais cela s'est fait aux dépens de la planification familiale comme l'indique l'évaluation faite par les Nations Unies sur ce sujet en 2004⁶⁶. Cette évaluation rappelle que l'intégration des services de santé reproductive et de planification familiale dans le système de santé publique demeure la référence, car elle permet de réduire le coût de ces services et d'en accroître la couverture géographique. Mais, elle met aussi en évidence plusieurs obstacles à cette intégration : organisation structurelle verticale des soins, manque de moyens financiers et de ressources humaines adaptés, et aussi faible capacité d'absorption de l'aide, auxquels il faut ajouter la détérioration de la qualité des soins fournis dans les services publics et la démoralisation des équipes qui n'incitent pas les personnels à donner aux femmes qui se présentent en consultation pré ou post-natale, l'information la plus basique sur la planification familiale⁶⁷.

⁶³ http://www.mariestopes.org/Countries_we_work_in/Countries.aspx, voir Countries : Burkina Faso.

⁶⁴ Voir <http://www.psi.org/burkina-faso>

⁶⁵ <http://www.familycareintl.org/en/about/4> voir Where we work: Burkina Faso

⁶⁶ United Nations 2004. Review and Appraisal of the Progress Made in Achieving the Goals and Objectives of the Programme of Action of the International Conference on Population and Development. The 2004 Report. Sales No. E.04.XIII.8.

⁶⁷ Jaffré, Yannick and Jean-Pierre Olivier de Sardan, eds. (2003). *Une Médecine Inhospitale. Les Difficiles Relations entre Soignants et Soignés Dans Cinq Capitales d'Afrique de l'Ouest*. Paris: Karthala Edition.

Au total, la question de l'intégration des services de planification familiale dans les systèmes de santé publique, et la question de l'importance de l'appui technique et financier à apporter aux autorités, et la question de la place à réserver aux prestataires privés ne sont pas simples. Les données de l'enquête DHS 2003 indiquent que plus de la moitié des femmes (54%) obtenait alors les méthodes de contraception modernes qu'elles utilisaient dans le secteur public, essentiellement dans les centres de santé. Mais, cette proportion varie d'une méthode à l'autre : elle était de 82% pour les injections, 73% pour les implants, 65% pour la pilule, mais de 6% pour les condoms⁶⁸. L'extension de l'utilisation de la contraception moderne passe donc par un examen attentif des capacités de chaque prestataire (public et privé), de la répartition des méthodes utilisées et des choix envisageables en matière d'évolution future de cette répartition. Des études du type de celle réalisée au Niger en 2008 « Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé »⁶⁹ sont susceptibles d'éclairer les choix à faire en la matière. L'extension du rôle du secteur privé permettrait par exemple en augmentant l'offre pour la pilule, qui est aujourd'hui la méthode de près de 30% des utilisatrices, de décongestionner les centres de santé publics qui jouent un rôle important de « distributeurs de pilule ». On pourrait alors envisager d'augmenter l'offre en méthodes de plus long terme (telles que les DIU et les implants) et mettre en place un système efficace de supervision des agents communautaires et femmes relais en charge du réapprovisionnement des utilisateurs et utilisatrices de pilule et de condoms.

5.2. Peut-on accélérer la baisse de la fécondité ?

L'utilisation de la contraception au Burkina Faso reste parmi les plus faibles au monde. Une femme en union sur six (16%) utilisait une méthode de contraception en 2006, alors que la prévalence de la contraception se situait dans les pays émergents au milieu des années 2000 entre 60% et 85%⁷⁰. Ces pays qui, pour la plupart avaient des prévalences de l'ordre de 10% à 20% dans les années 1960, ont donc réalisé leur « révolution contraceptive » en une quarantaine d'années. Ceci correspond à des augmentations moyennes de la prévalence d'environ 1,5 point de pourcentage par an⁷¹. Les méthodes traditionnelles, moins efficaces⁷², y sont aujourd'hui généralement peu utilisées, et les besoins non satisfaits concernent de 2-3% des femmes (Chine, Thaïlande, Maurice...) à 10% des femmes (Egypte, Mexique, Maroc...). Il s'agit dans la moitié à deux tiers des cas de besoins en contraception pour ne plus avoir d'enfants. La demande totale en planification familiale dans les pays émergents, utilisation actuelle plus besoins non satisfaits, se situe donc en gros entre 70% et 85% des femmes en union, les autres femmes n'étant pas concernées (car désirant être enceintes, pensant être stériles, etc.)

Les résultats des enquêtes DHS menées au Burkina Faso en 1993, 1998-1999, 2003 et ceux de l'enquête MICS de 2006 indiquent des niveaux faibles d'utilisation de la contraception: 16,3% pour l'ensemble des méthodes⁷³ en 2006 (13,3% pour les méthodes modernes et 3,0% pour les méthodes traditionnelles - tableau 8, figure 6.1). Ces résultats suggèrent aussi une progression certaine, mais qui reste modeste, de la prévalence au cours des quinze dernières années. L'utilisation des méthodes modernes a progressé de 0,8 point de pourcentage par an entre 1998-1999 et 2003, à 1,6 point par

⁶⁸ <http://www.measuredhs.com/pubs/>, voir Country, [Burkina Faso: DHS, 2003 - Final Report \(French\)](#), page 78.

⁶⁹ Le marché de planning familial au Niger. Perspectives de répartition entre le secteur public et le secteur privé, Avril 008 par J-P Guengant et N.de Metz, KfW, UNFPA, Ministère de la Santé Publique, avril 008, Niamey

⁷⁰ <http://www.un.org/esa/population/> : 2010 Update for the MDG database [Contraceptive Prevalence Unmet Need for Family Planning](#)

⁷¹ GUENGANT J.-P. et RAFALIMANANA H. : « [The Cairo Approach Embracing too much ?](#) », UIESSP, Tours, 13-18 juillet , 2005. http://www.un.org/esa/population/meetings/EGM-Fertility2009/P15_Guengant.pdf

⁷² L'efficacité de méthodes traditionnelles est moindre que celle des méthodes modernes et de ce fait elles sont à l'origine de nombreux échecs (c'est-à-dire de grossesses non désirées (voir l'efficacité des diverses méthodes de contraception à : <http://www.futuresgroup.com/resources/software/> voir sous Spectrum, le module FamPlan

⁷³ L'allaitement maternel, aussi appelé "MAMA", est aujourd'hui souvent considéré comme une méthode de contraception. Il n'a pas été pris en compte ici afin de permettre de meilleures comparaisons des niveaux d'utilisation de la contraception dans le temps et entre pays. En effet, certaines enquêtes, notamment les plus anciennes, ne le prennent pas en considération. Ensuite les pourcentages de femmes déclarant allaiter et utiliser l'allaitement comme contraception est très variable d'une enquête et d'un pays à l'autre. Pour le Burkina Faso, seule l'enquête de 2006 donne un chiffre : 0,5 des femmes en union utilisant la MAMA ou Aménorrhée lactationnelle, considérée comme méthode moderne de contraception.

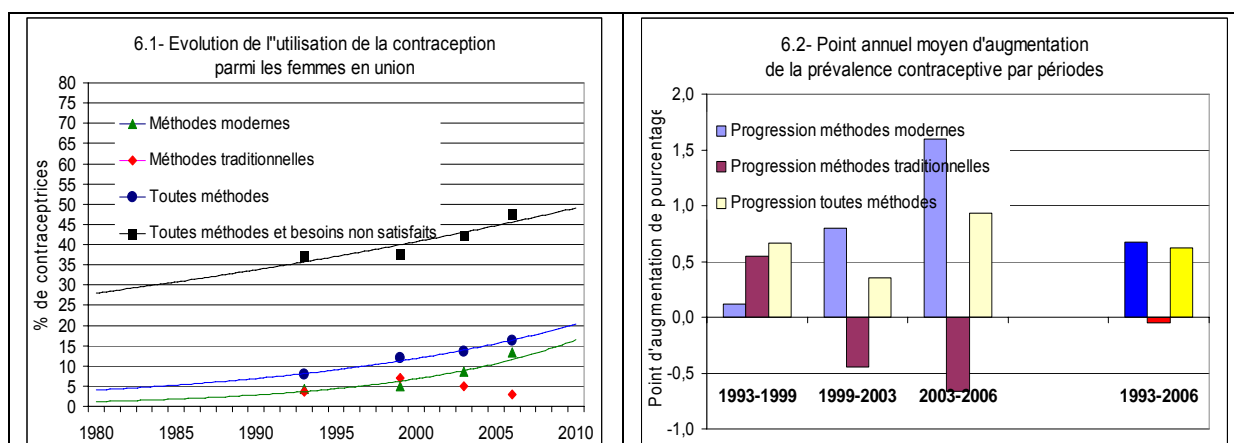
an entre 2003 et 2006. Ce chiffre est cependant à prendre avec précaution, car les enquêtes DHS 2003 et MICS 2006 utilisent des méthodologies et des questionnaires différents, et aussi parce que l'écart faible de trois ans entre ces deux enquêtes ne permet pas d'établir avec certitude une tendance. Cette réserve faite, les résultats disponibles suggèrent une augmentation de l'utilisation de la contraception par les femmes burkinabè entre 1993 et 2006 de 0,6 point de pourcentage par an pour l'ensemble des méthodes et de 0,7 point par an pour les méthodes modernes (figure 6.2). L'utilisation des méthodes modernes a bien progressé ces dernières années, mais ceci au détriment des méthodes traditionnelles dont l'utilisation a fortement diminué. Mais, les enquêtes révèlent aussi une importante demande non satisfaite de l'ordre de 30% (29% en 2003 et 31% en 2006). Ceci dit, même si la demande totale en planification familiale au Burkina Faso, progresse, elle restait en 2006 faible, 47% (figure 6.1), comparée à la demande de 70% et 85% observée dans les pays émergents. Les résultats de l'enquête DHS réalisée au cours du second semestre 2010 nous permettrons de réévaluer bientôt les évolutions récentes sur toutes ces variables.

Burkina Faso **Tableau 8 : Utilisation, et progression de l'utilisation de la contraception**

Enquêtes DHS et MICS	Burkina Faso 1993	Burkina Faso 1998-99	Burkina Faso 2003	Burkina Faso MICS 2006
Prévalence de la contraception				
- méthodes modernes	4,2	4,9	8,5	13,3
- méthodes traditionnelles	3,7	7,0	5,0	3,0
Total sans allaitement sans MAMA	7,9	11,9	13,5	16,3
% méthodes traditionnelles	47%	59%	37%	18%
- "MAMA"-en méthodes modernes				0,5
- allaitement-en méthodes traditionnelles			0,1	1,1
Progression annuelle moyenne en points de pourcentage				
- méthodes modernes	0,12	0,80	1,60	0,67
- méthodes traditionnelles	0,55	-0,44	-0,67	-0,05
Total non compris allaitement&MAMA	0,67	0,36	0,93	0,62

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figures 6.1. et 6.2. : Evolution de l'utilisation de la contraception.



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

On attribue souvent les bas niveaux d'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne à la faiblesse des niveaux d'instruction et à la pauvreté de la population. Les données disponibles à ce sujet confirment partiellement cette interprétation. Selon les résultats de l'enquête DHS de 2003, l'utilisation de la contraception chez les femmes ayant au moins un niveau d'éducation secondaire est

cinq fois plus élevée que chez celles qui n'ont pas été scolarisées : 52% contre 11% (tableau 9). De même, les femmes appartenant au quintile le plus aisé de la population utilisent quatre fois plus la contraception que celles appartenant au quintile le plus pauvre : 32% contre 8%.

Burkina Faso **Tableau 9 : Utilisation, besoins, et demande en contraception par niveau d'éducation et quintile de richesse.**

Utilisation, besoins demande en contraception (DHS 2003)	Utilisation de la contra- ception	Besoins non satisfaits	Demande en planification familiale			% demande satisfaite
			espacement	arrêt	total	
Par niveau d'éducation						
- femmes non scolarisées	10,7	29,9	30,3	10,3	40,6	26%
- de niveau primaire	26,5	25,1	36,3	15,3	51,6	51%
- secondaire ou plus	52,0	14,9	52,1	14,8	66,9	78%
Par quintile de richesse						
- femmes les plus pauvres	7,6	28,6	28,0	8,2	36,2	21%
- très pauvres	11,4	30,1	31,7	9,8	41,4	28%
- pauvres	10,2	30,7	31,5	9,3	40,8	25%
- moyennes	9,8	31,5	29,6	11,8	41,4	24%
- aisées	32,4	22,4	38,2	16,6	54,8	59%
Ensemble	13,8	28,8	31,7	10,9	42,6	32%

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Quelle que soit la catégorie, la grande majorité des femmes utilisent la contraception pour espacer leurs naissances. Il en va de même pour les besoins non satisfaits, trois femmes quatre souhaitant utiliser la contraception pour des raisons d'espacement. Les différences entre catégories concernent en fait surtout la demande totale et la couverture des besoins non satisfaits.

C'est ainsi qu'en 2003, 52% des femmes les plus éduquées utilisaient une méthode de contraception, (ce qui correspond à des besoins satisfaits) et 15% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (ce qui correspond à des besoins non satisfaits). La demande totale en contraception chez les femmes les plus éduquées concernait donc 67% d'entre elles (52%+15%), et cette demande était satisfaite à 78% (besoins satisfaits 52% divisés par la demande totale 67%).

Chez les femmes non scolarisées, 11% utilisaient une méthode de contraception, mais 30% d'entre elles n'utilisaient aucune méthode alors qu'elles souhaitaient espacer leur prochaine naissance ou ne plus avoir d'enfants (besoins non satisfaits). La demande totale en contraception chez les femmes non scolarisées concernait donc 41% d'entre elles (11%+30%), et cette demande était satisfaite à 26% seulement (besoins satisfaits 11% divisés par la demande totale 41%).

Ainsi, alors que les femmes les plus éduquées expriment un niveau de demande en planification familiale (67%) proche des niveaux (70% à 85%) exprimés dans les pays émergents, ce qui signifie que la plupart d'entre elles ont conscience de la possibilité qu'elles ont d'espacer ou de limiter leurs naissances, il n'en va pas de même chez les femmes non scolarisées puisque celles-ci expriment une demande beaucoup plus faible. De plus, les femmes non scolarisées utilisent peu la contraception, et leur demande est très largement insatisfaite. On pourrait ainsi parler à leur sujet d'un double déni de leurs droits reproductifs : un déni de connaissance ou d'information qui s'exprime par une demande faible, et un déni d'accès révélé par la faiblesse de leur utilisation de la contraception. On observe des phénomènes similaires entre les femmes les plus aisées et les femmes les plus pauvres. La demande totale s'établit à 55% pour les premières et à 36% pour les secondes, et une femme aisée sur trois (32%) utilise une contraception, mais seulement 8% des femmes les plus pauvres.

Ces résultats peuvent s'expliquer par une demande effectivement faible chez les femmes (et les couples) les moins éduquées et les plus pauvres du fait des normes sociales : tradition pro-nataliste, valorisation des maternités nombreuses, et par ce que certains qualifient de « pesanteurs socio-culturelles ». Mais la faiblesse de la demande en planification familiale chez les femmes les moins éduquées et les plus pauvres peut aussi s'expliquer par leur connaissance insuffisante de leur droit de décider librement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances, comme

l'indique la loi sur la Santé de la Reproduction de 2005. Une autre explication est la difficulté pour beaucoup « de bénéficier de soins de santé et de services de qualité et de proximité, sûrs, efficaces, abordables et acceptables » tel que cela est mentionné dans la loi sur Santé de la Reproduction.

Au sujet des normes sociales, les nombres moyens idéals d'enfants par niveau d'éducation et par quintiles de richesse restent effectivement élevés, et ils n'ont quasiment pas varié entre 1993 et 2003. Les mères ayant un niveau d'éducation secondaire ou plus, ont déclaré vouloir environ 3,5 enfants. Celles ayant un niveau d'éducation primaire 4,5 enfants, et celles qui n'ont pas été scolarisées environ 6 enfants (tableau 10, figure 6.3). De manière similaire, le nombre moyen idéal d'enfants pour le quintile de richesse le plus aisé reste élevé, 4,4 enfants, et il est de 6,5 enfants pour le quintile le plus pauvre (figure 6.4).

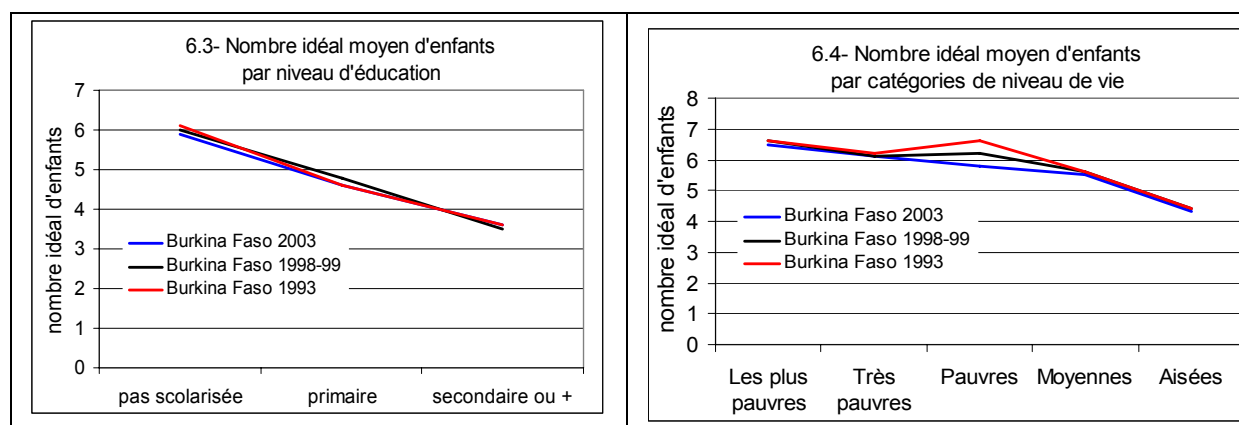
Les résultats de l'enquête DHS de 2003 par groupes d'âges (et niveau d'éducation et quintile de richesse (tableau 11), soulignent les quelques changements de normes par âge intervenus au cours des 30 dernières années. Les femmes les plus éduquées de 45-49 et 40-44 ans indiquent des nombres moyens idéals d'enfants de 3,9 enfants contre 3,6/3,5 enfants chez les femmes de 15-19 et 20-24 ans, soit des chiffres proches. Les femmes le moins éduquées de 45-49, et 40-44 ans indiquent des nombres moyens idéals d'enfants de 6,5/6,3 enfants contre 5,6/5,5 enfants chez les femmes de 15-19 et 20-24 ans, soit un enfant de moins (figure 6.5). Les femmes les plus aisées de 45-49 et 40-44 ans indiquent des nombres moyens idéals d'enfants de 5,2 et 5,1 enfants contre 4,0 et 4,1 enfants chez les femmes de 15-19 et 20-24 ans, soit un enfant de moins. Les femmes les plus pauvres de 45-49 et 40-44 ans indiquent des nombres moyens idéals d'enfants de 7,3/6,8 enfants contre 6,2/6 enfants chez les femmes de 15-19 et 20-24 ans, soit a nouveau environ un enfant moins (figure 6.6).

Burkina Faso Tableau 10 : Nombre idéal moyen d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse.

Nombre idéal moyen d'enfants	Burkina Faso 1993	Burkina Faso 1998-99	Burkina Faso 2003
Par niveau d'éducation			
- femmes non scolarisées	6,1	6,0	5,9
- de niveau primaire	4,6	4,8	4,6
- secondaire ou plus	3,6	3,5	3,6
Par quintile de richesse			
- les plus pauvres	6,6	6,6	6,5
- très pauvres	6,2	6,1	6,1
- pauvres	6,6	6,2	5,8
- moyennes	5,6	5,6	5,5
- aisées	4,4	4,4	4,3
Ensemble	5,7	5,7	5,6

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figures 6.3. et 6.4. : Nombre idéal d'enfants par niveau d'éducation et quintile de richesse



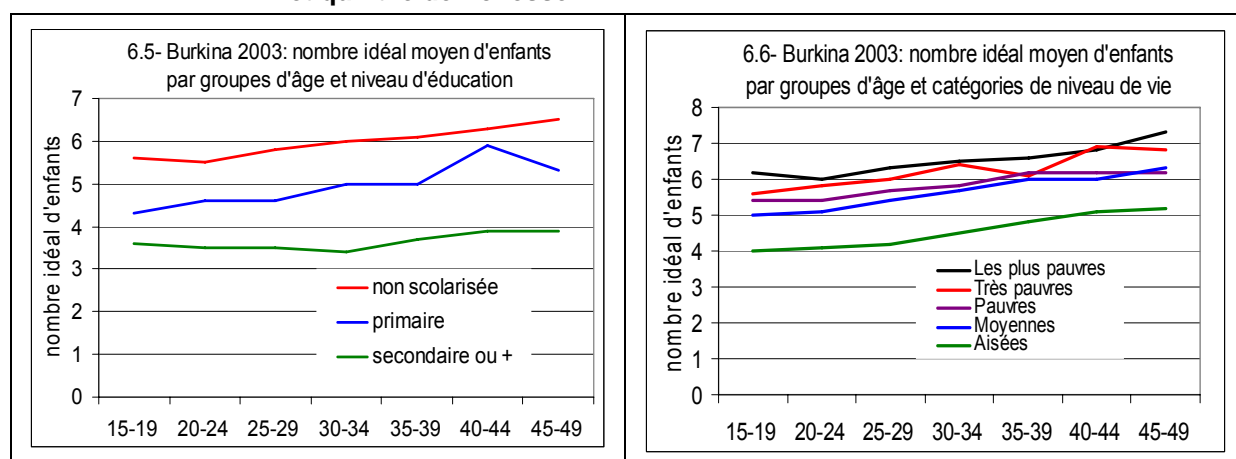
Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Burkina Faso Tableau 11 : Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge niveau d'éducation et quintile de richesse

Nombre idéal moyen d'enfants par groupe d'âge (DHS 2003)	15-19	20-24	25-29	30-39	40-44	45-49
Par niveau d'éducation						
- femmes non scolarisées	5,6	5,5	5,8	6,1	6,3	6,5
- de niveau primaire	4,3	4,6	4,6	5,0	5,9	5,3
- secondaire ou plus	3,6	3,5	3,5	3,6	3,9	3,9
Par quintile de richesse						
- les plus pauvres	6,2	6,0	6,3	6,6	6,8	7,3
- très pauvres	5,6	5,8	6,0	6,3	6,9	6,8
- pauvres	5,4	5,4	5,7	6,0	6,2	6,2
- moyennes	5,0	5,1	5,4	5,9	6,0	6,3
- aisées	4,0	4,1	4,2	4,7	5,1	5,2
Ensemble	5,1	5,2	5,4	5,9	6,2	6,4

Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Figures 6.5. et 6.6. : Nombre idéal d'enfants par groupe d'âge niveau d'éducation et quintile de richesse



Source : MEASURES DHS Online Tools (<http://www.statcompiler.com/>)

Dans les pays émergents où la « révolution contraceptive » est quasiment achevée, on observe des écarts similaires, mais d'amplitude variable, selon les niveaux d'éducation, le quintile de richesse et l'âge. Cependant, les nombres moyens d'enfants désirés se situent depuis deux ou trois décennies entre 2 et 3 enfants. Dans certains pays les femmes les plus éduquées donnent un nombre moyen d'enfants désirés compris entre 2,5 et 3 enfants (Egypte, Maroc, Tunisie, Indonésie, Philippines) de même qu'en Haïti qui appartient comme le Burkina Faso au groupe des pays les moins avancés, alors que dans d'autres elles indiquent ne vouloir que 2 enfants voire moins (Turquie, Inde, Viet Nam, Brésil) et aussi au Bangladesh et au Népal qui appartiennent au groupe des pays les moins avancés.

Au Burkina Faso donc, les écarts entre catégories sont réels, mais ils sont restés les mêmes ces dernières années. On note seulement une diminution du nombre moyen d'enfants désirés entre les femmes qui terminent leur vie féconde (âgées de 45 à 49 ans) et celles qui la commencent (âgées de 15 à 19 ans). Mais cette diminution d'environ un enfant, étalée sur 25 à 30 ans apparaît faible. Chez les femmes les plus éduquées, les plus aisées et les plus jeunes les nombres moyens d'enfants désirés étaient en 2003 respectivement de 3,6, 4,3, et 5,1 enfants, et il restait pour l'ensemble de la

population élevé avec 5,6 enfants, chiffre quasi inchangé depuis 1993. Ces résultats indiquent que les progrès de l'éducation, l'amélioration du niveau de vie, et les changements de comportement chez les jeunes ne suffiront pas à eux seuls à amorcer une baisse rapide de la fécondité et de la croissance démographique. La stagnation du nombre moyen d'enfants désirés à un niveau élevé, du moins jusqu'en 2003, peut être expliquée par la prégnance des comportements natalistes, la lenteur des changements socio-économiques, l'absence d'autonomie des femmes, mais aussi par le manque de diffusion du concept de libre choix en matière de nombre d'enfants, conséquence de l'accent quasi exclusif mis sur l'espacement des naissances dans les campagnes d'information et par le personnel de santé, personnel souvent bousculé par les urgences obstétricales, peu motivé et pas ou peu convaincu des avantages de la planification familiale pour la santé de la mère et de l'enfant, et le bien-être des familles.

L'accélération de l'utilisation de la contraception et de la baisse de la fécondité paraît possible au Burkina Faso, compte tenu de la demande existante et de l'ampleur des besoins non satisfaits. Mais il apparaît toujours nécessaire de convaincre le leadership du pays de donner à la planification familiale la place qu'elle doit avoir parmi les diverses composantes de la santé de la reproduction et de lancer de véritables campagnes de promotion de la planification familiale inscrites dans la durée. Il apparaît également important, dans le contexte burkinabè, de continuer à promouvoir, vigoureusement, les droits des femmes, droits économiques, sociaux, mais aussi leurs droits reproductifs qui ne sont pas toujours respectés.

5.3. Quels sont les coûts associés à l'augmentation de la prévalence ?

L'estimation des coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive est un exercice difficile. Tout d'abord, les services de planification familiale dans le secteur public sont souvent intégrés dans des paquets de prestations de santé, et il est compliqué d'en isoler le coût spécifique, surtout lorsque les sources de financement sont multiples. Ensuite, les parts respectives du secteur public et du secteur privé, et l'importance du marketing social varient d'un pays à l'autre. Enfin, le taux d'urbanisation et les salaires pratiqués dans chaque pays ont aussi un impact sur le coût des programmes.

Il va de soi que les coûts associés aux programmes de planification familiale et à l'augmentation de la prévalence contraceptive comprennent en premier lieu les coûts d'achat des contraceptifs. Mais ils comprennent aussi la rémunération des personnels (en fonction du temps qu'ils consacrent à la planification familiale si celle-ci est intégrée dans des services de santé), la sensibilisation des personnels de santé à l'importance de la planification familiale, leur formation (notamment pour la fourniture de méthodes de longue durée), le recrutement de nouveaux personnels en cas d'augmentation de l'utilisation de la contraception, et le recrutement et la formation d'agents communautaires. Ils incluent également des coûts liés aux infrastructures : entretien courant, réhabilitation construction de nouveaux centres de santé, mise en place d'équipes mobiles, etc. L'augmentation de l'utilisation de la contraception nécessite aussi de stimuler la demande ce qui implique des budgets importants en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales annuelles de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Enfin, dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, un renforcement voire une réorganisation de la chaîne logistique d'approvisionnement en produits contraceptifs et autres produits en santé de la reproduction apparaît nécessaire et cela a un coût.

Pour toutes ces raisons trois approches, ou méthodes, sont généralement utilisées pour estimer les coûts associés aux programmes de planification familiale. La première approche, la plus simple, consiste à se limiter à estimer les coûts d'achat des produits contraceptifs, coûts auxquels on ajoute un pourcentage variable pour la couverture d'autres dépenses. La seconde approche consiste à évaluer les coûts du programme à partir des chiffres d'« année-couple protection ». Cette approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et les coûts associés à leur distribution aux utilisateurs. La troisième approche consiste à prendre l'ensemble des coûts associés à la fourniture de services en planification familiale, ce qui permet en divisant ces coûts par le nombre d'utilisateurs d'évaluer le « coût par utilisateur ». Cette dernière approche inclut les coûts d'achat des produits contraceptifs et l'ensemble des coûts de fonctionnement du programme, mais exclut les dépenses nécessaires à l'extension du programme.

Comme on l'a indiqué en 4.2, le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits Contraceptifs 2006 – 2015 (PSSPC) comporte une estimation du coût d'acquisition des produits contraceptifs⁷⁴. Tel qu'indiqué en 4.2, ce plan ambitieux prévoyait le passage d'une prévalence de la contraception de 13% en 2006 à 25% en 2015 ce qui représente une augmentation moyenne de la prévalence de 1,3 point de pourcentage par an. Le coût d'acquisition des produits contraceptifs associé à cet objectif a ainsi été estimé à 845 millions de FCFA en 2006, 1,6 milliard de FCFA en 2010, et à 3,4 milliards de FCFA en 2015, ce qui correspond à une augmentation annuelle des coûts de 17% par an. Le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits de la Santé de la Reproduction 2009-2015 (PSSPSR), donne pour 2010 une estimation du coût d'achat des produits en planification familiale un peu plus élevée de 1,8 milliard de FCFA, et en 2015 de 3 milliards de FCFA, ce qui correspond à une augmentation annuelle de 12% par an environ.

De notre côté, nous avons essayé de chiffrer les coûts d'achat des produits contraceptifs pour les dix prochaines années pour chacune des trois hypothèses d'augmentation de la prévalence présentées en 2.2: +0,5 point d'augmentation de pourcentage par an (hypothèse démographique haute, tendancielle), +1,0 point d'augmentation par an (hypothèse démographique intermédiaire), +1,5 point d'augmentation (hypothèse démographique basse, volontariste). On notera qu'avec ces hypothèses, la prévalence de 47%⁷⁵ correspondant en 2006 à la satisfaction des besoins actuels en planification familiale est atteinte après 2050 avec l'hypothèse +0,5 point d'augmentation par an, elle est atteinte en 2037 avec l'hypothèse +1,0 point d'augmentation par an, et en 2028 avec l'hypothèse +1,5 point d'augmentation par an. Il apparaît ainsi impossible pour le Burkina Faso d'atteindre d'ici 2015, l'accès universel à la sante procréative tel que retenu dans la cible 5b des OMD.

Les coûts d'achat des produits contraceptifs et leur évolution dépendent de quatre facteurs : 1) le coût de chaque méthode acceptée dans l'année, et l'augmentation des prix au cours du temps ; 2) l'évolution du nombre de femmes en âge de procréer (et en union) ; 3) les changements dans la répartition des méthodes utilisées (puisque les coûts varient d'une méthode à l'autre) ; et 4) les hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception retenues pour les méthodes modernes.

Concernant le coût des méthodes, nous avons estimé pour chaque méthode un prix de référence pour l'année de base 2010 (rendu Ouagadougou hors taxes et frais de douane) en effectuant la moyenne des coûts des contraceptifs reçus dans le pays, tels que notifiés en USD dans la base de données de la *Reproductive Health Supplies Coalition*.⁷⁶ Les données pour les autres facteurs résultent des projections démographiques et des hypothèses qui ont été faites. On arrive ainsi à une estimation en 2010 pour les quelque 435 000 utilisatrices de produits contraceptifs modernes⁷⁷ à un coût total d'acquisition des contraceptifs de 2,6 millions de dollars, environ 1,3 milliard de FCFA (tableau 12), ce qui correspond à un coût moyen par utilisatrice de 5,9 USD, environ 3 000 FCFA. On notera que ce chiffre est proche de l'estimation donnée pour 2010 par le PSSPC 2006-2015 de 1,6 milliard de FCFA mais un peu plus éloigné de l'estimation de 1,8 milliard de FCFA, donnée par le PSSPSR 2009-2015. En 2015, le PSSPSR 2009-2015 estime le coût d'achat des produits en planification familiale à 3 milliards de FCFA, contre 2,5 milliards de FCFA selon nos calculs.

Entre 2010 et 2020, le nombre de femmes en âge de procréer augmentera de 42% (3,5% par an), et le coût des produits de 35% (en supposant une augmentation annuelle des prix de 3% par an pour tous les contraceptifs). La combinaison de ces facteurs avec les hypothèses d'augmentation de la prévalence, conduit à une estimation du coût des produits en 2020, 2,5 fois plus élevée avec l'hypothèse tendancielle +0,5 point par an, 3 fois plus élevée avec l'hypothèse +1 point par an, et 3,5 fois plus élevée avec l'hypothèse volontariste +1,5 point par an. Les coûts correspondants en 2020 sont respectivement de 6,0, 7,2 et 8,4 millions de dollars, soit environ 3,1, 3,7, et 4,3 milliards de francs CFA. La répartition entre méthodes modernes étant supposée rester la même, ces coûts se répartissent en 2010, comme en 2020 en 30% pour l'achat de condoms, 25% pour l'achat d'injectables, 23% pour l'achat de pilules, et 22% pour l'achat d'implants.

⁷⁴ Voir dans PSSPC 2006-2015, page 57 : Tableau de projection des coûts des contraceptifs : Estimation selon la méthode d'« Accroissement sous modèle polynomial de 2006 à 2015 » à partir des données de l'enquête DHS 2003.

⁷⁵ 16% d'utilisatrices, ensemble des méthodes, plus 31% de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale

⁷⁶ Coûts estimés sur la base du coût moyen (2005-2010/11), <http://rhi.rhsupplies.org/>

⁷⁷ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation, estimées en 2010 à 3000 environ, ainsi que les quelque 3000 utilisatrices de « méthodes barrières » : diaphragme, mousse, gelée.

Ainsi quelle que soit l'hypothèse retenue, les besoins en financement de contraceptifs seront considérables dans les années qui viennent. Pour les cinq prochaines années l'augmentation annuelle moyenne des coûts serait de 9% avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, 11% avec l'hypothèse démographique intermédiaire et l'augmentation de la prévalence de +1,0 point par an, et de 14% avec l'hypothèse démographique basse et l'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an. Pour la période 2011-2015 (incluse dans le PSSPC 2006-2015) les besoins cumulés en financement s'établissent respectivement en gros à : 17, 18, et 19 millions de USD, soit environ 8,6, 9,3 et 10 milliards de FCFA.

Mais comme on l'a indiqué plus haut, ces sommes ne représentent qu'une petite fraction du coût total du programme de planification familiale au Burkina Faso. Ils ne comprennent pas en particulier le coût des activités de communication et de promotion de la planification familiale. Ce sujet est abordé dans une étude conduite en Egypte qui tente d'estimer l'efficacité des programmes de planification familiale par la mesure du coût de la promotion/communication par rapport aux personnes touchées et ayant changé de comportement⁷⁸. Cette étude conclue que le coût de promotion/communication par couple année protection était égal à 50% du coût par couple année protection mesuré uniquement à partir des prix des contraceptifs. Par ailleurs, lors de l'élaboration de son Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) 2005-2009, le Niger a pris en compte divers coûts autres que les coûts nécessaires à l'achat des contraceptifs. Le PNSR Niger 2005-2009 a ainsi estimé que les coûts d'achat des contraceptifs représentaient environ les deux tiers du coût total de sa composante « planification familiale » (composante qui elle-même représentait 15% du coût d'ensemble du PNSR). Cette estimation qui rejoint jusqu'à un certain point la conclusion de l'étude réalisée en Egypte, semble suggérer qu'il faudrait ajouter aux estimations du coût d'achats des contraceptifs environ 50% pour arriver au coût total d'un programme de planification familiale.

Cependant les estimations de coûts des programmes de planification familiale faites pour divers pays d'Afrique subsaharienne en utilisant l'approche « coûts par année-couple protection », et l'approche « coûts par utilisateur » sont beaucoup plus élevées.

L'étude sur la contribution de la planification familiale pour la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement réalisée en 2006 estime pour 16 pays d'Afrique subsaharienne, parmi les quels le Burkina Faso, les coûts associés entre 2005 et 2015 à la satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale dans ces pays d'ici 2020⁷⁹. Cette étude utilise l'approche « coûts par année-couple protection » avec un coût moyen de 11,20 USD par « année-couple protection ». Ce chiffre qui correspond au coût moyen trouvé pour cinq pays d'Afrique subsaharienne à la fin des années 1990, est 2 fois plus élevé que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 5,9 USD en 2010 indiqué plus haut.

Cette étude donne également des estimations de « coûts par utilisateur » en soulignant que ces coûts diminuent avec l'augmentation de la prévalence de la contraception qui permet de réaliser des économies d'échelle. Elle donne ainsi une estimation du coût moyen par utilisateur dans les années 1990 au Burkina Faso de 26 USD. L'estimation du coût moyen par utilisateur donnée pour l'Afrique subsaharienne est de 28 USD en 2005 et de 26,2 USD en 2010 soit 4,4 fois plus que le coût moyen d'achat des contraceptifs par utilisatrice de 5,9 USD en 2010. Une étude plus récente du même auteur principal donne pour 2010 un coût moyen par utilisateur pour l'Afrique de 27,6 USD, soit un chiffre très proche de l'estimation précédente⁸⁰.

⁷⁸ Cost Effectiveness Analysis of Behaviour, Change Intervention. A Proposed New Approach and an Application to Egypt. Warren C. Robinson, Gary L. Lewis, Population Research Institute, the Pennsylvania State University, USA (Robinson); John Hopkins University Center for Communication Programs USA (Lewis), October 15, 2003.

⁷⁹ Moreland, S., and S. Talbird. 2006. *Achieving the Millennium Development Goals: The Contribution of Fulfilling Unmet Need for Family Planning*. Washington, DC: Futures Group, POLICY Project. <http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/MDGMaster%209%2012%2006%20FINAL.pdf>

⁸⁰ Scott Moreland, Ellen Smith, Suneeta Sharma *World Population Prospects and Unmet Need for Family Planning*. April 2010 (revised October 2010). Futures Group ... <http://www.futuresgroup.com/wp-content/uploads/2010/04/World-Population-Prospects-and-Unmet-Need-for-Family-Planning-10.07.10.pdf>

Burkina Faso : Tableau 12: Coûts estimés des produits contraceptifs selon les hypothèses d'augmentation annuelle de la contraception

Années / périodes	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
Femmes de 15 à 49 ans (milliers)	3 686	4 378	5 215	3,5%	3,6%
Prévalence, méthodes modernes					
- hypothèse haute, +0,5 point/an	16,2%	18,7%	21,3%	2,9%	2,6%
- hypothèse +1,0 point/an	16,2%	20,8%	25,6%	5,1%	4,2%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	16,2%	22,9%	29,8%	7,1%	5,5%
Utilisatrices, méthodes modernes ¹ (milliers)					
- hypothèse haute +0,5 point/an	435	577	761	5,8%	5,7%
- hypothèse +1,0 point/an	435	641	913	8,1%	7,3%
- hypothèse basse, +1,5 point/an	435	705	1 065	10,2%	8,6%

¹ Non compris les femmes ayant eu une stérilisation et les utilisatrices de diaphragme, mousse, gelée

Coût méthodes modernes sans stérilisation, en US Dollars	2010	2015	2020	% d'augmentation annuelle	
				2010-15	2015-20
- hypothèse haute, +0,5 point/an	2 560 027	3 937 835	6 016 318	9,0%	8,8%
- hypothèse +1,0 point/an	2 560 027	4 375 375	7 219 574	11,3%	10,5%
- hypothèse basse +1,5 point/an	2 560 027	4 812 904	8 422 836	13,5%	11,8%

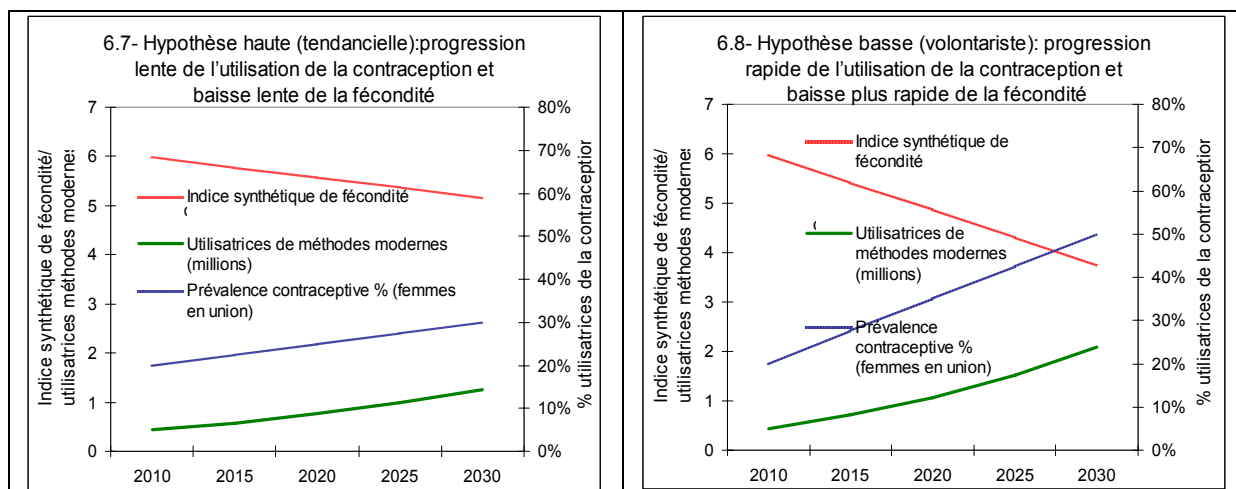
Coût par méthode en US Dollars	2010	2015	2020	Cumul de 2011 à 2015
* condom	778 445	1 197 558	1 829 882	5 082 642
* injectable	636 831	979 821	1 497 348	4 158 341
* DIU	367	576	895	2 427
* implants	564 859	868 702	1 326 998	3 687 355
* pilule	579 525	891 179	1 361 194	3 782 866
Total hypothèse haute, +0,5 point/an				16 713 631
- hypothèse intermédiaire, +1,0 point/an				
* condom	778 445	1 330 627	2 195 854	5 450 977
* injectable	636 831	1 088 688	1 796 819	4 459 693
* DIU	367	640	1 073	2 603
* implants	564 859	965 226	1 592 389	3 954 561
* pilule	579 525	990 195	1 633 438	4 056 998
Total hypothèse +1,0 point/an				17 924 832
- hypothèse basse, +1,5 point/an				
* condom	778 445	1 463 676	2 561 826	5 819 291
* injectable	636 831	1 197 559	2 096 290	4 761 058
* DIU	367	703	1 252	2 779
* implants	564 859	1 061 751	1 857 791	4 221 786
* pilule	579 525	1 089 215	1 905 677	4 331 126
Total hypothèse basse, +1,5 point/an				19 136 040

Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

Outre ces estimations de « coûts par année-couple protection » et de « coûts par utilisateur » cette étude donne également une idée des « coûts-bénéfices » qu'on peut attendre de la mise en place de programmes de planification familiale dans les 16 pays d'Afrique subsaharienne étudiés. Concernant le Burkina Faso, l'hypothèse retenue d'une satisfaction des besoins non satisfaits en planification familiale en 2020 conduit à une augmentation de la prévalence de la contraception de 1,7 point de pourcentage par an soit une augmentation voisine de celle de 1,5 point de pourcentage par an que nous avons retenue pour notre hypothèse démographique dite basse. L'hypothèse satisfaction des besoins non satisfaits est comparée avec l'hypothèse de non satisfaction de ces besoins (c'est-à-dire à leur maintien à leur niveau de départ), qui donne en 10 ans (entre 2010 et 2015) 1 million de personnes en moins au Burkina Faso qui sont 1 million d'enfants de moins de 10 ans. L'étude estime ensuite d'une part, les coûts du programme de planification familiale avec une augmentation de la prévalence de la contraception de 1,7 point de pourcentage par an, ceci sur la base d'un coût moyen « année-couple protection », de 11,20 USD, et d'autre part, le « moins à dépenser » ou les économies réalisées du fait de la diminution de 1 million du nombre d'enfants de moins de 10 ans entre 2005 et 2015 (mais qui restent néanmoins nombreux et dont les effectifs continuent de croître). Ces « moins à dépenser » sont calculés pour l'éducation, les vaccinations, l'approvisionnement en eau, la santé maternelle et la lutte contre le paludisme. Ces « moins à dépenser » en 10 ans apparaissent ainsi 3 fois plus importants que les dépenses supplémentaires nécessitées par l'augmentation de la prévalence de la contraception. A noter que 82% de ces économies sont réalisées dans l'éducation, la santé maternelle et les vaccinations. Un investissement supplémentaire en planification familiale apparaît donc ainsi comme un investissement avec des retours très importants à court terme (comme à long terme d'ailleurs - voir en 2.2), et il facilite en même temps l'amélioration du capital humain que constituent les enfants.

Au total une augmentation de la prévalence contraceptive de +1,5 point de pourcentage par an suppose, outre la fourniture de contraceptifs en quantité suffisante, des moyens supplémentaires financiers et humains importants susceptibles de représenter environ entre 2 fois et plus de 4 fois les 19 millions de USD ou 10 milliards de FCFA nécessaires au Burkina Faso entre 2011 et 2016 pour couvrir simplement les achats de contraceptifs. Mais, comme on vient de le voir, ces coûts doivent être appréciés en fonction des « moins à dépenser », c'est-à-dire des économies beaucoup plus importantes que les dépenses en planification familiale rendent possibles. Par ailleurs, au-delà de cet aspect « coût-bénéfice », les enjeux associés à l'augmentation de la prévalence contraceptive sont considérables. Comme on l'a vu, avec l'hypothèse démographique haute et l'augmentation de la prévalence de +0,5 point par an, la diminution du nombre moyen d'enfants par femme est modeste - de 6 enfants en 2010 à 5,6 enfants en 2020, soit -0,4 enfant - alors qu'avec l'hypothèse basse d'augmentation de la prévalence de +1,5 point par an, cette diminution est supérieure à un enfant (de 6 enfants à 4,9 enfants). Mais pour arriver à ce résultat, il faut beaucoup plus d'utilisatrices de méthodes modernes en 2020 (1,1 million contre 760 000) et consentir les efforts financiers correspondants (figures 6.7 et 6.8).

Figures 6.7. et 6.8. : Projections de la fécondité et de l'utilisation de la contraception



Source : Estimations/projections faites dans le cadre de l'étude

Mais au-delà des coûts, l'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite aussi des efforts considérables en matière de communication à travers par exemple des campagnes nationales annuelles en continu de promotion de l'utilisation de la planification familiale. Tout plan en Santé de la Reproduction, et de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction doit, concernant le volet planification familiale, prévoir aussi soigneusement que possible les activités correspondantes. Par ailleurs, des choix doivent être faits en termes d'évolution de méthodes utilisées, de segmentation du marché, et de répartition des charges financières correspondantes. Certaines méthodes comme les implants, les injectables, les DIU requièrent l'intervention d'un personnel qualifié dans des structures fixes ou des structures mobiles équipées. Les prestataires peuvent aussi bien relever du secteur public que du secteur privé, et les contraceptifs peuvent être distribués avec ou sans prescription, dépendant des méthodes et de la réglementation en vigueur. Le secteur privé comprend de multiples intervenants - hôpitaux, cliniques, centres de santé, médecins privés, pharmacies, centres de planning familial, boutiques, distribution à base communautaire - dont la contribution à l'effort d'extension de l'utilisation de la contraception moderne pourrait être renforcée.

L'augmentation de la prévalence contraceptive nécessite enfin un engagement résolu de tous les acteurs concernés. Si le Gouvernement et le leadership du pays doivent clairement s'engager à ce sujet, il est clair qu'il sera difficile pour les autorités burkinabè de supporter les coûts d'achat des contraceptifs et l'ensemble des autres coûts du programme de planification familiale. La diminution ces dernières années des financements des partenaires en faveur des programmes de planification familiale a compromis l'extension de l'utilisation de la contraception dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, y compris au Burkina Faso. Il importe donc aujourd'hui qu'à côté des efforts consentis par les Gouvernements, les bailleurs et autres partenaires s'engagent eux aussi à redonner à la planification familiale la place importante qui lui revient.

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Les divers éléments contenus dans ce document ont pour objectif de permettre d'approfondir encore davantage les réflexions en cours sur les politiques et programmes à mettre en œuvre pour conforter et accélérer la croissance économique et réduire la pauvreté au Burkina Faso.

Parmi les défis auxquels le Burkina Faso sera confronté dans les 20 prochaines années, et qui sont mentionnés dans plusieurs documents officiels, nous en avons retenu trois : 1) arriver à une croissance économique suffisamment robuste pour réduire la pauvreté, 2) créer un nombre suffisant d'emplois rémunérateurs pour les jeunes, 3) garantir un environnement politique et institutionnel favorable à la confiance des acteurs économiques et à la mobilisation de ressources extérieures.

Pour relever ces trois défis, le Burkina Faso doit s'appuyer sur trois leviers : 1) des taux élevés d'épargne et d'investissements, (ce qui suppose aussi une gestion avisée de la rente minière), 2) une amélioration majeure du capital humain, et 3) la réduction des taux de dépendance, à travers une réduction rapide de la fécondité. Mais aucun de ces leviers qui sont essentiels pour accélérer la croissance économique du pays, n'est suffisant à lui seul. En effet, pour être efficaces, ceux-ci doivent être mis en œuvre simultanément. La réduction du nombre de dépendants, via la réduction de la fécondité, créera les conditions pour entrer dans la fenêtre d'opportunité démographique, puis bénéficier éventuellement du dividende démographique, comme l'ont fait d'autres pays. Elle facilitera l'amélioration du capital humain et la constitution d'une épargne nationale plus importante. Disposer d'un capital humain bien formé et en bonne santé est en effet essentiel pour attirer les investissements nationaux, sous-régionaux et étrangers qui créeront des emplois ayant une productivité plus élevée qu'actuellement. La création d'emploi à productivité élevée, créera ensuite les conditions d'accélération de la croissance économique et de diversification des activités qui sont nécessaires pour réduire la pauvreté.

Il faut souhaiter que l'ambition du Burkina Faso d'arriver dès 2012 à une croissance économique égale ou supérieure à 10% par an tel qu'indiqué dans la SCADD 2011-2015 se réalise. Dans ce cas le PIB par tête pourrait doubler en 10 ans. Mais si la croissance économique moyenne était de 7% par an, ce qui est appréciable et n'a d'ailleurs pas encore été observé, une telle croissance combinée avec le maintien d'un accroissement démographique supérieur à 3% permettrait de doubler le PIB par tête en 18 ans, contre 16 ans dans l'hypothèse d'une réduction rapide de la fécondité. En revanche, si on s'en tient à la croissance économique moyenne enregistrée entre 2005 et 2009 d'environ 5% par an, le doublement du PIB par tête prendra près de 40 ans si l'accroissement démographique reste élevé, contre 30 ans, 10 ans de moins, dans l'hypothèse d'une réduction rapide de la fécondité. Ensuite, comme on l'a vu, l'amélioration du capital humain dans de nombreux domaines (scolarisation, accouchements, etc.) suppose dans les 20 prochaines années une multiplication entre 4 et 10 fois des moyens nécessaires pour faire face à la fois à l'augmentation des effectifs et aux retards de couverture, ce qui suppose une croissance des moyens de 7 à 12% par an. Le ralentissement de la croissance du nombre de naissances, possible sous l'hypothèse d'une baisse rapide de la fécondité, permettrait de réduire quelque peu les besoins et d'y faire face plus facilement. Enfin pour que les objectifs ambitieux de croissance économique et de réduction de la fécondité retenus aient une chance d'être atteints, des politiques appropriées, audacieuses, doivent être mises en place.

Parmi ces politiques, les politiques de population doivent être recentrées sur le champ qui est le leur, à savoir comment influencer la dynamique de la population, c'est à dire comment accélérer la baisse de la mortalité et de la fécondité, et prendre correctement en compte les migrations internationales dans l'évolution démographique (ceci sans prétendre fixer une politique migratoire, ou de gestion de la diaspora, qui sont aujourd'hui du ressort du Ministère des Affaires Etrangères et de la Coopération Régionale, dont dépend le Conseil Supérieur des Burkinabè de l'Etranger). Les politiques de population doivent s'appuyer sur des projections démographiques de type outil d'aide à la décision, comme celles réalisées et publiées par l'INSD en 2009. Ces projections doivent être reconnues par tous les secteurs (éducation, santé, agriculture, sécurité alimentaire, aménagement du territoire, etc.) et constituer la base unique de référence pour leurs estimations, projections, et la fixation de leurs objectifs. Elles doivent être révisées dès que de nouvelles données sont disponibles et au moins une fois tous les cinq ans.

Un horizon de 10 ans semble adéquat pour les diverses politiques sectorielles concernées et la fixation de leurs objectifs, étant entendu que divers programmes peuvent être mis en place au cours

de ces 10 ans. Une harmonisation des dates de début et de fin des diverses politiques (par exemple 2011-2020) apparaît également nécessaire. Concernant la santé, les objectifs retenus, doivent être les mêmes dans la politique de santé, la politique de population, et la prochaine SCADD. Ces objectifs doivent être également ceux retenus dans le Plan de Développement Sanitaire et Social, le Plan Stratégique en Santé de la Reproduction, et le Plan Stratégique de Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction.

Concernant la Santé de la Reproduction, et la Sécurisation des Produits en Santé de la Reproduction, il importe que chaque composante : santé de la mère, santé de l'enfant, planification familiale, IST et VIH/Sida, et violences faites aux femmes, bénéficie de moyens équilibrés, et que la santé de la reproduction soit véritablement considérée de manière globale. Il importe, dans nombre de structures sanitaires de sortir d'une logique qui, de fait, privilégie l'urgence aux détriments de la prévention. Réduire la mortalité maternelle et la mortalité des enfants passe par la réduction des grossesses à risques et la promotion du libre choix en matière de procréation. Ceci suppose une augmentation majeure, informée et sans contrainte, de l'utilisation de la contraception par les femmes et les couples. Ceci suppose aussi une politique résolue garantissant effectivement les droits de femmes et renforçant leur autonomie.

Il est possible d'accélérer l'utilisation de la contraception et la baisse de la fécondité au Burkina Faso au travers de politiques, plans, programmes visant vraiment cet objectif et correctement articulés entre eux. A ce sujet, les plans de sécurisation des produits en santé de la reproduction doivent consacrer au volet planification familiale la place importante qui lui revient. Si l'objectif ambitieux mais réaliste d'augmentation de la prévalence de la contraception de +1,5 point par an est retenu, il faut savoir que 3,5 fois plus de moyens qu'aujourd'hui devront être affectés à la planification familiale. Par ailleurs le volet planification familiale des plans de sécurisation des produits en santé de la reproduction, ne doit pas s'intéresser uniquement à l'offre, et donc à la seule fourniture des produits contraceptifs. En effet, ces contraceptifs ne seront utilisés que si parallèlement, des efforts importants de promotion de la planification familiale sont entrepris (campagnes d'information éducation et communication pour changer les comportements procréateurs) et, si tous les acteurs concernés (public, privé) sont mobilisés.

L'expérience de nombreux autres pays en développement indique que l'accélération de la croissance économique, l'amélioration de la qualité du capital humain, et la réduction de la pauvreté, ne pourront se faire sans une baisse rapide de la fécondité. Cette baisse de la fécondité va de pair avec le passage de sociétés massivement rurales avec des niveaux de mortalité et de fécondité élevés, à des sociétés plus urbanisées avec des niveaux maîtrisés de mortalité et de fécondité. De ce point de vue, le Burkina Faso d'aujourd'hui, plus urbanisé, avec des niveaux d'éducation, de santé, et des aspirations des jeunes et des femmes en progression est très différent du Burkina Faso, massivement rural, des années 1960. On ne peut plus continuer à justifier le besoin pour les familles d'avoir beaucoup d'enfants parce que leur travail est nécessaire à l'exploitation familiale. Les enfants ne peuvent pas être à la fois à l'école et aux champs. On ne peut pas non plus souhaiter que les femmes aient de meilleurs emplois, mieux rémunérés dans le secteur moderne, et souhaiter en même temps qu'elles pratiquent uniquement l'espacement des naissances, avec des grossesses tous les deux ou trois ans. Il n'est pas logique de craindre le vieillissement de la population du pays, et souhaiter en même temps, pour soi et pour ses proches, vivre le plus longtemps possible. Les changements majeurs qui sont intervenus au Burkina Faso au cours des 50 dernières années appellent une réduction parallèle des niveaux de mortalité et de fécondité. Mais la baisse de la fécondité est à peine amorcée au Burkina Faso. Pourtant, c'est une condition essentielle pour que le Burkina Faso puisse bénéficier, sous conditions, du dividende démographique, accélérer sa croissance économique et réduire la pauvreté de sa population.

Agence Française de Développement (AFD)
5, rue Roland Barthes - 75598 Paris cedex 12
Tél. : + 33 1 53 44 31 31

www.afd.fr