

UEPA

6ème Conférence Africaine sur la Population

Population Africaine: Passé, Présent et Futur

Ouagadougou - Burkina Faso, Décembre 5-9, 2011

Thème :

**Place des politiques de développement dans la transition
actuelle de la fécondité au Burkina Faso**

Auteur :

ZABRE S. Pascal

Démographe au SP/CONAPO Pascalsomkeit@yahoo.fr

Septembre 2011

INTRODUCTION	3
1. Contexte et justification	3
2. Objectifs	4
I. METHODOLOGIE	4
II. RESULTATS	5
2.1 L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION AU BURKINA FASO DEPUIS 1960	5
2.2 L'ÉVOLUTION DE LA FECONDITE AU BURKINA FASO DEPUIS 1960	7
2.3 LE ROLE DES POLITIQUES DE DEVELOPPEMENT DANS LA TRANSITION DE LA FECONDITE AU BURKINA FASO	12
2.3.1 La place de la politique nationale de population (PNP) dans la transition actuelle de la fécondité	13
2.3.2 : place des politiques de développement dans la transition de la fécondité.....	16
2.3.2.1 Le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté(CSLP)	16
2.3.2.2 les politiques sanitaires dont la Planification familiale	17
2.3.2.3 La place des politiques éducatives dans la transition actuelle de la fécondité :L'éducation et l'alphabétisation	26
2.3.2.4 Les politiques agricoles	29
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	30

INTRODUCTION

1. Contexte et justification

En adoptant en 1991 une Politique nationale de population, le Burkina Faso reconnaissait l'importance des questions de population et des enjeux qu'elles posent au développement. Cette prise de conscience prend ses racines des conférences internationales, régionales sur la population dont celle tenue à Arusha en 1984 et qui statuait sur la nécessité des politiques démographiques, celle de Dakar en 1992 adoptant des objectifs quantitatifs sur l'utilisation de contraceptifs et la réduction de la croissance naturelle, le Programme d'Action de Kilimandjaro concernant la population africaine et le développement autonome.

L'instauration de cette vision globaliste du développement s'est traduite par l'adoption et la signature des accords, ainsi que des actions. On peut citer entre autres:

- En 1994, le Gouvernement participe et adopte le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD)
- En 1996, se tient à Ouagadougou la Conférence adoptant le Programme d'action de Ouagadougou (PAO), une version sahéenne de la CIPD ;
- L'adoption d'une stratégie en IEC/ santé de la reproduction ;
- En 1998, renforcement des activités de mise en œuvre du plan multimédia lancé par le Chef de l'Etat, axée sur la jeunesse et la santé de la reproduction ;
- En 2005 et 2009, la tenue des assises nationales de la population (Assemblées générales du Conseil national de population (CONAPO))
- La relecture des différents programmes sectoriels de population (santé de la reproduction, IEC/Plaidoyer, collecte et analyse de données sociodémographiques, éducation en matière de population...), pour les centrer sur les préoccupations du PA/CIPD ;
- La réalisation de plusieurs études et recherches opérationnelles en population et développement ;
- La mise en place de plusieurs réseaux en population et développement pour la sensibilisation du grand public sur les questions de population (réseau des journalistes en population et développement, réseau des parlementaires en population et développement, réseau des ONG et associations en population et développement, réseau des organisations islamiques en population et développement, et le réseau des organisations chrétiennes en population et développement en cours).

Toutes ces actions présentent la promesse de vulgariser le contenu du Plan d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (PA/CIPD), de favoriser la prise en compte des recommandations et des objectifs de la CIPD et de rendre la politique nationale de population conforme aux préoccupations du PA/CIPD, de mettre l'accent sur les nouveaux paradigmes du Caire dans les programmes, de faire le bilan d'étapes (CIPD+5, CIPD+10 et CIPD +15).

Sur ces entrefaites le Gouvernement exprimait sa volonté de traiter ces questions comme des questions de développement à part entière, à l'instar des autres questions sectorielles avec lesquelles elles sont étroitement liées. La création depuis 1983 d'un organe consultatif interministériel chargé de proposer des orientations propres au domaine de population complétait le dispositif national de veille en la matière.

La mise en œuvre de la politique nationale de population depuis son adoption a été marquée par des avancées et aussi par des insuffisances, sur lesquelles les Assemblées Générales du Conseil national de population, les sessions des commissions spécialisées et d'autres instances ad hoc se sont penchées régulièrement.

Néanmoins, ce qui suscite des interrogations est intrinsèque au niveau insatisfaisant de la fécondité qui a tardé à baisser comme souhaité par la politique nationale de population et qui continue de résister. C'est une résultante du fait que la planification familiale, nous semble-t-il, n'a pas pleinement joué son rôle et que par ricochet, la population a continué à croître de façon soutenue. Qu'est ce qui est fait en termes de politiques de développement, notamment éducatif, agricole et sanitaire d'une part et, d'autre part, en termes de politiques de population et de planification familiale depuis les indépendances ?

Quel rôle les politiques sanitaires et éducatives, adoptés jusqu'alors, ont-elles joué dans l'évolution de la fécondité jugée insatisfaisante ? Quelles sont les obstacles qui ont miné la mise en œuvre des programmes de la Planification Familiale (PF) ? Quelles stratégies faut-il désormais mettre en œuvre pour assurer la transition escomptée, en vue d'une maîtrise de la croissance démographique telle que définie dans les objectifs de la CIPD en 1994 pour une atteinte effective du développement durable ?

Les réponses à toutes ces questions résument les objectifs de la présente communication.

2. Objectifs

Ainsi, cette communication interroge les politiques de développement, qui, en principe, devraient avoir impacté un environnement socioculturel et induit un certain comportement favorable à la maîtrise de la croissance démographique.

Spécifiquement, il s'agira de :

- retracer les évolutions de la population et de la fécondité ;
- analyser l'impact de la mise en œuvre des politiques de développement dans la croissance démographique.

I. METHODOLOGIE

Au regard de la particularité du thème, une approche à la fois quantitative et qualitative avec des orientations descriptive et analytique est optée.

La revue documentaire : comprendre la fécondité et ses déterminants, la croissance démographique, la mise en œuvre des politiques sectorielles requiert la compilation de la documentation disponible en la matière. Ainsi, nous avons considéré les politiques des secteurs sanitaires, éducatifs et agricoles. Il s'est agi essentiellement d'analyser les performances réalisées dans ces secteurs et de les mettre en parallèle avec les comportements procréateurs qui ont prévalu jusqu'alors. En effet, la nature de la politique nationale de population est-elle que ses préoccupations englobent les objectifs poursuivis par les politiques sectorielles. Un succès dans le domaine éducatif par exemple sera un atout dans la mise œuvre de la planification familiale, dans la lutte contre la maladie, dans la sensibilisation pour le changement de comportement, et bref tous concourront à une maîtrise de la fécondité. Nous essayerons de même à interroger la connexion entre politique nationale de population et documents cadres de mise en œuvre de ces politiques. Sur ce, nous aborderont tour à tour :

- la politique nationale de population ;
- le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) ;
- le Plan national de développement sanitaire (PNDS) y compris la Planification familiale ;
- le Programme décennal du développement de l'éducation de base (PDDEB) ;

Ainsi les rapports d'évaluation, les analyses situationnelles, les analyses institutionnelles, les revues (revues à mi-parcours et revues finales) et toute la littérature de l'administration seront utiles comme documentation.

Une attention particulière est accordée à la littérature sur la fécondité, la planification familiale.

L'exploitation des bases de données sur la fécondité et la croissance démographique

La première exigence méthodologique d'une telle étude est d'abord quantitative. C'est à partir des niveaux de fécondité constatés à travers les différentes opérations de collecte (recensements généraux de population, enquêtes démographiques, enquêtes démographiques et de santé) que les autres questionnements peuvent se comprendre et même se légitimer. Cette orientation a nécessité l'exploitation des bases de données disponibles sur la fécondité. Les bases de données des recensements généraux de population de 1975, 1985, 1996 et 2006 ainsi que des enquêtes démographiques et de santé de 1993-94, 1998-99 et 2003 ont servi à faire le parallèle entre le niveau d'instruction, le niveau de recours à la contraception et du niveau de la fécondité.

Les entretiens avec des personnes-ressources

La revue documentaire a été complétée par des entretiens. Cette communication reprend et exploite des résultats d'entretiens effectués par une équipe dont nous faisons partie et ayant travaillé sur la transition des comportements procréateurs dans le cadre de la revue analytique en population et développement en 2009 au compte du SP/CONAPO. Un certain nombre de personnes ressources issues des structures-clés intervenants dans le domaine de la santé de la reproduction qui englobe la planification familiale. Ici, nous nous sommes intéressés aux entretiens réalisés au niveau de :

- la Direction de la santé de la famille devenue Direction de la santé de la mère et de l'enfant;
- l'Association burkinabé pour le bien-être familial ;
- la Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé ;

Une analyse du contenu et mise en unité de sens de ces entretiens a servi à approfondir les aspects qualitatifs de l'étude et éclairé certaines décisions prises à une époque donnée dans la mise en œuvre du programme national de la planification familiale.

II. RESULTATS

2.1 L'ÉVOLUTION DE LA POPULATION AU BURKINA FASO DEPUIS 1960

Evolution des effectifs de la population

Franchissant le cap de 4,3 millions en 1960, la population du Burkina Faso a été dénombrée à 14 017 262 en 2006. Visiblement, la population totale (résidente) a été multipliée par 3,2 sur la période de référence (46 ans) avec un surnombre du sexe féminin (cf. tableau 1). Cette tendance démographique a été observée dans nombre de pays africains.

Tableau 1 : Evolution de la population totale du Burkina Faso de 1960 à 2006

Années	Effectifs	% femmes	Taux d'accroissement (%)	Effectif additionnel annuel
1960	4 349 600	51,2	-	-
1975	5 638 203	49,9	1,9	85 907

1985	7 964 705	51,9	2,7	232 650
1996	10 312 609	51,8	2,4	234 790
2006	14 017 262	51,7	3,1	370 465

Source : Exploitation des données des RGPH

Les raisons qui expliquent cette forte poussée démographique sont liées pour l'essentiel aux traumatismes que les pays africains ont connus suite à la traite des esclaves et aux exactions subies sous la colonisation. L'indépendance acquise a eu pour effets au niveau de la conscience collective des peuples africains de susciter une sorte de « rattrapage démographique », surtout que la colonisation avait mis en œuvre des programmes verticaux de lutte contre les grandes endémies et la diffusion à large échelle de rapports nouveaux face aux maladies et aux épidémies. Alors que le surcroît annuel d'effectifs absolus de la population n'était que de l'ordre de 86 mille entre 1960 et 1975, il est passé de l'ordre 232 mille entre 1975 et 1985 puis à 234 mille entre 1985 et 1996. Depuis 2006, chaque année, la population additionnelle est de l'ordre de 370 mille habitants.

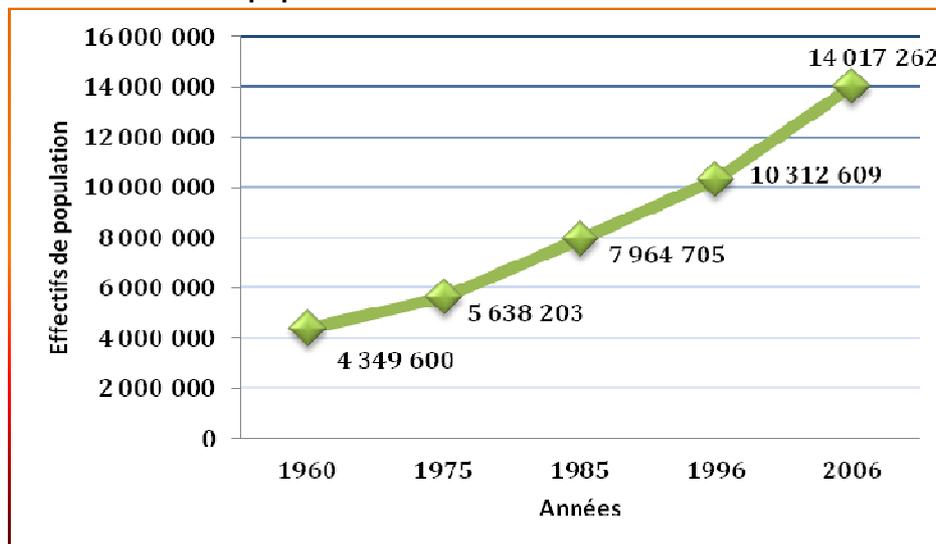
La permanence de la supériorité du nombre de femmes est un résultat attendu (sauf en 1975) : la plus grande longévité des femmes, conjuguée à une émigration sélectivement masculine explique ce résultat. Cependant ce constat arithmétique devrait s'accompagner d'une vision politique beaucoup plus approfondie.

L'accroissement démographique qui avait amorcé une phase de déclin est reparti à la hausse. De 2.4% entre 1985 et 1996, elle s'établit à 3,1% entre 1996 et 2006.

Au rythme actuel de croissance, l'effectif absolu de la population sera multiplié par deux en 23 ans. Autrement dit, le Burkina Faso comptera 28 millions d'habitants en 2028.

Le graphique ci-dessous traduit cette forte poussée démographique.

Graphique 1 : Evolution de la population de 1960 à 2006



Les grands groupes d'âges

La population des grands groupes d'âges classiques a évolué comme l'indique le tableau 4 de 1960 à 2006 en considérant le tableau 2.

Tableau 2 : Evolution des grands groupes d'âges dans la population totale (%)

Ages	1975	1985	1996	2006
0 -14	45,4	48,3	48,1	47,9
15 - 64	50,8	47,7	48,1	
65 +	3,8	3,0	3,8	4,0
Effectifs	5 368 203	7 964 705	10 312 609	14 017 262

La structure par âge de la population du Burkina Faso est restée marquée par son extrême jeunesse : la proportion des moins de 15 ans est demeurée stable autour de 48% de la population totale tout au long de la période excepté en 1960. Deux indicateurs rendent compte de cette jeunesse de la population :

- l'âge moyen est de 21 ans(2006) ;
- l'âge médian est de 15 ans(2006);

Ce groupe d'âges des moins de 15 ans constitue un "élan" démographique important, une dynamique potentielle de croissance démographique soutenue. Ainsi, dans le domaine social, la demande sociale nationale est potentiellement considérable. Par exemple, la sous-population des nourrissons qui est un groupe cible des campagnes de vaccination sera importante. Les sous-populations d'âge préscolaire et scolaire se multiplieront. Il en sera de même pour les femmes en âge de procréer, les personnes âgées, les personnes d'âge actif en quête d'emploi... Bref. Tous les secteurs sociaux demanderont plus de l'Etat et de la société dans son ensemble.

2.2 L'EVOLUTION DE LA FECONDITE AU BURKINA FASO DEPUIS 1960

➤ Un niveau élevé de fécondité au niveau national

En retraçant l'évolution des comportements procréateurs dans le cadre de la revue analytique pour la révision de la Politique nationale de population (PNP) en 2009, le Secrétariat Permanent du Conseil national de population (SP/CONAPO) faisait le constat suivant : « *Globalement sur les quarante-six années de référence, les comportements féconds sont restés favorables à un nombre élevé d'enfants, faisant du Burkina un des pays qui connaissent la fécondité la plus élevée du continent*(SPCONAPO, 2009).

En 2006 l'indice synthétique de fécondité (ISF) restait le même que celui du début de période (1960), soit 6,2 enfants par femme (cf. graphique 2)



Dans cette évolution, trois phases majeures peuvent être distinguées :

- **1960 à 1991** voit une augmentation sensible de l'ISF, qui s'est accru de 1,1 enfant sur les trente années de référence. Cette augmentation de l'ISF s'explique par le fait que le Burkina Faso, nouvellement indépendant avait poursuivi ses efforts d'amélioration des conditions sanitaires des populations qui ont toujours figuré dans les priorités des plans de développement élaborés successivement durant la période 1960-1985. Les campagnes verticales de lutte contre certaines grandes endémies, notamment la campagne dite de la pénicilline entreprise entre 1955 et 1956 sous la colonisation ont eu pour effets non seulement de freiner les ravages de certaines pathologies, mais aussi de faire reculer les niveaux d'infécondité qui étaient particulièrement préoccupants dans certaines régions du pays (Retel-Laurentin, 1979 cité par Dakuyo et al.2009).

- **1993 à la fin des années1990** correspond à une période de stabilité de la fécondité à des niveaux élevés, mais en-deçà du maximum observé en 1991. Les données de cette période qui sont issues des deux premières EDS et du RGPH 1996 indiquent un niveau d'ISF proche de 7 enfants par femme (soit 6,9 en 1993-94, 6,8 au RGPH-1996 et 6,8 en 1998-99);

- **1998-2006**, correspond à une période d'amorce d'un certain recul de la fécondité dont le niveau passe de 6,8 à 6,2, soit une baisse de 0,6 enfant par femme.

Au total, la durée de la période d'augmentation de la fécondité a été beaucoup plus longue que celle où elle s'est stabilisée, avant d'amorcer une tendance à la baisse.

➤ Un léger recul de la fécondité à 15-19 ans

En considérant les taux spécifiques de fécondité, on constate que le niveau élevé de fécondité se caractérise, en premier lieu, par une entrée précoce en vie féconde. Et cela justifie les taux élevés de fécondité chez les 15-19 ans : le taux de fécondité dans ce groupe d'âges est toujours resté au-dessus de 100 ‰ au cours de la période.

On s'aperçoit cependant que le taux de fécondité de ce groupe d'âges a accusé une baisse tendancielle, dont le caractère linéaire n'est remis en cause qu'en 1991(cf. tableau 1). Ainsi, en prenant comme base le taux de fécondité à 15 -19 ans en 1960, on constate un recul sensible de l'entrée des femmes en vie féconde: le taux de fécondité à 15-19 ans en 2006 représente 71% de celui observé en 1960 (180 ‰ contre 128 ‰), alors que comparativement, celui de 1976 représentait 95% et 77% en 1996.

Cette légère mutation du calendrier de la fécondité est aussi soulignée par le transfert du maximum de fécondité du groupe d'âges 20-24 ans aux groupes d'âges 25-29 ans en 2006. Un léger vieillissement du calendrier s'est opéré, avec l'élévation de l'âge moyen à la maternité.

Tableau 3 : Evolution des indicateurs de niveaux et de calendrier de la fécondité de 1960 à 2006

Groupes d'âges	Taux de fécondité (‰)								
	1960*	1976**	1985***	1991*	1993/94*	1996***	1998/99*	2003*	2006***
15-19	180	171	152	107	154	139	144	131	128
20-24	314	324	328	323	296	311	305	275	277
25-29	264	283	321	334	292	306	293	271	280
30-34	223	238	279	302	258	268	264	241	241
35-39	154	183	215	229	220	209	214	181	182
40-44	80	98	104	128	111	102	112	106	93

45-49	15	39	38	39	50	33	28	42	40
AMM	28,1	28,9	29,4	30	29,8	29,5	-	-	29,8

Source: * INSD: ED 1960; ED 1991; EDS 1993-94; 1998-99, 2003

** INSD : Enquête post-censitaire

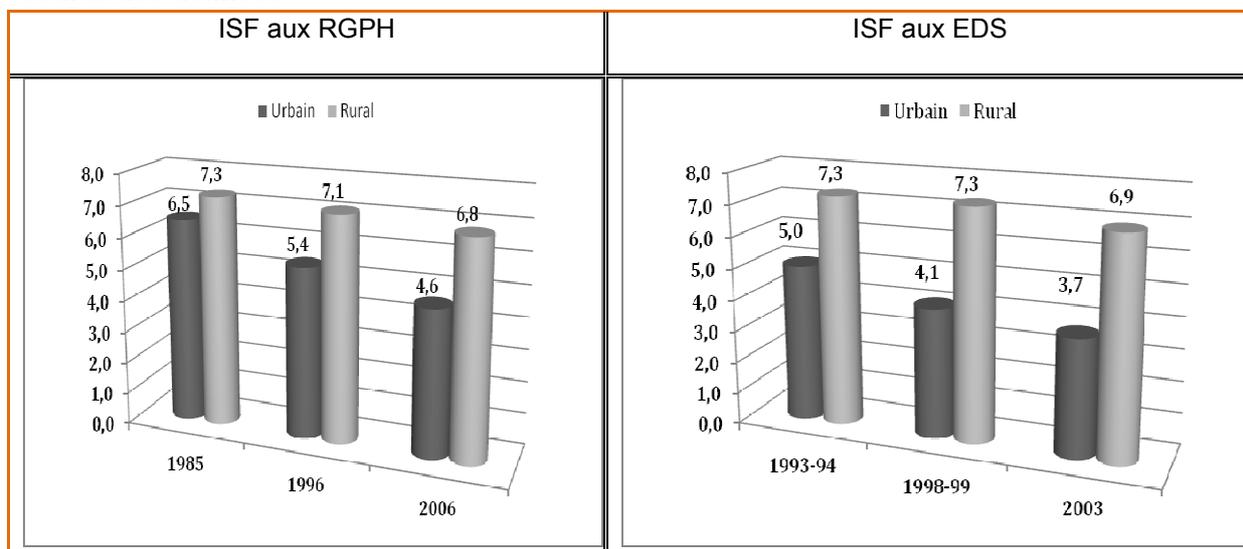
*** INSD : RGP 1985, RGPH 1996,2006

AMM = âge moyen à la maternité

☛ une fécondité différentielle à la faveur du milieu rural

L'indice synthétique de fécondité a évolué de façon différentielle selon le milieu de résidence. Chez les femmes citadines, on observe une baisse de près de 2 enfants, chez celles du milieu rural cette baisse est plus modeste, de l'ordre d'un demi enfant par femme sur une période de 21 ans. En effet, entre 1985 et 2006, l'ISF est passé de 7,3 enfants par femme à 6,8 dans les campagnes, alors qu'au cours de la même période, cette baisse a été de 1,9 enfants dans les centres urbains avec un ISF de 6,5 en 1985, 5,4 en 1996 et 4,6 en 2006(cf. Graphique 3). Ces différences dans les baisses d'intensité sont associées à des intensités toutes aussi différentes de variation de l'âge moyen à la maternité.

Graphique 3 : Graphiques comparatifs de l'évolution de l'ISF selon le milieu de résidence et la source des données



Source: exploitation des données des RGPH 1985, 1996, 2006; et EDS 1993-94, 1998-99, 2003.

☛ Des modifications du calendrier de la fécondité ont été plus sensibles en milieu urbain qu'en milieu rural

Cette tendance différentielle reste la même quand on s'intéresse aux taux de fécondité par groupes d'âges spécifiques. Les variations des profils de la fécondité selon le groupe d'âges des femmes sont l'expression des profondes différences dans les comportements procréateurs entre milieu urbain et milieu rural. Trois indicateurs illustrent ces variations, qui traduisent des comportements procréateurs différents selon le milieu :

- La proportion de la fécondité due aux groupes d'âges jeunes (Schoenmackers, 1988 cité par Dakuyo et al.,2009) : alors que la proportion de l'ISF due aux femmes de moins de 25 ans est restée quasiment stable en milieu rural (34 % en 1985, 33 % en 1996, 34% en 2006) , en milieu urbain, la baisse de la contribution de ces jeunes femmes est nettement en recul, passant de 33% en 1985, 31% en 1996, 21% en 2006, soit une baisse de 10 points (cf.tableau 2);

- La précocité d'entrée en vie féconde : le taux de fécondité à 15-19 ans en 2006 représente 96% de son niveau de 1985 en milieu rural, alors qu'en milieu urbain, il a connu une baisse de près de 50% passant de 140 ‰ à 71 ‰;
- La sortie de la vie féconde : entre de 35 ans et 49 ans, on observe aussi des évolutions assez différenciées. Le comportement des femmes de ces groupes d'âges est resté le même tout au long de la période en milieu rural, (la proportion de l'ISF due à ces femmes est restée proche de 25%), alors qu'elle a connu une certaine augmentation en milieu urbain où elle serait passée de 24% à 27%.

Tableau 4 : Evolution des taux de fécondité selon l'année par milieu de résidence

Groupe d'âge	Milieu rural						Milieu urbain					
	1985		1996		2006		1985		1996		2006	
	TSF	C.ISF (%)	TSF	C.ISF (%)	TSF	C.ISF (%)	TSF	C.ISF (%)	TSF	C.ISF (%)	TSF	C.ISF (%)
15-19	154	11	148	10	148	11	140	11	92	8	71	8
20-24	333	23	325	23	308	23	293	23	246	23	189	21
25-29	324	22	314	22	300	22	299	23	260	24	214	23
30-34	281	19	276	19	255	19	258	20	219	20	187	21
35-39	217	15	216	15	191	14	193	15	164	15	139	15
40-44	106	7	104	7	97	7	86	7	79	7	75	8
45-49	40	3	34	2	40	3	26	2	26	2	37	4
	1455	100	1417	100	1339	100	1295	100	1086	100	912	100
ISF	7,3		7,1		6,7		6,5		5,4		4,5	

NB TSF : Taux spécifiques de fécondité

C.ISF : Contribution des taux de fécondité des groupes d'âges à l'ISF

Sources : Exploitation des données des RGPH 1985,1996 et 2006

Il est visible en comparaison, que le milieu rural a gardé les traits caractéristiques du régime de fécondité élevé : précocité d'entrée, étalement de la procréation tout au long de la vie génésique et sortie tardive. Dans un contexte où environ 80% de la population est rural, il va s'en dire que ces traits caractéristiques du milieu rural en matière de fécondité vont soutenir une résistance à la baisse de la fécondité.

On observe cependant, un ralentissement progressif et continu de la fécondité des jeunes femmes en milieu urbain. Toutefois dans ce milieu, la fécondité des femmes âgées de 35 ans ou plus est en hausse.

L'examen des taux de fécondité fournis par les EDS confirme ces différences de comportements reproductifs entre milieu urbain et milieu rural. Les écarts sont en général plus accentués que ceux provenant des recensements généraux de population.

Le sens de la relation entre l'ISF et le niveau d'instruction des femmes est bien connu : plus le niveau d'instruction de la femme s'élève, plus sa fécondité baisse. Cette hypothèse est vérifiée dans le cas du Burkina Faso.

L'analyse de l'évolution des comportements procréateurs dans les deux grandes villes du pays permet de saisir avec plus de précision les dynamiques passées et en cours, et de s'affranchir en outre des biais liés à la variation de la définition de l'univers urbain national constatée au cours des différentes opérations.

➤ **Transitions plus perceptibles de la fécondité dans les deux grandes villes du pays**

L'analyse effectuée par le SP/CONAPO (Dakuyo et al. 2009) dans le cadre de la revue analytique montre que les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso affichent des changements de comportements procréateurs perceptibles au cours de la période 1960-2006. En effet, en 1960, une femme à Ouagadougou avait 6,7 enfants. Ce qui indique une fécondité nettement supérieure à la moyenne nationale qui était de 6,2. En 1976 cet

indicateur atteignait 7,7. Cette tendance s'est inversée en fin de période, c'est à dire en 2006, une femme à Ouagadougou avait environ 2 enfants en moins(4,1) par rapport à la moyenne nationale(6,2). Entre 1985 et 2006, la baisse de la fécondité a été de l'ordre de 2 enfants par femme à Bobo-Dioulasso.

Ce qui est intéressant à signaler, à partir de ces analyses de l'évolution de la fécondité, c'est que, la fécondité a amorcé un recul évident depuis 1985 (Ouagadougou depuis 1976) dans les deux premières villes plus que d'autres, pendant qu'elle continuait à croître dans le reste du pays jusqu'à la fin des années 1990.

Une certaine justification est possible : toutes les politiques de développement sont omniprésentes dans ces deux localités avant de s'étendre dans le reste du pays.

En 2006, moins d'un sur quatre Burkinabés vit en milieu urbain qui n'est cependant pas constitué de Ouagadougou et de Bobo Dioulasso. Ce qui traduit en fait, la limite de fécondité constatée dans ces deux principales villes à imprimer un sens d'évolution de la fécondité au reste du pays. Le schéma de la fécondité est typique des sociétés à forte fécondité : entrée précoce et sortie tardive. Tout au long de sa vie, les capacités biologiques de la femme sont sollicitées au maximum. Le milieu rural qui a conservé les traits caractéristiques d'un régime à forte fécondité a continué à entraîner dans son sillage, l'ensemble du pays dans une dynamique de croissance démographique non négligeable.

➔ Evolution lente des déterminants proches de la fécondité

L'examen des niveaux des déterminants proches de la fécondité permet de mettre en exergue les éléments majeurs ci-après :

Le mariage a un caractère universel : l'entrée en union constitue l'un des principaux facteurs d'exposition à la grossesse. En dépit d'une baisse régulière de la proportion de femmes mariées, le mariage (au sens large) est le cadre privilégié d'exercice de la procréation et plus de $\frac{3}{4}$ des femmes de 15-49 ans vivent en union en 2003. Leur proportion est passée de 84 % en 1993 à 77 % en 2003 (EDS). Le célibat définitif reste marginal, de même que le divorce et la séparation. La prévalence contraceptive reste faible : le taux de prévalence contraceptive est marqué par son faible niveau (13,8% des femmes de 15-49 ans en union utilisent une méthode quelconque de contraception en 2003). Le taux de prévalence contraceptive a progressé de 0,5 point par an, ce qui correspond, dans les normes internationales à des niveaux faibles de progression. A titre de comparaison, la prévalence contraceptive est de 60% en Afrique du Nord, 58% en Afrique australe, 26% en Afrique de l'Est, 19 % en Afrique Centrale et 13% en Afrique de l'Ouest (Source, PRB, 2002). La prévalence de la contraception est d'environ 30% au Ghana.

La stérilité primaire est peu répandue : moins de 2% de femmes n'ont jamais eu de naissances vivantes à 49 ans.

La non-susceptibilité post partum est longue : elle se définit comme la période pendant laquelle une femme court un risque presque nul de tomber en grossesse par suite d'aménorrhée (temps écoulé entre une grossesse et le retour de l'ovulation) et/ou d'abstinence post-partum. On note que la durée moyenne de la période de non susceptibilité post-partum est en baisse, traduisant les modifications dans les comportements reproductifs. Malgré cette baisse, la durée est longue et constitue de ce fait le déterminant proche qui exerce l'effet inhibiteur le plus significatif. Rappelons que l'allaitement au sein joue un rôle important sur la durée de la période de non susceptibilité post-partum.

L'avortement : faute de données solides sur cette pratique, on retient qu'il s'agit d'un phénomène peu répandu (statistiquement parlant) ou en tout cas que sa contribution à la réduction de la fécondité est négligeable.

Dans le futur, la baisse de la fécondité au Burkina Faso sera déterminée par la pratique contraceptive.

2.3 LE ROLE DES POLITIQUES DE DEVELOPPEMENT DANS LA TRANSITION DE LA FECONDITE AU BURKINA FASO

Une politique est un ensemble d'objectifs, accompagnés de mesures permettant de les atteindre. Les facteurs politiques jouent un rôle indéniable dans l'évolution socioéconomique d'une société, d'une communauté ou d'un pays. Dans cette section nous interrogeons les politiques de développement, notamment leur rôle dans l'évolution démographique, *in fine*, leur impact sur la transition constatée de la fécondité et des changements comportementaux de procréation.

Les comportements en matière de reproduction peuvent évoluer tous seuls avec le développement, ainsi pour rejoindre les théories évolutionnistes ou la théorie classique de la transition démographique qui se situe dans la lignée des théories dites de la modernisation. Pour Coale, la fécondité est faible dans toutes les sociétés modernisées (N.U, 1978 ; p.684).

« Cette théorie, dans sa forme la plus classique, mais aussi dans ses versions plus raffinées, suppose comme condition première et nécessaire d'un déclin de fécondité, un changement dans les structures socio-économiques traditionnelles. Schématiquement, il faut développement ou modernisation, pour reprendre les deux expressions les plus courantes, pour avoir une évolution de la fécondité. Qui dit développement, dans cette vision classique des choses, dit urbanisation, industrialisation, division, spécialisation et monétarisation du travail, augmentation rapide de l'instruction et du travail féminin salarié, augmentation de la consommation, baisse préalable de la mortalité, apparition d'institutions non familiales..., bref tout un ensemble de phénomènes qu'a connu l'Occident du XIXe siècle. Tout cela entraîne rapidement des changements d'aspirations, de normes et de comportements, tant vis-à-vis de l'enfant (son travail et son coût) que de la femme (son statut) ou du groupe familial (passage à une famille très nucléaire, plus indépendante et plus affective), et tout cela conduit naturellement à des normes plus basses de fécondité, et donc à l'adoption de nouveaux comportements en matière d'espacement ou d'arrêt de la fécondité. » (WAKAM, 1999).

Cette hypothèse ne semble pas être vérifiée, ou ne l'a pas encore été en Afrique subsaharienne. A contrario, depuis les années 50 certains pays avaient déjà adopté des politiques similaires, du moins, volontaristes de limitation de naissance (Pakistan, l'Inde, l'Iran et la république de Corée). Ce nombre s'est accru dans les années 1970 et on en dénombrait une trentaine dont huit(8) africains (Botswana, Egypte, Ghana, Kenya, Maroc, Maurice, Nigeria et Tunisie) ; quatorze d'Asie, dix de l'Amérique latine et un en Océanie (N.U ; 1978 ; P.689) ;

Le Burkina Faso n'a pas été en reste. Il faut dire que la transition de la fécondité comme fruit de la modernisation n'est pas palpable de nos jours et l'on se demande s'il sera pour demain si rien n'est fait. En effet, encore environ 4/5 de la population vit en milieu rural. L'accélération de la croissance démographique est visible. Le taux de croissance démographique est passé de 2,4 % à 3,1% entre les deux dernières périodes intercensitaires (INSD, 2009), résultant principalement d'un maintien de la fécondité à un niveau élevé (Lankouandé et al, 2009). Il n'a pas adopté une politique de limitation de naissances, mais une politique de population avisée et optant d'imprimer un rythme d'évolution en adéquation avec le rythme de croissance économique depuis 1991. Si l'on devrait tirer un bilan global de la PNP du Burkina Faso, l'objectif n'a pas été atteint. Sinon, cette croissance devrait évoluer à la baisse.

En abordant la mise en œuvre de cette politique, nous pouvons constater des performances enregistrées mais aussi des insuffisances qui explique l'évolution constatée plus de la fécondité.

2.3.1 La place de la politique nationale de population (PNP) dans la transition actuelle de la fécondité

Convaincu que la population est un facteur essentiel de développement et soucieux de lui assurer la satisfaction de ses besoins fondamentaux, le Burkina Faso a adopté sa première politique de population en 1991 en l'intégrant la stratégie globale de développement du pays. Depuis ce temps, l'environnement institutionnel et politique et les options de développement ont évolué.

- Des mutations politiques et institutionnelles instaurant un Etat de droit et un pluralisme démocratique accompagnés d'un effort de décentralisation en cours de consolidation sont intervenues;
- la Lettre d'Intention de Politique de Développement Humain Durable a été adoptée (LIPDHD) ;
- Le pays adhère aux recommandations issues des grandes conférences internationales, notamment : la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement (Rio, 1992), la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (le Caire, 1994), le Sommet Mondial sur le développement social (Copenhague, 1995), la conférence internationale sur la femme (Beijing, 1995), la conférence internationale sur l'habitat et les établissements humains (Istanbul, 1996), la conférence régionale sur la population et le développement humain durable au Sahel (Ouagadougou, 1997).

La politique de 1991, avec 13 objectifs globaux et 24 objectifs spécifiques a très vite été perçue comme trop ambitieuse. Ce qui a conduit à sa révision en 2000. Ceci pour tenir compte des changements sociodémographiques. La PNP révisée comporte des objectifs intermédiaires et des axes stratégiques repartis entre six objectifs généraux (cf. l'encadré 1)

Encadré 1 : Objectifs de la politique nationale de population

Objectif général 1 : Contribuer à l'amélioration de la santé de la population, en particulier la santé de la reproduction.

Objectif intermédiaire 1-1 : Promouvoir une grande utilisation des services de santé de la reproduction en particulier par les femmes, les adolescents et les jeunes.

Objectif intermédiaire 1-2 : Réduire le taux brut de mortalité de 14,8‰ en 1996 à 10,4 ‰ en 2015.

Objectif intermédiaire 1-3 : Réduire d'ici l'an 2015 la mortalité maternelle de 60 %.

Objectif intermédiaire 1-4 : Réduire d'ici l'an 2015 la mortalité infantile de 60 %

Objectif intermédiaire 1-5 : Accroître le taux de prévalence contraceptive moderne de 6 % en 1998 à 19 % en 2015.

Objectif intermédiaire 1-6 : Réduire les taux de prévalence des IST de 50 % et du VIH/SIDA de 7,17 % en 1999 à 6 % en 2015.

Objectif intermédiaire 1-7 : Eliminer d'ici l'an 2015 la pratique des mutilations génitales féminines.

Objectif intermédiaire 1-8 : Promouvoir d'ici 2015 la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Objectif général 2 : Améliorer les connaissances en population, genre et développement.

Objectif intermédiaire 2.1 : Disposer d'une masse critique de cadres compétents en matière de Population, Genre et Développement au niveau central, régional et local d'ici l'an 2015.

Objectif intermédiaire 2.2 : Renforcer l'enseignement des questions de Population et Développement dans le système éducatif formel et non formel.

Objectif intermédiaire 2.3 : Approfondir la connaissance sur les interrelations entre Population et Développement.

Objectif intermédiaire 2.4 : Promouvoir l'Information-Education-Communication sur les questions de Population, genre et Développement pour un large public.

Objectif général 3 : Favoriser une répartition spatiale mieux équilibrée de la population dans le cadre de la politique d'aménagement du territoire prenant en compte le phénomène migratoire.

Objectif intermédiaire 3.1 : Favoriser la réinsertion des migrants internationaux de retour.

Objectif intermédiaire 3.2 : Promouvoir une meilleure prise en compte des problèmes de migration dans le processus de développement sous régional et africain.

Objectif intermédiaire 3.3 : Favoriser l'émergence de pôles régionaux de développement axés sur les villes moyennes et la fixation des jeunes dans leurs terroirs.

Objectif intermédiaire 3.4 : Renforcer les capacités et la participation des acteurs dans les actions de gestion de l'environnement.

Objectif général 4 : Promouvoir la prise en compte des questions de population, genre et développement durable dans les projets et programmes de développement au niveau national, régional et local.

Objectif intermédiaire 4.1 : Accroître les moyens d'action des populations, en particulier des femmes dans la conception et la mise en œuvre des politiques et programmes de population et développement.

Objectif intermédiaire 4.2 : Favoriser l'application des textes juridiques se rapportant à l'égalité des sexes.

Objectif intermédiaire 4.3 : Susciter l'adhésion des leaders d'opinion, du grand public et des partenaires au développement aux programmes de population.

Objectif général 5 : Valoriser les ressources humaines.

Objectif intermédiaire 5.1 : Améliorer le niveau et la qualité de l'éducation d'ici l'an 2015.

Objectif intermédiaire 5.2 : Accroître le niveau d'alphabétisation et plus particulièrement celui des femmes d'ici l'an 2015.

Objectif intermédiaire 5.3 : Intensifier les bases de l'activité productive d'ici l'an 2015.

Objectif intermédiaire 5.4 : Valoriser l'expertise nationale d'ici l'an 2015.

Objectif intermédiaire 5.5 : Promouvoir la protection et l'intégration sociale d'ici 2015.

Objectif général 6 : Assurer une coordination efficace et un meilleur suivi-évaluation de la mise en œuvre de la PNP et des PAP aux niveaux central et décentralisé.

Objectif intermédiaire 6.1 : Renforcer le SP-CONAPO en tant que structure centrale de référence en matière de coordination, de suivi et d'évaluation de la PNP et des PAP.

Objectif intermédiaire 6.2 : Renforcer l'opérationnalité des mécanismes de coordination, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la PNP et des PAP aux niveaux central et décentralisé.

SP/CONAPO, 2000 : PNP du Burkina Faso

Le contenu de la politique de population, surtout dans sa version révisée est appréciable dans sa vision et orientations à savoir « *contribuer à la lutte contre la pauvreté par la recherche d'un équilibre entre population et ressources* ». Ses objectifs tiennent compte des problèmes de population, des potentialités et contraintes Socio-économiques et environnementales. Ils constituent les attentes majeures dans chacun des grands sujets de préoccupation en matière de population et développement. Mais qu'en est-il de sa mise en œuvre depuis ses premières heures ? Il convient de la considérer depuis ses premières années par ce que les changements démographiques ne sont perceptibles qu'à long terme.

➔ **Un retard dans le passage à l'action par le Gouvernement**

Les problèmes relatifs à la croissance démographique n'ont été inscrits dans l'agenda politique du gouvernement burkinabè qu'en 1991 (SP/CONAPO, 2006). Comparativement à d'autres pays¹ en développement, ce retard constitue un hiatus de taille. Bien qu'un Conseil National de Population ait été créé en 1983, il a fallu attendre huit années plus tard, c'est-à-dire en 1991 pour mettre en place d'un Secrétariat Permanent. Ce dernier dont le rôle est de coordonner toutes les activités en matière de population, était composé essentiellement à ses débuts de cinq membres de deux profils différents, c'est à dire démographes et économistes, au détriment d'une équipe pluridisciplinaire. En outre, les activités du Secrétariat Permanent n'étaient pas inscrites au budget de l'Etat et la structure était amenée à dépendre essentiellement des projets qui l'appuyaient (SP/CONAPO, 2000).

➔ **Lenteur dans l'opérationnalisation de la Politique nationale de population (PNP)**

En tant que politique publique, la PNP vise à résoudre les problèmes d'ordre démographiques majeurs. Et dans le contexte burkinabè, comme d'ailleurs souligné par les objectifs spécifiques de la PNP, il s'agit d'obtenir un ralentissement de la croissance démographique.

Opérationnalisée par un premier Programme d'actions en matière de population (PAP I) entre 1991 et 1995, la PNP aux premières heures s'était focalisée sur :

- santé maternelle et infantile / Planification familiale et IEC en la matière ;
- promotion de la femme ;
- promotion des jeunes et protection de l'environnement.

L'évaluation sa mise en œuvre à l'aube de la révision de 1991 affirme qu'elle a été handicapée par l'adoption en 1991 du Programme d'ajustement structurelle (PAS) dont

¹ Pakistan, Inde, Iran et la république de Corée dans les années 50, huit(8) pays africains : Botswana, Egypte, Ghana, Kenya, Maroc, Maurice, Nigeria et Tunisie ; quatorze d'Asie, dix de l'Amérique latine et un en Océanie (N.U ; 1978 ; P.689

l'application a éclipsé le deuxième plan quinquennal au profit de la programmation triennale glissante, la multiplicité des intervenants et le manque d'opérationnalité des structures de coordination (SP/CONAPO, 2000).

Le retard dans la dotation du CONAPO d'un Secrétariat Permanent a créé un vide institutionnel pendant lequel le rôle de Secrétariat Permanent était joué tant bien que mal par le Projet Unité de Population dans ses différentes phases. L'insuffisance de la capacité managériale, le faible statut du Secrétariat Permanent (rang de direction), conjoints à ce qui vient d'être souligné n'ont offert à la mise en œuvre de la PNP qu'une performance mitigée au cours de la période de référence.

Néanmoins, à partir de 1997, un dynamisme nouveau a été insufflé au CONAPO.

➔ Insuffisances dans la mise en œuvre des PAP

L'une des faiblesses de la PNP a été sa très faible lisibilité au plan national, conséquence en grande partie d'un faible soutien politique. Si le discours officiel a été toujours approuvé, en revanche, l'engagement effectif n'a jamais dépassé le cadre formel, comme en témoignent les processus inachevés de mobilisation des ressources consacrées aux Programmes d'action en matière de population (CONAPO, 2005). Dakuyo et al. Dans la revue analytique estimaient que l'assistance globale de l'UNFPA ou des organisations partenaires du CONAPO ne saurait combler le rôle de l'Etat parce que dans les faits. Tout s'est passé comme si l'adoption de la PNP se suffisait en elle-même (SP/CONAPO, 2009). Ces mêmes auteurs citent la Banque Africaine de Développement pour souligner, qu' « *il y a eu ici au Burkina Faso comme dans beaucoup d'autres pays d'Afrique subsaharienne, un profond hiatus entre l'adoption sous forme de loi d'un document portant politique nationale de population et sa traduction dans les faits...* » (SP/CONAPO, 2009, page 30) En d'autres termes, la PNP dans ses deux versions successives n'a pas été portée par un véritable opérateur politique.

La Lettre d'intention de politique de développement humain durable (LIPDHD) adoptée en 1995, qui a marqué le retour des préoccupations de moyen terme, centrées autour du concept de « sécurité humaine »² a été une véritable occasion manquée pour une meilleure prise en compte des variables démographiques dans le dispositif technique et institutionnel de pilotage du développement. Le cloisonnement institutionnel et la faible tradition de multidisciplinarité n'ont pas permis d'exploiter les opportunités pour ce faire.

Les conséquences ne furent pas moindres sur l'exécution des activités en matière de population. C'est pour dire que cette indulgence a conduit à un faible impact des programmes de population et il n'est pas étonnant que le taux de prévalence contraceptive moderne attendu à 19 % en 2015 par la PNP reste dans le collimateur des questionnements et que le taux de croissance démographique reste au dessus de 3%. Au demeurant le pays connaît jusqu'au dernier recensement une croissance démographique non seulement soutenu, mais en pourparler avec un taux de croissance économique de l'ordre de 5 %. Le Burkina Faso doit viser son arc et tirer fort sur la proie des investissements en direction de tous les secteurs, en occurrence la santé, l'éducation, l'emploi et la liste n'est pas exhaustive.

Comparativement, la Tunisie avait un niveau de fécondité comparable à celui du Burkina Faso en 1960(soit plus de six enfants en moyenne par femme). Mais grâce aux prouesses politique de population acceptée par tous, le niveau de fécondité a baissé jusqu'à 2,9 depuis 1994(MS. Tunisie, 2003).

² Les cinq piliers définissant ce concept dans la LIPDHD1995-2005 sont : 1) la sécurité physique ; 2) la sécurité alimentaire ; 3) la sécurité sanitaire ; 4) la sécurité économique ; 5) la sécurité environnementale.

Au stade actuel³, cinq documents de politiques ou de programmes sont analysés. Ce sont : (1) le Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP), (2) le Plan Décennal de Développement de l'Éducation de Base (PDDEB), (3) le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) à travers ses tranches 2003-2005⁴ et 2006-2010 qui sont l'instrument de mise en œuvre de la Politique Sanitaire Nationale (PSN), (4) la Politique Nationale de Bonne Gouvernance (PNBG), (5) la Politique Nationale de l'Emploi (PNE). Les versions ultérieures du présent document intégreront d'autres politiques.

2.3.2 : place des politiques de développement dans la transition de la fécondité

➤ En quoi les politiques de développement ont-elles un rôle dans l'évolution de la fécondité ?

Les actions du développement comprennent des mesures qui ciblent les facteurs sociaux, culturels et économiques qui ont toutes une incidence sur la fécondité. C'est d'ailleurs pour cette raison que tous les secteurs de développement se retrouvent dans la plus part des cas, dans les objectifs des politiques de population. Comme nous l'avons évoqué dans la méthodologie, le progrès dans l'éducation, la santé, l'emploi, etc. a la faveur de conditionner positivement la mise en œuvre de la politique nationale de population. En permettant, par exemple, aux couples et aux individus d'avoir la possibilité de déterminer librement le nombre de leurs enfants, le moment de l'espacement de leur naissance, on accélère le mouvement vers les familles moins nombreuses et une croissance démographique plus lente. C'est dans cette optique nous situons la place des politiques de développement dans la transition de la fécondité.

2.3.2.1 Le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté(CSLP)

Le CSLP est un document cadre qui vise à énoncer les objectifs de développement prioritaires fixés par le Gouvernement. C'est l'instrument par excellence de mobilisation et de coordination de l'aide publique au développement (APD) **C'est un document cadre qui vise à énoncer les objectifs de développement prioritaires fixés par le Gouvernement.** (SP/CONAPO, 2010). Il assure la cohérence des stratégies sectorielles existant déjà ou en finalisation pour leur garantir un meilleur impact sur les populations bénéficiaires. Il est le reflet des choix essentiels menés au niveau des secteurs prioritaires. Dans le cadre de la mise en œuvre du CSLP, les objectifs quantitatifs majeurs sont : réduire l'incidence de la pauvreté de 46,4% en 2003 à moins de 35% à l'horizon 2015; (i) accroître le produit intérieur brut par habitant d'au moins 4% par an à partir de 2004 ; (iii) accroître l'espérance de vie à au moins 60 ans à l'horizon 2015. Ces objectifs s'inscrivent dans la perspective de la réalisation des objectifs du millénaire pour le développement et de ceux poursuivis par le Nouveau partenariat pour le développement de l'Afrique.

³ L'analyse des politiques est sensée couvrir aussi la Stratégie de Développement Rurale (SDR), le Schéma National d'Aménagement du Territoire (SNAT), le Cadre Stratégique de Lutte contre le SIDA (CSLS) et le Programme National de Gestion des Terroirs (PNGT 2) mais les documents de politiques ou de programmes se sont pas encore disponibles. La version ultérieure du document pourrait les contenir.

⁴ L'élaboration du PNDS a été suivie de celle du Plan triennal 2001-2003 qui a été effectivement mis en œuvre dans la période 2003-2005.

Défini comme tel, il est indiscutable que le CSLP est fédérateur des politiques sectorielles du pays dont l'éducation, la santé, etc. que nous analysons dans cette section. Ainsi, il ne sert pas d'y entrer en profondeur et surtout qu'est relativement mis en œuvre récemment(2009). Alors que les changements démographiques résultent des actions à long termes.

Néanmoins, si l'on partage l'idée selon laquelle la pauvreté et la fécondité élevée sont fréquemment associées dans la littérature consacrée à la démographie et au développement (Birdsall et Sinding, 2001), et que les pays les plus pauvres cumulent l'incidence de la pauvreté la plus élevée et les plus fortes fécondités, un aspect de la situation de haute fécondité est attribuable au CSLP. En effet, avec une incidence de pauvreté avoisinant 50 % (46,4 % en 2003) depuis des années, il va s'en dire, sur la base de cette hypothèse que le CSLP dans sa lenteur à réduire la pauvreté n'a pas suffisamment conditionné le succès de la PNP. On pourrait attribuer à la pauvreté résultante, la cause d'un manque de moyen par les populations pour acquérir les méthodes contraceptives souhaitées, payer les postes radio ou téléviseurs pour être au diapason de l'information pour le changement de comportement.

2.3.2.2 les politiques sanitaires dont la Planification familiale

Depuis quelques décennies, l'engagement de l'Etat burkinabé en matière de politiques de développement est appréciable dans le domaine sanitaire. Cela est visible à travers les lois, les documents de politiques et programmes élaborés en la matière. A partir de 1990, le système sanitaire a connu de nouvelles reformes :

- la mise en œuvre de l'initiative de Bamako ;
 - l'adoption d'une politique de médicaments essentiels génériques, la création d'une centrale d'achat de médicament(CAMEG) ;
 - la mise en place des districts sanitaires dans le processus de décentralisation ;
 - la réforme hospitalière engagée depuis 1997 dans le but d'améliorer la performance des hôpitaux nationaux et régionaux...
-
- La Déclaration d'Alma Ata en 1978, les OMD en 2000, sans oublier les CIPD, celle du Caire notamment, ainsi que bien d'autres rencontres au niveau régional et national ont permis au Burkina Faso de percevoir la santé et les droits des hommes, des femmes, des enfants et des jeunes comme des questions essentielles du développement humain durable. Les efforts et les interactions qui découlent de cette conviction ne sont pas sans impact sur la Planification familiale. En outre, on dénombre une panoplie de politiques et documents cadres dont mentionne l'analyse institutionnelle de la DSF et qui contiennent dans leurs objectifs spécifiques, le volet SR dont la planification familiale (DSF, 2007)⁵ :
-
- Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (2000-2004, 2005-2010) ; les objectifs de ce programme sont cohérents avec les OMD et en plus du fait qu'il vise à l'amélioration de l'accès aux services sociaux de bases dont la santé, les médicaments essentiels pour les pauvres ; la santé des femmes y est favorisée, et on note bien qu'au Burkina Faso, les produits contraceptifs font partie des médicaments essentiels.
 - Politique sanitaire nationale ;
 - Plan national de développement sanitaire 2001-2010 (plusieurs objectifs visant l'amélioration de la mise en œuvre du programme de la PF);
 - Cadre stratégique de lutte contre le SIDA et les IST (2001-2005, 2006-2010).

⁵ DSF(2007) : Analyse complémentaire de la situation de la sécurisation de l'approvisionnement des produits de la santé de la reproduction

Dans le volet marketing social, le cadre contenait dans ses objectifs spécifiques, celui d'accroître d'au moins 15 % (2001-2005) la disponibilité et l'accessibilité des préservatifs masculins sur l'ensemble du territoire et introduire le préservatif féminin ;

- Loi sur la santé de la reproduction 2005 ;
- Plan national de développement sanitaire révisé 2006-2010 ;
- Politiques, normes et protocoles en santé de la reproduction en 2000, élément de promotion de la santé des groupes vulnérables (femmes, enfants, adolescent et jeunes ...). Elle définit les grandes orientations en matière de santé de la reproduction ; répond aux questions importantes sur des thèmes comme les droits en matière de santé de la reproduction, la nature des services qui doivent être disponibles et les règles générales de leur prestation. Elle sert de référence aux décideurs nationaux et aux partenaires de développement socio-sanitaire pour la planification et les interventions.
- Plan stratégique de communication en santé de la reproduction 2007-2010 ;
- Stratégies nationales de subvention des accouchements et des soins obstétricaux et néonataux d'urgence au Burkina Faso 2006
- Liste national de médicaments essentiels 2007 ;
- Arrêté portant fixation des prix des médicaments au Burkina Faso 2008 ;
- Arrêté portant exonération des taxes de douane sur les médicaments essentiels génériques ;
- Etc.

Spécifiquement, par rapport à la PF, des documents spécifiques ont été élaborés :

- Politique nationale de population, depuis 1991
- Analyse situationnelle sur la sécurisation des produits contraceptifs 2006-2015 ;
- Guide de gestion de la logique contraceptive ;
- Module de formation en PF clinique ;
- Subvention des produits contraceptifs ;
- Création d'une ligne budgétaire pour les contraceptifs.
- Plan stratégique de la santé de la reproduction au Burkina Faso, 1998-2008 (rassemble l'ensemble des programmations importantes du gouvernement pour réaliser les objectifs fixés au plan national dans le domaine de la SR).

Ce qui précède témoigne les efforts consentis par le gouvernement dans la promotion de la santé en générale et la santé de la reproduction (SR) et Planification familiale (PF). Tout laisse croire qu'il n'y a aucune raison d'échouer en la matière. Et pourtant, les transactions de dizaines d'années n'ont pas pu induire des changements escomptés. Avec un indice synthétique de fécondité supérieur à sept enfants par femme en 1965, la Tunisie se situait dans un schéma de fécondité similaire aux autres pays arabes et à bon nombre de pays africains dont le Burkina Faso. Alors que, trente ans plus tard, certains pays africains affichent des taux toujours aussi élevés, la Tunisie fait désormais partie des pays à transition démographique avancée. Affichant un indice de 2,9 enfants par femme en 1994, ce pays fait figure de référence en la matière sur le continent et dans le monde arabo-musulman (F. SANDRON, 1998)⁶. Cela veut dire que le changement est possible, même s'il faut encore se rallier aux chercheurs qui soutiennent que *«le changement des conditions humaines et sociales défavorables en Afrique exigent une réorientation de toute la base de développement dans la région. Cette réorientation doit se fonder sur les capacités locales et les renforcer tout en créant la confiance en soit chez les populations. (...) s'accompagner d'une promotion de la responsabilité des populations, notamment des femmes et les jeunes qui doivent être les agents d'un changement positif. Il faut à cet égard, une stratégie globale et intégrée de développement et de transformations structurelles dont les préoccupations liées au développement humain doivent constituer l'élément principal »* (ZANOUE et al.).

⁶ Frédéric SANDRON : La baisse de la fécondité en Tunisie ; dossiers du CEPED, n°49, Paris 1998

Sur le plan sanitaire dans son ensemble, le pays a enregistré des progrès évidents. et cela s'est traduit par une baisse régulière de la mortalité générale dont le taux est passé de 32 ‰ en 1960 à 11, 8 ‰ en 2006. quant à l'espérance de vie, elle a atteint 56,7 ans en 2006. Il s'agit d'une performance louable même si beaucoup reste à faire. Les efforts pour garantir l'offre ont été fructueux, en témoigne les indicateurs y relatifs comme l'indique le tableau 5.

Tableau 5: Ratios en nombre d'habitants par catégorie de personnel de santé en 2008

Catégorie de personnel	Médecin	IDE	SFE/ME	IB	Pharmacien
Normes OMS ¹	10 000	5 000	5 000	3 000	20 000
Effectifs d'agents de la catégorie ²	473	2 575	697	2 170	78
Ratio (nombre d'habitants/agent) ³	31 144	5 721	21 135	6 789	188 861
Taux de couverture des besoins(%) ³	32,1	87,4	23,7	44,2	10,6

Source : (1) DEP-Santé Tableau de bord santé 2006, 2007 ; (2) DGISS Annuaire statistique 2008 ; (3) SP/CONAPO, 2009 : rapport national 2008 sur l'état de la population

Interrogeons maintenant le Programme national de la planification familiale.

➤ **Brève historique sur le processus de mise en œuvre de la planification familiale(PF) au Burkina Faso**

- En 1978, le Burkina Faso est membre de l'OMS et a souscrit à la déclaration d'Alma Ata relative aux soins de santé primaire, dont la composante en Santé maternelle et infantile (SMI) comprend un volet PF, mais aucune application de cette partie.
- De 1978 à 1984, les activités de la PF étaient menées de façon éparse au niveau des maternités, des hôpitaux par quelques agents de santé formés à l'étranger et par des associations pionnières en matière de PF (*DIAWARA*⁷, A. 1999);
- La Direction de la santé de la famille(DSF), aujourd'hui Direction de la santé de la mère et de l'Enfant(DSME) fut créée en 1984 ;
- En 1984, la DSF a organisé un séminaire de réflexion qui a permis de recenser de nombreux problèmes de santé et de problèmes socioéconomiques qui nécessitent la PF (*ibid.*) ; cela a conduit à l'adoption d'un plan d'action national en matière de PF le 10 avril en conseil de ministres (les objectifs visés étaient (1)de réviser la loi française de 1920 interdisant l'utilisation des contraceptifs et élaboration des textes adaptés à la politique de PF au BF ; (2) multiplier les formations sanitaires pour la protection de SMI et y intégrer la PF ; (3) former le personnel nécessaire ; (4) informer et sensibiliser les familles sur le rôle d'espacement convenable de naissances et faciliter leur accès aux méthodes contraceptives appropriées ; (5) définir et introduire un programme d'éducation en matière de population dans les établissements scolaires et un programme de PF dans les écoles de formation professionnelles, supérieures et université, dans les centres d'apprentissage ; (6) assurer la lutte contre les MST et la stérilité ;
- Jusqu'en 1985, la pratique de la méthode contraceptive était illégale car soumise à la loi de 1920.

⁷ Aïcha DIAWARA(1999) : Communication et planification Familiale au Burkina Faso, Université de BORDEAUX III, 489 P.

- Depuis 1985, les prestations de la PF ont commencé à s'étendre progressivement sur l'ensemble du territoire et d'autres centres assurent les prestations au niveau de Ouaga : la clinique des sages-femmes, l'association burkinabè pour le bien être familiale (ABBEF), AVOB, APAF, et quelques cliniques privées.
- C'est également la même année qu'avait été créée l'ex-Ministère de l'Essor Familial et de la Solidarité Nationale avec en son sein, la Direction de la PF en charge des activités de la PF.
- En 1986, il y a eu mise en place d'un projet bilatéral entre le Burkina Faso et USAID avec pour visée, le « soutien des activités de PF ». A partir de cette date, le plan d'action prévoyait plusieurs actions dont la révision de la loi de 1920 ; définition et introduction de l'Education en Matière de Population dans les établissements scolaires ; un programme de Planification Familiale.
- En 1987, le programme de la PF géré par les activités IEC de la DSF a été introduit par Population communications services (PCS) de l'université John Hopkins dans le cadre du projet USAID au Burkina Faso.
- En 1992, les activités en IEC sont introduites dans 10 provinces couvertes par l'UNFPA et les activités se faisaient sur trois axes : au niveau des formations sanitaires (formation en IEC des éducateurs sociaux et des accoucheuses auxiliaires dans les formations sanitaires fournissant des services en PF, élaboration des messages éducatifs fondés sur des études CAP) ; au profit des jeunes du secteur informel ; et au niveau de chaque province (augmenter la connaissance de la population en PF).

Mesures prises par les autorités en matière de PF

Plusieurs mesures ont été prises. Sur le plan législatif, une ZATU abrogea la loi de 1920 touchant sa partie contraceptive, mais l'avortement reste interdit. Une mesure éducative a permis la signature de l'introduction dans l'éducation en 1987, de l'éducation en matière de population (EmP).

Mesures ministérielles.

- Adoption du plan d'action au conseil de ministres en Avril 1985 ;
- Création de la Direction de la Santé de la Mère et de l'Enfant ;
- Intégration de la PF dans les formations sanitaires ;
- Vulgarisation des contraceptifs (vente à des prix forfaitaires) ;
- Reconnaissance des associations menant les activités de PF ;
- Un Koega portant suppression de l'obligation des examens para cliniques préalables à la contraception hormonale a été pris en février 1988.

Gestion du système de la PF

Les programmes de la PF sont principalement gérés de façon pyramidale à cinq niveaux :

- La DSF, chargée de proposer les politiques et de coordonner les programmes en matière de la SR/PF
- Les Directions Régionales/Districts sanitaires chargées d'opérationnaliser les programmes.
- Les formations sanitaires chargées de donner les services cliniques et non cliniques.

- Autres Ministères tels : Ministère de l'éducation nationale(EmP plus l'éducation des jeunes en matière de sexualité dans les établissements secondaires et primaires), Ministère de l'agriculture(assure occasionnellement la sensibilisation et l'éducation au niveau des groupement villageois à travers les vulgarisateurs), le Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale (MASSN), le Ministère en charge de l'information, le Ministère de la promotion de la femme, le Ministère de la promotion des droits humains ; ces Ministères sont chargés des grandes orientations des activités relatives à la SR.
- Les associations : l'ABBEF (apporte son secours à l'application de la politique nationale de PF, notamment à Ouagadougou, Bobo, Koudougou, Koupéla...), ABSF (promotion de la santé de la famille à travers la clinique), APAF (promotion de la PF Naturelle au près des couples et des jeunes)...

L'étude sur la segmentation du marché des contraceptifs conclue que les pilules, les injectables et les condoms se dégagent nettement.

On souligne néanmoins qu'à l'état actuel du taux de prévalence contraceptive et de la couverture obstétricale, il ya un gap important dans l'approvisionnement des produits contraceptifs.

Vue comme tel, la PF a bien commencé au Burkina Faso. Cependant, l'engagement politique ne s'est pas traduit par une augmentation des ressources financières au système sanitaire et en conséquence, ce dernier est de nos jours, fortement dépendant des bailleurs de fonds externes (DSF, 2005). *« L'avènement du VIH/SIDA a induit une baisse d'intérêt pour la PF, l'attention étant orientée vers la lutte contre le VIH/SIDA; qu'il s'agisse des populations, des acteurs de terrain et des bailleurs, la PF ne bénéficient pas de formations, de compétences et de supervision. Le matériel de PF qui était mis en place vieillit et se détériore. Il n'y a plus d'expérience ni d'enthousiasme pour la chose. » (Personne ressource, DSF).*

A l'évolution actuelle des choses, le niveau insatisfaisant de la prévalence contraceptive (13,8 %) ne peut qu'être la résultante des efforts politiques conjugués, confrontés aux pesanteurs socioculturels. Une étude réalisée par PROMACO en 2007 au compte de la DSF conclut que l'utilisation des produits contraceptifs demeure limitée, aussi bien qu'il s'agisse de l'utilisation passée comme l'utilisation actuelle. Les pilules, les injectables, et les condoms sont les mieux utilisés. Les facteurs explicatifs sont : la disponibilité des produits et les normes sociales comme facteurs d'opportunité ; les connaissances et l'efficacité comme facteurs de capacité ; la perception de la sévérité, les croyances et le point de contrôle comme facteurs de motivation. Chez les hommes, les déterminants majeurs sont les normes sociales en termes de facteurs d'opportunité ; le soutien social comme facteur de capacité. L'analyse de la distribution révèle une bonne couverture pour les pilules. La distribution de l'injectable demeure exclusivement du domaine du secteur public. Si les prix du secteur public sont règlementés, on note un large éventail de prix du secteur privé, compte tenu de la large gamme de produits contraceptifs distribués par celui-ci.

➤ Démarrage tardif du Programme national de la PF

La Planification Familiale est un ensemble de mesures techniques, psycho-sociales et éducatives qui permettent aux couples ou aux individus d'atteindre certains buts en fonction de leurs possibilités et leurs désirs (naissances désirées, intervalle inter génésique, évitement de naissances non désirées, nombre d'enfants) (Z. CONGO, 2007).

L'analyse situationnelle sur la sécurisation des produits contraceptifs (DSF, 2005) révèle un engagement politique en matière de la PF. L'état a fait siennes les résolutions issues des grandes conférences. Cela a catalysé la fixation de la conscience nationale autour du bien-

être social, du bien-être des femmes et des enfants, la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services en matière de SR dont la PF. Et la mise en œuvre de ces résolutions s'est traduite, dans le domaine sanitaire, par des transactions en termes d'organisation des services, de mise en place d'un processus de planification de suivi/supervision des activités sur le terrain, de mise en place d'un cadre législatif facilitant la mise en œuvre des activités sur le terrain, enfin en termes d'allocation de ressources.

Cependant, le démarrage et le déroulement des activités en la matière se trouvent intrinsèquement dépendant des dispositions institutionnelles dont nous venons de relever quelques caractéristiques : un retard dans le démarrage des programmes de la planification familiale qui est intrinsèque à un retard politique.

Etant donné la lenteur des changements politiques, il aurait fallu sitôt démarrer le Programme de la PF, c'est-à-dire depuis 1960. L'impact des résultats de l'engagement politique récent de la part de l'Etat ne saurait être visible que dans le futur.

➔ **Déconnexion entre Politique nationale de population et Programme de planification familiale et perte de vue du volet sociale de la PF**

Dans la pratique, on note une déconnexion entre la Politique nationale de population et la mise en œuvre des programmes de planification familiale. Aux premières heures, les programmes en matière de PF étaient exécutés par un seul ministère à caractère social et sanitaire : le Ministère de la santé et de l'Action sociale ; Cela se faisait pratiquement à l'exclusion du CONAPO ou de son Secrétariat Permanent, structure à la quelle incombe au premier lieu l'exécution de la PNP. En effet, c'est cette PNP à travers sa vision de fécondité qui donne le droit de cité à la PF, et donc définit ces grandes orientations. Non seulement, il y a eu cette déconnexion, mais aussi, la scission du Ministère de la Santé et de l'Action sociale en Ministère de la Santé d'une part, et d'autre, le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale(MASSN), a entraîné une perte de vue du volet sociale de la PF.

➔ **Autres limites dans la mise en œuvre du programme de planification familiale**

Des études et expériences de mise en œuvre des programmes de PF sur le terrain ont relevé un ensemble d'obstacles: les problèmes d'offre(accessibilité géographique, financière, et problèmes organisationnels, les obstacles socioculturelles(opposition de certaines populations à l'utilisation des moyens contraceptifs modernes, la mentalité pronataliste, l'analphabétisme, les rumeurs sur les effets secondaires des méthodes contraceptives (DIAWARA, 1999).

Les entretiens font ressortir que les objectifs en matière de PF et PNDS ne sont pas totalement atteints et qu'en matière de PF, "*Il faut cibler les gens par rapport au marché de la contraception*". En effet, au regard des quantités distribuées et des parts respectifs de marché public et privé, la part de marché du secteur privé s'avère insuffisante pour contribuer efficacement à la prise en charge globale des populations à faible niveau de revenu dans la perspective de la sécurisation globale du pays en produits contraceptifs(DSF,2007).

Dans le même sens, une personne ressource de l'ABBEF précise que : « *les raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives sont variables d'une localité à une autre : problème de disponibilité, d'accessibilité(moyens humains et financiers) conjoints à l'avènement du VIH/SIDA où il ya une promotion disproportionnée des préservatifs au détriment des autres méthodes contraceptives; il ya aussi notamment, l'opposition ou la non implication des hommes qui voient les produits contraceptifs comme moyens d'adultère* »;

i. L'accessibilité et disponibilité des services de PF

Le milieu rural souffre d'un manque d'infrastructures par rapport au milieu urbain, ainsi que des ressources humaines de prestation de services comme le révèle l'analyse situationnelle de la sécurisation des produits contraceptifs en 2005⁸.

Une personne ressource résume ces obstacles en ces termes : « *le niveau d'instruction encore bas ; la ruralité/prédominance l'agriculture qui ne permet pas une activité assez rémunératrice, en conséquence la pauvreté ne permet pas d'assurer les besoins alimentaires de base et la contraception devient un luxe* » (personne ressource A, DSF).

ii. Qualité de services et prestations

Les entretiens font ressortir qu'en matière de PF, on se trouve dans la même situation que les soins curatifs : des problèmes au niveau de l'accueil, de l'information, de l'organisation des services. Les normes de prestation consistaient d'abord en une causerie de groupe par rapport à l'utilisation des produits contraceptifs ; ensuite un entretien individuel entre patient et prestataire pour montrer les avantages et inconvénients de chaque produit, avant de laisser la latitude de choix au patient. Mais en réalité ces étapes sont parfois escamotées. Non seulement, les services ne sont pas toujours disponibles, mais aussi toutes les structures sanitaires ne sont pas assez équipées pour une offre adéquate d'informations sur la SR et ses produits et il y a un manque de compétence du personnel à la gestion des produits.

Chaque année, l'ABBEF mène des études de façon trimestrielle sur la satisfaction de ses clients. Celle réalisée en fin 2007(08/01/2008) fait ressortir que le droit des clients sont respectés, mais des insuffisances peuvent être relevées. Ces insuffisances expriment l'insatisfaction des patients en termes :

- un manque d'information sur les modes de transmission du VIH/SIDA, du cancer du col de l'utérus, et du cancer de sein. « *Par rapport à l'information/communication en PF, il faut noter que les agents de santé ne font pas des sorties sur les terrains. [parce qu'] Il ya beaucoup à faire sur les soins curatifs. Par conséquence, on fait recours à la contractualisation avec tiers associations pour la sensibilisation* » (personne ressource, ABBEF).
- un temps passé à la clinique par les clients qui n'est pas parfois raisonnable ;
- un manque d'opportunités offertes aux clients d'exprimer leurs opinions sur les services fournis.

En résumé on retiendra que l'information insuffisante ou erronée de la population, la mauvaise qualité de l'accueil dans les services, la mauvaise qualité de communication, le choix parfois guidé, l'intimité des patients quelque fois bafouée (Diawara, 1999) sont autant des faits qui décrivent l'état de la qualité des services.

⁸ L'inaccessibilité géographique : en 2004, une burkinabè parcourait en moyenne 8,34 km pour se rendre de son domicile au centre de santé le plus proche. La région du centre qui a l'avantage d'être plus urbain enregistrait un rayon moyen d'action de 3,12 km contre 13,4 pour la région du sahel. Cet éloignement des centres de santé constituent des facteurs dissuasifs pour les populations, en occurrence celles dont la conviction sur les bienfaits de la PF est vacillante.

- L'accessibilité financière qui s'exprime en termes de prix élevé des produits contraceptifs en général, du Norplant en particulier, notamment en milieu rural.
 - L'incapacité des formations sanitaires à faire face aux besoins des clients.
 - Les facteurs inhérents aux produits : les ruptures de stocks, l'absence de toute la gamme des méthodes contraceptives, les rumeurs sur les effets secondaires des contraceptifs.
- Depuis 1992, 19 % des femmes interrogées à l'EDS déclaraient ne plus vouloir d'enfants et 50 % désiraient un intervalle inter gènesique supérieur à 2 ans (DIAWARA, 1999, P122). Ces indicateurs sont respectivement de 23 % et 47 % en 2003.

iii. Une faible promotion de la PF :

Outre l'indisponibilité à l'échelle nationale, le programme de la PF souffre d'un faible niveau de promotion. Aux premières heures, la stratégie avait consisté à sensibiliser le public aux prestations de PF en termes d'espacement de naissances, sans renseigner sur les diverses méthodes disponibles, ni les endroits dans lesquels les trouver. (*Ibid.*). Cet auteur souligne que dans d'autres pays, la réussite des programmes de PF s'est reposée sur le recours à la fois aux communications interpersonnelles et les médias qui sont complémentaires.

iv. Faiblesse des capacités institutionnelles

La DSF souffrait d'un problème organisationnel dans les années 1999 : personnel mal supervisé, système d'information incapable de fournir les informations nécessaires au suivi des actions de PF, non fiabilité du système d'approvisionnement en contraceptifs ;

La DSF ne dispose pas suffisamment de moyens de transport spécifiques alloués à la distribution des produits contraceptifs aux magasins provinciaux et ces derniers profitent des missions occasionnelles pour s'approvisionner. Le fait que cette distribution ne se fait pas selon un calendrier préétabli entraîne soit un sur-stockage, soit des ruptures de produits au niveau intermédiaire et périphérique ;

v. Cherté des prix dans le secteur privé

Il y a présentement un gap important dans la capacité d'approvisionnement et de dispensation des services en SR/PF entre le secteur public et le secteur privé. Bien qu'il ait une disposition pour impliquer le secteur privé dans les fournitures des produits contraceptifs de haute qualité, il est difficile d'obtenir dans ce secteur, des produits à un prix réduit.

vi. La "scission" du Ministère de la santé et de l'Action sociale en 1994 en deux ministères

Le Ministère de la santé et de l'Action sociale était chargé à la fois des politiques sanitaire et sociale au Burkina Faso. Il s'acquittait de sa tâche technique par l'intermédiaire de la Direction de la Santé de la Famille en son temps. Ce dernier gérait les activités de la PF en les intégrant à la SMI (services et IEC). La Direction de la promotion de la Famille qui œuvrait pour le bien-être familial, participait aussi activités d'IEC en matière de PF. La **scission** de ce Ministère de la santé et de l'Action sociale en deux (Action sociale et Santé) a induit une perte de vue conséquente du volet social, notamment la PF dans les stratégies sanitaires. Ce qui est en contradiction avec le but premier des Centres de Santé et de Promotion Sociale(CSPS). Les agents sociaux pouvaient, en collaboration avec les centres de santé, intervenir pour une meilleure continuation de l'usage de la contraception en rappelant les perdus de vue et en motivant les utilisateurs pour un usage optimum des moyens contraceptifs.

vii. Discordance dans la coordination du système de gestion de PF au niveau national;

Les entretiens font ressortir une mise en place récemment, d'un cadre de concertation entre les différents acteurs en matière de PF : le Comité de pilotage du PSC (CAMEG, ABBEF, PROMACO/GTZ, OMS, SP/CNLS et SP/CONAPO). Il existe également au niveau de la Direction de l'hygiène publique et de l'éducation pour la santé (DHPES), un plan intégré de communication, mais ce dernier est confronté à un problème de ressources. Par conséquent, les programmes de communication sont axés sur la radio/télévision et n'arrivent pas à atteindre les ruraux. Pourtant, il faudrait aller au-delà des médias et c'est là d'autant plus que la proportion de personnes possédant la télévision ou la radio est très limitée.

Ce qu'il faut retenir, c'est qu'avant 2008 il n'existait pas un cadre commun permettant une synergie d'actions de tous les acteurs excepté l'ABBEF qui travaillait avec la DSF. Il a fallu attendre cette date pour qu'il y ait une mise en place d'un consortium (d'associations) pour avoir force nette et l'implication de la société civile (personne ressource).

viii. hésitation des bailleurs

Le faible engagement de l'état dans les dépenses liées à la mise en œuvre de la Planification familiale fait place à l'hésitation des bailleurs externes. « *Il faut un engagement politique fort, un financement conséquent ; il faut que l'Etat mette assez de moyen sur la PF en tant que affaire de développement ; sinon les bailleurs sont hésitant* ». (Personne ressource)

ix. Diversités dans les objectifs, diversité des stratégies

Les interviewés soulignent que « *L'existence de (multiplicité) partenaires en matière de PF est un atout, une force, mais il ya des difficultés du fait qu'il existe des différences entre groupes d'intervenants et leurs références respectives* ». Aussi « *Il ya des populations qu'on n'arrive pas à atteindre : folles et filles de la rue, les enfants malheureux, les femmes en milieu carcéral..., ce sont des situations que l'on gère au cas par cas* » (Personne ressource, ABBEF⁹).

On constate que ces différents acteurs pas littéralement les mêmes objectifs. Outre le fait d'avoir des références différentes, nombre de ces acteurs ont des objectifs globaux différents, mais contiennent dans leurs objectifs spécifiques, un volet planification familiale. Il va s'en dire que l'importance accordée à la PF soit relative et cela se sentira dans la mise en œuvre.

La DSF, après le démarrage de la PF en 1986, a d'abord dans un premier temps concentré ses programmes dans les zones urbaines. Par la suite, elle procéda par l'approche "district" pour atteindre le milieu rural. Dans les années 1996, elle a testé une nouvelle approche avec l'appui de Population Council. Ce programme (Laboratoire de Santé Communautaire) visait l'amélioration de l'accessibilité et la qualité des services dans une zone rurale de la province du Bazèga.

⁹ L'ABBEF travail à l'épanouissement de la population en général, des adolescents en particulier (à travers l'offre de services de SSR de qualité ; la lutte contre les IST/VIH/SIDA ; lutte contre les pratiques traditionnelles néfastes ; la promotion de relations harmonieuses entre les hommes et les femmes). Cette ONG contient un volet PF dans chaque région où il exerce depuis ces premières heures, ensuite elle a intégré le volet SR avec l'avènement de la CIPD-94. Elle cible prioritairement les jeunes, les femmes et les hommes, mais aussi les couches vulnérables (jeunes de la rue, les vendeuses ambulants et les handicapés) ; Les antennes de l'ABBEF exécutent des projets dans leur région respective ; les stratégies cliniques aussi, qui consiste à former des leaders commun ; le site du siège aussi fait des sorties dans les villes et villages ;

Pour une meilleure synergie d'actions, il est temps que toutes les expériences et stratégies, déjà expérimentées dans le pays depuis les premières heures de la PF jusqu'à nos jours, soient synthétisées. Non seulement cela permettra d'avoir une vue globale des particularités sociales pouvant constituer d'obstacles à la PF, mais aussi et surtout un ensemble de stratégies auxquels n'échapperont les foyers de résistances aux changements.

On a pu noter un relâchement et une certaine défaillance dans les stratégies de PF à une période antérieure. Il n'y avait pas de programmes structurés de communication en matière de PF depuis 1985 jusqu'à une date récente. Il faut ajouter le fait que les premières initiatives, en plus du fait d'être inconsistantes, aient été quasiment abandonnées au profit des transactions de lutte contre le VIH/SIDA. Pour preuve, il existe des Organisations à base communautaires(OBC) encore opérationnelles en faveur ce dernier, au détriment de la PF, qui pourtant en a besoin pour son expansion comme l'a si bien démontré l'expérience du Laboratoire de Santé Communautaire de Bazèga exécuté dans les années 1990.

2.3.2.3 La place des politiques éducatives dans la transition actuelle de la fécondité :L'éducation et l'alphabétisation

L'éducation est abordée dans cette section en termes d'instruction dans le contexte où elle prédispose les populations à l'acceptation de la modernité et aux changements. Cet exercice a déjà été effectué au Burkina Faso dans le cadre du Rapport d'Etat sur le Système Educatif (RESEN)¹⁰.

L'éducation peut agir par plusieurs mécanismes sur les comportements démographiques (Hugon. 2007, cité par Kobiané Loyé, 2009) :

- Effet de l'éducation de la mère sur la morbidité et la mortalité des enfants ;
- Effet de l'éducation sur le recul de l'âge d'entrée en union ;
- Effet de l'éducation sur la fécondité

Dans le domaine de la contraception, le niveau d'instruction des femmes est un facteur de plus grande utilisation des méthodes contraceptives. Considérant le tableau 6, les écarts d'utilisation des méthodes contraceptives s'approfondissent avec l'augmentation du niveau d'instruction. En 2003, la pratique contraceptive est cinq fois plus répandue chez les femmes de niveau secondaire et plus que chez celles qui n'ont pas été à l'école. L'évolution du niveau de prévalence contraceptive entre 1993 et 2003 a été respectivement de :

- 4,6% à 10,6% chez les non instruites : soit un accroissement de 6 points ;
- 19,5% à 18,5% pour celles du primaire : soit une baisse de 1 point ;
- 49,4% à 52% pour celles du secondaire ou plus, correspondant à un accroissement de 5,6 points.

10 Le RESEN est un diagnostic du système éducatif dans toutes ses dimensions. L'exercice a été réalisé de 2007 à 2008 par un groupe de spécialistes burkinabè de l'éducation, avec l'appui technique et financier de la Banque mondiale et du Pôle d'Analyse Sectorielle de l'Education de Dakar.

Tableau 6: Prévalence des méthodes contraceptives des femmes en union selon le milieu de résidence

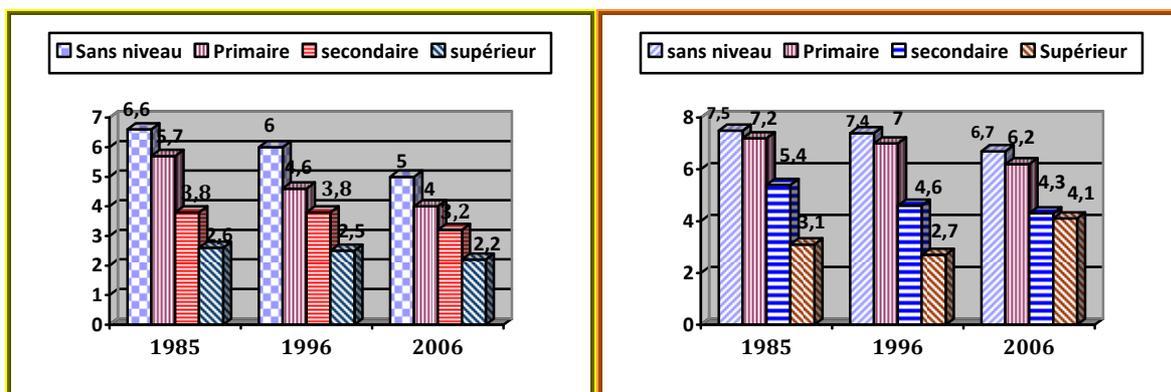
Méthodes contraceptives	Sans instruction			Primaire			Secondaire ou plus		
	1993	1998	2003	1993	1998	2003	1993	1998	2003
Toutes méthodes	4,6	9,7	10,6	19,5	23,1	18,5	49,4	52,2	52,0
Méthodes modernes	1,9	3,2	5,7	12,7	13,1	13,2	31,6	36,6	43,2
Méthodes traditionnelles	2,7	6,5	4,9	6,8	10,1	5,4	17,9	15,6	8,8

Sources: INSD, EDS-I, II, III

L'importance de l'éducation est également manifeste quand on considère la fécondité différentielle selon le niveau d'instruction. Le corollaire de sa prédisposition à l'acceptation des méthodes contraceptives joue un rôle la baisse plus rapide du niveau de fécondité chez les femmes les plus instruites (cf. graphiques 4.1 et 4.2).

Si toutes les femmes (100%) burkinabé étaient instruites jusqu'au niveau supérieur le niveau de fécondité du pays serait de 2,2 enfants par femme en 2006 et 4,1 en milieu rural. Si 100 % avaient atteint le niveau secondaire, ces niveaux seraient respectivement 3,2 et de 4,3 en 2006. Si tel était le cas, la PNP ne serait pas actuellement en train de poursuivre une baisse de la croissance démographique et implicitement à une baisse de la fécondité.

Graphique 4: Graphiques comparatifs de l'ISF par niveau d'instruction des femmes selon l'année et le milieu de résidence



4.1 Milieu urbain

4.2 Milieu rural

Source de données: exploitation des bases de données

Le rôle de l'éducation en général, de l'instruction en particulier est donc central dans la détermination des comportements des individus, notamment vis-à-vis des phénomènes démographiques. « *Sans scolarisation, pas de développement. Seule l'éducation peut donner à un pays les compétences dont il a besoin pour assoir durablement son économie et améliorer la qualité de vie de sa population* » (Banque Mondiale, 1987). Les gouvernements africains ayant bien compris cette réalité ont entrepris, au lendemain de leur accession à l'indépendance, un gros effort de développement des capacités éducatives depuis le cycle primaire jusqu'au supérieur. En raison de cette même vision la Banque Mondiale a tenu à appuyer l'effort d'expansion et d'amélioration de l'éducation, particulièrement en Afrique subsaharienne. Au Burkina Faso, la prise de conscience s'est traduite par de nombreuses réformes successives et innovations dont on peut citer :

- L'introduction d'un programme d'éducation en matière de population (EmP) dans les établissements scolaires et un programme de PF dans les écoles de formation

professionnelles, supérieures et universitaire, dans les centres d'apprentissage dans les années 1987.

- L'organisation en 1994 des Etats généraux de l'éducation où : « *plus de 500 personnes représentant toute les sensibilités nationales, les départements ministériels, les syndicats et associations diverses, les organisations internationales impliqués dans l'éducation ainsi que les personnes ressources* »¹¹ se sont rassemblées autour du thème « *Un consensus national pour une éducation efficace* ».

Des transactions pareils, particulièrement accrues à partir des années 1990 ont passé le système éducatif au peigne fin et proposé les éléments de base en vue d'une réforme nouvelle, celle entamée en 2006 qui tente de s'articuler aux besoins de l'économie, et qui réorganise l'école en établissant des passerelles entre les sous-systèmes. Dans cette nouvelle réforme, l'enseignement de base s'élargit pour prendre en compte le post-primaire, c'est-à-dire le premier cycle du secondaire.

Ces efforts ont porté à une date récente(2006), le niveau d'éducation nationale à un taux d'instruction de 26 % pour la population de 3 ans et plus, soit 18 % de niveau primaire et 8 % de niveau secondaire et plus (Kobiané et Bougma, 2009)¹². C'est pour donc dire qu'en 2006, 74 % de la population ayant au moins 3 ans ne sont pas allés à l'école. Et on note un déséquilibre très marqué entre sexes au profit du sexe masculin et entre milieux de résidences au profit du milieu urbain. En considérant la population âgée de 6 ans et plus, on observe que plus de 7 personnes sur 10 (71 %) n'ont aucun niveau d'instruction. En plus, la proportion des personnes instruites diminuent avec le niveau d'étude : à peine 20 % des individus ont le niveau d'études primaire et 6 % le secondaire premier cycle. Les niveaux secondaire- second cycle et supérieur ne concernent qu'une infime partie de la population considérée, soit respectivement 2% et 1% (*ibid.*)

En considérant l'alphabétisation, environ une personne sur quatre (26,2%) des personnes âgées de 10 ans et plus, est apte à lire et à écrire en langue nationale ou étrangère. Ce niveau national masque d'énormes inégalités entre hommes et femmes d'une part, et entre villes et campagnes d'autre part. En effet, les hommes sont alphabétisés à 33,0% contre 20,2% pour les femmes. Le taux d'alphabétisme atteint 57,0% en milieu urbain contre seulement 15,7% en zone rurale (*ibid.*).

L'éducation, qui a l'avantage d'induire l'acceptabilité du changement, de la modernité chez les bénéficiaires devait donc à la faveur de l'introduction de l'éducation en matière de population(EmP) dans les programmes scolaires (depuis 1987) et de l'augmentation de la proportion des personnes instruites au sein de la population, apporter un plus dans la mise en œuvre des politiques, dont la Planification familiale. Toutefois, on constate des résultats mitigés dans l'introduction même de l'EmP que le progrès dans l'éducation qui s'est traduit par des niveaux très bas des indicateurs. Ce niveau d'éducation(en général, celui des femmes en particulier(...)), la prédominance de l'analphabétisme en milieu rural) est jugé insatisfaisant pour impulser convenablement les programmes de PF. Témoignant ainsi, les limites de la contribution des politiques éducatives à l'essor de la Planification familiale au Burkina Faso. Le succès de la planification familiale est conditionné par l'éducation dans ce sens que l'instruction est gage d'ouverture d'esprit, d'acceptabilité de la modernité et du changement. Les progrès réalisés au niveau national dans tout autre secteur du développement, aurait des répercussions positives sur les programmes de PF.

Comme résultats intrinsèques à ce faible niveau d'éducation, les besoins non satisfaits sont restés autour de 29 % entre 1993 et 2003. (29 % en 1993, 26 % en 1998/99. Ces besoins étaient légèrement moins importants par rapport à ce qu'ils étaient il ya 10 ans. En 2003, ces besoins se sont accrues et sont comparables au niveau observé il ya 10 ans (29 % en 2003)). Parallèlement, on remarque que le niveau d'utilisation de la contraception a progressé au

¹¹ Premier ministère (Burkina Faso) : Actes des Etats généraux de l'éducation, Ouagadougou, du 5-10 Sept 1994 ; 178p (page 3)

¹² KOBIANE F. et BOUGMA M. (2009) : Rapport d'analyse des données du RGPH-2006 : instruction, alphabétisation et scolarisation, OUAGADOUGOU.

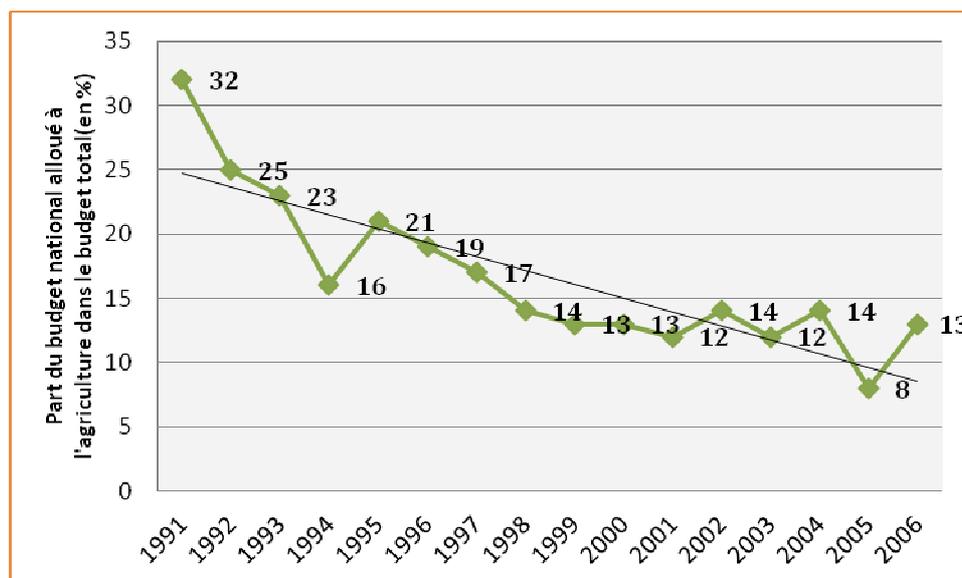
cours de cette décennie : 8 % en 1993, 12 % en 1998-99, et 14 % en 2003. La demande potentielle n'a pratiquement pas varié entre 1993 (37 %) et 1998 (38 %). Par contre à la dernière enquête(2003), son niveau a augmenté d'environ 13 % par rapport à ce qu'il était en 1998-99(43 % en 2003). Le niveau de la demande satisfaite qui est de 32% est resté constant depuis 2003. (EDS-III)

En conclusion, les retards pris en matière d'éducation de masse, l'atteinte mitigée des objectifs des politiques éducatives ont une part de responsabilité dans la permanence des comportements procréateurs traditionnels, surtout en milieu rural. Les progrès en cours pourront avoir un impact différé sur la transition de la fécondité, à moins que d'autres facteurs n'interviennent dès à présent.(SP/CONAPO/Dakuyo et al. 2009)

2.3.2.4 Les politiques agricoles

Bien que des progrès soient perceptibles dans ce secteur, force est de constater l'amointrissement de la part du budget qui lui est consacré. Visiblement (cf. graphique 5), la part du budget de l'Etat en faveur du secteur agricole a baissé de plus de 50 % entre 1960 et 2006(Ministère de l'Agriculture, 2008).

Graphique 5 : Evolution de la part du Budget national alloué à l'agriculture.



Ministère de l'Agriculture, 2008

Pays continental, le Burkina Faso est un pays dont l'économie repose en majeure partie sur l'agropastorale. Les secteurs de l'agriculture et de l'élevage emploient 86 % de la population active et fournissent à eux seuls 30 % du PIB et 80 % des recettes d'exportation. Fort de ce constat, l'Etat a inscrit depuis longtemps dans la liste des priorités nationales, la promotion du développement du monde rural. Dans les années 1990, des réformes importantes ont été entreprises à travers le Programme d'ajustement structurel de l'agriculture(PASA), notamment le PASA I et PASA II qui poursuivent l'accroissement de la production et l'autosuffisance alimentaire, la libéralisation des produits agricoles, la privatisation d'un certain nombre d'entreprises agro-industrielles publiques, la réorganisation du Ministère de l'agriculture et de l'élevage. En 1999, les autorités ont adopté une stratégie de croissance durable de l'agriculture et de l'élevage. Particulière dans le domaine de l'élevage, il a été adopté à la suite des efforts et expériences passées, la Note d'Orientation du Plan d'Action de la Politique de développement du secteur de l'élevage en 1997. Ce document cadre a été suivi par l'adoption en 1998 du Document d'orientation stratégique(DOS) des secteurs de

l'Agriculture et de l'Elevage et en 2000 par le plan d'Action et programme d'investissements du secteur de l'élevage(PAPISE).

Ces efforts récents qui constituent les plus grands de l'histoire des politiques agropastorales ont permis d'assurer de justesse la sécurité alimentaire, qui ne d'ailleurs pas à l'abri des aléas climatiques. On avait pensé que le développement conséquent de l'agriculture, donc la politique d'intensification de l'agriculture allait diminuer l'attachement au nombre élevé d'enfants.

Dans un contexte à dominance agricole, la forte fécondité du Burkina Faso a été imputée au besoin de main d'œuvre agricole. Ainsi pour reprendre les théoriciens marxistes, selon lesquels la fécondité est déterminée, au niveau macro, par la demande du travail, et au niveau micro, elle dépend des intérêts des familles, intérêts qui divergent selon les classes sociales auxquelles elles appartiennent. Le succès des programmes agricoles pouvaient être un des pivots régulateurs de la fécondité dans le pays. Cependant, on trouve encore des pratiques culturelles rudimentaires. Et la ruralité demeure dominante. Le taux d'urbanisation qui est de 22,7% en 2006 (INSD, 2009), était de 2,5% en 1960 et a plafonné entre 6 et 16% entre 1985 et 1996 (CONAPO, 2007). Au regard du parcours des programmes agropastoraux et le niveau de développement actuel atteint dans ce domaine, on impute à "l'échec" des politiques agricoles une part de responsabilité dans la forte fécondité du pays. Et des efforts restent à fournir si l'on s'attend à un changement de comportement en matière de procréation comme fruit des politiques agricoles. L'agriculture demeure en majeure partie de type extensif. La permanence de la forte demande d'enfants tire ses origines de ce mode de production, qui fait du travail le principal facteur de production, compensant la faiblesse des moyens et des techniques de production (SP/CONAPO, 2009).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Nous rappelons que cette communication avait pour vocation de passer en revue l'évolution démographique et la transition de la fécondité au Burkina Faso tout en interrogeant le rôle des politiques de développement dans ce rythme d'évolution.

Le maintien de la fécondité à un niveau élevé depuis 1960 et à conditionné une croissance démographique galopante. Alors que depuis 1991 des mesures y relatives, voir une Politique nationale de population a été adoptée et mise en œuvre. Cette résistance de la fécondité à baisser nous a conduit à interroger d'une part la PNP, et d'autres part les politiques de développement mis en œuvre depuis des décennies. On retiendra que les politiques sanitaires, éducatives, agropastorales et la Planification familiale dans leurs lenteurs de décollage n'ont pas pu imprimer un rythme de changements comportementaux voulu au sein de la population. L'espoir fondé sur les prouesses de mise en œuvre de la Planification Familiale accompagné par celle de la PNP a motivé les autorités à adopter et mettre en œuvre des politiques y afférentes. Cependant, non seulement, les programmes de PF n'ont pas connu une volonté politique affichée, et déterminée tout au long des décennies, mais aussi la mise en œuvre des programmes s'est heurtée aux insuffisances d'offre.

Dans une perspective, la scolarisation est en progrès, surtout la réalisation du but ambitieux des OMD sur la scolarisation pour tous, le recul de l'âge moyen au premier mariage, l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne avec le plan de sécurisation des produits contraceptifs en cours, les plaidoyers pour le repositionnement de la PF sont autant sujets d'espoirs et en même tant des domaines à redynamiser d'avantage pour imputer un changement souhaité en matière de fécondité pour une maîtrise de la croissance démographique au Burkina Faso.

RECOMMANDATIONS

BILIOGRAPHIE

VIMARD(P.) et ZANOUE (B.)(dir.) 2000. *Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique* Harmattan, Paris (297p.)

Jean-Marc ELA(1995) :“Fécondité, structures sociales, fonction dynamiques de l’imaginaire en Afrique Noire” in *Sociologie des Populations* sous la direction de Hubert GERARD et Victor PICHE, PUM/AUELF-UREF, (P.189-215)

INSEE - 18, BD ADOLPHE PINARD - PARIS CEDEX 14, 2000)

SP/CONAPO .1995: Rapport sectoriel : Planification Familiale, Ouagadougou, 57 P.

Direction de la Santé de la Famille .2005 : Analyse situationnelle sur la sécurité des produits contraceptifs au Burkina Faso utilisant l’outil SPARHCS ; Ouagadougou

MS/DSF(2007) : Etude sur la segmentation du marché des produits contraceptifs au Burkina Faso, Ouagadougou ; 105p.

MEF/SP-CONAPO(2006) : Analyse institutionnelle du SP/CONAPO, Ouagadougou ; 131 p.

Aïcha DIAWARA(1999) : Communication et planification Familiale au Burkina Faso, Université de BORDEAUX III, 489 P.

Frédéric SANDRON. 1998: La baisse de la fécondité en Tunisie ; dossiers du CEPED, n°49, Paris.

Marie Ladier-Fouladi(1996) : “La transition de la fécondité en Iran” in *Population (French Edition)*, 51e Année, No. 6 (Nov. - Dec., 1996), INED pp. 1101-1127, <http://www.jstor.org/stable/1534380>

Caldwell (John. C.) & Caldwell (Pat), 1987: “the cultural context of high fertility in Sub-Saharan Africa” in *population and development review*, vol. 13, n°3, pp. 409-437

WAKAM (J.),1999: “transition de la fécondité et facteurs culturels en Afrique : le cas des Bamiléké du Cameroun” ; in *Théories, paradigmes et courants explicatifs en démographie*. Chaire Quételet ; institut de Démographie, Université Catholique de Louvain, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant/l’Harmattan, pp.419-444.

Tunisie, Ministère de la santé, Office nationale de la santé et de la population : impact du programme national de planification familial sur les secteurs sociaux, 2003,348 pages

Premier ministre (Burkina Faso) : Actes des Etats généraux de l’éducation, Ouagadougou, du 5-10 Sept 1994 ; 178p (page 3)

¹ KOBIANE F. et BOUGMA M. (2009) : **Rapport d’analyse des données du RGPH-2006 : instruction, alphabétisation et scolarisation, OUAGADOUGOU.**