

=====
Proposition de communication
=====

Sous-thème 2 : Santé sexuelle et reproductive
=====

Séance 302 : Bénéfices sociaux des investissements en matière de planification familiale
=====

Thème : Capital humain et développement du Burkina Faso : Satisfaction des besoins en matière d'éducation, de santé et d'emploi

Par : NANA Firmin¹ BONKOUNGOU Zakaliyat²

1. Problématique

L'une des caractéristiques de la population du Burkina Faso est sa forte croissance démographique qui est caractérisée par une forte proportion de sa frange jeune. En effet, avec un taux de croissance démographique de 3,1% en 2006, la population du Burkina Faso est estimée à plus de 18 millions en 2015. Les jeunes de moins de 15 ans représentent environ plus de 46% de cette population. Avec une population jeune, voire très jeune, plusieurs défis, dans le domaine de l'éducation, de la santé et de l'emploi se trouvent posés. En somme, il s'agit de réfléchir sur les questions liées à la qualité du capital humain pour les besoins de développement du Burkina Faso. Le **capital humain** étant l'ensemble des aptitudes, talents, qualifications, expériences accumulés par un individu et qui déterminent en partie sa capacité à travailler ou à produire pour lui-même ou pour les autres³ doit être facilité par des politiques conséquentes. Alors, comment arriver à tirer le meilleur profit de sa population dans un contexte de forte croissance démographique? Autrement dit comment satisfaire les besoins en santé, en éducation et en emploi en vue de la promotion du développement socioéconomique au Burkina Faso ? Tel est l'objet de la présente communication.

2. Méthodologie

Les besoins à satisfaire dans ces secteurs clés ont été mesurés à travers l'impact de la croissance démographique du Burkina Faso sur ces secteurs en suivant des modèles de projections démographiques et dérivées dans les secteurs de la santé, de l'éducation et dans le domaine de l'emploi. Les modules DemProj et Rapid du logiciel Spectrum ont été utilisés dans le cadre de cet exercice.

Les projections utilisées dans le cadre du présent document couvrent la période 2007-2050 et se fondent sur deux scénarios (haut et bas)⁴. L'année de base est 2007 d'autant plus que, bien qu'ayant débuté en décembre 2006, la collecte des données du dernier recensement du Burkina Faso s'est achevée en janvier 2007. Les résultats de ce recensement ont été retenus comme « une photographie » de la population du Burkina Faso au 1^{er} janvier 2007. L'horizon 2050 a été retenu pour être en conformité avec les projections nationales de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD) en 2009 de même que celles du Secrétariat permanent du Conseil national de population (SP/CONAPO) et pour mieux mettre en exergue l'impact des projections de population sur les secteurs sus-cités dans le long terme. Les données utilisées comme input dans le module DemProj du logiciel Spectrum sont relatives à la population de l'année de base, l'indice synthétique

¹ Sociologue à l'Institut des sciences des sociétés (INSS) du CNRST

² Démographe, Chargé du suivi-évaluation du Programme santé sexuelle, droits humains (PROSAD)

³ Introduction à l'économie de Jacques Généreux.

⁴ Dans les hypothèses, trois scénarii peuvent être formulées. Le choix pour ce travail s'est focalisé sur les deux hypothèses extrêmes.

de fécondité, la distribution de la fécondité par âge, le rapport de masculinité à la naissance, l'espérance de vie à la naissance, la table type de mortalité (Famille Amérique Latine), nombre total net de migration par an, le pourcentage urbain.

2.1 Les hypothèses démographiques

Les deux scénarii retenus qui combinent l'ensemble des hypothèses qui viennent d'être présentées ont donc en commun :

- une hypothèse unique de progression de l'espérance de vie à la naissance de 57 ans en 2007 à 70 ans en 2050, associée à une hypothèse de maîtrise lente de l'épidémie du VIH/Sida ;
- une hypothèse unique concernant les migrations internationales, avec un solde migratoire maintenu constant entre 2007 et 2050 à $- 25\ 000$ par an, c'est à dire une émigration nette constante de $-25\ 000$ par an, tel que suggéré par les résultats du recensement de 2006, pour la période précédant le recensement ;
- une hypothèse unique de progression de l'urbanisation, dérivée de la projection du différentiel entre la croissance de la population urbaine et celle de la population rurale trouvé pour la période intercensitaire 1996-2006 (7,1% - 2,2%, soit un différentiel de croissance de 4,9%).

Les hypothèses sur la fécondité s'appuient sur les cinq principaux déterminants proches de ce phénomène. On retient :

- une hypothèse unique de diminution du pourcentage de femmes en union de 75% en 2007, à 65% en 2030 et 60% en 2050, correspondant aux évolutions observées au Burkina Faso et aux pourcentages trouvés dans les autres pays d'Afrique subsaharienne ;
- une hypothèse unique de diminution de la durée de l'in susceptibilité post-partum, de 20 mois en 2007, à 15 mois en 2030, et 12 mois en 2050, correspondant aux évolutions observées au Burkina Faso et aux durées moyennes trouvées dans les autres pays d'Afrique subsaharienne ;
- une hypothèse unique concernant l'avortement, correspondant à un taux d'avortement égal à zéro maintenu constant sur l'ensemble de la période 2007- 2050, du fait de la difficulté d'apprécier l'ampleur de ce phénomène au Burkina Faso ;
- une hypothèse unique concernant la stérilité, avec un taux de stérilité définitive de 4% maintenu constant de 2007 à 2050 ;
- deux hypothèses d'augmentation de la prévalence de la contraception à partir de 2007 : +0,5 point de pourcentage par an et +1,5 point par an, correspondant aux évolutions observées au Burkina Faso et à celles observées dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne et pays en développement. Ces deux hypothèses sont associées à une hypothèse unique, constante, d'utilisation des méthodes traditionnelles par 4% des femmes en union pendant toute la durée de la projection.

Ces choix peuvent être sujets à débat mais ils ont l'avantage de découler d'un consensus d'experts dans le domaine. Au Burkina Faso, tout comme dans les pays à forte fécondité, l'évolution future de la population et de ses diverses caractéristiques, dépend principalement de l'évolution de la fécondité, qui dépend elle-même de l'évolution de ses déterminants proches dont l'utilisation de la contraception est fondamentale.

Dans le cadre de ce travail, deux scénarii extrêmes ont été retenue en fonction, principalement, de l'utilisation de la contraception mais aussi en tenant compte du pourcentage de femmes en union, la durée de l'in susceptibilité post-partum, et aussi l'évolution de la mortalité.

Les tableaux 2.1 et 2.2 ci-dessous donnent les valeurs en 2007, 2030 et 2050 des diverses hypothèses retenues pour chacun des trois scénarios

Tableau 2.1 : Valeurs en 2007 et hypothèses en 2050 pour chaque scénario⁵

Composantes de la dynamique Démographique	Valeurs en 2007	Scénario	
		Haut	Bas
1 -Fécondité et déterminants proches			
Indice Synthétique de fécondité - ISF (a)	6,2	(2,1)	(4,6)
Prévalence de la contraception en %	16,7	38,5	71,5
Répartition par méthode, efficacité moyenne			
- Pourcentage des méthodes modernes	76,5	89,6	94,4
- Efficacité moyenne	0,84	0,90	0,93
Autres déterminants proches			
- Pourcentage de femmes en union (en %)	75,0	60,0	60,0
- In susceptibilité post-partum (mois)	20,0	12,0	12,0
- Indice synthétique d'avortement...	0,0	0,0	0,0
- Stérilité (% femmes de 45à 49 sans enfant)	4,0	4,0	4,0
2 – Mortalité et VIH/SIDA			
- Espérance de vie à la naissance	56,7	69,9	70,0
3 – Migrations internationales / Urbanisation			
- Solde migratoire en milliers, par an.	-25	-25	-25
- Pourcentage de la population urbaine	23,2	57,5	57,9

La valeur de l'ISF en 2007 (a) est associée aux valeurs des déterminants proches estimées en 2007, Les valeurs de l'ISF en 2030 et en 2050, sont calculées à l'aide du logiciel Spectrum sur la base des valeurs des déterminants proches des hypothèses retenues.

2.2 Les hypothèses en matière d'économie

L'accroissement de la population peut affecter de diverses manières le développement économique du pays. Ainsi, une population qui s'accroît rapidement peut stimuler la demande pour des biens et des services si les revenus, eux aussi, connaissent plus ou moins une augmentation. Une croissance rapide de la population active peut fournir la main-d'œuvre dont a besoin une économie en plein essor ou peut entraîner un taux plus élevé de sous-emploi et de chômage si le rythme de création de nouveaux emplois ne suit pas l'expansion de la population active. Ce qui peut agir d'une façon ou une autre sur la dimension emploi du capital humain.

Les inputs au niveau de l'économie sont les suivants :

- Le taux d'activité économique des hommes et des femmes de 10-14 ans (en %). Le taux d'activité des groupes d'âge 10 à 14 ans est de 37,4% pour les hommes et 32,3% pour les femmes en 2007. Ce taux devrait être nul en 2050 si l'on s'en tient à la contribution des enfants à l'activité économique qui devrait décroître pour être nulle vu les différents engagements pris par le Burkina Faso pour la scolarisation obligatoire des enfants et aussi dans le domaine de la lutte contre le travail économique des enfants.
- Le taux d'activité économique des hommes et des femmes de 15-64 ans (en %). Pour les groupes d'âge 15 à 64 ans, le taux de participation des hommes à l'activité économique restera constant de 87,4% jusqu'en 2050 et celui des femmes évoluera de 62,7% en 2007 vers une parité à 87,4% en 2050

⁵ Ces hypothèses sont celles utilisées par l'INSD dans le cadre du RGPH 2006 et par le SP/CONAPO dans le cadre de la revue analytique en prélude à la révision de la politique nationale de population

- Le Produit intérieur brut (PIB) de l'année de référence (2007) en millions de francs Cfa. Le PIB en 2007 était de 3 237 800 000 000 en 2007 (Annuaire statistique de l'INSD 2009 /DGEF)
- Le taux de croissance du PIB (en %). Le taux de croissance est de 4,1% en 2007 et 3,2% en 2015. Dans l'intervalle, ce taux a connu une variation en dents de scie avec 5,8% en 2008 ; 3,0% en 2009 ; 8,4% en 2010 ; 5,0% en 2011 ; 9,0% en 2012 et 6,6% en 2014. La crise socio-politique connue par le pays en fin 2014, pourrait expliquer cette forte baisse du PIB en 2014. Cette situation pourrait être maintenue en 2015 au regard de la période électorale que connaîtra le pays cette même année. Alors, on pourrait retenir que le taux de croissance du PIB serait de 3,0% en 2015. Mais à partir de 2016, avec la situation probable de stabilité que connaîtra le pays, on pourrait penser à un regain de l'économie avec le retour des investissements dans un contexte de boom minier et du renouveau du coton. Ainsi, on pourrait connaître le maximum du taux de croissance qu'a connu le pays dans les dix prochaines années, c'est-à-dire 9,0% en 2025 et par la suite il y aura une décroissance jusqu'en 2050 où le taux de croissance du PIB pourrait être de 5,0%.

2.3 Les hypothèses en matière d'éducation

L'éducation, en tant que composante essentielle du capital humain, est l'un des secteurs clés de développement d'un pays. C'est dans cette optique que la plupart des pays ont reconnu son importance en définissant dans leurs différentes politiques des objectifs de scolarisation universelle ou éducation pour tous. Au Burkina Faso, cet objectif a été fixé sur la période 2000-2020. La définition des hypothèses dans le cadre de l'élaboration du modèle avec le module Rapid de Spectrum en tient compte en mettant en exergue les ressources disponibles et celles à fournir.

Les inputs pour le secteur de l'éducation au niveau primaire sont :

- l'âge d'entrée à l'école primaire qui est de 6 ans au Burkina Faso selon la loi d'orientation de l'éducation de 2007 ;
- le nombre d'années dans l'enseignement primaire ou la durée du cycle primaire qui est de 6 ans ;
- le taux brut de scolarisation au primaire. Pour l'année de base ce taux était de 71,8% ;
- le nombre d'élèves par enseignant. Cet effectif était de 55,3 en 2007 selon l'annuaire de l'éducation de base et de l'alphabétisation. Les hypothèses ont été formulées en tenant compte des normes de l'UNESCO et du plan de développement de l'éducation. Ainsi, on se retrouverait avec une moyenne de 50 élèves par maître en 2015. En 2050, le niveau escompté est de 30 ;
- le nombre d'élèves par classe suit la même logique que celle du nombre d'élèves par enseignant sauf que pour l'année de base, on se retrouve avec 55 élèves par classe. Les estimations selon les échéances 2015 et 2050 sont les mêmes que celles définies au niveau du ratio élèves/maître ;
- les dépenses courantes par élèves. En 2007, ces dépenses étaient de 39 765 frs Cfa au niveau du budget d'investissement de l'Etat dans le domaine de la scolarisation. Selon les estimations du Ministère de l'éducation, ce montant devrait connaître un accroissement annuel de 2 500 frs. C'est sur cette base que les hypothèses à l'horizon 2050 ont été définies.

Ce même exercice pourrait être fait pour l'ordre d'enseignement secondaire au cas où cette dimension serait importante dans la modélisation.

2.4 Les hypothèses en matière de santé

Il existe diverses manières par lesquelles l'accroissement de la population peut affecter ou influencer l'état de santé de la population. La relation entre la fécondité et la mortalité, qu'elle soit

maternelle ou dans l'enfance, est établie. Généralement, une fécondité élevée est associée à des intervalles génésiques plus courts, un âge plus jeune lors de la première naissance et un grand nombre de naissances d'un rang plus élevé. Le choix dans le cadre de la modélisation pour apprécier l'impact de la croissance démographique sur le secteur de la santé, élément clé du capital humain, en tient compte.

Les variables les plus importantes qui interviennent dans l'analyse de l'impact de la population sur le secteur de la santé sont :

- La population par médecin. En 2007, on se retrouvait avec 32 259 habitants pour un médecin. La norme OMS prévoit un médecin pour 10 000 habitants. C'est d'ailleurs cet objectif qui est projeté dans le PNDS à l'horizon 2015. A partir de cette date, on se retrouvait avec une baisse de l'effectif du nombre d'habitant par médecin de 1000 tous les 7 ans. Ainsi, on se retrouverait avec un médecin pour 9000 habitant en 2022 et cela aboutirait à un médecin pour 5000 habitants en 2050.
- Population par infirmier. En 2007, on dénombrait en moyenne 3125 habitants pour un infirmier or les normes OMS prévoient un infirmier pour 5000 habitants. Sur la base de ces acquis, il a été estimé qu'en 2015, on se retrouvera avec 3000 habitant pour un infirmier. A partir de 2015, on constatera une réduction de cet effectif de 200 jusqu'en 2050. Ainsi, à cet horizon on aurait un infirmier pour 2000 habitants, si les efforts déployés se poursuivent.
- Population par centre de santé. Ce rapport était établi 9207 habitants par centre de santé. L'objectif visé en 2050 serait de 5000 habitants pour un centre de santé. C'est la base de ces deux extrêmes que les interpolations ont été faites.
- Population par hôpital. En 2007, il y avait 263927 habitants pour un hôpital. L'hypothèse en 2050 serait d'aboutir à 100 000 habitants pour un hôpital.
- Dépense annuelle de santé par personne. Elle était de 15687 en 2007, avec un accroissement annuel de 338,1 frs Cfa par an, on aboutirait en 2050 à une dépense annuelle de santé par personne de 36 784.

3. Résultats clés

L'analyse de l'impact de la croissance démographique sur les secteurs clés du capital humain au Burkina Faso, surtout en terme de besoin, montre que, quelle que soit l'hypothèse retenue, on remarque que l'élan démographique du Burkina Faso est important car la population va continuer de croître pendant longtemps, même si les taux de natalité commencent à baisser maintenant.

Selon les projections, avec une fécondité non maîtrisée, la population passerait de 19,0 millions en 2015 à 58,8 millions en 2050, contre 40,7 millions en cas de fécondité maîtrisée, soit un écart d'environ 20 millions d'habitants entre ces deux hypothèses.

L'accroissement accéléré de la population est lié à une fécondité restée constante pendant que la mortalité est en baisse. L'Indice synthétique de fécondité (ISF) du Burkina Faso a peu changé depuis 1975. Avec 6,0 enfants par femme en 2010, c'est l'un des ISF les plus élevés de la sous-région Ouest-africaine : Bénin (5,7), Nigéria (5,7), Togo (5,4), Côte d'Ivoire (5,2) et Ghana (4,0).

Quel impact cette croissance démographique a-t-elle, en termes de besoin, sur les différents secteurs constituant le capital humain ?

Une croissance lente de la population est favorable à une croissance macro économique forte et durable. Par conséquent, une baisse rapide de la fécondité permet de résoudre le problème de pauvreté dans les ménages.

3.1 Impact de la croissance démographique sur le secteur de l'éducation

L'analyse de la demande dans le secteur de l'éducation se fera à travers : le nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire, le nombre d'instituteurs et d'écoles du primaire nécessaire pour prendre en charge ces élèves, ainsi que les dépenses de fonctionnement de cet ordre d'enseignement.

Le nombre d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire est calculé en faisant la sommation de tous les enfants qui ont l'âge de fréquenter l'école primaire.

Le tableau ci-dessous montre les défis de la croissance démographique sur le secteur de l'éducation au Burkina. Le gain, à l'horizon 2050, en terme, de population en âge d'aller à l'école est d'environ 5 millions si la fécondité est maîtrisée. Cela renvoie à une économie de 700 milliards au niveau des dépenses de fonctionnement.

Tableau 3.1 : besoins en matière d'éducation

Item	Fécondité maîtrisée		Fécondité non maîtrisée		Ecart (fécondité non maîtrisée – fécondité maîtrisée) en 2050
	2015	2050	2015	2050	
Population en âge d'aller à l'école	3,4 millions	4,8 millions	3,4 millions	9,4 millions	Environ 5 millions
Besoins en enseignants du primaire	67 570	159 812	67 750	313 494	Environ 160 000
Dépenses de fonctionnement	Moins de 204 milliards	707 milliards	Moins de 204 milliards	1 388 milliards	Environ 700 milliards

3.2 Impact de la croissance démographique sur le secteur de la Santé

A l'instar du secteur de l'éducation, il est important de dégager les besoins clés en matière de santé. Ces besoins essentiels peuvent se résumer au nombre de médecins, d'infirmiers, de centres de santé, d'hôpitaux, de lits, etc.

Il est, cependant, important de signaler que ces deux indicateurs sont utiles pour démontrer la mesure dans laquelle le secteur de la santé devra s'élargir à l'avenir pour maintenir les niveaux actuels des services de santé, tant pour soutenir le nombre actuel du personnel soignant (médecins et infirmiers) que pour fournir une formation pour les nouveaux soignants (médecins et infirmiers).

Vu que les hôpitaux se limitent généralement aux zones urbaines ou dans les grands centres, le nombre d'hôpitaux nécessaires risque de ne pas être un indicateur exact de l'infrastructure sanitaire nécessaire. Le nombre d'hôpitaux, conjugué au nombre de centres de santé nécessaires fournit une indication plus complète de l'infrastructure sanitaire dont on aura besoin à l'avenir.

L'hypothèse considérée est de 100 000 personnes par hôpital en 2050 selon les normes prescrites par l'OMS. La situation est de 263 927 personnes par hôpital en 2007 selon les données fournies par l'annuaire statistique de la santé.

L'absence de données pour Le nombre de lits d'hôpital nécessaires ne permet pas de retenir cet indicateur dans le cadre du présent travail.

Les dépenses annuelles de fonctionnement pour la santé sont projetées en multipliant la population totale par les dépenses moyennes de fonctionnement pour la santé par personne. Cet indicateur est utile pour démontrer les niveaux de ressources financières qui seront nécessaires pour soutenir le système sanitaire à l'avenir.

En matière de santé la population courant un risque élevé est supposée être la population infantile et juvénile (toutes les personnes de moins de 5 ans) plus toutes les femmes en âge de procréer (entre 15 et 49 ans). On considère que ces groupes sont très exposés à certains risques typiques associés à leur âge et sexe. Par exemple, les enfants de moins de 5 ans sont plus susceptibles aux maladies à cause de leur système immunitaire sous-développé et d'un mauvais état nutritionnel. Les femmes en âge de procréer sont exposées à un plus grand nombre de risques à cause des complications liées à des grossesses multiples et très rapprochées, surtout dans les pays avec une fécondité élevée. Les projections permettent de déterminer l'effectif de cette population à risque au cours du temps.

Le tableau ci-dessous montre les défis de la croissance démographique sur le secteur de la santé au Burkina Faso. Ces défis s'expriment en terme de besoin en centre de santé, de médecin, d'infirmier, etc. Pour l'essentiel, on observe gain d'environ 700 milliards dans les dépenses de santé lorsque l'effectif de population est maîtrisé.

Tableau 3.2 : Besoins en matière de santé

Item	Fécondité maîtrisée		Fécondité non maîtrisée		Ecart (fécondité non maîtrisée – fécondité maîtrisée) en 2050
	2015	2050	2015	2050	
Besoin en centres de santé	2 305	8 137	2 326	11 778	Environ 4000
Demande en médecin	1884	8 137	1900	11 778	Environ 4000
Demande en infirmiers diplômés d'Etat	6 279	20 343	6 335	29 444	Environ 10000
Dépenses de fonctionnement	196,6 milliards	1 496,6 milliards	198,3 milliards	2 166,1 milliards	Environ 700 milliards

3.3 Impact de la croissance démographique sur le secteur de l'emploi à travers l'économie

Le nombre annuel de nouveaux emplois (NE) nécessaires à l'avenir est supposé être l'équivalent de la différence dans l'effectif de la population active devant être occupée d'une année à une autre. Il est calculé en soustrayant la taille de la population active occupée de l'année actuelle (PA_x) de la taille de la population active occupée de l'année précédente (PA_{x-1}). Soit $NE = PA_x - PA_{x-1}$. Cette différence donne le nombre d'emploi nouvellement créé dans l'intervalle de temps. C'est une mesure nette des nouveaux emplois nécessaires.

Partant des hypothèses retenues, on note que les besoins en nouveaux emplois passeraient d'environ 349 125 en 2015 à 881 071 en 2050 dans la situation où la fécondité ne serait pas maîtrisée, contre environ de 438 838 besoins de nouveaux emplois en cas de fécondité maîtrisée. L'écart du besoin entre ces deux hypothèses serait de 450 000.

L'effectif des enfants à charge, c'est-à-dire ceux qui ont un âge compris entre 10 et 15 ans ne travaillant pas passerait de 8,3 millions pour une fécondité faible et 8,5 millions pour une forte

fécondité en 2015 à respectivement 11,6 millions et 24,5 millions en 2050, soit un écart de plus de 13 millions entre les deux hypothèses.

On note que le nombre d'enfants dépendants à l'avenir est projeté en ajoutant tous les enfants de moins de 10 ans à ceux âgés de 10 à 14 ans qui ne font pas partie de la population occupée.

Le produit intérieur brut (PIB) est calculé en supposant que le PIB s'accroît à un taux de croissance spécifié de manière exogène et consensuelle. Il ne vise pas à être une prévision du PIB effectif mais il est utilisé pour démontrer l'impact de l'accroissement de la population sur le PIB par habitant au vu d'une croissance économique constante.

Concernant le produit intérieur brut (PIB), aucune hypothèse de d'évolution n'a été retenue mais seule la valeur à l'année de référence a été retenue à savoir 3 237 800 000 000 frs cfa.

L'évolution du taux de croissance annuel du PIB doit tenir compte non seulement de la dynamique économique mais aussi des objectifs de développement fixés dans les politiques de référence dont la SCADD où le taux de croissance économique de 4,10% en 2007 devra avoir une valeur de deux chiffres à l'horizon de la SCADD. Au rythme projeté du PIB, on devrait se retrouver avec 49 997 milliards pour satisfaire les besoins essentiels du pays alors qu'en 2014 le PIB du pays n'est que de 4 400 milliards environ.

La projection du PIB par habitant est calculée en divisant le PIB projeté par l'effectif de la population totale projeté au cours de la même année.

4. Quelles solutions face aux enjeux de la croissance démographique et son impact sur les secteurs clés de développement ?

La capitalisation du capital humain apparait comme un énorme défi pour les pays à un fort potentiel de fécondité. Ainsi la transformation structurelle de la population apparait très important. Cette transformation de la structure de la population fait intervenir la notion du dividende démographique qui voudrait que la croissance économique qui résulterait de l'évolution de la pyramide des âges de la population du pays survient généralement lorsque la baisse du taux de natalité est observée ; ce qui implique nécessairement des changements dans la distribution de l'effectif de la population par âge. Ainsi, on observera moins d'investissements pour répondre aux besoins sociaux des groupes les plus jeunes ; les adultes étant relativement plus nombreux dans la population des personnes actives (15-64 ans). Cette situation peut constituer une opportunité de croissance économique et de développement humain plus rapide pour le pays si plus de ressources sont disponibles au niveau de l'Etat et des ménages pour être investies dans le développement économique et le bien-être familial.

Le dividende démographique est important dans la mesure où, selon des études, aucun pays ne s'est développé sur le plan socio-économique sans une baisse parallèle des taux de natalité. Au nombre de ces pays, on peut citer les pays de l'Asie du Sud-Est tels que Taïwan, Thaïlande, Singapour, Hong Kong, Corée du Sud qui sont considérés comme les dragons d'Asie qui ont su tirer profit du dividende démographique car autour des années 60, ils avaient presque le même profil démographique que bon nombre de pays d'Afrique au Sud du Sahara aujourd'hui. La dynamique économique caractérisée par des gains à ce niveau est liée en grande partie à la baisse de la mortalité et de la fécondité, créant ainsi une pyramide des âges favorable avec une proportion élevée d'actifs (15-64 ans) par rapport au nombre de personnes dépendants, jeunes (moins de 15 ans) ou âgées (65 ans ou plus). Le bonus démographique issu du dividende démographique est évidente car la population en âge de travailler était éduquée, apte à avoir de l'emploi qu'elle a pu trouver et capable de mener une longue carrière productive avant qu'elle ne devienne à son tour

âgée et dépendante. Ce qui veut dire qu'il faut, au préalable, mettre en œuvre de réelles politiques éducatives et de santé afin de faire de ce dividende démographique une véritable opportunité. Les dragons d'Asie ont pu bénéficier du dividende démographique car ils ont investi massivement et longuement dans l'éducation et la planification familiale. Ils ont en outre mené les réformes et les initiatives économiques nécessaires et ont intégré avec succès les femmes dans le marché du travail. Cependant, il faut noter que le dividende démographique n'est pas seulement subordonné aux seuls indicateurs démographiques notamment au niveau de la fécondité. Il nécessite également une bonne gouvernance et des investissements conséquents dans les politiques sociales et économiques, notamment l'ouverture au commerce, des marchés de l'emploi flexibles et des investissements dans le capital humain, y compris dans l'éducation et la santé publique.

Planification familiale et santé maternelle

Pour espérer atteindre un capital humain fort, et jeter les bases d'un dividende démographique, il faut, au Burkina Faso, la prise de mesures conséquentes.

La demande potentielle en planification familiale chez les femmes en union est de 42,6% et les besoins non satisfaits (28,8%) représentent près de 70% de la demande potentielle totale. La prévalence contraceptive (toutes méthodes par femmes en union) se situe à 16,2%, et est restée faible entre 2003 et 2010.

Lorsque l'intervalle inter génésique est de moins de deux ans, presque un enfant sur sept meurt avant le premier anniversaire. Beaucoup moins d'enfants meurent avant le premier anniversaire lorsque l'intervalle est compris entre 2 et 4 ans. Le risque de décès de l'enfant est encore plus faible lorsque l'intervalle est plus long (4 ans ou plus) (Akoto, 1993).

Le risque de mortalité infantile est très élevé au niveau des mères de moins de 20 ans (grossesses précoces). On observe les taux de mortalité moins élevés lorsque l'âge de la mère est compris entre 20 et 35 ans. Au-delà de 35 ans (grossesses tardives), le niveau de la mortalité infantile est à nouveau très élevé. Alors, pour des chances de survie des enfants, les femmes ont intérêt à concevoir entre 20 et 35 ans.

La faible utilisation de la planification familiale peut entraîner une augmentation régulière des décès maternels qui passeraient de 8 800 en 2010 à 81 000 en 2050. Or, en cas d'utilisation plus élevée des produits de la planification familiale, le nombre de décès maternels augmenterait moins fortement, passant à environ 40 000 en 2050 ; ce qui donnerait plus de 41 000 décès maternels évités d'ici 2050.

L'utilisation plus élevée de la planification familiale, avec une fécondité maîtrisée, suppose la baisse linéaire de l'ISF de 6,2 en 2007 à 3,6 en 2030 et 2,1 en 2050 et la réduction du taux de mortalité maternelle de 75% soit l'atteinte des OMD en 2025 au lieu de 2015 comme souhaité.

La faible utilisation de la planification familiale, avec une fécondité non maîtrisée, suppose la baisse linéaire de l'Indice synthétique de fécondité (ISF) de 6,2 en 2007 à 4,6 en 2050 et la réduction du taux de mortalité maternelle de 50% avec une non atteinte des OMD en 2025.

Planification familiale et santé infantile

Dans le domaine de la mortalité infantile, l'utilisation **plus élevée de la planification familiale** suppose la réduction du taux de mortalité infantile de 67% avec possibilité d'atteindre les OMD en 2025 au lieu de 2015. Alors que la **faible utilisation de la planification familiale** suppose la réduction du taux de mortalité infantile de 33%, avec une non atteinte des OMD en 2025 et réduction de cet indicateur de 50% de 2025 à 2050.

Lorsque les besoins non satisfaits en planification familiale sont pris en compte progressivement jusqu'en 2030, le Burkina Faso pourrait réaliser des économies pour atteindre cinq des huit OMD. En effet, lorsque \$15,6 millions sont investis dans la planification familiale, cela permettrait d'économiser \$6,1 millions dans l'éducation, \$29,9 millions dans la vaccination, \$6,5 millions dans l'eau et l'assainissement, \$11,4 millions dans la santé maternelle et \$13,6 millions dans le paludisme car l'effectif de la population demandeuse de ces besoins essentiels serait maîtrisé.

Ainsi, on notera que la planification familiale sauve beaucoup de vies de femmes et d'enfants et améliore la qualité de la vie des individus et des ménages. Par contre, la fécondité élevée accroît la mortalité maternelle et infantile car la faible prévalence contraceptive accroît les risques de grossesses précoces, rapprochées et tardives et d'avortements provoqués.

Pour répondre aux besoins non satisfaits, il faut s'assurer que tous les couples qui veulent espacer ou limiter leurs naissances ont accès à de bons services de santé de la reproduction avec une gamme complète de contraceptifs conséquemment disponibles à des prix abordables. Pour se faire, il faut :

- un appui au repositionnement de la planification familiale ;
- un engagement pérenne et appui des leaders aux niveaux national et décentralisé ;
- un engagement constructif des hommes ;
- une amélioration de la coordination intra et inter Ministères et autorités locales ;
- une amélioration de la qualité et de l'accès à des services abordables ;
- une augmentation de la participation du secteur privé à la fourniture de services.

La réponse du Burkina Faso à ces besoins se trouve dans les orientations du plan de relance de la planification familiale où le besoin de recruter des nouvelles utilisatrices de ces produits est affiché.

La croissance démographique rapide pourrait avoir un intérêt particulier pour le Burkina Faso lorsque le pays dispose d'une main-d'œuvre en bonne santé, d'assez d'emplois, des travailleurs éduqués et des infrastructures modernisées dans tous les secteurs de développement. De bons résultats démographiques dépendent de bonnes politiques. Des actions couronnées de succès dépendent à la fois du pouvoir donné aux individus et de la capacité des couples à opérer des choix libres.

Pour les solutions

1° Maîtriser la fécondité pour un contrôle de la croissance démographique

2° Réorienter l'économie nationale pour qu'elle soit à même d'absorber la main d'œuvre disponible

3° promouvoir des politiques éducatives et de santé qui favorisent l'employabilité des sortants du système éducatif national. Ce qui veut dire qu'il faut plus songer à la qualité de l'éducation et de la santé.

4° Promouvoir la bonne gouvernance à tous les niveaux de la vie sociale

5° Lutter contre la corruption