

*Politiques de population et réduction de la fécondité au Burkina Faso : limites et perspectives*

*Zan L. Moussa<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Université de Ouagadougou, Burkina Faso

**RESUME**

*Suite à de nombreuses études qui montrent que la croissance démographique trop rapide est une entrave au développement, des politiques de population ont été élaborées et mises en œuvre dans plusieurs pays en développement. Ces politiques, développées en marges des politiques de développement économique avaient une plus forte tendance à la planification familiale en vue d'une régulation de la fécondité.*

*L'objectif de cette communication est de comprendre comment ces politiques de population et de planification familiale ont produit des changements la pratique contraceptive et la fécondité selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence à travers une analyse par la décomposition des changements. Elle est basée sur les données issues des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1998 et 2010. Il ressort que parmi les actions entreprises dans le cadre des politiques de population, certaines étaient essentiellement focalisées sur la planification familiale et ont induit de grands changements de comportement en ce qui concerne la connaissance et la pratique de la contraception. Les changements de comportements au niveau de la fécondité sont nettement moins importants.*

*Cette communication recommande, entre autres, une plus grande vulgarisation des méthodes contraceptives modernes et de la scolarisation en s'appuyant notamment sur le système décentralisé en vue de faciliter leur accès aux femmes du milieu rural.*

**Mots clés :** 1 – Politique de population ; 2 – Planification familiale ; 3 – Contraception ; 4 – Croissance démographique ; 5 – Fécondité

---

**ABSTRACT**

*Following numerous studies showing that too rapid population growth is a hindrance to economic development, population policies were developed and implemented in several developing countries. These policies, developed in margins of economic development policies had a greater tendency to family planning for a fertility regulation.*

*The objective of this study is to understand how the implementation of population policies and poverty reduction policies has had an impact on fertility according to the level of education and place of residence using decomposition method. The study is based on demographic and health surveys carried out in 1998 and 2010. It appears that among the actions undertaken within the framework of population policies, some were essentially focused on family planning and induced large changes in behavior with regard to the knowledge and practice of contraception. Behavioral changes in fertility levels are significantly lower.*

*The paper recommends greater popularization of modern contraceptive methods and schooling relying in particular on the decentralized system in order to facilitate their access to the rural women.*

**Key words:** 1 – Population policy; 2 - Family Planning; 3 – Contraception ; 4 - Population Growth ; 5 - Fertility

## **INTRODUCTION**

Après le consensus que la croissance démographique trop rapide était défavorable au développement économique (Chasteland, 1994)<sup>1</sup> des politiques de population ont été mises en œuvre dans la plupart des pays en développement. Ces politiques de populations ont été développées en marge des politiques de développement socioéconomiques mais, très souvent, avec un fort accent sur la planification familiale. Ces politiques de planification ont essentiellement visé la promotion et l'utilisation des moyens de contraception. Cette approche de l'accès aux moyens de contraception s'est fondée sur l'hypothèse de l'existence d'un besoin non exprimé en matière de réduction de la fécondité. Ainsi, la mise en place de programme de planification familiale est un moyen susceptible de mettre en lumière ce besoin et de le combler.

Cette approche a rencontré plusieurs limites dont le difficile développement d'un cadre théorique<sup>1</sup>. Sur le plan pratique, parmi les principaux facteurs explicatifs qui ont été avancés pour expliquer la faible performance des politiques nationales de population (PNP), on peut citer : le manque de volonté politique ou d'appropriation nationale, l'absence de méthodes et d'outils appropriés pour l'intégration des variables démographiques dans la planification, la faiblesse des connaissances sur les régimes démographiques africains et la persistance de contraintes socioculturelles, liées notamment à la conception traditionnelle du rôle de la femme dans la société et à la valorisation de la fécondité (Loriaux, 1993; Gendreau et al., 1994; Ouédraogo, 1998; CEA, 2004)<sup>2</sup>. Ainsi, en dépit de l'importance du soutien financier et politique de la communauté internationale, ces pays semblent avoir obtenu peu de succès dans leurs entreprises comme en témoigne l'évolution des indicateurs enregistrés depuis la fin des années 1980 (UNFPA, 2004 ; PNUD, 2005)<sup>3</sup>. En dépit de ces limites, les politiques de population sont toujours utilisées comme une solution à la forte croissance démographique notamment à travers des actions favorables à la baisse de la fécondité.

L'objectif de cette communication est de comprendre comment ces politiques de population et de planification familiale ont produit des changements la pratique contraceptive et la fécondité selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence.

## **CONTEXTE ET JUSTIFICATION**

Au Burkina Faso, les efforts de maîtrise de la croissance démographique ont commencé bien avant l'adoption de la politique de population de 1991. En effet, dès 1976, il a été noté une introduction dans les écoles de l'éducation en matière de population. Cependant, c'est en 1983 que l'on assistera à la création du conseil national de la population, suivie par l'adoption en mai 1986 d'un Plan d'Action National (PAP) en matière de planification familiale. La mise en œuvre de ce plan a nécessité différentes mesures législatives concernant essentiellement : l'abrogation de la loi de 1920 dans sa partie interdisant toute publicité sur les contraceptifs, la réglementation de la prescription et de la vente des contraceptifs, la censure des articles de presse portant une information erronée sur les contraceptifs, l'application des sanctions sévères infligées à l'encontre de tous les auteurs et complices d'avortements clandestins (Frank. A. TANKOANO, 1991).

Par la suite, la Politique Nationale de la Population de 1991 a été adoptée et mise en œuvre à avec son programme d'action en matière de population (PAP I) sur la période 1991-1995. Cette version de la PNP de 1991 s'est avérée être un véritable plan de développement socio-économique dans la mesure où elle touchait pratiquement à tous les domaines de la vie nationale. Toutefois, le plan d'action présentait une forte composante planification

---

<sup>1</sup> Le développement des modèles démo-économiques « a buté sur : le manque de données, le manque de mesures fiables de comportement démographique de ménage, en relation avec le comportement économique (les mêmes causes ne produisent pas les mêmes effets), la faible prise en compte de la dimension qualitative du comportement du ménage, l'insuffisance de données devant rendre compte de la dimension genre dans le comportement de ménage, etc. » (UNFPA, 2005 : 10).

<sup>2</sup> Cité par Ouédraogo, D, (2008 : 324).

<sup>3</sup> Cité par Ouédraogo, D, (2008 : 324).

familiale et espacement des naissances. Cependant, après les recommandations de la Conférence du Caire en 1994, la PNP a été révisée en 2000. Cette nouvelle version de la PNP a été développée avec le PAP II qui couvrait la période 2001-2005 qui présentait des objectifs assez centrés sur la population.

Malgré ces efforts, la population du Burkina Faso a toujours connu une forte croissance. De 7 964 705 en 1985, elle est passée à 15 730 977 habitants en 2010, soit un doublement en 25 ans. Pendant ce temps, on observe une variation du taux d'accroissement démographique qui atteint un pic de 3,1 entre 1996 et 2006. En 2006, l'âge moyen de la population se situait à 22 ans. Le taux de natalité est de 45,8 ‰ avec 38,1 ‰ en milieu urbain et 48,4 ‰ en milieu rural. La proportion de la population rurale a connu une baisse progressive au profit de celle urbaine qui a atteint 22,7% en 2006. L'espérance de vie a connu une progression continue depuis 1985 pour atteindre la valeur de 56,7 en 2006.

**Tableau 1 : Evolution de quelques chiffres sur la population du Burkina Faso**

	1985	1996	2006	2010
Effectif de la population	7 964 705	10 312 609	14 017 262	15 730 977
Taux de croissance de la période intercensitaire précédente	2,7	2,4	3,1	-
Espérance de vie	48,5	53,8	56,7	
Taux d'urbanisation	12,7	15,5	22,7	-
Densité (Hbts/Km <sup>2</sup> )	29,0	38,1	51,4	57,6

**Sources :** Analyse des résultats du RGP85 du Burkina Faso Enquête démographique (1991) et 1996, INSD, 2000, analyse des résultats du RGPH96 du Burkina Faso, volume I, Analyse des résultats du RGPH2006 du Burkina Faso, Thème : Etat et structure de la population, Projection de population, recensement général de la population et de l'habitation (2006)

« L'activité économique du Burkina Faso est essentiellement basée sur le secteur agricole. Il emploie environ 80% de la population et contribue pour environ 32% à la formation de la valeur ajoutée nationale » (DGEP, 2011). Près de la moitié de la population du Burkina Faso est active, c'est-à-dire d'âge compris entre 15 et 64 ans. Bien que plusieurs politiques de développement aient été mises en œuvre au Burkina Faso, les structures économiques semblent n'avoir pas beaucoup évoluées. En 2006, 78,9% de la population active occupée étaient dans le secteur primaire et 16,4% dans le secteur secondaire contre 3,4% au tertiaire. Le secteur agro-pastoral souffre des modes de production archaïques, de la faible technicité et du bas niveau d'éducation des producteurs qui vivent de petites exploitations familiales ayant un recours accru à la main d'œuvre infantile, ce qui est à l'origine du désir d'une descendance nombreuse. Entre 1994 et 2009, le seuil absolu de pauvreté a connu une augmentation progressive. Il en est de même pour l'incidence de la pauvreté qui est passée de 44,5% en 1994 à un pic de 48,6% en 2003 avant de redescendre à 46,7% en 2009 (INSD 2012). En milieu urbain, on assiste à une croissance régulière de l'incidence de la pauvreté tandis qu'en milieu rural, elle est restée assez stable en fluctuant légèrement entre 51,0% et 52,8% sur la période (Tableau 2).

**Tableau 2 : Evolution du seuil et de l'incidence de la pauvreté entre 1994 et 2009**

	1994	1998	2003	2009
<b>Ensemble</b>	41 099	72 690	82 672	130 375
			<i>Seuil</i>	
			<i>Incidence</i>	
<b>Urbain</b>	10,4	16,5	21,7	25,2
<b>Rural</b>	51,0	51,0	54,6	52,8
<b>Ensemble</b>	44,5	45,3	48,6	46,7

**Sources :** Analyse de la Pauvreté au Burkina Faso, INSD, 1999 ; Profil de la pauvreté EBCVM 2003 et EICVM 2009

Après plusieurs années de mise en œuvre des politiques de population ainsi que des autres politiques de développement au Burkina, la baisse de la fécondité ne semble assez perceptible. Ainsi, pouvons-nous poser deux questions : quels sont les résultats produits par ces politiques de population en termes de changement de comportements reproductifs ? Comment les autres politiques de développement ont contribué le processus de changement de comportement par leur effet sur les structures démographiques ? Cette communication a pour but d'analyser et d'estimer les contributions des politiques de développement et de planification familiale dans les changements de comportements reproductifs au Burkina Faso.

## **CADRE CONCEPTUEL, DONNEES ET METHODOLOGIE**

### ***Cadre conceptuel***

Le cadre conceptuel a été adapté des travaux de Evina Akam et Kishimba Ngoy (2001) qui admettent que les évolutions du cadre institutionnel (les politiques et programme de développement et les politiques de population) et les contextes socio-économique et culturel influencent non seulement l'offre en matière de contraception mais aussi le désir d'enfants. En effet, les politiques de population et de planification peuvent agir sur la connaissance et l'utilisation de la contraception en facilitant l'accès aux services de planification familiale à toutes les couches de la population. Tandis que les autres politiques de développement agissent aussi les facteurs socio-économiques et culturels tels que l'éducation et l'urbanisation qui ne sont pas des créneaux d'intervention des politiques de population mais dont les variations influencent les caractéristiques des populations en les rendant plus ou moins favorables à la planification familiale et à une moindre fécondité.

Les autres politiques de développement comme celles dans le domaine de l'éducation, de lutte contre la pauvreté, d'urbanisation pourraient être à l'origine d'un changement de structure des populations vis-à-vis de ces caractéristiques. Par exemple, les études montrent que les femmes instruites ont des comportements plus favorables à une moindre fécondité, si leur proportion augmente on assistera à une baisse de la fécondité même en l'absence d'un changement de comportement. A l'opposé, si le niveau d'éducation restait inchangé, les politiques de planification familiale à travers les campagnes de sensibilisation et de promotion des méthodes contraceptives pourraient amener les femmes à connaître et à utiliser des méthodes contraceptives. Cela induirait également des perceptions et des pratiques reproductrices qui tendraient vers une baisse de la demande d'enfants, une hausse de la demande de produits contraceptifs dont la satisfaction conduirait à une moindre de fécondité. Ainsi, le cadre conceptuel met en relation plusieurs variables qui sont à la fois influencées par les politiques de développement et les politiques de population. Il s'agit de : la connaissance et l'utilisation des moyens de contraception, le nombre d'enfants désirés et le nombre d'enfant par femme.

A travers ce cadre conceptuel, nous cherchons à mesurer l'impact des politiques de planification familiale sur les changements en matière de contraception et de fécondité. Cette communication cherche à estimer les contributions du niveau d'instruction et du milieu de résidence sur les changements intervenus entre 1998 et 2010 en matière de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives ainsi qu'en termes de fécondité et de fécondité désirée.

### ***Sources de données***

Les données utilisées sont issues des enquêtes démographiques et de santé (EDS) de 1998 et de 2010 du Burkina Faso. Ces deux enquêtes ont été retenues pour permettre d'apprécier l'évolution des indicateurs dans la décennie 2000 à 2009 avec la mise en œuvre de la PNP de 2000. L'enquête de 1998 a été menée avant la mise œuvre de la PNP de 2000 tandis que

celle de 2010 intervient à la fin. Il y a également les rapports d'analyse des RGPH de 2006 et de 1996 du Burkina Faso.

Nous avons aussi utilisé les documents des politiques nationales de la population de 1991 et 2000 et les plans d'action en matière de population (PAP) de 1991-1995 et de 2000-2005.

Nous avons aussi utilisée les données qualitatives issues d'entretiens individuels avec des personnes ressources et des structures ayant eu des rapports avec les questions de population et développement au Burkina Faso.

### **Méthodologie**

Les premiers indicateurs sont obtenus à l'issue d'analyse des tableaux croisés sur le niveau d'éducation et milieu de résidence en relation avec les variables dépendantes que sont : la connaissances des méthodes contraceptives modernes, l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne, le nombre moyen d'enfants désirés et l'indice synthétique de la fécondité. Un indicateur d'évolution a été calculé en faisant la différence entre les indicateurs de 1998 et 2010. Cet indicateur traduit la variation brute de l'indicateur entre les deux dates. En plus, la méthode de la décomposition simple a été utilisée pour mettre en exergue les différentes sources du changement social observé dans la variation de ces indicateurs au cours de la période.

La décomposition élémentaire ou simple distingue deux sources principales de changement social à partir du changement global. Le changement global représente le changement total des indicateurs au niveau national. Cette décomposition permet d'analyser : (i) l'effet de composition qui est une statistique qui résulte d'un changement dans la distribution des femmes selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence et (ii) l'effet de comportement/performance qui indique un changement réel des indicateurs pour chacune des catégorie de femmes même si les distributions restaient constantes entre les deux dates.

La décomposition simple se fait suivant la formule :

$$\Delta Y = \sum \bar{y}_j * \Delta w_j + \sum \bar{w}_j * \Delta y_j$$

Effet total = Effet de composition + Effet de comportement

Où  $\Delta Y$  est la variation de l'indicateur entre les deux dates et  $\bar{y}_j$  la valeur moyenne de l'indicateur pour la catégorie  $j$ .

Comme expliqué dans le cadre conceptuel, les proportions de changement liées à l'effet de comportement seront attribuées aux politiques de planification familiale tandis que les proportions de changement liées à l'effet de composition sont attribuées aux autres politiques de développement.

## **RESULTATS**

Les différentes caractéristiques des femmes à savoir le niveau d'instruction et milieu de résidence sont mises en relation avec la connaissance des méthodes contraceptives modernes, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, l'indice synthétique de fécondité désirée (ISFD) et l'indice synthétique de fécondité (ISF).

### **Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives modernes**

L'analyse de focalise sur les méthodes modernes car les méthodes traditionnelles sont faiblement utilisées et ne font pas l'objet de promotion par les politiques et les stratégies de planification familiale. Les données du tableau 3 montrent que le niveau de connaissance des méthodes contraceptives modernes a augmenté entre 1998 et 2010 en passant de

77,2% à 97,5% soit une augmentation de 20,3 points de pourcentage. Cette croissance s'observe au niveau de tous les groupes caractéristiques. Il ressort qu'en 1998, les femmes n'ayant aucun niveau d'instruction et celles du milieu rural étaient les moins informées sur les méthodes contraceptives modernes. Cependant, en 2010, ce sont ces deux catégories qui enregistrent les plus grandes évolutions car on note une augmentation de 37,7 points de pourcentage chez les femmes de la modalité « aucun niveau » et de 39,8 points de pourcentage chez les femmes du milieu rural.

L'analyse de la décomposition montre que les changements observés selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence sont plus liés à un effet de comportement (près de 95% pour les deux variables). En 2010, les différentes catégories socio-économiques présentaient sensiblement les mêmes niveaux de connaissance. Cette avancée pourrait être attribuée aux campagnes d'information et de sensibilisation menées entre les deux dates dans le cadre des politiques de planification familiale. Pendant ce temps, les effets de composition qui illustrent les contributions issues de l'éducation et de l'urbanisation restent très faibles, environ 5%.

**Tableau 3 : Evolution de la connaissance des méthodes contraceptives modernes selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence entre 1993 et 2010**

Caractéristiques	Répartition des femmes en union de 15-49 ans (%)			TCCM* femmes en union de 15-49 ans			Effet de composition (%)	Effet de comportement (%)
	1998	2010	Ecart	1998	2010	Ecart		
<i>Niveau d'instruction</i>								
<b>Aucun niveau</b>	90,56	82,01	-8,55	77,4	97,19	19,79	5,20	94,80
<b>Primaire</b>	6,45	11,12	4,67	95,16	99,4	4,24		
<b>Secondaire+</b>	2,99	6,87	3,88	100	99,89	-0,11		
<i>Milieu de résidence</i>								
<b>Urbain</b>	12,6	21,18	8,58	97,83	99,48	1,65	5,51	94,49
<b>Rural</b>	87,4	78,82	-8,58	76,54	97,13	20,59		
<b>Burkina Faso</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>77,2</b>	<b>97,5</b>	<b>20,3</b>		

\* : Taux de connaissance des méthodes contraceptives modernes

Au-delà de la connaissance des méthodes contraceptive modernes, c'est leur utilisation qui est nécessaire à la régulation de la fécondité. Au Burkina Faso, le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union était de 15,0% (Tableau 4) contre 4,8% en 1998. Depuis cette date, on a noté d'importantes évolutions dans les pratiques contraceptives chez les femmes vivant en milieu urbain et celles ayant un niveau d'instruction primaire. Malgré la réduction des écarts entre catégories de 1998 à 2010, on note toujours d'importantes inégalités.

Il ressort que le changement observé entre les deux dates tient sa source non seulement de l'effet de composition, mais aussi d'un effet de comportement. On note que l'effet de comportement est plus important avec plus de 80% de contribution. Ce qui tend à positionner les politiques de planification familiale comme les principales sources du changement dans les pratiques contraceptives modernes. En effet, on pourrait dire que ces politiques, à travers les activités de sensibilisation sont parvenues à accroître sensiblement le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

**Tableau 4 : Evolution du taux d'utilisation de la contraception moderne selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence entre 1993 et 2010**

Caractéristiques	Répartition des femmes en union de 15-49 ans (%)			TPCM* femmes en union de 15-49 ans			Effet de composition (%)	Effet de comportement (%)
	1998	2010	Ecart	1998	2010	Ecart		
	<i>Niveau d'instruction</i>							
<b>Aucun niveau</b>	90,56	82,01	-8,55	3,19	11,19	8		
<b>Primaire</b>	6,45	11,12	4,67	13,07	25,2	12,13	18,12	81,88
<b>Secondaire+</b>	2,99	6,87	3,88	36,61	44,23	7,62		
	<i>Milieu de résidence</i>							
<b>Urbain</b>	12,6	21,18	8,58	20,1	30,78	10,68	15,78	84,22
<b>Rural</b>	87,4	78,82	-8,58	2,63	10,78	8,15		
<b>Burkina Faso</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>4,83</b>	<b>15,02</b>	<b>10,19</b>		

\* : Taux de prévalence contraceptive moderne

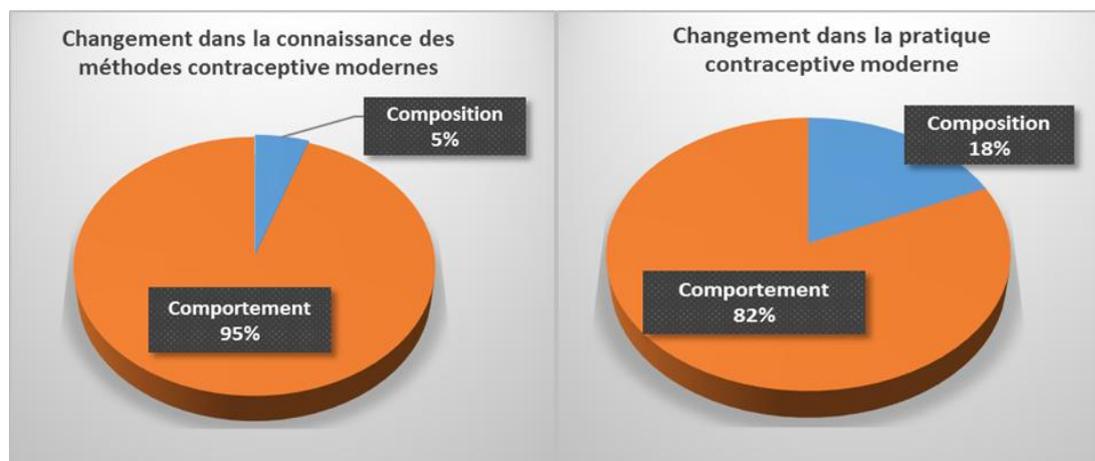
Sources : Enquête démographiques et de santé du Burkina Faso de 1998 et 2010

Les inégalités observées entre catégories pourraient s'expliquer par un plus large accès des femmes du milieu urbain aux équipements tels que la Radio et la télévision par lesquels les messages sont souvent diffusés. L'effet du niveau d'instruction se justifierait par la modernisation des perceptions et des comportements que l'éducation formelle inculque aux individus. Par ailleurs, les individus de niveau d'instruction élevé sont moins influencés par les pesanteurs socioculturelles. En plus, ils se retrouvent en majorité en ville et ont donc un meilleur accès à l'information et une meilleure compréhension des messages diffusés.

La décomposition montre qu'une grande part des variations des indicateurs provient d'un changement de comportements des femmes en union. Ainsi, on pourrait dire que l'évolution du niveau de la pratique contraceptive est aussi un résultat des programmes de PF dans la mesure où ces activités ont permis aux bénéficiaires de connaître et de disposer de ces méthodes. La faiblesse de l'effet de composition montre qu'au cours de cette période, les proportions des femmes selon le milieu de résidence et le niveau d'instruction n'ont pas subi de variations notables susceptibles d'influencer les connaissances et les pratiques contraceptives.

Il est à noter aussi que de la connaissance à la pratique, on note une baisse de la contribution de l'effet de comportement (Graphique 1). La faiblesse de la pratique contraceptive, en dépit d'une grande connaissance de la PF, pourrait s'expliquer soit par la volonté des couples de ne pas planifier leur fécondité, soit par les moyens dont ils disposent pour s'offrir les méthodes convenables. En effet, des données de l'EDSBF 2003 et 2010, on retient qu'il subsiste un fort pourcentage de besoins non satisfaits en matière de planification. Ce pourcentage correspond à la proportion de femmes ne désirant plus d'enfant et n'utilisant pas de méthode contraceptive. Ce pourcentage était de 23,8% des femmes en 2010 contre 29% en 2003. Des entretiens avec des spécialistes des questions de population, il est ressorti que la faible prévalence de la contraception serait aussi liée à la forte médicalisation des services de planification familiale qui ne permet pas la disponibilité de certaines méthodes en milieu rural.

**Graphique 1 : Part de contribution des sources de changement dans la connaissance et la pratique contraceptive moderne**



### **Préférences et pratiques en matière de la fécondité**

D'une façon générale, on assiste à une réduction du nombre d'enfants désirés. Ce nombre passe de 6 enfants par femme à 5,2 enfants par femme entre 1998 et 2010. Cette baisse s'observe chez toutes les femmes sans distinction de catégorie. Selon les catégories, les plus forts pourcentages de baisse de l'ISFD s'observent chez les femmes de niveau d'instruction « aucun niveau » et chez les femmes du milieu rural (Tableau 6). Le milieu urbain, comparativement au milieu rural, est caractérisé par une plus forte proportion de la population dans le secteur tertiaire qui occupe des emplois salariés qui ne requièrent pas la mise à contribution des enfants comme les occupations rurales du secteur primaire.

La décomposition montre que l'effet de comportement est plus important dans la baisse de l'ISFD. Toutefois, il est moins important que ce qui a été observé dans la variation des indicateurs de la connaissance et de la pratique contraceptive. Il en découle donc un plus grand impact de l'effet de composition sur la baisse de l'ISFD que dans la variation des indicateurs sur la contraception moderne. Cela pourrait se comprendre à travers le fait que les politiques de populations n'ont pas eu assez d'impact sur les perceptions des populations en matière de préférence de fécondité. On pourrait aussi noter qu'une plus grande augmentation de la proportion des femmes instruites aurait permis d'avoir une baisse plus grande du désir d'enfants. En effet, avoir un niveau d'instruction élevé, implique d'offrir de meilleures conditions sanitaires et éducatives à sa descendance notamment en milieu urbain. Selon A. Noubissi (1994), « *en se généralisant, l'urbanisation, l'instruction et les institutions non familiales entraînent des changements de comportement en matière de procréation et ce à travers les facteurs sociaux : relâchement de la division sexuelle des rôles qui pesait sur la femme, évolution du système familial, diminution de la valeur affective et sociale des enfants; et les facteurs économiques : diminution de l'importance du travail des enfants, coût croissant des enfants qui entrent en compétition avec les biens de consommation et poids économique du travail des femmes en dehors du foyer* ».

**Tableau 6 : Evolution de l'indice synthétique de fécondité désirée par femme selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence de 1993 à 2010**

Caractéristiques	Répartition des femmes de 15-49 ans (%)			ISFD* toutes les femmes de 15-49 ans			Effet de composition (%)	Effet de comportement (%)
	1998	2010	Ecart	1998	2010	Ecart		
<i>Niveau d'instruction</i>								
<b>Aucun niveau</b>	85,8	73,9	-11,9	6,3	5,8	-0,5		
<b>Primaire</b>	8,4	13,6	5,2	4,2	4,2	0	46,76	53,24
<b>Secondaire+</b>	5,8	12,4	6,6	2,5	2,8	0,3		
<i>Milieu de résidence</i>								
<b>Urbain</b>	16,9	27,1	10,2	3,4	3,3	-0,1	37,24	62,76
<b>Rural</b>	83,1	72,9	-10,2	6,5	5,9	-0,6		
<b>Burkina Faso</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>6,00</b>	<b>5,20</b>	<b>-0,80</b>		

\* : Nombre moyen d'enfants désirés par femme de 15-49 ans

Sources : Enquête démographiques et de santé du Burkina Faso de 1998 et 2010

Les pratiques en matière de fécondité se mesurent par le niveau de fécondité des femmes de 15-49 ans. En général, on note une baisse progressive de l'ISF qui passe de 6,7 enfants par femme en 1998 à 6 enfants par femme en 2010. L'analyse selon les caractéristiques des femmes montre que les baisses les plus importantes dans la fécondité sont observées chez les groupes ayant une plus grande fécondité en 1998. Il s'agit notamment des femmes n'ayant aucun niveau, celles de niveau primaire et celles vivant en milieu rural.

En ce qui concerne la décomposition de la variation, il ressort qu'une plus grande proportion est liée au changement de comportement au sein des femmes. Là encore on note une augmentation de la part de changement expliquée par l'effet de composition comparativement à la pratique contraceptive. Du fait de la scolarisation, les femmes de niveau d'instruction élevé ont tendance à rentrer tardivement dans la vie féconde, ce qui a pour conséquence de réduire la durée d'exposition à la fécondité. D'où la baisse de la fécondité chez ces femmes comparativement aux femmes de niveau d'instruction faible. Cela explique en partie les différences de nombre moyen d'enfant entre les femmes selon le niveau d'instruction. Cette influence du niveau d'instruction est assez très déterminante dans la mesure où la maîtrise de la fécondité est en étroite relation avec la santé. Plus haut, nous avons vu que les femmes du milieu urbain sont mieux informées et utilisent plus la planification familiale que leurs consœurs du milieu rural. Cela pourrait aussi être dû aux conditions de vie modernes dans ce milieu caractérisé par un plus grand accès à l'information. Par ailleurs en ville, l'introduction précoce des valeurs marchandes et celle, plus accentuée, de l'école concourent à rendre les coûts sociaux et économiques de l'enfant plus onéreux. « *Le père de famille ne veut plus autant d'enfants du jour où ceux-ci lui coûtent ou dès qu'il n'a plus la pleine autorité sur eux* » (Sauvy, cité par F. Bézy, 1974).

**Tableau 7 : Evolution du nombre moyen d'enfants par femme selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence entre 1993 et 2010**

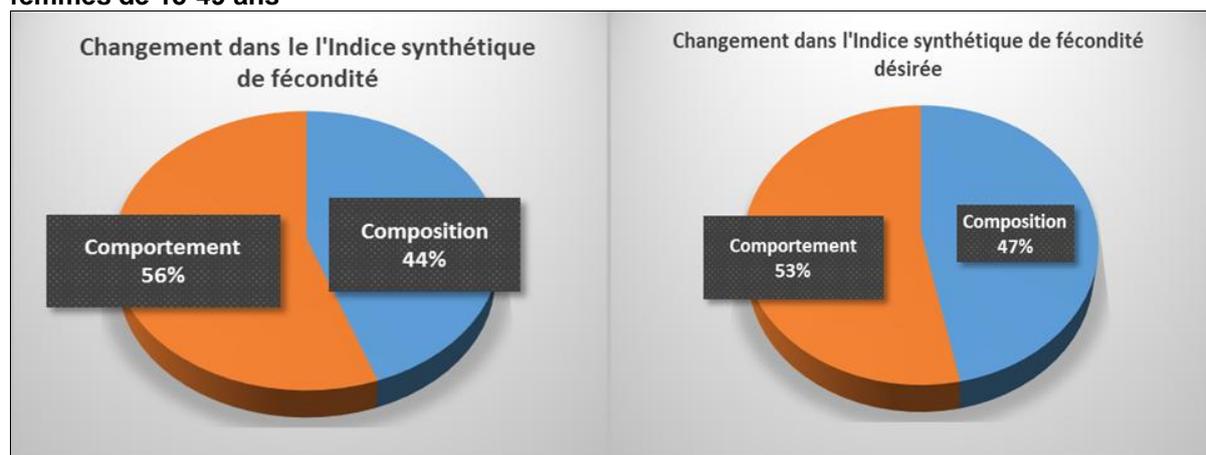
Caractéristiques	Répartition des femmes de 15-49 ans (%)			ISF* toutes les femmes de 15-49 ans			Effet de composition (%)	Effet de comportement (%)
	1998	2010	Ecart	1998	2010	Ecart		
<i>Niveau d'instruction</i>								
<b>Aucun niveau</b>	85,8	73,9	-11,9	7,1	6,6	-0,5	44,48	55,52
<b>Primaire</b>	8,4	13,6	5,2	5,4	4,9	-0,5		
<b>Secondaire+</b>	5,8	12,4	6,6	2,9	3,1	0,2		
<i>Milieu de résidence</i>								
<b>Urbain</b>	16,9	27,1	10,2	4,1	3,9	-0,2	37,41	62,59
<b>Rural</b>	83,1	72,9	-10,2	7,3	6,7	-0,6		
<b>Burkina Faso</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>6,70</b>	<b>6,00</b>	<b>-0,70</b>		

\* : Nombre moyen d'enfants par femme de 15-49 ans

Sources : Enquête démographiques et de santé du Burkina Faso de 1998 et 2010

Par ailleurs, le suivi de l'évolution de l'ISFD et l'ISF (graphique 5.3) permet de mettre en lumière un gap entre ce qui est voulu par les populations et ce qui est fait en réalité. Cela traduit le fait que si tous les besoins étaient satisfaits en 2010, le Burkina aurait un ISF de 5,2 enfants par femme. Pourtant, les efforts menés par les politiques de santé ont contribué à réduire l'accessibilité géographique des services de santé notamment en matière de la PF comme le témoigne ces propos : « Généralement les femmes profitent du marché pour faire un tour au CSPS. De ce fait, plus la formation sanitaire est éloignée, moins elles en auront accès. Le fait de réduire la distance à une moyenne de 7 km est un acquis non négligeable »<sup>4</sup>. La persistance de cette différence malgré une plus grande utilisation de la contraception serait la conséquence de leur utilisation à des fins d'espacement plutôt qu'à des fins de limitation des naissances.

**Graphique 2 : Part de contribution des sources de changement dans l'ISFD et l'ISF chez les femmes de 15-49 ans**

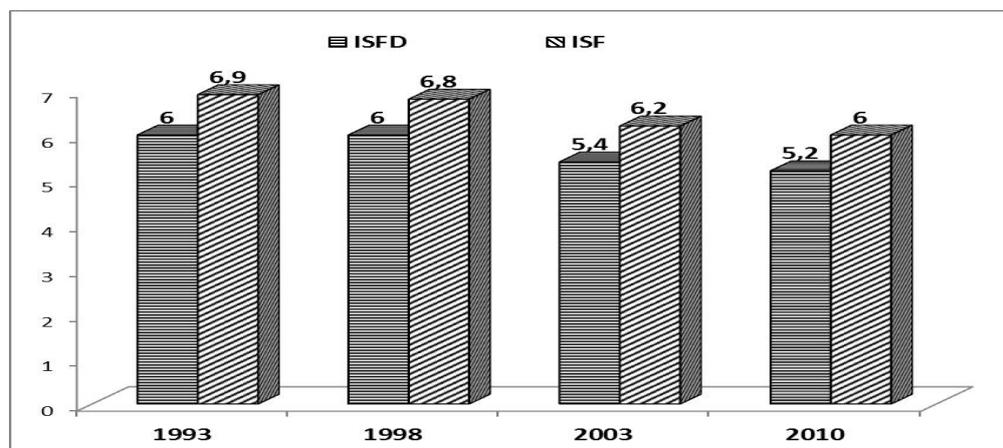


Le graphique 3 met en exergue les différences qui existent entre le nombre moyen d'enfants désirés et le nombre moyen d'enfants par femme. Il ressort que l'écart entre les deux indicateurs est resté presque inchangé entre 1993 et 2010. Cet écart qui était de 0,9 est

<sup>4</sup> Dr. Djénéba Sanon, sur <http://www.lefaso.net/spip.php?article44991> [lu le 14/03/2014]

devenu 0,8 en 1998 et a gardé cette valeur jusqu'en 2010, malgré l'augmentation de la prévalence contraceptive moderne au cours de cette période.

**Graphique 3 : Evolution de l'ISFD et l'ISF entre 1993 et 2010**



Sources de données : Enquête démographiques et de santé du Burkina Faso de 1993, 1998, 2003 et 2010

### **Effort de régulation démographique**

Plusieurs actions ont été menées dans le cadre de la mise en œuvre des Plan d'action en matière de population (PAP). A partir des années 1990, plusieurs formations à l'endroit des services sectoriels centraux et déconcentrés se sont déroulées dans le sens de l'intégration des variables population dans les politiques sectorielles. En plus, des activités de sensibilisation contre la pratique de l'excision et sur la planification familiale ont été menées. Le pays a été appuyé dans ces efforts par plusieurs ONG telles que l'ABBEF (créée en 1979, membre de l'IPPF depuis 1989). Plusieurs documents et modules ont été élaborés dans le cadre de la formation des animateurs et des intervenants dans le domaine de la planification familiale. Il est à noter que les autres textes adoptés s'inscrivaient dans le sens d'une transformation des perceptions et des comportements en matière de santé de la reproduction.

De l'analyse des rapports sur les politiques de population, de planification familiale et de développement, nous retenons que les politiques de population et de développement économique et social avait pour but d'induire des changements profonds dans tous les secteurs de la vie du pays. Les principaux domaines sont la réduction de la pauvreté, la maîtrise de la croissance démographique, l'amélioration du niveau d'instruction et de la santé des populations. A travers l'analyse des rapports bilans de ces activités, on peut noter que les textes adoptés au Burkina Faso dans le cadre de la réglementation du développement et dans le sens de la maîtrise de la croissance démographique ont canalisé la mise en œuvre d'un certain nombre d'actions. Au cours de la période 1991 et 2010, ces actions ont été principalement encadrées par les PAP des PNP d'une part, et de l'autre, par les plans d'action du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP). Il ressort que le caractère simultané des deux types de politiques n'a pas permis qu'elles soient efficaces. Plusieurs évaluations font ressortir que la mise en œuvre des PNP a été contrariée par l'avènement des Programmes d'Ajustement Structurel (PAS) dans les années 1990 puis, à partir des années 2000, par l'adoption du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) comme « *cadre unique de référence pour les politiques publiques* » dans lequel les questions démographiques ont été très faiblement prises en compte.

En plus, la persistance d'une grande proportion de la population dans le secteur agropastoral utilisant des méthodes de production précaires est une des conséquences de l'échec des politiques de développement. En effet, « *la croissance démographique est étroitement liée à l'ensemble des transformations économiques, sociales et culturelles*

*passées et en cours, portées par les politiques sectorielles. Dans cette perspective, l'accélération de la croissance démographique est le produit des faibles performances de ces politiques. Si la demande d'enfants reste élevée en milieu rural, c'est parce que la modernisation de l'agriculture n'a pas été réussie et aussi parce que la scolarisation n'a pas atteint ses ambitions d'universalité.* » (Dakuyo et al., 2010). Dans le contexte actuel du Burkina Faso, l'accélération de la croissance démographique est révélatrice de questions de nature structurelle, non ou insuffisamment résolues en amont (Dakuyo et al., 2010).

### **Défis en matière de réduction de la fécondité**

La poursuite des efforts pour la maîtrise de la croissance démographique présente plusieurs défis au Burkina Faso. Comme nous venons de le voir, les politiques de population et de planification familiale sont les sources les plus importantes des changements notés dans les comportements en matière de fécondité. Cependant, elles ne sont pas les seules. Les autres politiques de développement, notamment les politiques éducatives jouent un rôle aussi grand.

Nous avons également noté qu'il existe plusieurs types d'expériences dans le domaine de la maîtrise de la croissance démographique. Cependant, les interviewés ont été unanimes à citer les cas de la Tunisie et du Ghana comme des exemples réussis de maîtrise de la croissance démographique. En plus, plusieurs autres pays du Maghreb ont été cités en exemple. Il est ressorti que ces pays ont mis l'accent sur un plus grand accès à l'éducation, suivi d'une plus grande prévalence des emplois salariés notamment des femmes qui, de ce fait, ne disposeraient pas d'assez de temps pour s'occuper d'une fécondité élevée. L'instruction des filles semble être le facteur le plus commun à la plupart des cas de réduction de la fécondité. Dans une analyse de la transition démographique dans les pays du Maghreb, il ressort que : *« Si les programmes de limitation des naissances plus classiques n'ont pas vraiment fait la preuve d'une grande efficacité, d'autres politiques, ne visant pas a priori ce but, en ont eu bien davantage. Ce sont celles qui ont permis de rendre quasi universelle l'instruction de base, notamment celle des filles, celles qui ont ouvert le marché du travail aux femmes, celles qui ont amélioré leur statut familial, social, économique et culturel. Autant de facteurs assez largement communs aux trois pays du Maghreb pour expliquer la similitude de leurs évolutions »* (Vallin, 2012 :3).

En plus, nous pouvons noter l'amélioration de la qualité<sup>5</sup> des services de PF. Des études réalisées ont montré qu'une meilleure qualité des services de PF est un facteur favorisant une plus grande demande. La satisfaction des clientes est associée à l'utilisation efficace et continue d'une méthode, et aux rapports « de bouche à oreille ». Inversement, une interaction client-prestataire médiocre est associée à la cessation de l'usage d'une méthode ou à son échec. A titre d'exemple, des recherches réalisées en Egypte ont révélé que les consultations axées sur les clientes (au lieu de celles axées sur le médecin) étaient associées à un niveau trois fois plus élevé de satisfaction des clientes et de continuité de l'utilisation de la méthode choisie.

Certains répondants ont mis l'accent sur les conditions favorables à un changement de perception à travers les changements introduits dans les structures économiques. Il s'agit notamment de la scolarisation obligatoire, de la mécanisation de l'agriculture, de l'expansion de la sécurité sociale à travers une plus grande salarisation des emplois. Ces différentes transformations qui ne sont pas des facteurs directs de la fécondité ont pour but d'augmenter le coût de l'enfant en termes de prise en charge et de réduire sa contribution aux activités productrices des parents. Du même coup, on assistera à une croissance de la demande contraceptive. Ainsi, la disponibilité des méthodes contraceptives pourra effectivement permettre aux populations de limiter volontairement les naissances.

---

<sup>5</sup> Selon Murphy et Steele (2000), la qualité des services de PF regroupe : (1) Bien traiter les clientes ; (2) Fournir aux clientes la méthode de leur choix ; (3) Offrir des soins personnalisés ; (4) Tenter d'établir une interaction dynamique ; (5) Eviter une surcharge d'informations ; (6) Utiliser et fournir des aide-mémoire.

Par ailleurs, le Burkina Faso pourra s'inspirer de l'expérience du Ghana qui a mis l'accent sur la mobilisation communautaire autour de la question de PF. En effet, dans ce pays où la PF s'est propagée rapidement, on a pu remarquer une forte implication des communautés dans le processus de diffusion. Au Burkina Faso, les services de PF sont restés l'apanage des formations sanitaires qui ont perdu leur vocation de promotion sociale pour devenir tout simplement des centres santé. Pourtant, s'il est vrai que l'utilisation de certaines méthodes requiert le concours d'un personnel de santé, d'autres, par contre, peuvent être utilisées sans trop d'intermédiaires.

## **I. CONCLUSION**

Cette communication s'est penchée sur les interrelations entre ces politiques à travers leurs impacts sur les comportements démographiques. Pour mieux comprendre et résoudre le questionnement de l'étude, nous avons utilisé les données des enquêtes démographiques et de santé réalisées au Burkina Faso en 1998 et 2010 et les rapports d'études et d'activités des services sectoriels en lien avec les politiques de développement socio-économique. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthode d'analyse basée sur la décomposition simple du changement observé dans les indicateurs.

A l'issue de cette analyse, on peut dire que les politiques de population et de planification familiale ont beaucoup plus contribué dans l'amélioration des connaissances des méthodes contraceptives modernes chez les femmes. Les inégalités entre catégories sociales en matière de connaissance des méthodes contraceptives modernes se sont presque totalement résorbées. Le niveau de la pratique de la contraception moderne accuse toujours un retard qui fait croire à l'existence d'un décalage entre la connaissance des méthodes et leur utilisation. En plus, il persiste des différences dans l'utilisation de ces méthodes selon le niveau d'instruction et le milieu de résidence. Ainsi, le faible niveau d'utilisation de ces méthodes, en dépit d'une plus grande connaissance pourrait se justifier par deux facteurs. D'une part, la disponibilité géographique de ces méthodes qui pourraient empêcher les femmes du milieu rural d'accéder convenablement aux méthodes contraceptives. D'autre part, un désir d'enfants qui est encore élevé est une entrave à l'utilisation des méthodes contraceptives. Ainsi, on note que, les indicateurs favorables à la baisse de la fécondité sont plus observés chez les femmes ayant un niveau d'instruction élevé et résidant en milieu urbain. En ce qui concerne les préférences et les pratiques en matière de fécondité, il ressort une plus grande contribution de l'effet de composition comparativement à la pratique contraceptive. Par ailleurs, les deux indicateurs ISF et ISFD présentent les sources de changement dont les parts d'explication sont assez voisines.

En somme, nous pouvons dire que les politiques de population et de planification familiale ont beaucoup contribué à la connaissance et la pratique de la contraception. Leurs contributions sur les préférences de fécondité et sur la fécondité sont assez moindres. Pour ces derniers facteurs, la contribution des autres politiques de développement est assez notable dans les changements de perceptions et de pratiques nécessaires à une baisse soutenue de la fécondité. Ainsi, il en découle que les politiques de populations doivent être soutenues par un ensemble d'autres stratégies de développement notamment dans les secteurs de l'éducation et de l'éducation de sorte à induire des changements profonds et durables dans les structures et les comportements de la population.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- Bézy F. (1974), Démographie et sous-développement, propos anti-malthusiens, Louvain, Institut des Sciences politiques et sociales, 61p.
- Dakuyo L. M., Koné M., et Wetta C. (2010), Réflexion sur les défis de la croissance démographique au Burkina Faso, VISION « BURKINA 2025 », 50p.

DGEP (2011), Rapport sur les finances publiques Burkina Faso 2010, 87p.

Evina A. et Kishimba N. (2001), L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ; In Transitions démographiques des pays du Sud, actes des 3<sup>e</sup> journées du Réseau Démographie, Rabat, 9-12 décembre 1998. - PARIS : ESTEM, pp. 253-268.

INSD (2009), thème 2 : *Etat et structure de la population*, analyse des résultats définitifs du recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006, 181p.

INSD (2012), Tableau de bord social du Burkina Faso 2011. 165p.

Murphy E. et Steele C. (2000), Interactions clients-prestataires en matière de planification familiale : lignes directrices émanant des travaux de recherche et de l'expérience des programmes. Document MAQ, vol. 1, N°2, -2000, <http://www.magweb.org/magdoc/french/vol2.htm> [5/25/2011 12:22:05 PM]

Noumbissi, A, (1994), Fécondité et développement : de quelques théories, in Koffi N. (ed.), Guillaume A.(ed.), Vimard P. (ed.), Zanou B. (ed.) *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, pp321-337.

Ouédraogo C. (2001), Fécondité en milieu rural africain, quelques repères pour l'analyse des changements : une étude de cas en milieu Mossi au Burkina Faso, UN/POP/PFD, 19p. <https://www.un.org/esa/population/publications/prospectsdecline/ouedraog.pdf> [20/03/2014 17:47:34 PM]

Ouédraogo D. (2008), Vers la refondation des politiques de population comme politiques publiques en Afrique subsaharienne ? Une analyse exploratoire. Cahiers québécois de démographie, vol. 37, n° 2, 2008, 323-349.

PNP (2000), Politique Nationale de la Population du Burkina Faso. Révision N°1, CONAPO, MEF. 47 p.

Tankoano A. F. (1991), L'expérience de planification familiale au Burkina Faso, pp233-250, in Koffi N., Guillaume A., Vimard P. et Zanou B, - *Maîtrise de la croissance démographique et développement en Afrique*, Séminaire International ENSEA - ORSTOM 1991, 438p.

Vallin J. (2012), Faut-il une politique de population ?, Population & Sociétés, INED, N° 489, Mai 2012, 4p.