



Interrelation entre Population

Santé et Développement

1946

**RAPPORT
DE
RECHERCHE**

**P-S-D BURKINA FASO
ANALYSE DU VOLET DEMOGRAPHIQUE**

COMPAORE Cécile M. Zoungrana

the first time in the history of the world, the people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view. The people of the United States have been compelled to make a choice between two political parties, each of which has a distinct and well-defined platform, and each of which has a definite and well-defined object in view.

P-S-D BURKINA FASO

ANALYSE DU VOLET DEMOGRAPHIQUE

**Interrelation entre Population
Sante et Developpement**

P-S-D BURKINA FASO

ANALYSE DU VOLET DEMOGRAPHIQUE

COMPAORE Cecile M. Zoungrana

Septembre 1993

**INTERRELATIONS ENTRE POPULATION
SANTE ET DEVELOPPEMENT
(P.S.D.) - BURKINA FASO
VOLET DEMOGRAPHIQUE**

MINISTÈRE DES ENSEIGNEMENTS SECONDAIRE
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

COMITÉ PERMANENT INTER-ETATS
DE LUTTE CONTRE LA SÉCHERESSE
AU SAHEL

CENTRE NATIONAL DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE ET TECHNOLOGIQUE

INSTITUT DU SAHEL

INSTITUT DE RECHERCHE
EN SCIENCES SOCIALES
ET HUMAINES

CENTRE D'ÉTUDES ET DE
RECHERCHE SUR LA POPULATION
POUR LE DÉVELOPPEMENT

INTERRELATIONS ENTRE POPULATION

SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT

(P.S.D.) - BURKINA FASO

ANALYSE DU VOLET DEMOGRAPHIQUE

Par COMPAORE Cécile M. Zoungrana

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	8
NOTE METHODOLOGIQUE	9
CHAPITRE I - DONNEES COLLECTIVES	10
I.1 - Taille des concessions	10
I.2 - Taille des ménages	11
I.2.1 - Caractéristiques du chef de ménage	12
I.3 - Exploitation	13
I.3.1 - Caractéristiques de l'exploitation et du chef d'exploitation	13
I.4 : Equipement du ménage	14
I.5 - Equipement de la concession	17
CHAPITRE II - CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ECONOMIQUES	18
II.1 - Effectif de la population	19
II.2 - Evolution de la population	19
II.3 - Répartition par âge et par sexe	20
II.3.1 - Rapport de masculinité	20
II.3.2 - Pyramide des âges	21
II.3.3 - Structure par grands groupes d'âges	24
II.4 - Ethnie et religion	25
II.5 - Education	26
II.5.1 - Scolarisation	26
II.5.2 - Alphabétisation	27
II.5.2.1 - Alphabétisation selon l'âge et le sexe	29
II.6 - Activité des femmes	30
CHAPITRE III - MIGRATIONS	33
III.1: Non-natifs de la vallée du Kou selon la provenance	34
III.1.1: Chef d'exploitation non-natifs	36
III.2: Emigration	37
III.2.1 - Volume et année de départ	37
III.2.2 - Emigrés selon l'âge et le sexe	39
III.2.3 - Emigrés selon le motif du départ	39
III.3 - Immigrations	40
III.3.1 - Volume et année d'arrivée	41
III.3.2 - Immigrés selon l'âge et le sexe	42
III.3.3 - Immigrés selon le motif d'arrivée	43
III.4: Origines et destinations des migrations	43
III.5 - Solde migratoire	45
CHAPITRE IV - NUPTIALITE ET FECONDITE	47
IV.1 - Etat matrimonial	47
IV.1.1 - Etat matrimonial selon l'âge et le sexe	47
IV.1.2 - Polygamie	49
IV.2 - Fécondité	51
IV.2.1 - Niveau et structure de la fécondité en 1985	51

IV.2.2 - Descendance moyenne selon l'âge en 1987	52
IV.3.1 - Analyse différentielle de la fécondité	54
IV.3.2 - Situation matrimoniale	54
IV.3.3 - Mobilité conjugale	55
IV.3.4 - Ethnie	55
 CHAPITRE V - MORTALITE, SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	58
V.1 Niveau de la mortalité	58
V.1.1 - Qualité des données/.	58
V.1.2 - Mortalité infantile et juvénile	60
V.2 - Causes de décès	61
V.3 - Analyse différentielle de la mortalité	62
V.3.1 - Etat matrimonial de la mère	62
V.3.2 - Alphabétisation de la mère	63
V.3.3 - Ethnie de la mère	64
V.3.4 - Facteurs sanitaires	64
V.5 SANTE MATERNELLE ET INFANTILE	65
V.5.1 - Etat de santé de la mère pendant la grossesse	66
V.5.2 - Fréquentation des centres de santé	67
V.5.2.1 - Pendant la grossesse	68
V.5.2.2 - Lieu d'accouchement	68
V.5.2.3 - Après l'accouchement	69
V.5.3 - Connaissance et pratique de la contraception	72
 CONCLUSION	74
 BIBLIOGRAPHIE	77

LISTES DES TABLEAUX

Tableau I-1	Taille des concessions
Tableau I-2	Taille des ménages
Tableau I-3	Evolution de la taille des ménages dans la strate 1
Tableau I-4	Chefs de ménage selon le sexe
Tableau I-5	Taille moyenne du ménage selon l'âge du chef de ménage
Tableau I-6	Chef de ménage selon le sexe et la situation matrimoniale
Tableau I-7	Chef d'exploitation selon le sexe et la situation matrimoniale
Tableau I-8	Exploitation selon les équipements du ménage
Tableau I-9	Exploitation selon les équipements du ménage
Tableau I-10	Nombre moyen d'équipements par exploitation
Tableau I-11	Proportion de concessions ne disposant pas de puits, de latrine ou de douche
Tableau I-12	Proportion de ménages utilisant un système de filtre à eau
Tableau II-1	Population totale selon le sexe et la situation de résidence en 1987
Tableau II-2	Evolution de la population de la vallée du kou depuis 1975
Tableau II-3	Taux d'accroissement annuel moyen entre 1975 et 1985
Tableau II-4	Rapport de masculinité
Tableau II-5	Population des strates selon le groupe d'âges
Tableau II-6	Structure par grands groupes d'âges
Tableau II-7	Population résidente selon l'ethnie
Tableau II-8	Population résidente selon la religion
Tableau II-9	Situation de l'enseignement primaire dans la vallée du kou
Tableau II-10	Population alphabétisée selon la langue
Tableau II-11	Proportion de personnes alphabétisées selon le sexe
Tableau II-12	Proportion de personnes alphabétisées selon l'âge
Tableau II-13	Chefs de ménage alphabétisés selon l'âge
Tableau II-14	Chefs de ménage alphabétisés selon le sexe
Tableau II-15	Femmes selon le niveau de participation aux travaux champêtres
Tableau II-16	Femmes exerçant une activité économique individuelle (ou non) selon le type d'activité et le revenu
Tableau II-17	Femmes selon les dépenses effectuées par ordre de priorité
Tableau III-1	Non natifs de la vallée du kou selon la province de provenance
Tableau III-2	Non natifs de la vallée du kou selon la zone de provenance
Tableau III-3	Chefs d'exploitation anciens migrants selon la durée de séjour, la provenance, l'ethnie et le nombre de résidence antérieurs
Tableau III-4	Pourcentage d'émigrés dans la population selon le sexe
Tableau III-5	Emigrés selon l'ethnie

Tableau III-6	Population émigrée selon l'année d'arrivée
Tableau III-7	Emigrés selon l'âge et le sexe
Tableau III-8	Pourcentage d'émigrés selon le motif de départ
Tableau III-9	Emigrés selon l'âge et le motif
Tableau III-10	Pourcentage d'immigrés dans la population selon le sexe
Tableau III-11	Immigrés selon l'ethnie
Tableau III-12	Population immigrées selon l'année d'arrivée
Tableau III-13	Immigrés selon l'âge et le sexe
Tableau III-14	Immigrés selon le motif d'arrivée
Tableau III-15	Immigrés selon l'âge et le motif
Tableau III-16	Population émigrée (immigrée) selon la destination (l'origine)
Tableau III-17	Solde migratoire selon la province
Tableau IV-1	Population de 15 ans et plus selon le sexe et la situation matrimoniale
Tableau IV-2	Population de 15 ans et plus selon l'âge, le sexe et la situation matrimoniale
Tableau IV-3	Age moyen au premier mariage selon le sexe
Tableau IV-4	Indice de polygamie selon la strate
Tableau IV-5	Indice de fécondité dans la vallée de Kou en 1985
Tableau IV-6	Taux de fécondité selon l'âge en 1985
Tableau IV-7	Descendance moyenne selon l'âge et la strate en 1987
Tableau IV-8	Descendance moyenne selon l'âge et la situation matrimoniale
Tableau IV-9	Descendance moyenne selon l'âge et le nombre de mariage
Tableau IV-10	Descendance moyenne selon l'âge et l'ethnie
Tableau V-1	Proportion d'enfants décédés selon l'âge de la mère
Tableau V-2	Taille de l'échantillon d'enquête
Tableau V-3	Mortalité dans l'enfance dans la vallée de Kou et dans l'ensemble du Burkina Faso
Tableau V-4	Mortalité dans l'enfance selon la strate
Tableau V-5	Proportion d'enfants décédés présentés à un centre de santé avant la décès
Tableau V-6	Proportion d'enfants décédés selon la cause du décès
Tableau V-7	Mortalité dans l'enfance et état matrimonial de la mère
Tableau V-8	Mortalité dans l'enfance et alphabétisation de la mère
Tableau V-9	Mortalité dans l'enfance et ethnies de la mère
Tableau V-10	Mortalité dans l'enfance selon les variables sanitaires
Tableau V-11	Femmes malades pendant leur dernière grossesse ayant subi (ou non) un traitement selon le type de traitement (ou motif de non traitement)
Tableau V-12	Femmes allant généralement (ou jamais) en consultation à l'occasion de leur grossesse selon l'agent consulté (ou le motif de non consultation)
Tableau V-13	Femmes selon le lieu du dernier accouchement et la type d'agent ayant coupé le cordon ombilical

Tableau V-14	Femmes ayant l'habitude de se faire examiner avec leurs nouveaux nés dès les premières semaines qui suivent l'accouchement sans être apparemment malades
Tableau V-15	Femmes informées de l'existence d'un programme de PMI selon le type de conseils suivis
Tableau V-16	Femmes ayant recours à un centre de santé (ou non) selon la circonstance (ou le motif de non recours)
Tableau V-17	Femmes utilisant une méthode contraceptive (ou non) selon la méthode (ou le motif de utilisation).

INTRODUCTION

Le recensement de la population de la vallée du Kou de 1987 a été réalisé dans le cadre du projet "Population-Santé-Développement", un des projets du Programme de recherche démographique pour le Sahel (PRDS) qui se propose comme but l'analyse des inter-relations existant entre les projets de développement et l'évolution démographique, économique et sanitaire des populations concernées. Le cadre d'étude est le périmètre rizicole de la vallée du Kou au Burkina Faso. L'aménagement, dont la mise en valeur à partir de 1970 a nécessité un transfert de population extérieure, notamment du centre du pays, avait pour objectifs d'augmenter la production nationale de riz, de freiner dans une certaine mesure l'émigration massive des burkinabè à l'étranger et d'améliorer le niveau de vie des paysans. Les investigations sur le terrain devaient permettre d'évaluer la part de la santé et du bien-être économique et social des populations parallèlement aux objectifs de productivité poursuivis par ce projet de développement. On s'intéresse également à toutes les incidences provoquées par ce projet sur le plan démographique et écologique.

Cependant, une bonne évaluation de l'impact de l'aménagement sur les populations doit s'appuyer sur un diagnostic clair de la situation de la zone avant, du moins au démarrage du projet. A défaut de cette évaluation initiale, nous nous référerons dans la mesure du possible, aux estimations faites à partir d'études antérieures réalisées dans la vallée du Kou et qui fournissent des informations intéressantes sur les populations de la zone. Les données ne sont pas toujours disponibles, surtout en ce qui concerne la mortalité.

Outre le recensement démographique, une enquête sanitaire comportant un volet épidémiologique et un volet nutritionnel, et des enquêtes informelles ont été effectuées. Ces dernières ont essentiellement consisté en des entretiens avec les services techniques en place et en des interviews de groupes avec les paysans. Les recensements généraux de la population de 1975 et de 1985 constituent entre autres les sources antérieures de données sur la population de la vallée du Kou.

Le présent rapport qui porte sur l'analyse du volet démographique du recensement de 1987, se veut une présentation de la situation démographique de la zone du projet. Les aspects sanitaires, socio-économiques et culturels seront traités séparément dans d'autres rapports sectoriels. Une synthèse de ces analyses sectorielles fera l'objet du rapport final du projet PSD/Burkina.

L'étude s'articule autour de cinq chapitres; les deux premiers présentent les données collectives et les caractéristiques démographiques et socio-économiques de la population. Le troisième

chapitre est consacré aux mouvements migratoires qui ne sont pas négligeables dans la zone. Les deux derniers chapitres portent sur les niveaux de la fécondité et de la mortalité; différentes variables sanitaires et socio-économiques sont analysées en relation avec ces deux phénomènes démographiques dans le but de dégager les facteurs déterminants. Le chapitre cinq fait en outre un tour de la question sur l'état de santé des femmes et des enfants dans le périmètre rizicole.

NOTE METHODOLOGIQUE

Trois types d'opérations ont été réalisées pour collecter les données du PSD Burkina: un recensement exhaustif de la population de la zone de la vallée du kou, des enquêtes par sondage et des enquêtes informelles.

1) Recensement de la population

Le recensement de la population a été effectué du 30 juin au 13 août 1987; il a été précédé par les opérations de formation des enquêteurs et de numérotation des concessions qui ont eu respectivement lieu du 23 au 25 juin et du 28 au 30 juin. Sept enquêteurs et seize enquêtrices ont été retenus pour la collecte des données. Deux types de questionnaires ont été utilisés: un questionnaire chef de ménage et un questionnaire femme.

Le questionnaire chef de ménage a permis de saisir:

- les informations démographiques sur les membres du ménage: âge, sexe, lieu de naissance, situation matrimoniale, situation de résidence, ethnie et religion, alphabétisation, migrations au cours des cinq dernières années, etc;
- les informations sur les activités économiques du chef de ménage: profil de l'exploitation, type de production, consommation, revenu, équipements ménagers et agricoles, etc;

Le questionnaire femme s'adressait aux femmes de 15 ans et plus et a permis d'enregistrer des informations sur la fécondité, la mortalité des enfants, la protection maternelle et infantile, les activités économiques des femmes, etc;

L'interview des chefs de ménage a été faite par les enquêteurs et celle des femmes par les enquêtrices.

2) Enquêtes par sondage

Pour appréhender l'état sanitaire des populations de la vallée du kou, une enquête par sondage comportant un volet épidémiologique a été soumis à un échantillon de chefs de ménage (10%); il a permis de collecter des informations entre autres sur: Les maladies infectieuses et parasitaires (connaissance, prévention, type de

soins, etc) qui sévissent dans la zone, la couverture sanitaire, l'hygiène de base, etc;

Les femmes de 15-49 ans et les enfants de moins de cinq ans constituent la population cible de l'enquête nutritionnelle

- pour les femmes: âge, statut conceptif, clinique nutritionnelle (oedèmes, anémie, avitaminose, goitre, etc) aliments interdits aliments spécialement autorisés, etc;

- pour les enfants: âge, sexe, vaccination, clinique nutritionnelle, anthropométrie (poids, taille, périmètre brachial), allaitement (maternel, mixte, artificiel) et sevrage, aliments interdits, aliments spécialement autorisés, etc;

3) Enquêtes informelles

Elles ont eu lieu en août 1988 et ont porté sur les aspects essentiellement qualitatifs qui n'ont pas pu être saisis à travers le recensement et les enquêtes par sondage : aspects sociaux, organisation du travail, opinion sur l'aménagement du travail, ect;

CHAPITRE I - DONNEES COLLECTIVES

Au recensement de 1987, la concession était définie comme "une unité d'habitation délimitée ou non par une clôture, comportant un ou plusieurs ménages". "Les couples mariés et leurs enfants constituent un ménage même s'ils sont sous la dépendance d'un chef de concession. Toute personne isolée mais indépendante économiquement sur le plan de la production constitue un ménage à part entière. L'exploitation quant à elle, était définie comme "une unité de production comprenant tous les individus travaillant ensemble pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs membres non actifs"

On distingue les exploitations rizicoles, qui se consacrent uniquement à la culture du riz, et celles non rizicoles dont l'activité principale est orientée vers la production de céréales autres que le riz.

I.1 - Taille des concessions

On a dénombré au total 1.723 concessions et 2.462 ménages soit en moyenne 1,4 ménages par concession. Ce nombre est de 1,5 dans les strates 1 et 2 et de 1,3 dans la strate 3. On compte en moyenne 9,8 personnes par concession dans l'ensemble. La taille de la concession est plus grande dans la strate 1 (11,9) que dans les deux autres.

Tableau I-1: Taille des concessions

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble Burkina rural	
	Riziculteurs	Autocht.	Immig.SP.		1985
Ménage/ conc.	1,5	1,5	1,3	1,4	1,88
Personnes/conc.	11,9	8,0	7,2	9,8	11,90

Strate 1: Strate des riziculteurs

Strate 2: Strate des autochtones non riziculteurs

Strate 3: Strate des immigrants spontanés non riziculteurs

I.2 - Taille des ménages

La taille moyenne des ménages est de 6,8 personnes. Cette moyenne cache cependant des disparités à l'intérieur des strates d'une part et entre les strates d'autre part. Trente quatre pour cent (34 %) des ménages sont composés de 1 à 4 personnes; plus de 40 % ont entre 5 et 9 personnes et 24 % ont 10 personnes et plus: 34 % chez les riziculteurs contre 9% chez les autochtones et 12 % chez les immigrants spontanés.

Tableau I.2: - Taille des ménages

	strate 1	strate 2	strate 3	Ensemble Burkina rural	
					1985
1 - 4 personnes	28	46	41	34	38,5
5 - 9 "	38	45	47	42	44,3
10 et plus	34	9	12	24	17,2
Total	100	100	100	100	100,0
Personnes/ ménag.	7,7	5,4	5,7	6,8	6,3

Au niveau des riziculteurs, ce nombre a sensiblement augmenté par rapport aux estimations de 1970 (Ouédraogo D., 1986) où la taille moyenne était de 6,6 personnes par ménage; soit une augmentation relative de 16,7 % entre 1970 et 1987.

Il semble qu'au cours des dix premières années d'existence du périmètre, l'augmentation de la taille du ménage chez ces derniers ait été plus forte. Selon la même source, l'indice était de 10,8 en 1980 soit une augmentation relative de 63,6 % en l'espace de dix ans et une baisse relative de 28,7 % entre 1980 et 1987. Cette baisse serait imputable à l'émigration d'individus et/ou de ménages entiers de la vallée du Kou. Ces écarts peuvent également être imputables à la différence des définitions adoptées et à la couverture des différentes opérations de collecte de l'information.

Tableau I.3: Evolution de taille des ménages dans la strate 1

	1970(1)	1972(2)	1980(3)	1987
Personnes/mén.	6,6	8,1	10,8	7,7

(1) et (3) : Ouédraogo D., 1986

(2) G. Rémy, 1972

I.2.1 - Caractéristiques du chef de ménage

La quasi-totalité des chefs de ménage sont des hommes: 98 % contre 2 % de femmes; c'est autour de l'homme que le ménage se constitue. La taille du ménage variant en partie selon la polygamie et l'intensité de la fécondité, il est normal d'enregistrer une croissance de celle-ci avec l'avancement en âge du chef de ménage. Cette tendance qui n'est pas observée ici est sans doute perturbée par les migrations dont l'ampleur n'est pas négligeable.

Tableau I.4: Chefs de ménage selon le sexe

	Ensemble	Strate 1	Strate 2	Strate 3
Masculin	2419	1382	228	809
Féminin	43	16	4	23
Ensemble	2462	1398	232	832

Tableau I.5: Taille moyenne du ménage selon l'âge du chef de ménage

	15-19	20-29	20-39	40-49	50-59	60+	Age moyen		
							Total	H	F
Strate 1	-	7,4	7,6	7,0	6,4	7,4	7,1	43	41
Strate 2	-	5,1	5,2	5,7	4,6	5,5	5,2	42	41
Strate 3	-	5,9	5,2	5,8	5,3	5,5	5,4	42	47
Ensemble	-	6,7	6,4	6,5	6,3	6,7	6,5	43	45

La majeure partie des chefs de ménage dans l'ensemble (65 %) ont entre 25 et 50 ans.

L'âge moyen se situe à 43 ans pour les hommes et à 45 ans pour les femmes. La répartition des chefs de ménage selon la situation matrimoniale et le sexe montre que les chefs de ménage sont en général mariés (93 %) et vivent en régime monogamique (57 %). Les chefs de ménage de sexe féminin sont en général des veuves (40 %); ce qui explique le fait qu'elles soient en moyenne plus âgées que leurs homologues masculins.

Tableau I.6: Chefs de ménage selon le sexe et la situation matrimoniale (en %)

	Situation matrimoniale							%
	Célib.	Monog.	Polyg.	Mariés	Veuf	Div	Total	
Strate 1								
Masculin	2	54	42	96	2	0	100	99
Féminin	19	25	13	38	38	5	100	1
Total	2	54	42	96	1	0	100	100
Strate 2								
Masculin	6	53	41	94	0	0	100	98
Féminin	25	0	25	25	50	0	100	2
Total	6	52	41	93	1	0	100	100
Strate 3								
Masculin	5	65	26	91	1	3	100	97
Féminin	4	9	4	13	40	43	100	3
Total	5	63	25	88	2	5	100	100
Ensemble								
Masculin	3	58	37	95	1	1	100	98
Féminin	12	14	9	23	40	25	100	2
Total	4	57	36	93	1	2	100	100

I.3 - Exploitation

I.3.1 - Caractéristiques de l'exploitation et du chef d'exploitation

Le recensement de 1987 a permis de dénombrer 1 780 exploitations dont 943 exploitations rizicoles dans la strate 1 et 837 non rizicoles (206 dans la strate 2 et 631 dans la strate 3); soit respectivement 53 %, 12 % et 24 %.

La taille de l'exploitation qui peut regrouper plusieurs ménages, est relativement plus petite que celle de la concession. On compte en moyenne 1,2 ménages par exploitation dans l'ensemble ; 1,1 chez les riziculteurs et les autochtones, 1,4 chez les immigrants spontanés. Le nombre moyen personnes est toujours plus élevé dans la strate 1 (9,9) que dans la strate 2 (5,5) et dans la strate 3 (6,1).

Les caractéristiques des chefs d'exploitation sont pratiquement les mêmes que celles des chefs de ménage puisque c'est parmi ces derniers que se recrutent les premiers.

Tableau I.7: Chefs d'exploitation selon le sexe et la situation matrimoniale (en %)

	Situation matrimoniale							%	Age moy.
	Cél.	Mon.	Pol.	Mariés	Veuf	Div.	Total		
Strate 1									
Masculin	2	53	44	97	1	0	100	99	43
Féminin	33	22	11	33	22	12	100	1	39
Total	2	53	43	96	1	1	100	100	43
Strate 2									
Masculin	6	53	41	94	0	0	100	98	42
Féminin	25	0	25	25	50	0	100	2	41
Total	6	52	40	92	2	0	100	100	41
Strate 3									
Masculin	6	63	26	90	1	3	100	97	43
Féminin	6	11	6	17	33	44	100	3	45
Total	6	62	26	87	2	5	100	100	43
Ensemble									
Masculin	4	57	37	94	1	1	100	98	43
Féminin	16	13	10	23	32	29	100	2	43
Total	4	56	37	37	1	2	100	100	43

Le tableau I-7 indique que la majorité des chefs d'exploitation sont monogames (56 %) et de sexe masculin (98 %). Les 2 % de femmes sont en majorité des veuves et divorcées (61 %). L'importance des chefs d'exploitation célibataires chez les riziculteurs pourrait être due à une confusion du statut de célibataire avec celui de veuf ou divorcé.

Au niveau des hommes, l'âge moyen des chefs d'exploitation est sensiblement le même que celui des chefs de ménage; les femmes qui dirigent une unité de production sont cependant relativement plus jeunes que celles qui dirigent un ménage. Il semble par ailleurs que celles-ci ne peuvent accéder au statut de chef d'une unité familiale ou de production qu'avec le divorce ou le veuvage.

I.4 : Equipement du ménage

Comme en témoignent les données du tableau I.8, plus de 70 % des chefs d'exploitation ont au moins un vélo dans leur ménage. Le nombre de chefs d'exploitation propriétaires d'une motocyclette est relativement moins élevé compte tenu du fait que son achat représente une dépense plus importante: 52 % des riziculteurs contre 25 % des autochtones et 23 % des immigrants spontanés ont une moto. Les indices sont plus faibles en ce qui concerne les postes radio, et particulièrement les radio-cassettes.

Tableau I.8: Exploitation selon les équipements du ménage (en %)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Vélos				
0	15	21	29	21
1 et plus	85	79	71	79
Total	100	100	100	100
Motos				
0	43	74	77	59
1 et plus	57	26	23	41
Total	100	100	100	100
Postes radios				
0	49	77	69	59
1 et plus	51	23	31	41
Total	100	100	100	100
Radio-cassettes				
0	74	86	87	80
1 et plus	26	14	13	20
Total	100	100	100	100

Outre l'achat des équipements à usage domestique, le paysan rentabilise son espace cultivé par un investissement productif: équipements agricoles tels que charrues, charrettes, bétail, etc. Cinquante quatre pour cent (54 %) des riziculteurs possèdent une charrue, 40 % des boeufs de labour contre 10 % et 5 % chez les autochtones, 13 % et 5 % chez les immigrants spontanés.

Tableau I.9: Exploitation selon les équipements agricoles (en %)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Charrues				
0	46	90	87	66
1 et plus	54	10	13	34
Total	100	100	100	100
Boeufs de labour				
0	60	95	95	76
1 et plus	40	4	5	24
Total	100	100	100	100
Charrettes				
0	19	96	89	53
1 et plus	81	4	11	47
Total	100	100	100	100
Anes				
0	40	95	92	65
1 et plus	60	5	8	35
Total	100	100	100	100
Herses				
0	67	100	100	82
1 et plus	33	0	-	18
total	100	100	100	100
Batteuses				
0	21	100	100	58
1 et plus	79	0	0	42
Total	100	100	100	100

Le paysan pense également à satisfaire son mieux être personnel: amélioration de son confort intérieur, construction de maisons supplémentaires, achat de lits, de vêtements, etc.

En effet, au fur et à mesure que la famille s'agrandit, la construction de maisons supplémentaires s'avère indispensable. Pour les riziculteurs, la maison construite initialement sur un prêt accordé par l'Etat burkinabè est une maison standardisée aux dimensions très modestes, 29 à 30 mètres carrés (m²), (Ouédraogo D., 1986).

Le nombre moyen de maisons par exploitation est de 4 dans l'ensemble, 5 chez les riziculteurs, 3 dans les deux autres strates dont en moyenne 3, 4 et 2 maisons tôlées.

Plus de 80% des exploitants ont au moins un lit et une moustiquaire dans le ménage. Comme au niveau des autres équipements, les riziculteurs sont les mieux dotés.

Tableau I.10: Nombre moyen d'équipements par exploitation

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate	Ensemble
Nbre moyen de:					
Maisons	5	3	3		4
Maisons tôlées	4	2	2		3
Moustiquaires	5	2	2		3
Lits	3	2	2		3

I.5 - Equipement de la concession

Les équipements à usage collectif recensés au niveau de la concession concernent les puits, les latrines et les douches. En moyenne, 24 % des concessions ne disposent pas d'un puits dans la concession.

Tableau I.11: Proportion de concessions ne disposant pas de puits, de latrine et de douche (%).

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Puits	11	63	34	24
Latrines	15	95	52	36
Douches	2	81	84	91

L'utilisation de latrines et de fosses septiques pour l'évacuation des déchets n'est pas courante. On enregistre en moyenne 36 % de concessions qui ne disposent pas de latrine. Au niveau des douches, la situation est relativement meilleure. Par ailleurs, très peu de ménages utilisent un système de filtre à eau: 38 % seulement des chefs d'exploitation déclarent utiliser un filtre dans le ménage. Le tamis est le type couramment utilisé : 78 % des cas dans l'ensemble de la vallée du Kou; cependant, il n'assure qu'une épuration partielle de l'eau, se bornant à retenir les impuretés d'une certaine taille, les germes morbides passent au travers de la toile.

Tableau II.6: Structure par grands groupe d'âges (suite)

	Strate 3			Ensemble		
	M	F	T	M	F	T
0-14 ans	48,8	49,6	49,2	49,1	47,7	48,4
15-64 "	47,6	48,4	48,0	48,2	50,4	49,3
65 +	3,6	2,0	2,8	2,7	1,9	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

II.4 - Ethnie et religion

On peut distinguer trois grands groupes ethniques à l'intérieur du périmètre: le groupe mossi, ethnie majoritaire du centre du pays, le groupe peulh originaire du nord et le groupe ethnique de l'ouest qui rassemble les bobo, les sénoufo, les samo, les marka-dafing, les tiéfo et les bolon. L'ethnie mossi représente à elle seule 60 % des résidents de la vallée du Kou contre 5 % de peulh et 31 % pour le groupe de l'ouest (tableau II.7).

La religion dominante est la religion musulmane (tableau II.8). Elle regroupe 84 % d'adeptes contre 12 %, 1 % et 3 % respectivement pour les religions catholique et protestante et pour l'animisme. La répartition de la population des strates selon, d'une part l'ethnie et, d'autre part la religion indique une sur-représentation des mossi dans les strates des immigrants (70 % dans la strate 1 et 47 % dans la strate 3) et des musulmans dans toutes les strates (86 %, 72 %, respectivement dans les strates 1, 2 et 3). Comme on devait s'y attendre, la quasi-totalité des membres de la strate des autochtones non riziculteurs appartient à l'ethnie bobo (99 %) dont seulement un quart (1/4) pratique l'animisme. L'aménagement a donc entraîné "l'islamisation" de la vallée du Kou initialement habitée par les bobo dont la religion traditionnelle est l'animisme.

Tableau II.7: Population résidente selon l'ethnie (%)

	Mossi	Bobo	Sénoufo	Peulh	Ouest	Autres	Total
Strate 1	70	15	3	1	26	3	100
Strate 2	0	99	0	0	100	0	100
Strate 3	47	8	9	17	28	8	100
Total	60	19	4	5	31	4	100

Tableau II.8: Population résidente selon la religion (en %)

	Strate 1 Riziculteurs	Strate 2 Autochtones	Strate 3 Immigrants sp.	Total
Musulman	86	72	81	84
Catholique	12	3	14	12
Protestant	1	0	1	1
Animiste	1	25	4	3
Total	100	100	100	100

II.5 - Education

II.5.1 - Scolarisation

Les données sur la scolarisation proviennent des résultats des enquêtes informelles réalisées dans la vallée du Kou en juillet 1988, c'est-à-dire une année après le recensement de la zone. Ces données, issues d'entretiens individuels ou de discussions de groupes méritent qu'on les prennent avec beaucoup de précaution. En effet, si l'effectif d'écoles, de classes et d'enseignants ne présente pas de problèmes majeurs quant à leur énumération, celui des élèves est sujet à caution d'autant plus que l'enquête a eu lieu pendant les grandes vacances et un certain nombre d'enseignants n'ont pas pu être interrogés. Le nombre d'élèves par classe enregistré est dans la plupart des cas approximatif. Les indices que nous dégageons ici donnent plutôt une indication qu'une mesure absolue du niveau de la scolarisation dans la vallée du Kou.

On compte au total cinq écoles dans l'ensemble du périmètre avec seulement une à six classes, une à quatre classes et trois à deux classes chacune soit, au total, seize (16) classes. La population scolaire est estimée à 1 181 élèves (tableau II.9). Ce qui fixe le ratio élèves/classe et élèves/ maître à 74 élèves par classe et par enseignant, contre 64 au niveau national.

Tableau II.9: Situation de l'enseignement primaire dans la vallée du kou

1988

	Nbre écoles	Nbre classes	Nbre maîtres	Nbre élèves	Rat élève/maître
a) Ecole classique					
Total	5	16	16	1181	74
b) Médersa					
Total	6	5	-	316	63
c) Ecole coranique					
Total	9	-	-	245	-

Cette surcharge des classes s'explique, outre le nombre limité de classes, par la prise de conscience des paysans des bienfaits de la scolarisation. Toujours tournés vers le gain immédiat, ceux-ci préféraient garder leurs enfants à la maison pour augmenter la main-d'œuvre agricole que de les envoyer à l'école.

Il s'est développé, parallèlement à l'école classique, l'école coranique et les "medersa" dont l'impact sur la population est considérable compte tenu de l'influence de la religion musulmane. L'école coranique donne une éducation essentiellement religieuse (apprentissage du coran); les "médersa" dispensent une éducation classique mais en langue arabe. L'école coranique et les "médersa" regroupent respectivement 245 et 316 élèves dans une quinzaine d'écoles soit au total 561 élèves.

Le taux brut de scolarisation, définie comme le rapport de la population scolaire à la population scolarisable (7-14 ans) est de 28 % en 1988. Ce taux est légèrement plus élevé que le taux national pour l'année scolaire 1986-87 (24,5 %).

En regroupant les élèves des écoles classiques et des "médersa", le taux de scolarisation passe de 28 % à 36 %.

II.5.2 - Alphabétisation

Au recensement de la vallée du Kou en 1987, on a considéré comme alphabétisée "toute personne sachant lire et écrire une langue quelconque".

Selon cette définition, 10 % des individus ont déclaré savoir lire et écrire une langue (tableau II.11). Toutefois, il y a une disparité selon le sexe et la strate. Alors que, dans la strate 1, 11 % sont alphabétisés, ce pourcentage passe à 10 % dans la strate 3 et à 6 % dans la strate 2. Mais, quelle que soit la strate, les

hommes sont toujours plus alphabétisés que les femmes et l'écart entre les deux sexes s'accentue lorsqu'on passe de la strate 3 à la strate 1. Dans la strate 3, 14 % des hommes et 6 % des femmes sont alphabétisés contre 10 % et 2 % dans la strate 2 et 18 % et 4 % dans la strate 1.

Tableau II.10: Population alphabétisée selon la langue

	Strate 1			Strate 2			Strate 3			Total		
	M	F		M	F		M	F		M	F	
Analph.	4413	5201		528	655		2025	2263		6966	8119	
Français	478	185		44	11		144	83		666	279	
Mooré	19	2		0	0		6	2		25	4	
Dioula	15	4		2	0		0	0		17	4	
Arabe	450	26		13	2		183	56		646	84	
Autre	0	1		0	0		0	1		0	2	
Total	5375	5419		587	668		2358	2405		8320	8492	

Tableau II.11: Proportion de personnes alphabétisées selon le sexe

	Strate 1			Strate 2			Strate 3			Total		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Oui	18	4	11	10	2	6	14	6	10	16	4	10
Non	82	96	89	90	98	94	86	94	90	84	96	90
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Langue d'alphabétisation

Franç.	41	16	56	61	15	76	30	17	48	39	16	55
Arabe	38	2	40	18	3	21	39	12	50	37	5	42
Mooré	2	0	2	0	0	0	1	1	2	1	1	2
Dioula	1	0	2	3	0	3	0	0	0	1	0	1
Total	82	18	100	82	18	100	70	30	100	78	22	100

Le français est la première langue d'alphabétisation (55 %), puis viennent l'arabe (42 %), le mooré (2 %) et le dioula (1 %). L'influence de la langue arabe est liée à celle de la religion musulmane dans le périmètre.

Le recensement général de 1985 donne un taux d'alphabétisation de 14,9% pour l'ensemble de la population du Burkina Faso (19,4% pour les hommes, 6,7% pour les femmes).

II.5.2.1 - Alphabétisation selon l'âge et le sexe

La répartition de la population alphabétisée selon l'âge et le sexe précise les écarts notés précédemment. Pour le sexe masculin, les taux sont maximum entre 10 et 40 ans (10-45 pour la strate 3); ils représentent en moyenne 25 % de la population de ces tranches d'âges. Puis ils diminuent progressivement avec l'avancement de l'âge.

La courbe du sexe féminin a un profil sensiblement différent. Les proportions de lettrées qui excèdent à peine 12% à 10-14 ans diminuent rapidement. Il n'y a plus que 4 % des 25-29 ans. La diminution des lettrées après 15 ans pourrait s'expliquer par une sortie de l'école plus précoce chez les filles que chez les garçons. Moins scolarisées, les femmes le seraient moins longtemps. Dans ces conditions, le fait pour une femme de savoir lire et écrire une langue serait étroitement correlé avec la fréquentation de l'école.

Tableau II.12: Proportion de personnes alphabétisées selon l'âge et le sexe.

	Strate 1		Strate 2		Strate 3		Total	
	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.	Masc.	Fém.
5-9 ans	3	2	0	3	3	2	3	2
10-14 "	23	11	15	6	19	14	22	12
15-19 "	27	7	10	0	25	8	26	6
20-24 "	25	4	21	3	21	8	24	5
25-29 "	28	3	19	2	16	9	24	4
30-34 "	30	4	21	2	28	4	28	4
35-39 "	36	1	27	2	23	5	29	3
40-44 "	15	1	9	0	26	5	19	2
45-49 "	19	0	10	0	18	3	18	1
50-54 "	18	0	11	0	13	0	14	1
55-59 "	12	0	0	0	13	0	12	0
60 ans +	13	0	0	0	12	1	12	1
Total	18	4	10	2	14	6	16	4

Sur les 2462 chefs de ménage recensés en 1987, 602 sont alphabétisés, soit 24,4 % (11,6 % chez les femmes et 24,7% chez les hommes). Les chefs de ménage alphabétisés tous sexes confondus représentent par ailleurs 35 % des personnes alphabétisées dans l'ensemble de la vallée du Kou.

L'évolution de la proportion de chefs de ménage alphabétisés selon l'âge est sensiblement la même que celle de l'ensemble des personnes alphabétisées de sexe masculin. Les effectifs de chefs de

ménage de sexe féminin sont très faibles pour être ventilés selon l'âge.

Tableau II.13: Chefs de ménage alphabétisés selon le sexe

	Total	Strate 1	Strate 2	Strate 3
Masculin	597	378	47	172
Féminin	5	0	0	5
Total	602	378	47	177

Tableau II.14: Chefs de ménage alphabétisés selon l'âge (en %)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Total
15-19 ans	37	22	60	43
20-24 "	51	38	24	38
25-29 "	36	24	23	35
30-34 "	38	38	32	31
35-39 "	36	17	24	21
40-44 "	20	17	23	20
45-49 "	19	"	26	15
50-54 "	19	31	13	14
55-59 "	14	4	9	12
60 ans +	16	0	7	17
Total	27,1	20,3	21,6	24,4

II.6 - Activité des femmes

Un certain nombre des questions posées aux femmes de 15 ans et plus permettent de mesurer la diversité des activités des femmes de la vallée du Kou. Outre les travaux domestiques, la plupart d'entre elles participent également aux travaux champêtres (77 % des femmes dans l'ensemble, 82 %, 85%, 66 % respectivement dans les strates 1, 2 et 3).

Tableau II.15: Femmes selon le niveau de participation aux travaux champêtres (%)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Femmes participant aux trav. champ.				
Oui	82	85	66	77
Non	18	15	34	23
Total	100	100	100	100
Tous les travaux	89	95	74	86
Certains travaux	11	5	26	14
Total	100	100	100	100

En plus de la culture des céréales de base (riz, mil), la plupart des denrées alimentaires (légumes) sont produites par elles. Les femmes contribuent également à entretenir la famille au moyen d'autres activités rémunératrices: commerce, artisanat, agriculture, etc. Plus de 40 % des femmes de la vallée du Kou exercent une activité économique individuelle. Cette proportion atteint 58 % dans la strate 2 ou celles-ci disposent de plus de temps. En effet, à la question: pourquoi n'exercez-vous pas une activité économique individuelle, 37 % des femmes ont déclaré qu'elles manquent de temps. Cette proportion s'établit à 44 % dans la strate 1, 17 % dans la strate 2 et 28 % dans la strate 3.

Tableau II.16: Femmes exerçant une activité économique individuelle (ou non) selon le type d'activités et le revenu qui en est tiré (ou motif de non exercice).

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Femmes exerçant une act. Eco.				
Oui	42	58	39	42
Non	58	42	61	58
Total	100	100	100	100
Type d'act. éco. indiv.				
Commerce	96	98	94	96
Artisanat	1	1	2	1
Agriculture	2	1	1	2
Autre	1	0	3	1
Total	100	100	100	100
Femmes selon le revenu annuel en fcfa				
< 20 000	26	37	23	27
21 000 - 50 000	38	40	37	37
51 000 - 100 000	17	18	20	18
101 000 et plus	18	4	20	17
Non précisé	1	1	0	1
Total	100	100	100	100
Revenu moyen	49 090	36 500	48 000	48 800
Motif de non exercice				
Manque de temps	44	17	28	37
Pas d'intérêt	3	2	11	6
Manque de moyens	33	48	40	36
Refus du mari	4	2	2	2
Je suis âgée	7	21	8	8
Autre	9	10	11	11
Total	100	100	100	100

Les revenus issus des activités ne sont pas négligeables: le revenu moyen varie entre 35 000 et 50 000 fcfa. Les femmes devaient indiquer, par ordre de priorité, les postes des dépenses effectuées avec l'argent ainsi gagné. Plus de 50 % d'entre elles accordent une priorité à l'alimentation; les dépenses d'habillement et de toilette occupent les deuxième et troisième positions. La santé et l'éducation des enfants viennent en cinquième position chez 36 % et 31 % des femmes. L'aide apportée aux parents occupent une place non moins importante.

Tableau II.17: Femmes selon les dépenses effectuées par ordre de priorité (%)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
1- Alimentation	56	63	58	57
2- Habillement	36	30	35	35
3- Toilettes	31	38	35	33
4- Achat de plats	5	4	5	5
5- Santé	33	39	43	36
6- Education	28	31	37	31
7- Aide aux parents	20	17	4	19

Ce paragraphe nous enseigne qu'au delà de la famille, l'économie de la vallée du Kou toute entière peut se ressentir d'un mauvais état sanitaire des femmes dans la mesure où la productivité de celles-ci est sacrifiée. La maladie des femmes les empêche de se consacrer aux soins de la famille et à la production, d'atteindre la réalisation de leur "plein potentiel". Il serait intéressant de pouvoir mesurer la part de la productivité des femmes dans l'économie de la vallée du Kou pour une évaluation plus exacte de leur contribution.

D'une manière générale, un grand nombre d'objectifs de développement (meilleure alimentation, meilleure éducation des enfants et des femmes, meilleur niveau de vie, etc) peuvent être atteints plus rapidement et plus facilement si les femmes jouent un rôle plus actif et si elles y sont encouragées. Pour ce faire, il faut qu'un grand nombre de femmes puissent bénéficier des services de santé. L'amélioration de la santé maternelle permet de faire participer les femmes au développement de manière plus efficace.

CHAPITRE III - MIGRATIONS

Deux types de questions posés lors du recensement fournissent les données sur les migrations effectuées dans la vallée du Kou au cours des cinq (5) dernières années.

Le premier type de questions s'adresse à tous les membres du ménage:

- le statut de résidence,
- le lieu de naissance,
- le tableau qui recense toutes les migrations des cinq dernières années de tous les membres du ménage.

Le deuxième type de questions s'adresse aux seuls chefs de ménage et permet d'obtenir des informations sur les anciens migrants, c'est-à-dire les chefs de ménage qui ne sont pas à leur première migration et par conséquent ceux dont la vallée du Kou n'est pas la destination de leur première migration:

- êtes-vous originaire de ce village ?
- avez-vous résidé plus de 6 mois ailleurs que dans ce village?
- avez-vous résidé plus de 6 mois ailleurs que dans ce village et dans votre village natal ?

III.1: Non-natifs de 1. vallée du Kou selon la provenance

La répartition des non-natifs de la vallée du Kou selon la provenance fait ressortir une grande diversité des régions d'origine des migrants; on peut regrouper les familles migrantes en quatre (4) grands groupes: les familles originaires du plateau mossi, des provinces de l'ouest du Burkina Faso, des autres provinces du pays et de l'étranger.

Les non-natifs de la vallée du Kou représentent 52 % de la population (54 % dans la strate 1 et 63 % dans la strate 3). En ne prenant en compte que la population de 17 ans et plus, cette proportion monte à 89 % (98 % dans la strate 1 et 95 % dans la strate 3).

Le tableau III.1 indique que les ressortissants du plateau mossi représentent 56 % des non-natifs contre 36 % de l'ouest, 2 % des autres provinces et 6 % de l'étranger. Comme on devait s'y attendre, la grande majorité des riziculteurs et des immigrants spontanés viennent respectivement du plateau mossi (65 %) et des provinces de l'ouest du pays (45 %). Le Yatenga (dans le plateau mossi) fournit le plus gros contingent de migrants: 33 % dans l'ensemble, 27 % dans la strate 3 et 37 % dans la strate 1. Puis viennent le Houet avec respectivement 20%, 18% et 21% et le Sanmatenga : 15 %, 7 %, 19 %.

Tableau III.1: Non-natifs de la vallée du Kou selon la province de provenance (%).

Strate	Ensemble	Strate 3	Strate 1
Plateau mossi	56	41	65
Kadiogo	2	2	2
Yatenga	33	27	37
Sanmatenga	15	7	19
Bam	3	1	3
Autre	3	4	4
Région ouest	36	45	30
Houet	20	18	21
Kénédougou	4	4	3
Kossi	4	10	0
Mouhoun	3	5	1
Sourou	5	7	3
Autre	0	1	1
Autres régions	2	4	1
Etranger	6	10	4
Mali	2	4	1
Côte d'Ivoire	4	6	4
Autres	0	0	1
Total	100	100	100

On note aussi que les migrants viennent pour la plupart des villages, 83 % contre 17 % qui viennent des villes (dont Bobo: 48 % et Ouaga: 6 %).

Tableau III.2: Non-natifs de la vallée du Kou selon la zone de provenance (%)

Strate	Ensemble	Strate 3	Strate 1
Provenance			
Ville	17	23	13
Village	83	77	87
Total	100	100	100

A l'exception des provinces du Yatenga, du Houet et du Sanmatenga, les autres provinces du Burkina sont moins représentées. Le choix des familles reflétait certaines préoccupations des divers responsables burkinabè et chinois:

- Volonté d'associer à l'action entreprise un grand nombre de familles originaires de la région proche du Kou;
- souci d'accueillir les familles venant des régions les plus déshéritées du Burkina (en particulier le Yatenga en raison de la famine qui affectait cette région);
- souhait de rassembler les familles auprès desquelles les techniciens chinois ont accumulé déjà un certain capital de confiance (région de Kaya (Sanmatenga) pour la culture du riz).

III.1.1: Chef d'exploitation non-natifs

Sur les 1780 chefs d'exploitation, 87 % sont des migrants dont 59 % dans la strate 1 et 41 % dans la strate 3, originaires pour la plupart du yatenga (38 % et 28 %), du Sanmatenga (20 % et 10 %), et du Houet (20 % et 15 %).

Sur 100 chefs d'exploitation migrants, 30 sont des anciens migrants (13 riziculteurs et 17 immigrants spontanés) qui ont effectué en moyenne 2 à 3 migrations antérieures. Ils sont en majorité des mossi (58 %) et des bobo (23 %) et viennent pour la plupart du plateau mossi (54 %), de l'ouest du pays (38 %) et de l'étranger (6 %). Les anciens migrants, après avoir séjourné hors de leur village natal pendant une dizaine d'années en moyenne, sont retournés chez eux avant d'entreprendre l'installation dans la vallée du Kou.

Tableau III.3: Chefs d'exploitation anciens migrants selon: a) la durée de séjour, b) la provenance, c) l'ethnie et d) le nombre de migrations antérieures (%).

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
a) Durée de séjour				
< 1 an	0	-	1	1
1-5 ans	11	-	7	9
6-10 "	9	-	9	9
11 et +	73	-	64	68
NP	7	-	19	13
Total	100	-	100	100
Durée moyenne de séjour	10,5	-	10,4	10,3
b) Provenance				
Plateau mossi	63	-	46	54
Yatenga	38	-	28	33
Sanmatenga	20	-	10	11
Région ouest	31	-	43	38
Houet	20	-	15	15
Autres régions	2	-	3	2
Etranger	4	-	7	6
Total	100	-	100	100
c) Ethnie				
Mossi	66	-	51	58
Bobo	24	-	23	23
Ens. ouest	32	-	48	40
Autre	2	-	1	2
Total	100	-	100	100
d) nbre de migrations antérieures	2,4	1,4	2,8	2,5

III.2: Emigration

III.2.1 - Volume et année de départ

On a dénombré au total 436 émigrés dont 302 hommes et 134 femmes soit, respectivement 3 % de la population totale, 4 % des hommes et 2 % des femmes. On compte 269 (190 hommes et 79 femmes), 2 (tous de sexe masculin) et 165 (110 hommes et 55 femmes) émigrés respectivement au niveau des strates 1, 2 et 3.

Tableau III.4: Pourcentage d'émigrés dans la population selon le sexe.

	Strate 1		Strate 2 ⁽²⁾		Strate 3		Ensemble	
a) Sexe	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%
Masculin	190	3,5	2	0,3	110	4,7	302	3,6
Féminin	79	1,5	0	-	55	2,3	134	1,6
Total	269	2,7	2	0,2	165	3,5	436	2,6
Nbre moyen d'émigrés par exploit.		1,5		1,0		1,5		1,5

Tableau III.5: Emigrés selon l'ethnie

	Strate 1		Strate 2		Strate 3		Ensemble	
a) Sexe	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%
Mossi	190	44	-	-	70	16	260	60
Ouest	78	17	2	0	89	20	169	38
Autres	1	0	-	-	6	1	7	2
Total	269	62	2	0	165	38	436	100

L'émigration touche davantage les riziculteurs et les immigrants spontanés que les autochtones. On compte environ 2 personnes émigrées par exploitation dans les strates 1 et 3, environ une personne dans la strate 2; ce qui n'est pas négligeable quand on sait que ces départs touchent surtout les hommes d'âge actif. Le tableau III.5 indique par ailleurs que 60 % des émigrés sont mossi, 38 % sont de l'ouest et seulement 2 % des autres ethnies.

La répartition des émigrés selon l'année de départ montre que la tendance générale des émigrations est à la hausse (tableau III-6). L'année 1986 a enregistré le plus grand nombre de départs quelle que soit la strate.

² La strate 2 n'apparaît pas dans tous les tableaux qui suivent du fait du nombre négligeable d'émigrés

Tableau III.6: Population émigrée selon l'année de départ (en %).

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	NP	Total
Strate 1	3	13	11	26	33	11	3	100
Strate 2	6	15	14	24	25	16	-	100
Strate 3	50	-	-	-	50	-	-	100
Total	4	14	12	25	30	13	2	100

III.2.2 - Emigrés selon l'âge et le sexe

Les différences selon le sexe et le groupe d'âges sont importantes: 69 % des émigrés sont des hommes contre 31 % de femmes; soit à peu près une émigration féminine pour deux émigrations masculines.

Tableau III.7: Emigrés selon l'âge et le sexe (%)

	Strate 1			Strate 3			Ensemble		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-14 ans	11	14	25	25	14	39	16	14	30
15-29 "	50	13	62	33	12	45	44	12	56
30-44 "	10	2	12	7	6	13	8	3	12
45 et +	0	1	1	2	1	3	1	1	2
Total	71	29	100	67	33	100	69	31	100
Rap. de masc.	2,41			2,00			2,25		

Les hommes de 15-29 ans représentent à eux seuls 44 % des émigrés de sexe masculin. La proportion des femmes du même groupe d'âges est 4 fois moins importante. Ensemble, les émigrés de ce groupe d'âges représentent plus de 50 % des personnes émigrées au cours de cinq dernières années. Ils sont relativement plus nombreux dans la strate 1 que dans la strate 3. Au delà de 30 ans, les gens sont moins enclins à émigrer: 12 % à 30-34 ans contre seulement 2 % à 45 ans et plus. L'émigration des enfants n'est pas non plus négligeable.

III.2.3 - Emigrés selon le motif du départ

Deux types de migrations dominent les départs de la vallée du Kou: l'une masculine, représente les émigrations à la recherche de travail (41 %) et est plus marquée dans la strate 1; l'autre, féminine, est caractérisée par la prédominance des raisons de famille (36 %) plus importante dans la strate 3. Il peut s'agir de

femmes qui suivent leurs maris ou de jeunes filles parties en mariage. Contrairement aux motifs d'éducation, les départs pour raison de santé sont relativement importants et affectent davantage les hommes que les femmes.

Tableau III.8: Pourcentage d'émigrés selon le motif du départ.

	Strate 1			Strate 3			Ensemble		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Travail	47	3	50	25	1	26	39	2	41
Famille	8	20	29	23	25	48	14	22	36
Education	4	0	4	7	2	9	5	1	6
Santé	12	6	17	11	5	16	11	5	17
NP	-	-	-	1	-	1	-	-	-
Total	71	29	100	67	33	100	69	39	100

La répartition des émigrés selon l'âge et le motif de la migration indique que les enfants émigrent plus pour des raisons de famille (60 %) que d'éducation (8 %) et de santé (28 %). Les raisons de travail prédominent chez les personnes émigrées de 15 ans et plus.

Tableau III.9: Emigrés selon l'âge et le motif

	Travail	Famille	Education	Santé	Total
0-14 ans	Effectif 4 pourcent. 4	78 60	11 8	37 28	130 100
15-29 "	Effectif 139 Pourcent. 57	57 23	14 6	35 14	245 100
30 et +	Effectif 35 pourcent. 58	23 37	1 2	2 3	61 100
Total	Effectif 178 Pourcent. 41	158 36	26 6	74 17	436 100

III.3 - Immigrations

Les personnes immigrées au cours des cinq dernières années comptent parmi les non-natifs de la vallée du Kou dont l'étude des caractéristiques a été faite plus haut. Nous ne nous étendrons donc pas dans ce paragraphe au risque de nous répéter.

III.3.1 - Volume et année d'arrivée

Pendant qu'un nombre non négligeable de personnes quittent la vallée du Kou pour des raisons travail, un certain nombre y vient en espérant des conditions de vie meilleures.

Environ 2 % de la population résidente de la zone en 1987 ont immigré au cours des cinq dernières années: 2,5 % des hommes et 1,3 % des femmes. La strate 1 en accueille le plus grand nombre, 1,8 personnes en moyenne contre 1,4 personnes dans la strate 3 et 1 personne dans la strate 2. Ce mouvement enregistre un maximum en 1985.

Au niveau des ethnies, les proportions des personnes émigrées dans l'ensemble des strates sont pratiquement les mêmes que chez les émigrés: 58 % de mossi, 40 % d'individus ressortissants de l'ouest et 3 % de personnes d'autres ethnies.

Tableau III.10: Pourcentage d'immigrés dans la population selon le sexe.

	Strate 1		Strate 2		Strate 3		Ensemble	
a) Sexe	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%
Masculin	142	2,6	1	0,2	50	2,1	210	2,5
Féminin	79	1,5	-	-	48	2,0	110	1,3
Total	221	2,0	1	0,1	98	2,0	320	1,9

Nbre moyen d'immigrés par exploit.	1,8	1,0	1,4	1,5
------------------------------------	-----	-----	-----	-----

Tableau III.11: Pourcentage d'immigrés selon l'ethnie

	Strate 1		Strate 2		Strate 3		Ensemble	
a) Sexe	eff.	%	eff.	%	eff.	%	eff.	%
Mossi	156	49	1	-	30	9	187	58
Ouest	59	18	-	0	67	21	126	40
Autres	6	2	-	-	1	0	7	2
Total	221	69	1	0	98	31	320	100

Résumé de l'analyse de la situation

Le tableau ci-dessous présente les résultats de l'analyse de la situation pour les deux dernières années. Il indique les tendances et les changements dans les différents domaines.

En 1987, le taux d'absentéisme a atteint un niveau record de 15% dans l'ensemble de l'entreprise. Cependant, les résultats de l'analyse ont montré que ce taux était principalement dû à une augmentation importante du taux d'absentéisme chez les employés de bureau, qui a atteint 18%. Les résultats ont également montré que le taux d'absentéisme chez les employés de production a diminué de 10% à 12% au cours de l'année.

En 1988, le taux d'absentéisme a diminué de 15% à 12%, mais il reste toujours élevé. L'analyse a démontré que cette réduction est principalement due à une diminution importante du taux d'absentéisme chez les employés de bureau, qui a diminué de 18% à 15%. Cependant, le taux d'absentéisme chez les employés de production a augmenté de 12% à 14% au cours de l'année.

Taux d'absentéisme par secteur et par sexe

Sexe	Secteur	Taux d'absentéisme (%)
F	Bureau	18%
M	Bureau	15%
F	Production	12%
M	Production	10%

Taux d'absentéisme par secteur et par sexe

Sexe	Secteur	Taux d'absentéisme (%)
F	Bureau	15%
M	Bureau	12%
F	Production	14%
M	Production	11%

Tableau III.12: Population immigrée selon l'année d'arrivée (%)

	1982	1983	1984	1985	1986	1987	NP	Juillet Total
Strate 1	1	14	14	25	26	17	0	100
Strate 2	3	6	11	28	21	29	0	100
Strate 3	-	-	100	-	-	-	-	100
Total	2	11	14	26	24	20	0	100

III.3.2 - Immigrés selon l'âge et le sexe

Les caractéristiques des immigrés sont sensiblement les mêmes que celles des émigrés; en témoignent les données du tableau III.13. Au niveau de la strate 3, on note cependant un certain équilibre entre hommes et femmes; le rapport de masculinité est de 104 contre 180 dans la strate 1.

Tableau III.13: Immigrés selon l'âge et le sexe (%)

	Strate 1			Strate 3			Ensemble		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
0-14 ans	17	17	33	15	15	30	16	16	32
15-29 "	36	10	46	16	17	34	30	12	42
30-44 "	9	2	11	17	8	26	12	4	16
45 et +	2	7	10	2	8	10	2	8	10
Total	64	36	100	51	49	100	60	40	100
Rap. de masc.	1,80			1,04			1,52		

D'une manière générale, la proportion des émigrés de 15-44 ans (68 %) est plus élevée que celle des immigrés (58 %). Le rapport entre émigrés et immigrés montrent d'autre part qu'il sort plus d'hommes qu'il n'en rentre tandis qu'au niveau des femmes, il y a un certain équilibre. Ce qui explique en partie le déséquilibre observé dans l'analyse de la structure.

III.3.3 - Immigrés selon le motif d'arrivée.

Tableau III.14: Immigrés selon le motif d'arrivée.

	Strate 1			Strate 3			Ensemble		
	M	F	T	M	F	T	M	F	T
Travail	35	5	41	24	6	31	32	6	38
Famille	26	29	55	27	41	67	26	33	59
Education	0	0	0	0	1	1	0	1	1
Santé	3	0	4	0	1	1	2	1	2
NP	-	1	-	0	-	-	-	0	-
Total	64	36	100	51	49	100	60	40	100

Si les immigrations pour raisons de travail ne sont pas négligeables, les raisons de famille prédominent chez les immigrés. Cependant, elles restent tout de même plus marquées chez les femmes d'une part et dans la strate 3 d'autre part. Un grand nombre d'individus viennent rejoindre un parent à la vallée du Kou. Il peut également s'agir d'une migration de retour de la part d'anciens résidents de la vallée du Kou partis au début de la crise en 1975, en espérant trouver une meilleure situation ailleurs.

Tableau III.15: Immigrés selon l'âge et le motif

		Travail		Famille		Education		Santé		Total
		Effectif	Pourcent.	Effectif	Pourcent.	Effectif	Pourcent.	Effectif	Pourcent.	
14 ans	Effectif	5	94			3		2		104
	Pourcent.	5	90			3		2		100
15-29 "	Effectif	78		54		3		0		135
	Pourcent.	58		40		2		0		100
30 et +	Effectif	38		40		3		0		81
	Pourcent.	47		49		4		0		100
Total	Effectif	121		188		9		2		320
	Pourcent.	38		59		3		1		100

III.4: Origines et destinations des migrations

Sur les 436 départs enregistrés, l'étranger fournit 41 % des destinations (50 % chez les riziculteurs, 25 % chez les migrants spontanés) contre 33 % et 26 % au niveau de la zone rurale et urbaine burkinabè. Au niveau de la zone urbaine, plus de la moitié des départs se font vers Bobo (68 %) qui en attire 4 fois plus que Ouagadougou (18 %) en raison entre autres de sa proximité. La Côte

...sécurité dans le cadre d'un plan - et, tout

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

évidemment

T	P	N	R	S	U	V	W	X	Y	Z
85	0	00	15	00	00	00	00	00	00	00
82	03	00	15	00	00	00	00	00	00	00
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
100	05	00	14	00	00	00	00	00	00	00

soit une partie de l'ensemble des personnes qui peuvent être victimes de ces malversations. Il est donc important de faire une analyse approfondie de la situation pour déterminer si les personnes visées par la loi sont en effet dans ce groupe. Il est également important de faire une analyse approfondie de la situation pour déterminer si les personnes visées par la loi sont en effet dans ce groupe. Il est également important de faire une analyse approfondie de la situation pour déterminer si les personnes visées par la loi sont en effet dans ce groupe.

label	type	value	label	type	value
0	0	0	100	0	0
100	0	0	100	0	0
200	0	0	100	0	0
300	0	0	100	0	0
400	0	0	100	0	0
500	0	0	100	0	0
600	0	0	100	0	0
700	0	0	100	0	0
800	0	0	100	0	0
900	0	0	100	0	0
1000	0	0	100	0	0

...et, enfin, à un niveau plus large, de prendre des mesures

pour assurer la sécurité dans le cadre d'un plan - et, tout

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

...s'assurer que les deux parties sont en état de faire

d'Ivoire a elle seule représente 93 % des destinations étrangères, contre 7 % pour le Mali.

Dans l'ensemble, 20 % des personnes sont parties dans le plateau mossi et 38 % sont restées dans l'ouest. Près de 2 fois plus de départs ont lieu vers la province de Houet que vers la province du Yatenga. Il s'agit peut être de migrations de retour dans le village d'origine.

Pour ce qui est des migrations, le plateau mossi est l'origine la plus importante: 40 % contre 38 % dans les provinces de l'ouest, 11 % dans les autres provinces comme à l'étranger. Cette autre génération de migrants à destination de la vallée du Kou est encore fournie en grande partie par le Sanmatenga (15 %), le Yatenga (16 %) et le Houet (24 %).

Tableau III.16: Population émigrée (immigrée) selon la destination (l'origine) (%)

Strates	EMIGRES			IMMIGRES		
	Strate 1	Strate 3	Tot.	Strate 1	Strate 3	Tot.
a) Provinces (pour cent émigrés ou immigrés de chaque strate)						
Plateau mossi	18	22	20	49	21	40
Kadiogo	5	8	6	4	2	3
Yatenga	9	8	9	3	13	16
Sanmatenga	3	3	3	21	3	15
Bam	1	0	1	2	0	2
Autres	0	2	1	5	3	4
Prov. Ouest	30	52	38	32	52	38
Houet	18	29	22	20	32	24
Kénédougou	6	8	7	2	8	4
Kossi	3	4	3	2	0	2
Mouhoun	2	3	3	0	3	1
Sourou	1	6	3	6	6	6
Autres	1	0	1	0	3	1
Autres provinces	1	0	1	2	14	11
Etranger	50	25	41	10	13	11
Mali	2	4	3	5	4	4
Côte d'Ivoire	48	22	38	5	8	6
Autres	1	1	1	0	0	0
Total	100	100	100	100	100	100

b) Zone de résidence (pour cent pers. émigrées ou immigrées)

Zone urbaine	15	11	26	6	11	17
Zone rurale	15	17	33	56	16	73
Etranger	31	10	41	7	4	10
Total	62	38	100	69	31	100

c) Principales villes (pour cent pers. émigrées ou immigrées de chaque strate)

Bobo	52	70	68	63	60	61
Ouaga	20	15	18	5	3	4
Autre	18	15	14	32	37	35
Total	100	100	100	100	100	100

III.5 - Solde migratoire

Le solde migratoire de l'ensemble de la vallée du Kou au cours des cinq dernières années est négatif. Ce solde, (-116) dans l'ensemble, (-48) dans la strate 1, (-1) dans la strate 2 et (-67) dans la strate 3, s'explique en grande partie par la balance négative avec la Côte d'Ivoire, (-147) puisque les nombreux départs enrégistrés à destination de la région ouest du pays sont compensés par les entrées venant du plateau mossi en particulier le Sanmatenga (+37).

Tableau III.17: Solde migratoire selon la province

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Total
Plateau mossi	+ 59	+ 1	- 15	+ 45
Kadiogo	- 5	-	- 12	- 17
Yatenga	+ 13	-	- 1	+ 12
Sanmatenga	+ 39	-	- 2	+ 37
Bam	+ 2	-	0	+ 2
Autre	+ 10	+ 1	0	+ 11
Région ouest	- 11	-	- 34	- 45
Houet	- 3	-	- 17	- 20
Kénédougou	- 12	-	- 5	- 17
Kossi	- 2	-	- 6	- 8
Mouhoun	- 5	-	- 2	- 7
Sourou	+ 12	-	- 4	+ 8
Autre	- 1	-	0	- 1
Autres régions	+ 18	-	+ 14	+ 32
Etranger	-111	- 2	- 30	-143
Mali	+ 6	-	- 2	+ 4
Côte d'Ivoire	-117	- 2	- 28	-147
Non précisé	- 3	-	- 2	- 5
Total	- 48	- 1	- 67	-116

Le projet "vallée du Kou" a contribué dans une certaine mesure à freiner l'émigration des burkinabè à l'étranger. Le solde migratoire qui résulte des migrations des cinq dernières années indique cependant une émigration non négligeable vers l'étranger, en particulier vers la Côte d'Ivoire. Mais au total, l'émigration à partir de la vallée du Kou n'est pas encore très importante. L'immigration se poursuit et tend à combler le déficit occasionné par ces départs. Toutefois, si la situation se dégrade davantage, la vallée du Kou risque de devenir seulement une zone de relais vers d'autres migrations.

CHAPITRE IV - NUPTIALITE ET FECONDITE

IV.1 - Etat matrimonial

Le questionnaire "PSD/Burkina", compte tenu de ses multiples objectifs, ne comportait qu'une seule question sur l'état matrimonial. Les modalités retenues sont: célibataire, marié (monogame, polygame), veuf, divorcé ou séparé.

IV.1.1 - Etat matrimonial selon l'âge et le sexe

La répartition de la population résidente selon l'âge, le sexe et l'état matrimonial révèle l'existence à la vallée du Kou d'une forte proportion de mariés: 56 % des hommes et 82 % des femmes (tableau IV.1). Ce qui s'explique en partie par l'importance des migrations familiales dont la zone a été l'objet mais aussi par l'intensité de la nuptialité comme nous le verrons plus loin.

Les veufs et les divorcés sont très peu nombreux: 2 % des hommes contre 6 % des femmes. La faible proportion des veufs et divorcés est liée à l'existence de la polygamie. Un polygame qui perd sa femme par décès ou par divorce reste toujours marié; par contre, un polygame qui meurt laisse plusieurs veuves. La pratique du lévirat (héritage des veuves) permet cependant le remariage (rapide) de celles-ci et de résorber ainsi leur nombre qui serait pléthorique du fait de la surmortalité masculine.

L'état matrimonial est essentiellement fonction de l'âge. Comme l'indique le tableau IV.2, on note une forte proportion de célibataires de sexe masculin avant 25 ans (plus de 95 %). Au delà de cet âge, les proportions baissent rapidement jusqu'à 45-49 ans. Le relèvement anormal qu'on observe au delà de ces âges est sans doute le résultat des erreurs sur l'âge joint éventuellement à la fluctuation aléatoire des effectifs de célibataires faibles à ces âges.

Au niveau de la population féminine, la situation est différente. Sur 56 % de célibataires à 15-19 ans dans l'ensemble, il n'en reste plus que 1 % en moyenne à 35-39 ans. Le mariage est plus précoce et plus intense chez les femmes que chez les hommes. L'âge moyen au premier mariage révèle une nuptialité précoce dans la vallée du Kou. Le mariage est plus précoce chez les autochtones que chez les riziculteurs et chez les immigrants spontanés (tableau IV.3).

La précocité des unions a une influence positive non négligeable sur la fécondité du fait d'une durée d'exposition plus longue au risque de procréer. Dans la plupart des sociétés africaines, le mariage constitue le cadre idéal dans lequel la procréation se produit; par conséquent, une femme qui se marie tôt dispose de beaucoup plus de temps pour faire ses enfants.

Tableau IV.1: Population de 15 ans et plus selon le sexe et la situation matrimoniale.

	Célib.	Monog.	Polyg.	Mariés	Veufs	Div/Sép.	NP	Total	
Ensemble									
Masc	eff	1750	1466	926	2392	41	46	3	4239
	%	41	35	22	56	1	1	0	100
Fem	eff	503	1498	2150	3648	240	40	9	4440
	%	11	34	49	82	5	1	0	100
Strate 1									
Masc	eff	1282	751	646	1397	19	9	1	2708
	%	47	28	24	52	1	0	0	100
Fem	eff	372	762	1548	2310	138	15	5	2840
	%	13	27	54	81	5	1	0	100
Strate 2									
Masc	eff	101	139	79	218	3	0	1	323
	%	21	43	24	67	2	0	0	100
Fem	eff	31	143	179	322	26	0	4	388
	%	8	37	47	83	7	0	1	100
Strate 3									
Masc	eff	374	576	201	777	19	37	1	1208
	%	31	47	17	64	2	3	0	100
Fem	eff	100	593	423	1016	76	21	0	1213
	%	8	49	35	84	6	2	0	100

Tableau II.2: Population de 15 ans et plus selon l'âge et la situation matrimoniale (Pour 100 personnes de groupe d'âges)

Ensemble vallée du Kou

	Masculin				Féminin			
	Célib.	Mariés	V&D	Tot.	Célib.	Mariés	V&D	
15-19	98	2	0	100	56	44	0	
20-24	80	20	0	100	5	94	1	
25-29	41	58	1	100	1	98	1	
30-34	17	81	2	100	1	98	2	
35-39	10	88	3	100	1	97	2	
40-44	4	93	3	100	0	97	3	
45-49	3	94	3	100	1	93	6	
50-54	4	92	4	100	1	81	19	
55-59	4	91	5	100	0	78	22	
60 +	3	89	8	100	2	46	51	

Tableau IV.3: Age moyen au premier mariage selon le sexe

	Strate 1		Strate 2		Strate 3		Ensemble		Ens. m. rural	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
Age moyen	28	18	24	17	26	18	27	18	26,2	17,7

IV.1.2 - Polygamie

La polygamie est le fait pour un homme d'avoir deux ou plusieurs épouses.

Les informations recueillies sur l'état matrimonial au recensement de la vallée du Kou en 1987 ne permettent qu'une description sommaire de la polygamie. Pour les personnes mariées au moment du passage de l'agent recenseur, il fallait préciser le nombre d'épouses (1, 2, 3, 4 et plus) pour les hommes et le type de mariage, monogamique ou polygamique pour les femmes. Or, une "bonne étude de la polygamie devrait reposer sur l'analyse de l'histoire matrimoniale des hommes à partir d'un questionnaire rétrospectif" (J. Vallin, D. Tabutin, 1977):

L'incidence et l'intensité de la polygamie seront mesurées à travers le taux de polygamie (proportion d'hommes polygamiques parmi les hommes mariés) d'une part et le nombre moyen d'épouses

respectivement par homme polygame, homme marié d'autre part.

Le nombre moyen d'épouses par homme marié est de 1,5 dans l'ensemble de la vallée du Kou. Si la tendance à la monogamie est forte dans l'ensemble (61 % des hommes mariés sont monogames dans l'ensemble de la vallée du Kou), la pratique de la polygamie est plus courante chez les riziculteurs (1,7 femmes par homme marié) que chez les autochtones (1,5) et que chez les immigrants spontanés (1,3).

Fortement liée à la tradition et à la religion, elle constitue aussi un élément de prestige social. L'existence, à la vallée du Kou, d'une forte proportion de musulmans dont la religion autorise jusqu'à quatre (4) femmes par homme marié explique en partie ce taux de polygamie.

Tableau IV.4: Indice de polygamie selon la strate

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Taux de polygamie	46	36	26	39
Nbre d'épouses/hom.polyg.	2,4	2,3	2,1	2,3
Nbre d'épouses/hom.marié	1,7	1,5	1,3	1,5
<hr/>				
Parmi les hommes mariés:				
Proportion de monogames	54	64	74	61
Proportion de polygames	46	36	26	39
Total	100	100	100	100
<hr/>				
Age				
moyen des hommes polyg.	49	42	48	48
Age " femmes "	36	35	36	36
Ecart	13	7	12	12
<hr/>				
Age				
moyen des hommes monog.	37	39	40	39
Age " femmes "	29	32	31	31
Ecart	8	7	9	8

Les considérations d'ordre économique justifient également cette pratique chez les riziculteurs: la polygamie engendre une famille nombreuse dont les membres constituent une main-d'œuvre abondante. La situation des riziculteurs traduit par ailleurs un comportement assez courant; d'une manière générale, les hommes ont tendance à prendre une autre épouse lorsque leur revenu augmente.

La polygamie est aussi le fait des hommes âgés: les polygames sont en moyenne âgés de 49 ans contre 39 ans chez les monogames. La différence d'âge entre époux est en moyenne de 12 ans chez les polygames contre 8 ans chez les monogames.

IV.2 - Fécondité

Au recensement de 1987, on a demandé aux femmes de 15 ans et plus le nombre total des enfants nés vivants qu'elles ont eus au cours de leur vie féconde. C'est à partir de ces données et de celles du recensement de 1985 où les naissances des 12 derniers mois ont été saisies que nous étudions le niveau de la fécondité dans la vallée du Kou.

IV.2.1 - Niveau et structure de la fécondité en 1985

Le taux brut de natalité (nombre annuel de naissances pour 1000 personnes) et la descendance finale (nombre moyen d'enfants à la fin de la période de procréation) sont estimés respectivement à 53,3 pour mille et 7,0 enfants par femme en 1985. L'âge moyen à la procréation est de 28,2 ans.

Les données du tableau IV.5 indiquent une fécondité élevée et relativement plus précoce que dans l'ensemble du milieu rural burkinabè: les taux sont maximum à 20-24 ans; cependant, 30 % des femmes de 15-19 ans ont déjà eu au moins un enfant dans la vallée du Kou en 1985 contre 25 % dans le milieu rural.

Tableau IV.5: Indice de fécondité dans la vallée du Kou en 1985

	TBN %	TGF %	S enf/femme	D50	TBR filles/fem.	Age moyen(1)
Vallée du Kou	53,3	234,5		7,1	7,0	3,5
Ens. m. rural	49,9	224,8		7,3	7,1	3,6

(1)

Age moyen à la procréation

Tableau IV.6: Taux de fécondité selon l'âge en 1985

	Vallée du Kou	Ens. milieu rural
15-19	204,6	154,0
20-24	352,0	333,4
25-29	333,9	324,3
30-34	238,0	281,2
35-39	184,4	271,1
40-44	87,0	106,3
45-49	24,7	39,6
Total	7,117	7,279
% femmes fécondes à 15-19 ans	30	25

IV.2.2 - Descendance moyenne selon l'âge en 1987

Elle s'exprime par le nombre moyen d'enfants par femme de chaque groupe d'âge. La parité moyenne à 50 ans est de 6,4 dans l'ensemble de la vallée du Kou en 1987 (6,8 dans la strate 1,

Tableau II.7: Descendance moyenne selon l'âge et la strate en 1987.

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble	-15-
19	0,28	0,69	0,35	0,32	
20-24	1,72	1,91	2,02	1,82	
25-29	3,54	3,40	3,37	3,47	
30-34	5,13	4,05	4,92	4,98	
35-39	6,33	5,66	6,05	6,18	
40-44	7,13	5,11	6,89	6,95	
45-49	6,97	4,22	6,30	6,68	
Total	4,00	3,30	4,10	3,97	
D50	6,84	3,50	6,07	6,39	
Taux de stérilité (45-54 ans en %)	2,30	14,50	4,00	6,10	

3,5 dans la strate 2 et 6,1 dans la strate 3). Les femmes de la strate 1 ont une forte fécondité à tous les âges (tableau IV.7). Ces indices semblent visiblement sous estimés au regard du niveau observé en 1985. Par ailleurs, la faiblesse de la descendance moyenne dans la strate 2 paraît suspecte.

Les irrégularités observées sur l'évolution de la courbe confirment ce constat. En effet, dans le cas où les données sont cohérentes, les parités moyennes augmentent avec l'âge des femmes. La décroissance enregistrée témoigne d'une omission d'enfants nés vivants de la part des femmes âgées. Au niveau de la strate 2, ces omissions seraient également associées à une stérilité des vieilles femmes. La faible fécondité des bobo (99 % des femmes de cette strate sont bobo) est un fait reconnu au Burkina Faso. L'écart enregistré entre cette courbe et les autres à partir de 35 ans indique que la stérilité n'est pas le fait des jeunes femmes dont la capacité de procréation est presque normale mais des femmes âgées de plus de 35 ans.

Les travaux de A. R.-Laurentin montrent que la stérilité des femmes bobo est acquise sous l'influence des maladies vénériennes et autres maladies abortives et stérilisantes. Les femmes de moins de 35 ans sont entrées dans la vie féconde après la campagne de

pénicilline de 1956³ et semblent avoir bénéficié de ce traitement collectif.

Le niveau de la fécondité dans la vallée du Kou est la manifestation d'une fécondité essentiellement naturelle. Un grand nombre de facteurs prédisposent la population à cette forte natalité. Outre les attitudes et les croyances propres à chaque ethnie, les données du développement (type de production, infrastructures sociales et sanitaires, etc) contribuent à expliquer la fécondité:

- la vallée du Kou est peuplée à 60 % de mossi, groupe ethnique réputé prolifique qui transmet au phénomène de fécondité la marque de son caractère dominant;
- l'économie, qui repose en grande partie sur la culture intensive de riz mais également sur la culture extensive de céréales locales, est peu mécanisée et nécessite une main-d'œuvre abondante. Cet apport en travail pour la production, le paysan le trouve essentiellement dans son ménage à travers ses enfants et ses femmes. L'exploitation agricole a un intérêt évident à s'assurer un certain nombre d'enfants d'autant plus qu'en milieu rural, l'enfant est rapidement rentable et peut aider aux travaux champêtres;
- le mariage est obligatoire, le remariage aussi et représente le cadre idéal dans lequel la procréation a lieu; le célibat volontaire n'est admis ni pour la femme, ni pour l'homme. Le mariage des femmes est précoce, ce qui leur donne beaucoup de temps pour faire leurs enfants;
- la mortalité infantile est élevée; il est donc nécessaire de faire beaucoup d'enfants pour être sûr d'en garder auprès de soi;
- l'enfant est valorisé d'où un faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives; et remplace la sécurité sociale dans la société traditionnelle; la stérilité est par conséquent bannie et représente l'affliction majeure qui peut frapper un individu, la femme en particulier;
- à ces facteurs s'ajoute l'amélioration relative des conditions sanitaires au cours de ces dernières années qui limite les cas d'infécondité dus aux maladies vénériennes et autres maladies abortives et stérilisantes.

³ Les travaux de A. R.- Laurentin indiquent qu'environ 250 000 personnes ont reçu une injection de pénicilline en 1956. La campagne a malheureusement été interrompue en 1957.

IV.3.1 - Analyse différentielle de la fécondité

La fécondité d'un groupe humain est le résultat d'un certain nombre de facteurs physiologiques (fertilité, fécondabilité, etc) et de comportements (vis-à-vis de la nuptialité, de la procréation, etc) qui sont toujours dépendants des caractéristiques sociales du groupe (variables culturelles, religieuses, etc). Ces facteurs sont variables selon les groupes et ont pour conséquence des comportements différentiels en matière de fécondité. Nous avons retenu la situation matrimoniale, la mobilité conjugale et l'ethnie.

IV.3.2 - Situation matrimoniale

L'intérêt de l'étude de la fécondité en rapport avec l'état matrimonial est double: elle permet de mesurer d'une part la fécondité légitime, c'est-à-dire la fécondité à travers son cadre le plus favorable et, d'autre part, l'incidence des modalités de la vie matrimoniale (type d'union, durée du mariage, mobilité conjugale, etc) sur la fécondité.

Le tableau IV.8 indique que la fécondité des non mariées n'est pas négligeable mais reste cependant inférieure à celle des mariées. La rupture de l'union par divorce ou par veuvage explique en grande partie la faible fécondité chez les veuves et divorcées. La fécondité des célibataires, directement liée au calendrier des premiers mariages, s'explique essentiellement par le fait qu'elle n'est pas désirée ou parce qu'elles ne sont pas mariées.

Parmi les femmes mariées, on constate une différence de fécondité entre les femmes qui sont dans un mariage monogamique et celles qui sont dans un mariage polygamique. La moindre fréquence des rapports sexuels des femmes de polygames et la possibilité de propagation des maladies sexuellement transmissibles du fait de la multiplicité des épouses sont, en général, les raisons avancées pour expliquer la faible fertilité chez ces dernières.

La situation qu'on observe ici serait due à une différence de résidence des coépouses et éventuellement à l'existence de faux enfants: les femmes peuvent avoir déclaré des enfants qui ne sont pas les leurs (par exemple les enfants de leurs coépouses vivant avec elles). On pourrait aussi émettre l'hypothèse d'une omission différentielle d'enfants nés vivants selon le type d'union.

Tableau II.8: Descendance moyenne selon l'âge et la situation matrimoniale

	Monogame	Polygame	Mariées	Non Mariées	
					15-
19	0,56	0,53	0,55	0,05	
20-24	1,85	1,90	1,87	0,40	
25-29	3,35	3,60	3,48	2,40	
30-34	5,01	4,95	4,97	5,71	
35-39	6,31	6,09	6,17	7,00	
40-44	7,23	6,76	6,92	6,50	
45-49	6,61	6,82	6,76	5,42	
Total	3,77	4,59	4,23	5,65	
D50	6,33	6,52	6,46	5,85	
Taux de stérilité en %	4,60	2,70		4,70	

IV.3.3 - Mobilité conjugale

La mobilité conjugale est forte chez les femmes de la vallée du Kou. 15 % des femmes non célibataires ont contracté plus d'un mariage: le nombre moyen de mariages par femme s'élève à 2 dans toutes les strates.

Les femmes mariées plusieurs fois ont une fécondité relativement plus faible que celle des femmes mariées une seule fois (tableau IV.9). La situation est inverse au niveau des femmes de moins de 30 ans. Ce qui peut s'expliquer par une durée d'exposition plus longue aux risques de procréer chez les femmes mariées plusieurs fois. En effet, la plupart de ces femmes (39 %) se sont mariées en moyenne plus tôt c'est à dire avant 17 ans, que celles mariées une seule fois (24 %).

La faible fécondité des femmes mariées plusieurs fois implique un taux de stérilité plus élevé: 7,7 contre 2,2 % chez celles mariées une seule fois. Une femme qui n'a pas d'enfant peut être amenée à quitter son ménage, très souvent par répudiation. Dans ces conditions l'instabilité des femmes stériles ou peu fécondes est logique dans une société où les enfants constituent la grande attente du mariage.

IV.3.4 - Ethnie

L'enquête post-censitaire de 1960-61 a relevé une fécondité élevée chez les femmes mossi contrairement aux femmes bobo et peuhl qui se distinguent par une fécondité relativement faible: Cette sous-fécondité s'expliquerait par l'existence de maladies vénériennes et autres maladies abortives.

On observe la même tendance au niveau de la vallée du Kou. Avant 30 ans, les descendances moyennes sont plus élevées chez les femmes des ethnies de l'ouest du pays que chez les mossi et les peuhl (tableau IV.10). Au delà de cet âge, la courbe de la parité moyenne des femmes mossi est toujours supérieure à celles des deux autres ethnies sauf dans le groupe d'âges 40-44 ans.

Les femmes de la vallée du Kou sont presque aussi fécondes que leurs consœurs des provinces d'origine en 1985. Cependant, malgré une baisse notable, le taux de stérilité demeure plus élevé chez les femmes des ethnies de l'ouest du pays (5,8 %) et chez les peuhl (5,6 %) que chez les mossi (2,0 %). Selon l'enquête post-censitaire de 1976 ce taux était de 11 % pour l'ensemble de la région ouest (14 % chez les bobo, 13 % chez les senoufo) contre 15 % chez les peuhl, 4,8 % chez les mossi et 6,4 % dans l'ensemble du pays.

Tableau II.9: Descendance moyenne selon l'âge et le nombre de mariages

	Mariées plusieurs fois	Mariées une fois	Ensemble
			15-
19	2,00	0,53	0,32
20-24	2,18	1,83	1,82
25-29	3,60	3,46	3,47
30-34	4,65	5,04	4,98
35-39	5,41	6,40	6,18
40-44	5,62	7,25	6,95
45-49	5,30	7,13	6,68
Total	4,73	4,25	3,97
D50	5,23	6,72	6,39
Taux de stérilité (45-54 ans) en %	7,70	2,20	6,10

Tableau II.10: Descendance moyenne selon l'âge et l'ethnie

	Ethnie	Mossi	Peulh	Ensemble	15-
19	0,44	0,23	0,22	0,32	
20-24	2,00	1,70	2,24	1,82	
25-29	5,51	3,47	3,39	3,47	
30-34	4,78	5,08	4,59	4,98	
35-39	6,06	6,38	4,88	6,18	
40-44	7,10	6,81	7,73	6,95	
45-49	6,18	6,93	6,11	6,68	
Total	3,91	4,00	3,77	3,97	
D50	5,66	6,71	6,19	6,39	
Taux de stérilité (45-54 ans) en %	5,80	2,00	5,00	6,10	

Indice de fécondité dans les provinces d'origine en 1985.

D50	5,80	6,50	6,00
Taux de stérilité (45-54 ans) en %	9,00	2,20	11,0

CHAPITRE V - MORTALITE, SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

V.1 Niveau de la mortalité

Le calcul direct des quotients de mortalité infantile et juvénile dépend de deux données fondamentales: les naissances vivantes et la répartition des décès d'enfants de moins de cinq ans dans les tranches d'âges respectives moins d'un an et 1-4 ans révolus. Ces données n'étant pas disponibles, nous avons utilisé la méthode d'estimation indirecte de Trussell pour estimer la mortalité des enfants dans la vallée du Kou⁴.

V.1.1 - Qualité des données

La qualité des estimations indirectes dépend en grande partie de la qualité des données de base. Nous procéderons au préalable à une évaluation de ces données. Il s'agit de la proportion d'enfants décédés et du nombre moyen d'enfants nés vivants selon l'âge des mères.

Dans le cas où les données sont cohérentes, la proportion d'enfants décédés (descendance moyenne) augmente progressivement avec l'âge de la mère. Ceci s'explique en grande partie par le fait que la durée moyenne d'exposition au risque de décéder (de procréer) est élevée pour les enfants des femmes (pour les femmes) qui sont âgées au moment de l'enquête.

Les proportions d'enfants décédés, tout comme les parités moyennes (cf paragraphe IV.2.2), présentent les irrégularités généralement observées. Ces irrégularités qui affectent les données peuvent produire des biais dans l'estimation des indicateurs qui en seront déduits; elles sont imputables aux omissions d'enfants nés vivants et d'enfants décédés et aux erreurs de déclarations d'âges des femmes.

⁴ Pour de plus amples informations, voir: Manuel X des Nations Unies, chapitre III.

Nous avons utilisé le logiciel MORTAL (CEPED, Paris, 1988) pour les calculs; compte tenu de la qualité des données de base, une deuxième estimation a été faite à partir des résultats obtenus en utilisant la table de mortalité de Coale et Demeny (modèle Sud).

Tableau V.1: Proportion d'enfants décédés selon l'âge de la mère
(en pour mille)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ens.1987	Ensemble
					-15-
19 ans	130,1	259,3	170,2	157,4	151,8
20-24	"	180,8	282,1	151,4	168,1
25-29	"	170,0	235,3	191,4	191,2
30-34	"	212,2	304,3	186,0	219,3
35-39	"	228,5	299,0	211,5	374,1
40-44	"	287,8	310,3	252,9	298,6
45-49	"	307,0	289,5	241,4	323,0
Total	233,1	285,1	205,4	228,2	260,8

Les irrégularités sont évidentes pour les groupes d'âges 25-29 ans dans la strate 1, 25-29 ans, 45-49 ans dans la strate 2 et 20-24 ans, 30-35 ans, 45-49 ans dans la strate 3 en ce qui concerne les proportions d'enfants décédés et à partir de 40-44 ans dans les strates 1 et 3 (35-39 ans dans la strate 2) pour les parités moyennes. De façon générale, les données sur les enfants décédés sont moins satisfaisantes que celles des naissances vivantes.

Au niveau de l'ensemble de la zone, les proportions fournies d'une part par le recensement général de la population de 1985 et d'autre part par le recensement de la vallée du Kou de 1987, sont du même ordre de grandeur; elles restent cependant plus élevées en 1985 sauf dans les deux premiers groupes d'âges: la proportion tous âges confondus est de 260,8 pour mille en 1985 contre 228,2 pour mille en 1987.

En supposant que les données de 1985 sont de meilleure qualité et que la mortalité n'a pas évolué entre les deux dates, cette différence indique une légère sous-estimation de la mortalité des enfants de la vallée du Kou en 1987.

La taille de l'échantillon d'enquête pourrait également affecter la qualité des estimations effectuées. Le questionnaire femme a porté sur 3670 femmes de 15 ans et plus; soit au total un effectif de 3210 femmes de 15-49 ans et un effectif de 2707 enfants décédés.

Ces données déjà assez limitées au niveau de l'ensemble de la zone rendent quelque peu hasardeux une analyse au niveau d'entités plus réduites que sont les strates. Les estimations que nous en déduisons donnent néanmoins des indications sur le niveau de la mortalité dans la vallée du Kou et dans les différentes strates.

Tableau V.3: Taille de l'échantillon enquêté

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ens. 1987	Ens. 1985
Femmes	2063	236	911	3210	4674
Enf décédés	1780	213	714	2707	3992
Nais. viv.	7637	747	3476	11860	15309

V.1.2 - Mortalité infantile et juvénile

Les quotients de mortalité infantile et infanto-juvénile sont estimés à 130,2 pour mille et à 207,7 pour mille en 1987. Ces quotients relativement plus faibles que ceux estimés à partir des données de 1985 confirment l'hypothèse de la sous-estimation évoquée dans le paragraphe précédent. La différence n'est cependant pas significative. Nous pouvons estimer que ces quotients traduisent assez bien le niveau de la mortalité dans la vallée du Kou.

La mortalité dans cette zone est toutefois plus faible que dans l'ensemble du milieu rural burkinabè où le quotient de mortalité infantile est de 145,8 pour mille; les données du tableau V.3 suggèrent cependant que le niveau de la mortalité dans la vallée du Kou est comparable à celui de l'ensemble du Burkina Faso en 1985. Ce qui peut s'expliquer par le fait que les populations de l'aménagement vivent dans des conditions socio-économiques relativement meilleures (situation géographique, disponibilité en ressources nutritives, infrastructures socio-économiques, etc) que celles de l'ensemble du milieu rural burkinabè. On peut donc s'attendre à ce que les enfants de la zone bénéficient de meilleures chances de survie.

Tableau V.3: Mortalité dans l'enfance dans la vallée du Kou et dans l'ensemble du pays (en pour mille)

Vallée du Kou	Burkina Faso	Mil. rural burk.
1987	1985	1985
130,2	134,1	134,0
5Q ⁰	207,7	216,0

-10⁰

145,8

216,3

Le tableau V.4 révèle une surmortalité des enfants de la strate 2. Leur situation est comparable à celle de l'ensemble des enfants burkinabè en 1976 où le quotient de mortalité infantile était de 164 pour mille. Contrairement à ce qu'on aurait pu attendre du fait que les riziculteurs ont des conditions de vie relativement meilleures (meilleurs revenus, environnement plus salubre, etc), les enfants de la strate 3 auraient des chances de

survie plus grandes que ceux de la strate 1. Les femmes de la strate 3 ont peut-être davantage omis de déclarer des enfants décédés; ce qui a pour conséquence de sous-estimer le niveau de la mortalité des enfants dans cette strate.

Tableau V.4: Mortalité dans l'enfance selon la strate.
(en pour mille)

Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
129,2	167,2	122,4	130,2
5Q ⁰	205,7	287,3	207,7

V.2 - Causes de décès

L'étude des causes de décès présente d'énormes difficultés liées à un grand nombre de facteurs. Hormis les lacunes du système de collecte de l'information, la complexité même des causes de décès rend difficile l'identification de la cause principale ayant entraîné le décès. Par ailleurs, la connaissance des causes de décès est d'autant plus difficile que la plupart surviennent en dehors des formations sanitaires: 42 % des enfants décédés déclarés par les femmes au recensement n'ont pas été présentés à un centre de santé avant le décès.

Tableau V.5: Proportion d'enfants décédés présentés à un centre de santé avant le décès

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
	48	41	46	47
Non	39	36	51	42
Non déclaré	13	23	3	11
Total	100	100	100	100

Les statistiques que nous analysons sont celles issues de l'interview des femmes de 15 ans et plus au moment du recensement sur leur descendance (pour chaque enfant décédé, il fallait préciser la cause de décès) et ne sont pas exemptes d'erreurs; elles ont en outre de fortes chances de ne pas couvrir toutes les maladies présentes dans la zone. L'enquête épidémiologique qui s'est particulièrement intéressée à la question fournit certainement des renseignements plus élaborés sur les causes de décès.

Le tableau V.6 indique que les maladies infectieuses et parasitaires sont responsables de 68 % des décès dont la cause est déclarée. Le paludisme (31 %), la rougeole (24 %) et la bilharziose

(12 %) tuent le plus les enfants. Les diarrhées interviennent dans 26 % des cas. Le paludisme et les diarrhées sont particulièrement virulents respectivement dans les strates 3 (39 %) et 1 (33 %). Les enfants de la strate 2 meurent surtout de bilharziose (48 %). Les maladies relatives à la grossesse et à l'accouchement ne provoquent que 1 % des décès des enfants dans l'ensemble des strates.

La proportion non négligeable de décès de causes non déclarées (46 %) témoigne de la difficulté de saisir cette information. Il semble que la zone connaît un niveau élevé de morbidité. Le contraire aurait été un peu surprenant. La densité de la population, le taux élevé de mobilité et l'insalubrité de l'environnement de la vallée du Kou offrent des conditions particulièrement propices à l'éclosion et à la propagation d'un grand nombre de maladies.

**Tableau V.6: Proportion de décès d'enfants selon la cause
(pour 100 décès déclarés)**

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Paludisme	29	15	39	31
Rougeole	24	17	26	24
Bilharziose	12	48	6	13
Diarrhée	33	11	23	26
Coqueluche	1	4	2	2
Accouchement	1	2	3	2
Autres	1	3	3	2
Total	100	100	100	100
Cause déclaré	53	42	59	54
Cause non déclarée	47	58	41	46
Total	100	100	100	100

V.3 - Analyse différentielle de la mortalité

L'analyse différentielle de la mortalité sera menée à travers un certain nombre de variables socio-économiques et culturelles (état matrimonial, ethnie, alphabétisation de la mère) et sanitaires (fréquentation des centres de santé, utilisation des méthodes contraceptives).

V.3.1 - Etat matrimonial de la mère

Nous avons calculé des quotients de mortalité infantile et juvénile selon la modalité mariée et non mariée, les effectifs de célibataires, veuves et divorcées étant trop faibles pour donner des résultats significatifs. Les enfants nés des femmes mariées courent moins de risques de décéder avant cinq ans (205,7 pour mille) que ceux nés des femmes non mariées (243,8 pour mille). D'une manière générale, les femmes non mariées, surtout pour les

veuves et les divorcées en milieu rural, vivent dans des conditions relativement moins bonnes que celles mariées dont le conjoint apporte une aide tant morale que matérielle non négligeable. Par ailleurs, la majorité des femmes non mariées sont célibataires (59 %) dont plus de la moitié a moins de 20 ans; l'âge des mères expliquerait en grande partie la surmortalité des enfants issus de cette catégorie de femmes.

Tableau V.7: Mortalité dans l'enfance et état matrimonial de la mère (en pour mille)

	Monogames	Polygames	Mariées	Non Mariées
5Q0	179,9	248,1	205,7	243,8

Le tableau V.7 indique d'autre part que les enfants des femmes en union monogame courrent moins de risques que ceux des femmes en union polygame. On peut penser que dans un ménage monogame, l'homme et la femme conjuguent leurs efforts pour la protection et l'éducation des enfants; ce qui n'est pas toujours le cas dans les ménages polygames où la femme est la plupart du temps seule à s'occuper de son enfant.

V.3.2 - Alphabétisation de la mère

Les données du recensement de la vallée du Kou de 1987 confirment l'hypothèse selon laquelle l'instruction est facteur positif pour la survie des enfants. Les quotients de mortalité sont plus faibles chez les enfants des femmes alphabétisées que chez ceux des femmes analphabètes. Dans le cas de la vallée du Kou, la plupart des femmes ont été alphabétisées au cours d'une vaste campagne d'alphabétisation fonctionnelle. Ces mères auraient acquis au cours de leur formation des notions d'hygiènes et de soins de protection des enfants; ce qui les rend plus efficaces vis-à-vis de la santé de leurs enfants et donc plus aptes à utiliser les services de santé disponibles.

Tableau V.8: Mortalité dans l'enfance et alphabétisation de la mère (en pour mille)

Alphabétisées	Non alphabétisées	Ensemble	5Q0
128,7	211,9	207,7	

V.3.3 - Ethnie de la mère

"Considérée comme le reflet de chaque entité culturelle, l'ethnie peut être un facteur discriminant de la mortalité dans l'enfance par le biais des attitudes face à l'hygiène, des croyances, des habitudes alimentaires ... qui lui sont liées" (Banza B., 1988). Conformément aux données de l'enquête post-censitaire de 1960-61, les données du recensement de 1987 attribuent de meilleures chances de survie aux enfants peulh. Les risques de décéder dans l'enfance sont plus élevés chez les enfants des ethnies de l'ouest du pays. Les enfants mossi ont une mortalité identique à celle de l'ensemble des enfants de la vallée.

**Tableau V.9: Mortalité dans l'enfance et ethnie de la mère
(en pour mille)**

Ethnie ouest	Mossi	Peulh	Autre	Ensemble
5Q0 220,2	207,7	142,9	150,0	207,7

L'enquête "folk-demography" indique que dans la plupart des groupes ethniques du Burkina faso, on ne stérilise pas la lame du couteau avant de l'utiliser pour couper le cordon ombilical: la lame chirurgicale est stérilisée au feu vif chez les peulhs, mais pas chez les bobo, les lobi et les gourmantché. Cette pratique pourrait expliquer, en partie, les niveaux différents de mortalité observés chez ces ethnies. La non stérilisation de la lame peut entraîner le tétanos ombilical reconnu comme une des principales causes de décès chez les enfants.

Les pratiques obstétricales et les soins donnés aux nouveaux nés varient énormément d'une ethnie à l'autre et peuvent avoir des conséquences préjudiciables sur la survie de l'enfant. Par exemple, de nombreux soins à base de plantes sont donnés aux enfants (lavements, décoctions, onctions, etc) régulièrement de la naissance à l'âge d'un an environ (jusqu'à ce qu'ils marchent) et pourraient avoir des effets éventuellement négatifs d'autant plus que les doses absorbées sont difficilement contrôlables.

V.3.4 - Facteurs sanitaires

On compte au total deux dispensaires et une maternité à la vallée du Kou. Le personnel soignant est composé d'un infirmier diplômé d'état, d'un infirmier breveté, d'une matrone et d'un agent itinérant de santé. A ce personnel on peut ajouter 7 animatrices chargées entre autres de la formation et de la sensibilisation de la population à certaines activités de population comme la santé maternelle et infantile.

Les facteurs de santé paraissent dans de nombreuses études comme des variables qui peuvent jouer de façon déterminante sur la survie des enfants. Le suivi médical de la grossesse permet de prévenir les problèmes de santé et de diminuer les risques auxquels sont exposés la femme et son enfant. Par ailleurs, c'est par l'intermédiaire des formations sanitaires que les enfants peuvent bénéficier des soins dont dépendent directement leur survie et leur développement harmonieux.

Le tableau V.10 indique des risques de décès relativement plus faibles chez les enfants des femmes qui fréquentent les centres de santé. La pratique de la contraception, en permettant un espace harmonieux des naissances, constitue un facteur non négligeable pour la survie des enfants. L'utilisation de la contraception réduirait les risques de mortalité de 14,7 %. La consultation prénatale, quant à elle, permet de réduire la mortalité des enfants de 8,2 % contre 2,4 % au niveau du suivi médical des enfants dès les premières semaines qui suivent l'accouchement.

Tableau V.10: Mortalité des enfants selon les variables sanitaires (en pour mille)

	5Q ⁰	Ecart (en%)	Pas
consultation	220,2		
Consult. Prénat.	203,6	8,2	
Pas examen	205,0		
Examen (1)	198,3	3,4	
Pas contraception	197,6		
Contraception	172,3	14,7	

(1) Femmes ayant l'habitude de faire examiner leurs enfants sans qu'ils ne soient apparemment malades, dès les premières semaines qui suivent l'accouchement.

V.5 SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Au cours des dernières décennies, il est apparu clairement qu'il est impossible de dissocier la santé de l'enfant de celle de celle de la mère car la première dépend étroitement de la seconde. Une meilleure santé maternelle se traduit de multiples façons par une amélioration des perspectives des enfants (survie et prospérité): mieux la mère est alimentée et mieux elle se porte, plus le poids de son enfant à la naissance a des chances d'être suffisant; les enfants des femmes qui ne sont pas anémiques risquent moins d'être anémiques eux-mêmes; quand la mère est vaccinée contre le tétanos, le foetus est lui-même, protégé...

Un certain nombre de variables saisies au recensement permettent d'avoir une idée sur l'état de santé des femmes dans la vallée du Kou. Ce sont: la santé de la mère pendant la dernière grossesse, la fréquentation des centres de santé avant, pendant et après l'accouchement, la connaissance et la pratique de la contraception.

V.5.1 - Etat de santé de la mère pendant la grossesse

Il a été demandé aux femmes de 15 ans et plus ayant déjà été en grossesse si elles ont été malades au cours de leur dernière grossesse; la question s'adressait aussi à celles qui étaient à leur première grossesse. Elles devaient préciser le type de traitement qu'elles ont subi.

Il apparaît au tableau V.11 que 35 % des femmes de 15-19 ans ont été malades au cours de leur dernière grossesse. Les femmes enceintes souffrent surtout de paludisme et d'un grand nombre de maladies pouvant constituer une menace pour la grossesse (anémie, albumine, infections génitales, etc). 89 % des femmes qui ont été malades ont subi un traitement. Si elles préfèrent de loin la médecine moderne, la proportion non négligeable de femmes soignées à la médecine traditionnelle témoigne de l'importance de son rôle dans la santé des populations. Les femmes des strates 2 et 3 sont davantage portées vers la médecine moderne que celles de la strate 1 qui préfèrent associer les deux types de soins.

La plupart des femmes malades n'ayant pas subi de traitement déclarent manquer de moyens pour le faire (44 %). Cette proportion est la plus élevée chez les riziculteurs. Chez les autochtones, le manque d'intérêt est la principale justification (75 %). Ce type de comportement dénote d'une certaine fatalité attachée aux croyances traditionnelles qui confèrent à la maladie une origine mystique.

Tableau V.11: Femmes malades pendant leur dernière grossesse ayant subi (ou non) un traitement selon le type de traitement (ou le motif de non traitement (en %)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Femmes malades				
Oui	33	43	38	35
Non	66	57	61	64
Non précisé	1	0	1	1
Total	100	100	100	100
Femmes malades selon la maladie				
Paludisme	45	48	49	47
Menaces d'avortement	36	23	31	33
Albumine et anémie	9	10	6	8
Autre	10	19	14	12
Total	100	100	100	100
Femmes ayant subi un traitement				
Oui	90	91	86	89
Non	10	9	14	11
Total	100	100	100	100
Type de soins				
Moderne	62	66	60	62
Traditionnel	6	17	14	10
Les deux	30	17	25	27
Non précisé	2	0	1	1
Total	100	100	100	100
Motif de non traitement				
Ignorance	4	0	8	5
Pas d'intérêt	14	75	23	22
Manque de temps	7	0	25	13
Manque de moyen	54	25	35	44
Autre	21	0	9	16
Total	100	100	100	100

V.5.2 - Fréquentation des centres de santé

L'issue de la grossesse et la survie de l'enfant pendant les premiers jours de la naissance sont en grande partie déterminées par l'état de santé de la mère pendant la grossesse. Le suivi médical de la grossesse permet de détecter à temps les grossesses à risques et de prendre les mesures qui s'imposent non seulement pour préserver la santé de la mère mais aussi celle de l'enfant.

V.5.2.1 - Pendant la grossesse

Dans l'ensemble, plus de 50 % des femmes ont répondu oui à la question: "Allez-vous généralement en consultation à l'occasion de vos grossesses?"

Les diverses raisons évoquées par les femmes qui ne vont jamais en consultation (ignorance, manque d'intérêt, manque de temps, etc) témoignent du fait que la majorité ignore l'intérêt de la surveillance de la grossesse. Cependant, la faiblesse des infrastructures sanitaires, l'accueil qui y est réservé aux femmes peuvent également justifier le faible taux d'utilisation.

Tableau V-12: femmes allant généralement (ou jamais) en consultation à l'occasion de leurs grossesses selon l'agent consulté (ou le motif de non consultation)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Femmes allant en consultation				
Oui	68	90	52	65
Non	32	10	48	35
Total	100	100	100	100
Type d'agent consulté				
Médecine moderne	99	98	96	98
Tradipraticien	1	1	3	2
Autre	0	1	1	0
Total	100	100	100	100
Durée moyenne (depuis la première consult 8,3 en années.)				
Motif de non consultation				
Ignorance	23	33	42	31
Pas d'intérêt	41	0	22	32
Manque de temps	15	24	16	15
Manque de moyen	9	5	9	9
Eloign. du centre	7	19	7	7
Autre	5	19	4	6
Total	100	100	100	100

V.5.2.2 - Lieu d'accouchement

Plusieurs études ont montré que les enfants qui naissent en maternité ont plus de chance de survivre au cours de leur première année de vie (l'accouchement se fait dans de meilleures conditions) que ceux dont l'accouchement est intervenu à domicile. La moitié (50 %) des femmes dans l'ensemble ont accouché dans un centre de santé au cours de leur dernier accouchement. Les accouchements à

domicile se font généralement dans de mauvaises conditions hygiéniques qui favorisent le tétanos ombilical connu comme étant une des premières causes de mortalité infantile.

Le tableau V.13 indique que seulement dans 5 % des cas, le cordon ombilical a été coupé par un agent de la médecine traditionnelle ou par une tierce personne non formée. Ce qui signifierait que même dans le cas où les femmes accouchent à domicile, elles se font généralement assister par un agent de la médecine moderne ou traditionnelle formé.

Tableau V.13: Femmes selon le lieu du dernier accouchement et le type d'agent ayant coupé le cordon ombilical (%)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Lieu d'accouchement				
centre de santé	49	65	49	50
domicile	51	35	51	50
Total	100	100	100	100
Type d'agent				
Médecine moderne	50	66	47	51
Traditionnel formé	43	33	50	44
Tradition. non formé	7	1	3	5
Total	100	100	100	100

V.5.2.3 - Après l'accouchement

A la question "avez-vous l'habitude de vous faire examiner vous et vos nouveaux nés sans que vous ne soyez apparemment malades dès les premières semaines qui suivent vos accouchements?", 38 % des femmes ont donné une réponse positive. La fréquentation des centres de santé après l'accouchement est bien plus faible que pendant la grossesse. Or la santé des enfants dépend aussi bien des circonstances de la naissance que de l'adéquation des soins qui leurs sont dispensés dans la période néonatale. La qualité des soins maternels est déterminante pour la survie et la croissance de l'enfant; La fréquentation des centres de santé est tout aussi importante surtout lorsque surviennent les difficultés mais également pour y recevoir les conseils et les enseignements dont la femme ne disposent pas toujours. Les mêmes raisons que celles citées plus haut expliquent le fait que les femmes ne fréquentent pas les centres de santé après l'accouchement. Du moment qu'elle et son enfant se portent bien, la femme ne voit pas l'intérêt d'aller au dispensaire ou à la maternité.

Tableau V.14: Femmes ayant l'habitude de se faire examiner avec ses nouveaux nés dès les premières semaines qui suivent l'accouchement sans être apparemment malades (%)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Fem. ay. l'hab. de se faire exam.				
Oui	38	59	27	38
Non	62	41	73	62
Total	100	100	100	100
Lieu d'examen				
Hôpital	28	1	10	20
Dispensaire+C.S	51	12	77	50
Maternité+PMI	12	82	6	21
Autre	9	5	7	9
TOTAL	100	100	100	100
Type d'agent consulté				
Médecine moderne	97	98	94	94
Tradipraticien	1	2	5	2
Autre	2	0	1	2
Total	100	100	100	100
Motif de non examen				
Ignorance	20	55	37	27
Pas d'intérêt	62	25	42	53
Manque de temps	6	5	5	6
Manque de moyen	5	7	9	6
Eloignement du centre	2	1	2	2
Autre	5	8	5	6
Total	100	100	100	100

Le tableau V.15 indique que les femmes informées de l'existence d'un programme de Protection maternelle et infantile (PMI) ne s'intéressent qu'aux conseils sur la vaccination et dans une moindre mesure, sur la pesée. Les conseils relatifs à l'alimentation, aux soins et à l'hygiène n'atteignent que très peu d'auditrices (moins de 1 %). Ces cours sont le plus souvent dispensés par des monitrices ou des animatrices qui sont généralement plus jeunes que leurs auditrices et qui parfois même n'ont pas encore donné naissance à leur premier enfant. Les femmes estiment sans doute qu'elles ont accumulé suffisamment d'expériences en matière de préparation des aliments et de soins des enfants et que par conséquent, elles n'ont pas grand chose à apprendre de leurs petites soeurs. Ce type de comportement est bien illustré par le cas des femmes qui refusent de se faire assister lors de leur accouchement par des matrones plus jeunes qu'elles, préférant les soins de la matrone du village même si elle n'est pas formée dans le cadre de la médecine moderne.

Tableau V.15: femmes informées de l'existence d'un programme de PMI selon le type de conseils suivis (%)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Femmes informées				
Oui	73	81	64	79
Non	27	19	36	21
Total	100	100	100	100
Type de conseils suivis				
Vaccination	25	6	30	27
Pesée	2	1	6	3
Alimentation	1	1	0	0
Vacci.+ pesée	32	8	15	25
Vacci.+ pesée	34	82	47	42
Alim.+ pesée	1	1	1	1
Autre	5	0	1	2
total	100	100	100	100

En cas de maladie, 82 % des femmes affirment avoir toujours recours à un centre de santé, 14 % y ont parfois recours et 4 % jamais (tableau V.16). Sur les 96 % qui y vont toujours ou parfois, 86 % s'y rendent dès le début de la maladie, 9 % après l'échec de la médecine traditionnelle, 4 % attendent que la situation aggrave. Les raisons avancées par celles qui n'y vont jamais sont toujours les mêmes que précédemment. Cette question confirme par ailleurs l'importance de la thérapie traditionnelle dont le coût relativement moins élevé correspond aux dispositions financières des paysans.

Tableau V.16: Femmes ayant recours à un centre de santé (ou non) selon la circonstance (ou le motif de non recours)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Femmes ayant recours à un centre de santé				
toujours	83	77	80	82
Parfois	14	18	11	14
Jamais	3	5	9	4
Total	100	100	100	100
Circonstance de recours				
Début de la maladie	88	82	82	86
Après échec m. tradit.	7	12	13	9
Quand maladie agrave	4	6	5	4
Autre	1	0	0	1
Total	100	100	100	100
Motif de non recours				
Eloignement du centre	12	0	34	23
Pas d'intérêt	12	33	17	16
Pas confiance	4	0	1	2
manque de moyen	20	56	24	25
Médecine tradition.	18	0	13	14
Autre	34	11	11	20
Total	100	100	100	100

V.5.3 - Connaissance et pratique de la contraception

Si l'on se réfère aux chiffres, 5 % des femmes de 15-49 ans utilisent une méthode contraceptive. Cette question semble avoir paru indiscrète aux femmes au regard du taux de non réponses. Les méthodes modernes sont les plus utilisées, 66 % des cas contre 34 % pour les méthodes traditionnelles. Il y a presque autant de femmes qui utilisent l'une ou l'autre dans la strate 1 contrairement à leurs consœurs des deux autres strates qui préfèrent de loin les méthodes modernes.

Tableau V.17: Femmes utilisant une méthode contraceptive (ou non) selon la méthode (ou le motif de non utilisation) en (%)

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Ensemble
Femmes informées de l'existence de la P.F				
oui	54	57	44	51
Non	46	43	56	49
Total	100	100	100	100
Femmes utilisant une méthode contraceptive				
oui	4	4	6	5
Non	91	95	91	91
Non réponses	5	1	3	4
Total	100	100	100	100
Méthode utilisée				
Moderne	51	89	88	66
Traditionnelle	49	11	12	34
Total	100	100	100	100
Motif de non utilisation				
Ignorance	29	19	33	29
Désir des enfants	23	36	15	22
Pas confiance	8	5	9	8
Manque de moyen	2	14	3	3
Refus de mari	15	15	17	16
Autre	23	11	23	22
Total	100	100	100	100

Outre les effets indésirables de certaines méthodes, la pratique de la contraception présente un certain nombre d'avantages pour la santé: "l'utilisation des méthodes contraceptives en allongeant l'écart intergénésique entre enfant précédent et enfant index, permet d'éviter les effets néfastes du phénomène de compétition, de même que la carence ou déficience physiologique liée aux grossesses trop rapprochées de la mère" (Banza B., 1988). En outre, la capacité de prévoir les naissances permet à la femme de s'épanouir en exerçant par exemple des activités économiques, d'avoir accès à l'éducation et à une certaine conscience d'elle-même, d'atteindre un certain bien-être physique et social, etc. Une grande partie des femmes n'utilisent pas la contraception soit par ignorance (29 %), soit parce que leur mari le leur interdit (16 %), soit parce qu'elles veulent avoir des enfants (22 %). Au niveau de la strate 2 le désir d'avoir des enfants est la raison principale de non utilisation tandis que l'ignorance prime chez les rizicultrices et les immigrantes spontanées.

La situation des femmes et des enfants dans la vallée du kou n'est pas très satisfaisante. Si l'on s'en tient aux déclarations, le taux d'utilisation des services de santé est acceptable. Contre

toute attente, les caractéristiques des femmes autochtones sont d'une manière générale relativement meilleures que celles des autres. Ceci devrait avoir un impact positif sur le niveau de la mortalité de leurs enfants. La mortalité infantile est également liée aux autres variables environnementales (assainissement, alimentation, etc) qui sont très mauvaises chez les autochtones.

L'ignorance et la pauvreté aggravent les problèmes de santé maternelle et infantile. Il faudrait:

- intensifier la campagne d'information et de sensibilisation de façon à encourager les femmes;
- à demander davantage les services pré et post-nataux;
- à améliorer la nutrition pour mieux supporter leur grossesse pour un développement harmonieux de leur enfant pendant la grossesse et pendant l'allaitement.

La sensibilisation aux questions de la planification familiale doit s'adresser également au grand public, les maris en particulier, qui constituent le plus souvent l'obstacle majeur;

- développer la scolarisation et l'alphabétisation pour élever le niveau de conscience publique afin de leur permettre de profiter davantage des services disponibles. Les enfants profitent et apprennent mieux lorsque leur mère a un peu d'instruction ou de formation;
- alléger le travail des femmes par exemple, par l'introduction de techniques de transformation des produits (moulin pour décortiquer ou écraser le grain, etc), en leur facilitant l'accès à l'eau potable (forage, robinet, etc); la plupart des hommes de la vallée du Kou aide volontiers leurs femmes dans l'approvisionnement en bois de feu (50 % dans l'ensemble, 64 %, 11 % et 30 % des femmes mariées respectivement dans les strates 1, 2 et 3 ont déclaré que leur mari les aide à chercher du bois pour la cuisine) mais pas dans les autres tâches domestiques considérées sans doute comme essentiellement féminines (lessive, vaisselle, approvisionnement en eau, etc);
- enseigner l'hygiène pour assainir le milieu et réduire l'impact des maladies transmises par l'eau.

CONCLUSION

Les objectifs du recensement de la population de la vallée du Kou en 1987 étaient, entre autres, l'évaluation de l'action de l'aménagement de la zone et l'étude de la dynamique de la population et de ses conditions d'existence. L'analyse des données démographiques révèle:

- une natalité et une fécondité élevées, comparables à celles des villages d'origine. Les femmes migrantes de la vallée du Kou auraient conservé les mêmes comportements procréateurs que leurs consœurs restées au village;
- une mortalité également élevée qui traduit un mauvais état sanitaire. Les populations de la vallée du Kou connaissent une mortalité semblable à celle de l'ensemble des burkinabè en 1985.

L'analyse comparative au niveau des strates révèle une fécondité élevée chez les riziculteurs (strate 1). La strate 2 (autochtones non-riziculteurs) enregistre une sous-fécondité imputable en grande partie à la stérilité des femmes de plus de 35 ans. Contre toute attente, les enfants de la strate 3 (immigrants spontanés non-riziculteurs) connaissent les meilleures chances de survie, imputables à une sous-déclaration des décès d'enfants dans cette strate. La situation est dramatique chez les autochtones dont les enfants courrent des risques comparables à ceux de l'ensemble des enfants du Burkina en 1976.

L'analyse différentielle a permis de vérifier les relations qui existent d'une part entre certaines variables socio-économiques, culturelles et sanitaires et la mortalité des enfants et d'autre part entre ces variables et la fécondité.

Il serait cependant intéressant d'entreprendre une analyse approfondie des données pour une meilleure connaissance des populations de la vallée du Kou. En ce qui concerne la mortalité, une analyse explicative permettrait d'appréhender les mécanismes producteurs de risques différenciels notamment chez les enfants des différentes catégories de personnes présentes dans la zone;

- un accroissement considérable de la population de la zone dû en grande partie à l'immigration. Le succès relatif de l'aménagement au cours des premières années d'existence a entraîné un afflux important de population qui dépasse les prévisions établies. La mise en valeur de la zone a contribué, dans une certaine mesure, à résorber l'émigration des burkinabè vers l'étranger. Toutefois, les conditions de vie des populations restent critiquables; la vallée du Kou est de nos jours durement confrontée aux problèmes que pose une population jeune: éducation, santé, emploi, alimentation, etc.

Même si l'immigration dans la vallée du Kou se poursuit, le solde migratoire est quand même négatif et l'exacerbation du phénomène risque de placer la zone dans une position de relais de la migration vers d'autres régions qui pourraient offrir de meilleures perspectives aux paysans.

La forte natalité, malgré une mortalité élevée, contribue à accroître la croissance de la population. Ce dynamisme exerce une forte pression sur les terres. La forte fécondité constitue

également une des causes de la pression qui s'exerce sur le système scolaire; le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école dépasse largement les capacités d'accueil des écoles.

L'analyse d'un certain nombre de variables saisies lors du recensement de la vallée du Kou de 1987 pour appréhender les connaissances, attitudes et pratiques de la population en matière de protection maternelle et infantile montrent un décalage entre la connaissance et la pratique entretenu sans doute par une tradition encore valorisée. Il faudrait sensibiliser davantage ces populations chez lesquelles le développement d'une mentalité axée sur le gain monétaire tend à annihiler toute autre considération pouvant améliorer leurs conditions de vie.

La mise en valeur agricole est nécessaire au Burkina Faso car il faut résoudre le problème de l'autosuffisance alimentaire. Cependant, l'augmentation de la production ne doit pas se faire au dépens de la population et des ressources naturelles qui constituent en fait le capital de départ du pays. Le projet a été élaboré sans tenir compte de certains principes démographiques, sanitaires et écologiques. La santé et le développement socio-économique sont des objectifs qui doivent s'appuyer l'un sur l'autre. Un projet de développement qui ne tient pas compte de la santé publique est incomplet. En particulier, les projets d'irrigation doivent être précédés de l'installation d'infrastructures socio-économiques et sanitaires; tenir compte entre autres de l'évolution démographique et du développement des maladies existantes car un tel projet, mal conçu, pourrait entraîner le développement de certaines d'entre elles.

Le contrôle de toutes les actions est absolument nécessaire au succès du projet. Ainsi la déforestation, l'érosion, la situation sanitaire et démographique, les ressources hydrauliques doivent faire l'objet d'une étude suivie ou pour le moins d'un système périodique de collecte de données. Il est indispensable que toute planification intègre toutes les composantes de l'écosystème et que l'évaluation de l'impact sur la population et l'environnement soit faite au moins tous les quatre ou cinq ans.

BIBLIOGRAPHIE

- | | |
|--|---|
| Burkina Faso | Recensement général de la population de 1975
Résultats définitifs Vol. 1: les données nationales, 1978 |
| Burkina Faso | Recensement général de la population de 1975
Résultats définitifs Vol. 2: les données départementales, 1978 |
| Burkina Faso | Recensement général de la population de 1985
Résultats définitifs, 1988 |
| Nations Unies | Population et développement en Haute Volta,
New York, 1984 |
| Ouédraogo Dieudonné | Aménagements hydro-agricoles, opérations "terres neuves" et déplacements de populations au Burkina de 1900 à nos jours, 1986, Tome III p. 457 |
| Gérard Rémy | Aperçu sur l'aménagement de la vallée du Kou 1972 ORSTOM p. 9 |
| Cheick Mbacké | Quelques difficultés liées à la mesure de la mortalité des enfants pour l'évaluation des programmes de santé en Afrique. Communication présentée au Congrès Africain de Population, Dakar, 1988 |
| Dominique Waltisperger, G. Roger, C. C-Guitton | Les structures par âge et sexe en Afrique, p. 113 |
| Jacque Vallin, D. Tabutin | in "Contribution à l'analyse de la polygamie", M. Pilon, Dakar, 1988, p. 7 |
| Anne R-Laurentin | Causes et conséquences de l'infécondité dans la Volta Noire, Travaux et documents, Cahiers no 87, CNRS |
| CRDI | Les actes du séminaire méthodologique sur les inter-relations population-santé-développement, Etudes et travaux de l'USED, no 6, 1986 |
| INED, ORSTOM, INSEE, SEAE | "Sources et analyse des données démographiques". Application à l'Afrique francophone et à Madagascar, 2ème partie, 1973. |