
Burkina Faso

**Revue des dépenses et de la performance
de la protection sociale**

La présente publication a été élaborée avec l'aide de l'Union européenne. Le contenu de la publication relève de la seule responsabilité de l'auteur et ne peut aucunement être considéré comme reflétant le point de vue de l'Union européenne.

Burkina Faso

Revue des dépenses et de la performance de la protection sociale

**«Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi»,
un projet BIT/UE**

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubdroit@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Visitez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Données de catalogage avant publication du BIT

Burkina Faso : revue des dépenses et de la performance de la protection sociale / Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi, un projet BIT/UE ; Bureau international du Travail. - Genève: BIT, 2012
xviii, 120 p.

ISBN: 9789222265565; 9789222265572 (web pdf)

International Labour Office ; EU/ILO Project on Improving Social Protection and Promoting Employment

protection sociale / sécurité sociale / champ d'application / financement de la sécurité sociale / assistance sociale / offre de soins de santé / Burkina Faso

02.03.1

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications et les produits électroniques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubvente@ilo.org.

Visitez notre site Web: www.ilo.org/publns.

Table de matières

	Page
Remerciements	vii
Abréviations et acronymes	ix
Résumé exécutif	xiii
Introduction	1
Une définition de la protection sociale.....	1
Le socle de protection sociale	4
Emploi et protection sociale.....	6
Méthodologie	6
Présentation du document	7
1. Un aperçu de l'environnement démographique, économique et social.....	9
1.1. Une contrainte démographique relativement forte.....	9
1.2. Des performances macroéconomiques bonnes mais fragiles.....	12
1.3. Une croissance économique qui a peu d'impact sur le développement humain.....	13
1.4. La création d'emplois productifs et de qualité demeure un défi important	16
2. Le cadre institutionnel de la protection sociale.....	21
2.1. Les principaux ministères concernés – politiques et stratégies sectorielles.....	21
2.2. Les documents nationaux de référence	22
2.3. Le processus d'élaboration d'une politique nationale de protection sociale.....	23
3. Les régimes formels de sécurité sociale au Burkina Faso.....	25
3.1. La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)	26
3.2. La Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO).....	34
3.3. Une analyse de la performance des régimes formels de sécurité sociale.....	38
4. Les mécanismes de couverture du risque maladie	41
4.1. L'Office de santé des travailleurs (OST)	41
4.2. La prise en charge des dépenses de soins de santé des agents de la fonction publique	42
4.3. Les caisses de solidarité et régimes médicaux d'entreprise	42
4.4. Les systèmes de micro-assurance santé	42
4.5. Les principaux intervenants dans la couverture du risque maladie	44
4.6. La mise en œuvre d'un schéma national d'assurance-maladie	45
4.7. Le budget de la santé	47
4.8. Performances des mécanismes de couverture du risque maladie	50

5.	L'assistance sociale au Burkina Faso.....	53
5.1.	Les filets sociaux	53
5.2.	Performances des mécanismes de couverture des filets sociaux	58
6.	Les services d'action sociale.....	63
6.1.	Le Centre d'éducation spécialisée et de formation (CESF).....	63
6.2.	La Maison de l'enfance André Dupond de Orodara (MEADO).....	64
6.3.	Le Centre de formation des aides familiales (CFAF)	66
6.4.	L'hôtel maternel de Ouagadougou.....	67
6.5.	Le Secrétariat permanent du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (SP/CONASUR)	69
6.6.	Le Fonds national de solidarité (FNS)	71
6.7.	Le Comité ministériel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CMLS) du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale.....	73
6.8.	Les Centres de production et de formation pour jeunes filles (CPFJF)	75
6.9.	Financement et dépenses des services d'action sociale	76
6.10.	Une analyse des performances des services d'action sociale	76
7.	Les fonds pour l'emploi	79
7.1.	Les fonds d'emploi et de formation.....	79
7.2.	Travaux à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO).....	85
8.	Le budget social en 2007 et 2008.....	89
8.1.	Budget social	89
8.2.	La portée des dispositifs et programmes existants de protection sociale – Budget social	92
9.	En conclusion – Quelques pistes pour une politique nationale et la construction d'un socle de protection sociale intégrée et favorable à l'emploi	99
9.1.	Construire une politique nationale d'extension de la protection sociale	99
9.2.	Renforcer le cadre institutionnel et la gouvernance.....	101
9.3.	Mobiliser des ressources pérennes.....	103
9.4.	Bâtir une politique nationale de protection sociale en lien étroit avec la politique nationale de l'emploi	104
	Bibliographie.....	107
	Annexes	
1.	Des systèmes d'assurance-maladie au Burkina Faso	111
2.	Liste des principaux programmes de protection sociale actuellement en place au Burkina Faso, 2008-2009	115
3.	Les fonds d'appui.....	120

Remerciements

Ce rapport fait partie d'une série de rapports de coopération technique produits par le Département de la sécurité sociale et le Département des politiques de l'emploi du Bureau international du Travail dans le cadre du projet BIT/UE intitulé «Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi». Le projet a été financé par la Commission européenne et mené dans trois pays pilotes: au Burkina Faso, au Cambodge et au Honduras.

Le rapport a été préparé par Olivier Louis dit Guérin sur la base de l'organisation de la collecte de données et d'un premier projet élaboré par Andrés Acuña Ulate, actuaire de l'OIT, avec l'assistance de Nadia Cunden. Les données ont été collectées avec les contributions de Hamado Guende (CNSS), Karime Ganemtoré (ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale), Alphonse Sigouaida (CARFO) et André Zida (ministère de la Santé). Cette collecte de données a également bénéficié de l'appui de Saibou Seynou (ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale). Ont également contribué et appuyé ce travail plusieurs cadres de différents départements ministériels, notamment le ministère de l'Economie et des Finances, le ministère de la Jeunesse, de la Formation professionnelle et de l'Emploi, le ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale, le ministère de la Santé, ainsi que de l'Institut national de la statistique et de la démographie, de la Caisse nationale de sécurité sociale et de la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires. Des remerciements particuliers sont adressés à la Direction générale des Etudes et de la Planification du ministère de l'Economie et des Finances qui a appuyé ce travail et la réalisation des ateliers dans la cadre de la réalisation de cette revue.

Abréviations et acronymes

ARV	Antirétroviraux
BIT	Bureau international du Travail
CARFO	Caisse autonome de retraite des fonctionnaires
CESF	Centre d'éducation spécialisée et de formation
CFAF	Centre de formation des aides familiales
CIPRES	Conférence interafricaine de la prévoyance sociale
CMLS	Comité ministériel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST
CNLS	Conseil national de lutte contre le sida
CNSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CPFJF	Centres de production et de formation pour jeunes filles
CRS	Catholic Relief Services
CSLP	Cadres stratégiques de réduction de la pauvreté
CSPS	Centres de santé et de promotion sociale
CSS	Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination
DSRP	Document de stratégie de réduction de la pauvreté
ECHO	European Commission Humanitarian Aid Office
FAFPA	Fonds d'appui à la formation professionnelle et à l'apprentissage
FAIJ	Fonds d'appui aux initiatives des jeunes
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FAPE	Fonds d'appui à la promotion de l'emploi
FASI	Fonds d'appui au secteur informel
FCFA	Franc de la Communauté financière africaine
FIDA	Fonds international de développement agricole
FMI	Fonds monétaire international
FNS	Fonds national de solidarité
HIMO	Haute intensité de main d'œuvre
IMF	Institution de microfinance

INSD	Institut national de la statistique et de la démographie
MAHRH	Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources halieutiques
MASSN	Ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale
MEADO	Maison de l'enfance André Dupond de Orodara
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MENA	Ministère de l'Education nationale et de l'Alphabétisation
MFPTSS	Ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale
MJFPE	Ministère de la Jeunesse, de la Formation professionnelle et de l'Emploi
OEV	Orphelins et autres enfants vulnérables
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OST	Office de santé des travailleurs
PAM	Programme alimentaire mondial
PIB	Produit intérieur brut
PNE	Politique nationale de l'emploi
PNPS	Politique nationale de protection sociale
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PTF	Partenaires techniques et financiers
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH
QUIBB	Questionnaire unifié des indicateurs de base du bien-être
RAP	Outil d'estimation rapide de coûts (Rapid Assessment Protocole)
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SNU	Système des Nations Unies
SONAGESS	Société nationale de gestion du stock de sécurité alimentaire
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
SP/CONASUR	Secrétariat permanent du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation

SPER	Revue des dépenses et des performances de la protection sociale (Social Protection Expenditure and Performance Review)
UE	Union européenne
UEMOA	Union économique et monétaire ouest-africaine
UNDAF	Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Résumé exécutif

Cette revue des dépenses et des performances de la protection sociale (SPER) a été réalisée dans le cadre du projet «Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi» du Bureau international du Travail et de l'Union européenne, financé par celle-ci. Elle a pour objectif de recenser les différents dispositifs et programmes de protection sociale actuels, de déterminer leurs dépenses et leurs sources de financement et de rapprocher leurs garanties des besoins en protection des différents groupes de population. Ce SPER est complémentaire à la revue réalisée par la Banque mondiale et l'UNICEF en 2010, qui s'intéressait plus spécifiquement aux filets sociaux.

La revue a été réalisée sur la base de données collectées pour les années 2007, 2008 et 2009, c'est-à-dire dans un contexte fortement marqué par:

- une croissance démographique forte ayant pour impacts une augmentation du nombre de personnes à charge par individu en âge de travailler et l'attente d'une masse importante de nouveaux arrivants sur le marché du travail qui ne pourra être absorbée par une offre d'emplois productifs et de qualité aujourd'hui encore insuffisante;
- des performances économiques bonnes mais fragiles face aux chocs exogènes subis par le pays depuis le début des années 2000; et
- un faible impact sur le développement humain, l'incidence de la pauvreté se maintenant à un niveau élevé.

Dans ce contexte, le Burkina Faso a fait preuve d'une forte volonté nationale de bâtir à long terme des mécanismes de sortie de la pauvreté et de renforcement du bien être économiques des plus pauvres et des plus vulnérables. Ainsi, avec l'appui des partenaires extérieurs, de nombreux programmes, notamment de filets sociaux et de micro-assurance, se sont développés parallèlement aux régimes légaux de sécurité sociale déjà existants. Pour réaliser l'inventaire de ces différents dispositifs et programmes de protection sociale, cette revue s'appuie sur sa définition par le BIT comme étant l'*«adoption de mesures publiques pour assurer une garantie de revenu de base pour tous ceux ayant besoin de protection, de manière à soulager le besoin et prévenir l'indigence en rétablissant jusqu'à un certain niveau le revenu qui est perdu ou réduit en raison de l'incapacité de travailler ou d'obtenir un travail rémunérateur en raison de la survenue de différents risques: soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, responsabilités familiales, maternité, invalidité ou décès du soutien de famille»*.

Cette revue reprend par ailleurs à son compte la définition utilisée dans le cadre du processus d'élaboration de la politique nationale de protection sociale du Burkina Faso: *«La protection sociale est un ensemble d'interventions qui aident les ménages et individus pauvres et vulnérables à mieux gérer les risques et réduire leur vulnérabilité et pauvreté extrême en assurant un meilleur accès aux services sociaux, aux marchés et à l'emploi. La protection sociale inclut les éléments suivants:*

- *les transferts non-contributifs aux individus ou ménages (ex: transferts en espèces, cantines scolaires, etc.);*
- *les transferts contributifs aux individus ou ménages (ex: l'assurance-chômage, l'assurance-maladie);*
- *l'accès financier aux services sociaux; et*
- *l'encadrement politique et légal de la protection sociale.*

La protection sociale est un investissement soutenant le développement du capital humain et la croissance économique et non une forme d'assistance ou de secours. Si les populations pauvres ne sont pas en mesure de participer à l'économie et donc à la création de la croissance économique, l'impact de la crise économique, aussi bien que des crises environnementales et alimentaires, s'en trouverait considérablement amplifié.» (Table ronde nationale sur la protection sociale, 2010).

A travers cette définition, la vision du Burkina Faso s'inscrit dans le cadre de l'initiative pour un socle de protection sociale qui promeut la mise en œuvre d'un ensemble de garanties sociales de base pour tous basé sur la disponibilité, la continuité, l'accès géographique et financier aux services essentiels d'une part et, d'autre part, la mise en œuvre d'un paquet de base de transferts sociaux essentiels.

Enfin, ce SPER introduit par ailleurs l'association entre le renforcement de la protection sociale et la promotion de l'emploi, qui peut être un levier puissant pour l'instauration d'une croissance bénéficiant aux pauvres dans un contexte où la majorité de la population travaille dans l'économie informelle avec des conditions d'emploi médiocres, une faible productivité et des revenus insuffisants.

Les dispositifs et programmes de protection sociale ainsi recensés sont regroupés en cinq grandes composantes:

- **Les régimes formels de sécurité sociale**, dont les prestations sont assurées par la Caisse nationale de sécurité sociale pour les travailleurs relevant du Code du travail: allocations familiales et maternité, prestations en matière de risques professionnels, de vieillesse, d'invalidité et de décès. D'autre part, la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires couvre les personnels de la fonction publique et offre des prestations de vieillesse, d'invalidité, de décès et, plus récemment, d'accidents du travail.
- Les **mécanismes publics et privés de couverture du risque maladie** sont multiples et interviennent selon une logique d'assurance sociale pour les uns (micro-assurances santé, régimes d'entreprises, etc.) et de couverture universelle en ce qui concerne le budget de la santé. Le Burkina Faso a entrepris depuis 2008 l'étude d'un projet d'assurance-maladie nationale qui devra proposer à l'ensemble de la population une garantie de base centrée sur les services de santé publics et les médicaments essentiels et génériques et permettre d'organiser une architecture cohérente de la couverture du risque maladie.
- **L'assistance sociale** au Burkina Faso se caractérise par un ensemble de programmes de filets sociaux financés par des fonds publics et extérieurs. Le SPER s'est basé ici sur la revue faite par la Banque mondiale et l'UNICEF, qui met en évidence la diversité tant des opérateurs que de la nature et de l'ampleur de ces programmes dont la plupart sont récents et visent à réduire l'impact des différents chocs subis par le pays.
- Plusieurs **services d'action sociale** ont été recensés, qui interviennent dans les domaines de l'aide et de la réinsertion des enfants et des jeunes hommes et femmes, de l'assistance et des secours en cas de catastrophes et de crises humanitaires et de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.
- Les **fonds d'appui et de promotion de l'emploi** sont passés en revue de façon synthétique dans ce SPER, sur la base d'une étude complémentaire dans le cadre de ce projet BIT/UE («Burkina Faso. Les fonds d'emploi: performance et impact», 2012a).

Les dépenses globales de protection sociale de ces composantes (hors fonds pour l'emploi) s'élèvent à 226,6 milliards de francs CFA en 2007 et 254,1 en 2008.

Ces dépenses représentent 7 pour cent du PIB en 2007 et 6,9 pour cent en 2008. Le budget social est consacré à 50 pour cent à la santé, l'objectif étant d'accroître l'accès de tous aux soins de santé publics. Les dépenses restantes se répartissent pour 27 pour cent en dépenses de sécurité sociale et 23 pour cent en dépenses d'assistance et d'action sociales.

Dépenses de protection sociale (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
1. Pensions	36 350	37 641	37 122
2. Accidents du travail	2 656	3 257	3 398
3. Assistance et action sociale	46 853	59 486	66 600
4. Prestations familiales et maternité	6 800	8 155	7 881
5. Santé et soins médicaux	112 286	126 463	–
6. Accumulation de réserves régimes légaux	21 616	19 090	27 769
Dépenses totales	226 561	254 092	–

En 2008, ces dépenses sont financées à 36 pour cent par les fonds publics (qui incluent cependant les appuis budgétaires extérieurs), à 36 pour cent également par l'aide internationale, à 28 pour cent par les ressources de la CNSS et de la CARFO et, de façon très marginale, par les collectivités locales (0,03 pour cent). En 2008, la part du financement de l'Etat (89 milliards de francs CFA) représente 2,4 pour cent du PIB, 14 pour cent des recettes et 11 pour cent des dépenses du budget national (opérations consolidées de l'administration centrale). Bien que ce financement national soit important, le secteur de la protection sociale reste fortement dépendant des aides internationales en ce qui concerne les filets sociaux et le secteur de la santé.

Cette revue analyse la performance de ces dispositifs et programmes sous l'angle de leur portée en termes de couverture des populations et des risques, de mobilisation et de gestion des ressources, et d'organisation et de cadrage institutionnel.

L'observation des différentes composantes de protection sociale disponibles pour les différents groupes socio-économiques de population et face aux différents risques fait apparaître qu'aucun groupe ne bénéficie d'une couverture totale, que ce soit en termes de populations ou de risques sociaux. Les travailleurs de l'économie formelle pourraient paraître privilégiés mais ceci doit être pondéré par un taux d'évasion sociale très important (seul un salarié sur deux du secteur privé était déclaré en 2008). Les populations les plus pauvres et les plus vulnérables sont la cible des programmes de filets sociaux mais ces derniers tendent à intervenir dans des zones géographiques les plus défavorisées, limitées ou pour une période de temps restreinte. Globalement, ces filets bénéficient à plus de 2,8 millions de personnes, soit 18 pour cent de la population totale. Tous les ménages vivant sous le seuil de pauvreté ne sont donc pas touchés. Enfin, cette observation montre qu'il existe un fort risque d'oubli d'une masse très importante de la population, à savoir les ménages de l'économie informelle et du monde rural qui, tout en étant des groupes vulnérables, ne sont pas classés parmi les plus pauvres. Ce groupe échappe aux prestations des régimes légaux ainsi qu'à la plupart des programmes de filets sociaux et ne sont ciblés que par les mécanismes de micro-assurance dont la couverture reste encore marginale.

Concernant la mobilisation des ressources, le principal constat porte sur la forte dépendance vis-à-vis des financements extérieurs, notamment pour le secteur de la santé et l'assistance sociale. Il faut également souligner l'absence de deux grandes sources potentielles de financement: les collectivités locales, dont l'intervention est aujourd'hui marginale, d'une part et, d'autre part, les ménages de l'économie informelle, qui disposent

d'une capacité contributive, certes limitée. Un autre constat important porte sur les coûts administratifs de la protection sociale, notamment au niveau de la CNSS.

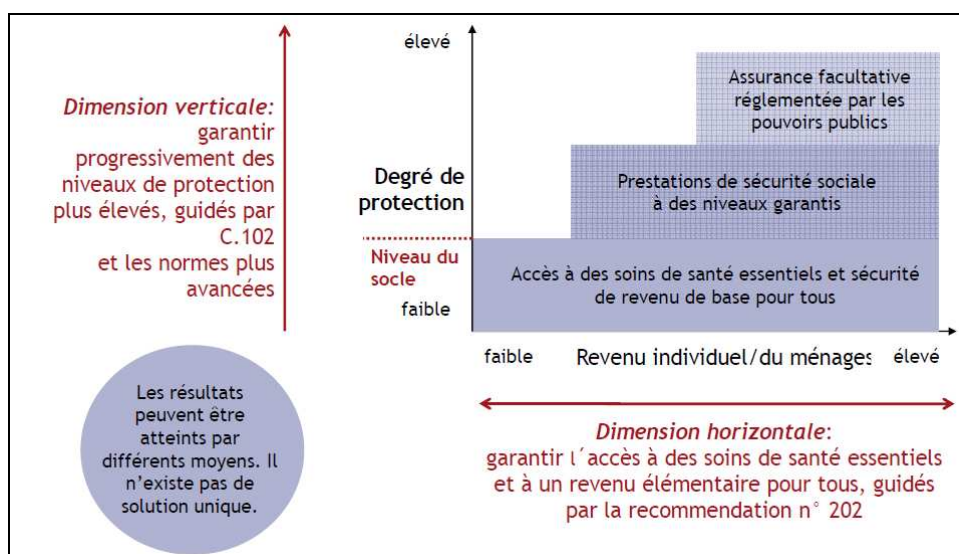
Sur le plan de l'organisation et du cadrage institutionnel, le constat commun à l'ensemble des composantes de protection sociale au Burkina Faso est la dispersion des dispositifs et programmes tant en matière d'assurance que d'assistance et d'action sociale. En l'absence d'une politique nationale cohérente de protection sociale, l'architecture actuelle constitue un ensemble hétérogène de composantes sans véritable coordination entre elles, ce qui entraîne l'absence d'une stratégie claire à terme, ce point étant aggravé par la dépendance vis-à-vis des financements extérieurs souvent limités dans le temps. Il en résulte aussi une démultiplication des coûts administratifs des programmes ainsi que l'absence d'un suivi global. On constate également que les différents dispositifs et programmes de protection sociale existants sont conçus et mis en œuvre suivant une approche verticale et non horizontale, c'est-à-dire en fonction de groupes socio-économiques spécifiques et non en fonction des risques sociaux à couvrir.

A l'issue de cette revue, un certain nombre de pistes sont proposées afin d'alimenter un dialogue national nécessaire pour l'élaboration de la politique nationale de protection sociale et la construction d'un socle de protection sociale en lien avec la promotion de l'emploi.

- Une première série de recommandations concerne l'élaboration de la politique nationale de protection sociale, qui doit se construire à partir d'un ensemble aujourd'hui peu coordonné de programmes et de dispositifs et avec des acteurs très divers. Il importe d'organiser avec ces derniers un dialogue national participatif permettant un choix clair et consensuel des priorités de la politique nationale de protection sociale, qui doivent être déclinées selon des objectifs et axes stratégiques précis. Dans ce cadre, la stratégie d'extension de la protection sociale fondée sur le concept de socle de protection sociale propose une approche bidimensionnelle visant à mettre en œuvre rapidement un ensemble minimum de transferts, de droits et d'éligibilité aux plus vulnérables (approche horizontale du socle) et à améliorer le niveau de la protection sociale pour le plus grand nombre de personnes possible (approche verticale).
- Le renforcement du cadre institutionnel, la coordination des acteurs nationaux et internationaux et la mobilisation de ressources pérennes constituent une autre série de recommandations. Les nombreuses pistes de réflexion sur le financement sont d'ores et déjà en discussion au Burkina Faso. Dans le cadre de ce projet BIT/Union européenne, il est proposé de mettre à disposition, en appui au dialogue national, un outil simple de calcul prospectif des coûts de financement et de l'impact budgétaire (pourcentage des dépenses publiques, pourcentage du PIB) d'un socle de protection sociale et de chacun de ses éléments constitutifs.
- Une dernière série de recommandations porte sur l'importance de bâtir une relation étroite entre la politique nationale de protection sociale et la politique nationale de l'emploi afin de créer un cercle vertueux au sein duquel ces deux politiques se renforcent mutuellement.

Ces points s'inscrivent dans le cadre global de la Recommandation n° 202 adoptée par l'OIT en juin 2012 sur les socles de protection sociale.

Le socle de protection sociale



Introduction

Les multiples chocs exogènes (crise ivoirienne, crise alimentaire, énergétique, financière et économique) subis par le Burkina Faso depuis le début des années 2000 ont entraîné le renforcement et la multiplication de programmes de protection sociale, notamment de filets sociaux. La protection sociale est devenue une priorité croissante au sein des politiques et stratégies sectorielles et globales. Toutefois, il n'existe pas encore une politique nationale de protection sociale consolidée mettant en cohérence les dispositifs et les nombreux programmes des ministères, des partenaires bi- et multilatéraux et des ONG internationales et locales. En 2009, Le Burkina Faso a adhéré au concept du socle de protection sociale et a engagé un processus de rationalisation et de consolidation des interventions en vue de promouvoir l'accès de tous, notamment des plus pauvres et des plus vulnérables, aux services sociaux de base. Dans le cadre de ce processus, un comité interministériel de suivi de la Politique nationale de protection sociale (PNPS) a été créé en février 2010 afin de piloter l'élaboration et la mise en œuvre de celle-ci. La PNPS devra regrouper, compléter et organiser les actions de protection sociale prévues dans la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) pour que la protection sociale demeure une priorité nationale aux côtés des secteurs porteurs de croissance.

La réalisation d'une revue des dépenses et des performances de la protection sociale (SPER) s'inscrit dans les étapes de ce processus. Cette revue a été réalisée dans le cadre du projet «Améliorer la protection sociale et promouvoir l'emploi» du Bureau international du Travail, avec le cofinancement de l'Union européenne, dont l'objectif est de promouvoir, par un consensus national, une stratégie intégrée de protection sociale et de politique de l'emploi dans le cadre du développement de trois pays (Burkina Faso, Cambodge et Honduras).

Ce SPER se veut complémentaire à la revue réalisée par la Banque mondiale et l'UNICEF en 2010, qui s'intéressait plus spécifiquement aux filets sociaux. Il s'agit, à travers ces études, de recenser les différents dispositifs et programmes de protection sociale existants, de déterminer leurs dépenses et leurs sources de financement actuelles et de rapprocher leurs garanties des besoins en matière de protection des différents groupes de population. Un tel travail doit amener à élaborer un budget social précis qui permettra au Burkina Faso de disposer, pour le présent et pour l'avenir, d'un cadre de référence de sa politique nationale. Il ressort cependant de cette revue que les données disponibles ne suffisent pas pour établir un budget suffisamment précis et l'un des constats des revues réalisées est que la politique nationale de protection sociale devra intégrer la construction d'un système de production d'information, de suivi et d'évaluation permettant cette budgétisation. En attendant, des outils simples et adaptés ont été développés, notamment l'outil d'estimation des coûts (*costing tool*) conçu par le BIT et l'UNICEF. Il s'agit d'un outil de calcul prospectif des coûts de financement et de l'impact budgétaire (pourcentage des dépenses publiques, pourcentage du PIB) d'un socle de protection sociale et de chacun de ses éléments constitutifs. Cet outil a été renforcé et adapté dans le cadre du projet BIT/UE afin de disposer d'un instrument, l'outil d'estimation rapide de coûts (RAP), permettant la simulation de différentes options de protection sociale et l'évaluation de leur impact sur la pauvreté.

Une définition de la protection sociale

La sécurité sociale se définit au sens du BIT comme l'«*adoption de mesures publiques pour assurer une garantie de revenu de base pour tous ceux ayant besoin de protection, de manière à soulager le besoin et prévenir l'indigence en rétablissant jusqu'à un certain niveau le revenu qui est perdu ou réduit en raison de l'incapacité de travailler ou d'obtenir un travail rémunérateur en raison de la survenue de différents risques: soins de*

santé, maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, responsabilités familiales, maternité, invalidité ou décès du soutien de famille».

Cette définition peut-être complétée par celle du Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS) pour lequel la protection sociale «englobe toutes les interventions d'organismes publics ou privés destinées à soulager les ménages et les individus du fardeau d'un ensemble défini de risques et de besoins, à condition qu'il n'y ait ni réciprocité simultanée ni accord individuel».

Ces définitions permettent de délimiter le champ de la protection sociale aux mesures publiques, y compris les dispositifs gérés par des organismes privés lorsqu'ils participent à un programme national. A ce titre, dans le contexte du Burkina Faso, la protection sociale englobe les mutuelles de santé qui s'inscrivent dans les stratégies nationales et participent à une protection sociale de base.

Les risques et besoins couverts se définissent comme des situations pouvant provoquer une baisse des ressources ou une hausse des dépenses. Ces risques, les risques sociaux, couverts par la protection sociale sont:

- la **santé**, qui englobe la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles. La protection comprend la couverture des dépenses de soins de santé (nécessaires pour maintenir, rétablir ou améliorer la santé des personnes protégées indépendamment de l'origine de la maladie) et le maintien du revenu en cas de maladie (assistance en espèces en cas de maladie physique ou mentale). Elle comprend en outre le maintien du revenu en cas d'invalidité (l'aide en espèces et en nature – hors soins médicaux – en fonction de l'incapacité des personnes physiquement ou mentalement handicapées d'exercer des activités économiques et sociales);
- la **maternité - famille**, qui intègre les prestations en espèces ou en nature, hors soins médicaux, liées à la grossesse, notamment les indemnités journalières de maternité, d'une part et, d'autre part, les allocations familiales (aide à la garde, à l'éducation, etc., des enfants);
- la **vieillesse** et la **survie**, qui incluent principalement les retraites et les pensions de réversion, pour le maintien des revenus des personnes âgées et des survivants;
- le **logement**, qui comprend essentiellement les allocations de logement;
- l'**emploi**, qui comprend divers dispositifs liés à la formation, à l'insertion et à la réinsertion professionnelle ainsi que l'indemnisation du chômage;
- la **pauvreté** et l'**exclusion sociale**, qui regroupent diverses prestations en faveur des personnes démunies. Il s'agit d'un ensemble de prestations en nature ou en espèces, non classées dans les fonctions précédentes, destinées à réduire la pauvreté et l'exclusion sociale. Les filets sociaux s'inscrivent dans cette fonction.

Face à ces risques, la protection sociale peut s'organiser et fonctionner suivant trois logiques:

- une **logique d'assurance sociale**, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenu (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail). Les prestations sociales sont financées par des cotisations généralement basées sur les salaires et sont donc réservées à ceux qui cotisent. Dans sa définition de l'assurance sociale, le Burkina Faso rassemble dans cette logique *«les programmes contributifs à but non lucratif, obligatoires ou volontaires, organisés par l'Etat ou par les communautés,*

qui permettent aux ménages de se protéger contre diverses privations des capacités, de ne pas s'endetter et de lisser les dépenses à travers le temps.»;

- **une logique d'assistance sociale**, qui a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. Elle consiste à assurer un revenu minimum, qui ne couvre pas nécessairement un risque spécifique. Ce revenu est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (revenu minimum d'insertion, allocation adulte handicapé, etc.);
- **une logique de protection universelle**, qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont donc accordées sans conditions de cotisations ni de ressources et sont les mêmes pour tous. Au Burkina Faso, les dispenses de frais de santé et de scolarité relèvent de cette logique.

La mise en œuvre et la gestion des prestations peuvent être réalisées par différents acteurs: les institutions de sécurité sociale (CNSS et CARFO au Burkina Faso), l'Etat et les collectivités locales, ainsi que des organisations privées telles que les mutuelles de santé, les organisations non gouvernementales et caritatives; voire les assurances commerciales dans les cas où elles participent à une stratégie nationale de protection sociale et reposent sur la solidarité et non sur le risque individuel des personnes protégées.

Les dépenses de protection sociale sont financées par:

- les prélèvements obligatoires, qui comprennent:
 - les impôts permettant de payer les dépenses inscrites aux budgets de l'Etat ou des collectivités territoriales; et
 - les cotisations sociales patronales et salariales permettant de financer les dépenses des régimes légaux de sécurité sociale;
- les organisations privées, qui peuvent être financées par les cotisations, les dons des particuliers et les subventions éventuellement reçues de l'Etat, des collectivités territoriales ou de partenaires extérieurs; et
- les financements internationaux, particulièrement importants dans les pays pauvres dans le domaine de l'assistance sociale.

Enfin, il importe de souligner que rien n'est tranché en matière de protection sociale, qu'il s'agisse de sa définition ou de sa mise en œuvre. Ainsi, par exemple, le projet d'assurance-maladie combine au Burkina Faso les logiques d'assurance et d'assistance, en proposant une couverture des dépenses de soins de santé unique pour tous mais des mécanismes de financement différents en fonction des groupes cibles: cotisations pour les salariés du secteur formel et transferts sociaux pour financer en partie ou en totalité les contributions pour les ménages de l'économie informelle et du monde rural et pour les plus pauvres. De même, ce schéma associe dans son fonctionnement des institutions de sécurité sociale (création d'une caisse d'assurance-maladie et implication de la CNSS et de la CARFO dans les recouvrements) et des organismes privés (mutuelles de santé, ONG, IMF, etc.).

Ce point est particulièrement important lorsqu'il s'agit de mettre en place des régimes de protection sociale pour les travailleurs de l'économie informelle et les travailleurs agricoles ruraux, compte tenu du caractère hétérogène de ces groupes en termes de niveau et de périodicité de revenus, de localisation géographique, de niveau d'instruction, etc. Dans le cadre des pays en développement, la mise en œuvre d'une politique nationale de protection sociale ne saurait se borner à reproduire les systèmes occidentaux; elle doit pouvoir innover et sortir des sentiers battus, tout en respectant les principes de bonne gestion et de bonne gouvernance.

Le socle de protection sociale

Dans le cadre du processus d'élaboration de sa politique nationale de protection sociale, le Burkina Faso définit cette politique en ces termes: *«La protection sociale est un ensemble d'interventions qui aident les ménages et individus pauvres et vulnérables à mieux gérer les risques et réduire leur vulnérabilité et pauvreté extrême en assurant un meilleur accès aux services sociaux, aux marchés et à l'emploi. La protection sociale inclut les éléments suivants:*

- les transferts non-contributifs aux individus ou ménages (ex: transferts en espèces, cantines scolaires, etc.);
- *les transferts contributifs aux individus ou ménages (ex: l'assurance-chômage, l'assurance-maladie);*
- *l'accès financier aux services sociaux; et*
- *l'encadrement politique et légal de la protection sociale.*

La protection sociale est un investissement soutenant le développement du capital humain et la croissance économique et non une forme d'assistance ou de secours. Si les populations pauvres ne sont pas en mesure de participer à l'économie et donc à la création de la croissance économique, l'impact de la crise économique, aussi bien que des crises environnementales et alimentaires, s'en trouverait considérablement amplifié.» (Atelier technique national sur la protection sociale, Ouagadougou, 27-29 avril 2010).

Cette définition axe la priorité sur la couverture des individus les plus pauvres et les plus vulnérables et s'inscrit ainsi dans le cadre du concept du socle de protection sociale. Ce concept a été adopté en avril 2009 par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CSS), dans le cadre de 9 initiatives visant à faire face à la crise financière mondiale. La protection sociale a été identifiée comme un instrument important et durable de lutte contre la pauvreté et contre les inégalités socio-économiques, ainsi que de promotion de la croissance économique à long terme.

L'initiative pour un socle de protection sociale préconise, pour les pays qui n'ont pas encore de protection sociale élargie, de mettre en place un ensemble de garanties sociales de base dont bénéficieraient tous les habitants. Cet ensemble se décompose en deux grands éléments principaux:

1. **la disponibilité, la continuité, l'accès géographique et financier aux services essentiels**, tels que l'eau et les installations sanitaires, une alimentation suffisante et nutritive, la santé, l'éducation, le logement, l'information pour la préservation de la vie et des biens;
2. **un paquet de base de transferts sociaux essentiels**, en espèces ou en nature, versés aux personnes pauvres et vulnérables pour leur assurer une sécurité de revenu minimum, des moyens de subsistance et l'accès aux services de santé essentiels. Les transferts sociaux (mais aussi les informations, les droits et les mesures) peuvent être versés aux enfants, aux personnes actives ne disposant pas d'un revenu suffisant et aux personnes âgées.

Cette initiative promeut une vision d'ensemble cohérente des systèmes nationaux de protection sociale en tant qu'élément clé des stratégies nationales de développement. Son objectif est d'aider les pays à cerner et combler les lacunes de la protection sociale par des mesures cohérentes et efficaces pour optimiser l'impact des ressources limitées sur la réduction de la pauvreté et de l'insécurité, afin de garantir un accès réel aux services et aux transferts sociaux essentiels.

Il n'existe pas de définition universelle du socle de protection sociale et chaque pays peut définir, dans le cadre d'un processus de dialogue national et selon ses priorités, ses garanties de base. De même, plusieurs approches sont possibles pour mettre en place cet ensemble de garanties. Ainsi, un pays peut, par exemple, chercher à étendre l'assurance sociale en la subventionnant pour permettre aux plus pauvres d'en bénéficier ou mettre en place un régime universel financé par l'impôt.

Suite à l'adoption de l'initiative conjointe pour un socle de protection sociale, des groupes de travail interagences du SNU et des Partenaires techniques et financiers se sont organisés au niveau sous-régional (groupe de travail pour l'Afrique de l'Ouest et l'Afrique centrale) et dans plusieurs pays ouest-africains, notamment au Sénégal, au Bénin, au Burkina Faso, au Niger et au Togo. En général, dans le cadre des efforts déployés pour la réalisation des OMD, ces groupes mettent tout particulièrement l'accent sur les transferts sociaux vers les populations les plus vulnérables, notamment les enfants et les plus pauvres.

Selon l'approche du BIT, l'objectif d'une stratégie fondée sur le socle de protection sociale vise à étendre la couverture des politiques de sécurité sociale de manière efficace, en tenant compte des deux dimensions suivantes:

- la **dimension horizontale**, qui doit consister à mettre en œuvre rapidement des **socles de protection sociale** au niveau national, à savoir un ensemble minimum de transferts, de droits et d'éligibilité, donnant accès aux soins de santé essentiels et assurant un revenu suffisant à toutes les personnes qui ont besoin de cette protection;
- la **dimension verticale**, qui doit s'efforcer d'améliorer le niveau de protection sociale pour le plus grand nombre possible de personnes vivant dans nos sociétés - au moins conformément aux dispositions relatives à la couverture et aux prestations de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, voire à un niveau supérieur tel que défini dans d'autres conventions plus récentes de l'OIT.

En d'autres termes, l'objectif de la stratégie est de construire progressivement des étages «supérieurs» offrant des perspectives plus larges, et non de se contenter de la «base» du socle de protection sociale. L'image utilisée pour décrire l'extension de la couverture de la sécurité sociale est celle d'un «**escalier de sécurité sociale**» (voir figure 3 dans le chapitre 9). A mesure que les pays dégageront des marges de manœuvre budgétaire plus importantes, les systèmes de protection sociale pourront et devront gravir «l'escalier» en étendant leurs couvertures et en augmentant le niveau et la qualité des prestations et services fournis.

Cette approche bidimensionnelle d'extension de la protection sociale est l'une des lignes directrices de la Recommandation sur les socle de protection sociale (n°202) adoptée en juin 2012 par les délégués des gouvernements, des employeurs et des travailleurs des 185 États Membres de l'OIT. Cette nouvelle recommandation réaffirme que la sécurité sociale est un droit de l'Homme et un besoin économique et social. Elle fournit aux pays des orientations pour établir et maintenir des Socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental de systèmes complets de sécurité sociale. Ces Socles constituent un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale, parmi lesquelles l'accès effectif à des soins de santé et la sécurité du revenu de base tout au long de la vie. Ces garanties permettent de prévenir voire de réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale et de construire des sociétés et des économies plus solidaires.

La construction de ces socles de protection sociale repose sur un processus participatif incluant toutes les parties prenantes nationales à travers un dialogue social entre les représentants des ministères concernés, les partenaires sociaux ainsi que la société civile.

Emploi et protection sociale

Le projet BIT/UE associe étroitement le renforcement de la protection sociale et la promotion de l'emploi. Il vise à appuyer les processus en cours de formulation des politiques en matière de protection sociale et d'emploi. Il vise également à identifier les liens entre ces politiques et les moyens leur permettant de se renforcer mutuellement. Les politiques de protection sociale, comme l'assurance sociale et l'assistance sociale, sont en effet souvent élaborées sans tenir compte des politiques de promotion de l'emploi dans les secteurs formel et informel. Une bonne synergie entre ces politiques permet pourtant de renforcer mutuellement leur impact. Ainsi, les transferts monétaires peuvent améliorer l'employabilité et aider à promouvoir la participation au marché du travail; la croissance de l'emploi peut contribuer au financement de régimes assuranciels; les politiques peuvent avoir un impact important sur la pauvreté et la vulnérabilité lorsqu'elles sont adaptées à une stratégie intégrée de protection sociale et d'emploi.

Dans un contexte comme celui du Burkina Faso où la majorité de la population travaille dans l'économie informelle avec des conditions d'emploi médiocres, une faible productivité et des revenus insuffisants, l'association des politiques de l'emploi et de protection sociale est un levier puissant pour l'instauration d'une croissance bénéficiant aux pauvres. Les programmes de renforcement de l'employabilité des femmes et des hommes pauvres et de création d'entreprises au niveau local génèrent et renforcent les revenus, mais les emplois et les revenus ainsi générés restent fragiles face à certains risques sociaux. La protection sociale doit alors permettre de renforcer la productivité et de générer un climat plus propice à l'investissement et donc à la création de nouveaux emplois; et de protéger et renforcer les revenus des entrepreneurs et des travailleurs, leur donnant finalement la possibilité de réaliser des dépenses à caractère social et de renforcer le financement de la protection sociale.

Ce SPER insiste davantage sur la protection sociale et intègre une analyse des Fonds d'appui à l'emploi. En intervenant sur l'offre et sur la demande de travail, ces fonds visent à renforcer la capacité des travailleurs à faire face aux risques de chômage, de sous-emploi et de pauvreté dans l'emploi, par l'intégration ou la réintégration des actifs sur le marché du travail et par l'amélioration de l'employabilité et de la qualité des emplois créés. A ce titre, ils peuvent être considérés comme des instruments qui protègent les travailleurs contre les risques pesant sur le marché du travail et qui réduisent leur vulnérabilité. Le lien entre emploi et protection sociale ne fait pas ici l'objet d'une analyse poussée mais des pistes de réflexion sont proposées dans le chapitre 9 dans le cadre de l'élaboration de la politique nationale de protection sociale, en cohérence avec les objectifs d'emploi affichés par le gouvernement.

Méthodologie

Les données utilisées dans ce rapport proviennent des états comptables de la CNSS et de la CARFO. La partie énumérant les différents types de filets sociaux au Burkina Faso est basée sur la revue des filets sociaux réalisée par la Banque mondiale et l'UNICEF (Banque mondiale, 2010b). Les données relatives à l'assistance sociale ont été collectées par un consultant dans le cadre du projet, de même que celles concernant la santé dont une partie provient également des comptes nationaux de la santé.

Les données concernant les régimes légaux de sécurité sociale, la CNSS et la CARFO ont été collectées à partir des comptes des institutions et des rapports spécifiques aux différentes prestations.

Les données sur les pensions et allocations de vieillesse de la CARFO sont issues du rapport sur les revenus et dépenses de la branche pension de la Direction financière et

comptable de la CARFO. Les données sur les pensions et allocations de vieillesse de la CNSS sont issues des répartitions des pensionnés de retraite vieillesse selon la tranche d'âge et le sexe de la base de données ORACLE/CNSS.

Les prestations d'invalidité de la CARFO et de la CNSS ont été respectivement extraites du rapport sur les revenus et les dépenses de la branche pension et du rapport sur l'évolution des différentes prestations de l'assurance vieillesse de 2007 à 2009 de la base de données ORACLE/CNSS. En l'absence de données réelles disponibles concernant les prestations de survivants de la CARFO, on a eu recours à une estimation basée sur le taux d'utilisation. Celles de la CNSS sont issues du rapport précité de la base de données ORACLE/CNSS.

Les données sur les prestations aux conjoints, aux orphelins et aux allocations de la CARFO proviennent du rapport sur les revenus et les dépenses de la branche pension de la Direction financière et comptable de la CARFO. Celles de la CNSS sont basées sur le nombre de bénéficiaires et la moyenne de la relation entre les moyennes des deux bénéficiaires. Les données sur les allocations de survivants de la CNSS sont toutefois issues du rapport sur l'évolution des différentes prestations de l'assurance vieillesse de 2007 à 2009 de la base de données ORACLE/CNSS. Les données sur les frais administratifs du secteur formel de la CARFO et la CNSS sont extraites des états comptables de la CNSS et de la CARFO.

Au niveau des accidents du travail, les données sur les prestations d'incapacité temporaire (indemnité journalière) et d'incapacité permanente (rente viagère) de la CNSS proviennent de la répartition des prestations en espèces de 2007 à 2009, selon le type de prestations au titre des risques professionnels, de la base de données ORACLE/CNSS. Les données sur les prestations en nature ou médicales et les données sur les allocations funéraires sont issues de la répartition des prestations en nature de 2007 à 2009, selon le type de prestations au titre des risques professionnels, de la base de données ORACLE/CNSS. Les données sur les prestations en cas de décès pour les conjoints et orphelins de la CNSS sont basées sur la relation du coût moyen. Les données sur les frais administratifs du secteur formel de la CNSS proviennent des états comptables de la CNSS.

Les données des allocations familiales, prénatales et de maternité sont extraites du rapport de la base de données ORACLE/CNSS sur les prestations familiales servies par la direction générale au cours des années 2007, 2008 et 2009. Les données sur les frais administratifs des prestations familiales et de maternité de la CNSS sont issues des états comptables de la CNSS.

Les données concernant les fonds d'emploi proviennent en grande partie des rapports annuels d'activité des fonds et d'entretiens approfondis avec leurs principaux responsables. Une enquête a également été menée auprès des bénéficiaires des Fonds d'emploi ainsi que des associations/groupements bénéficiaires du Fonds d'appui à la formation professionnelle et à l'apprentissage (FAFPA).

La rédaction du présent rapport a fait l'objet d'une recherche méthodique. Les documents auxquels il se réfère ont été recueillis à partir de recherches effectuées sur les sites de l'INSD et auprès des partenaires au développement, en particulier la Banque mondiale, le PNUD, l'OMS, l'UNICEF etc. Les publications récentes du BIT ainsi que les sites officiels du gouvernement du Burkina Faso, notamment du ministère de l'Economie et des Finances, ont également constitué des sources importantes pour la rédaction de cette étude.

Présentation du document

Le présent rapport réalise la synthèse des résultats du travail de collecte et de traitement des données des différentes composantes de la protection sociale au Burkina Faso.

Il est structuré en 9 chapitres.

Les chapitres 1 et 2 donnent un aperçu global du contexte burkinabé, sur les plans démographique, économique, social et institutionnel.

Les données collectées pour les différentes prestations sont regroupées en cinq grandes rubriques:

- les régimes formels de sécurité sociale (chapitre 3);
- les mécanismes de couverture du risque maladie (chapitre 4);
- l'assistance sociale (chapitre 5);
- les services d'action sociale (chapitre 6);
- les Fonds d'appui à la promotion de l'emploi (chapitre 7).

Le chapitre 8 compile ces données et offre un aperçu général des dépenses et des performances de la protection sociale. Enfin, le chapitre 9 propose des pistes de réflexion pour les prochaines étapes du processus de mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale en lien avec la Politique nationale de l'emploi.

Les données exhaustives disponibles portant sur une période de temps réduite – 2007, 2008 et partiellement 2009 – il s'avère difficile de réaliser une analyse approfondie des performances de la protection sociale. Ce document s'intéressera tout spécialement à l'architecture actuelle de la protection sociale, c'est-à-dire à la disponibilité et à l'organisation des composantes existantes par rapport aux risques sociaux et aux populations cibles. Cette approche est particulièrement importante dans le contexte burkinabé où la protection sociale se caractérise par un ensemble hétérogène de dispositifs et de programmes qui interviennent de façon peu coordonnée et tentent d'élaborer des réponses en fonction de chaque catégorie de population cible plutôt que de construire une stratégie d'intervention intégrée.

Il importe enfin de souligner que ce SPER ne vise pas à proposer des hypothèses futures en matière d'organisation, de prestations ou de budgétisation de la protection sociale. Ces différents points reposent sur la réflexion en cours au niveau national qu'il s'agit d'appuyer dans le cadre de ce projet BIT/UE. Les données collectées dans le cadre de ce SPER permettront de réaliser des simulations des options de la politique nationale de protection sociale et d'évaluer leur impact sur la pauvreté à l'aide de l'outil d'estimation rapide de coûts (RAP) adapté au contexte spécifique du Burkina Faso. Ces simulations aideront à soutenir la réflexion nationale pour la finalisation de la PNPS et l'élaboration de son plan d'action, en mesurant rapidement les implications budgétaires et l'impact des mesures envisagées, afin de favoriser l'adéquation entre les objectifs recherchés, la capacité financière et économique nationale et les résultats attendus.

1. Un aperçu de l'environnement démographique, économique et social

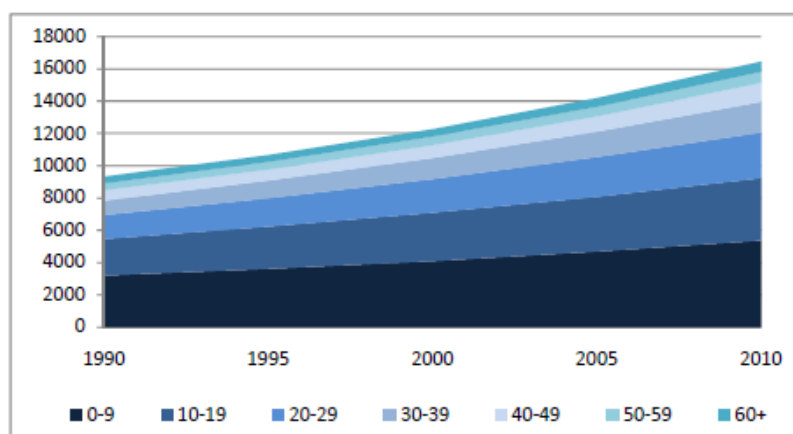
1.1. Une contrainte démographique relativement forte

Selon les projections de l'Institut national de la statistique et de la démographie (INSD 2010a) du Burkina Faso, la population du Burkina Faso compte 15,7 millions d'habitants en 2010, dont 50,05 pour cent de femmes et 49,95 pour cent d'hommes. On notera que, pour la même année, les projections de la Division de la population des Nations Unies évaluent cette population à 16,3 millions d'individus, avec un taux de croissance élevé de 3,1 pour cent par an en moyenne au cours de la dernière décennie, ce qui implique un doublement de la population par génération.

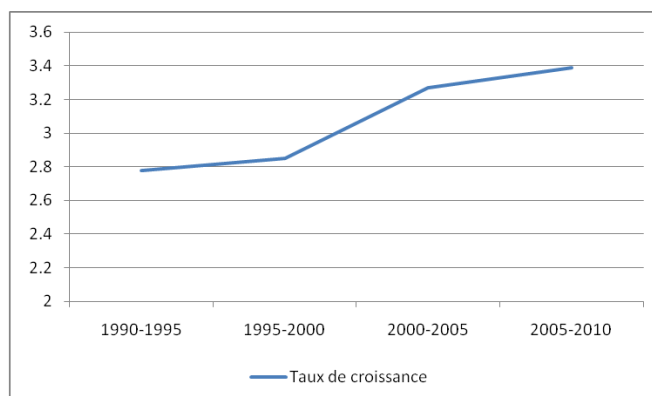
Cette croissance démographique particulièrement forte résulte d'une baisse très rapide de la mortalité et du maintien, sur une période exceptionnellement longue, d'une fécondité élevée. L'espérance de vie à la naissance est en effet passée de 37 ans en 1960 à 58 ans en 2010, la fécondité étant demeurée stable au cours de la même période, avec un nombre moyen de 6 enfants par femme (Guengant, 2011).

La contrainte démographique est particulièrement forte en milieu urbain compte tenu de l'ampleur du phénomène d'exode rural. Dans les grands centres urbains (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso), le taux de croissance démographique annuel est de 6,8 pour cent, soit plus du double du taux de croissance au niveau national.

Graphique 1. Population par groupes d'âge (en milliers)



Graphique 2. Taux de croissance démographique (en pourcentage)

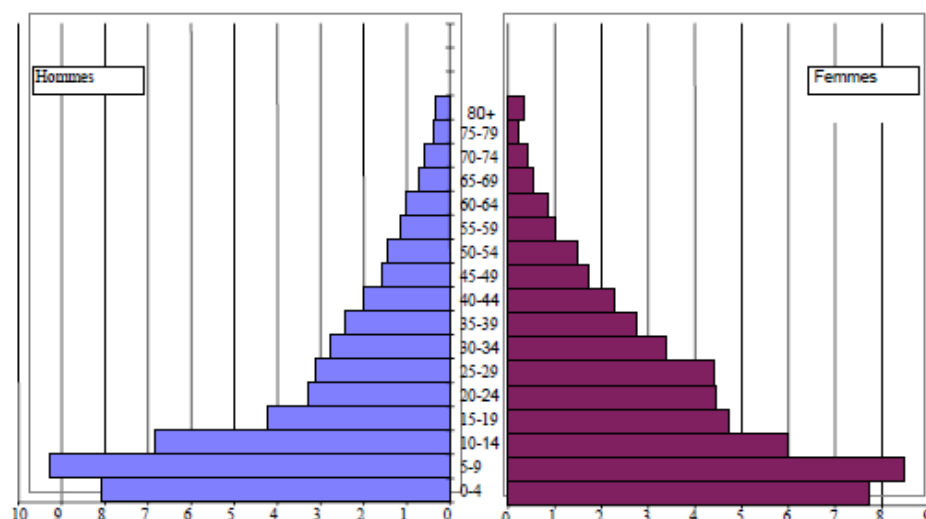


Source: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, Perspectives de la population mondiale: révision de 2008, <http://esa.un.org/unpd/wpp>

Le recensement général de la population en 2006 faisait toutefois apparaître qu'il s'agissait d'une population encore très majoritairement rurale, 77,3 pour cent des individus vivant en milieu rural et 22,7 pour cent en milieu urbain (INSD, 2010a).

La population burkinabé a pour autre caractéristique d'être l'une des plus jeunes d'Afrique, 47 pour cent de la population étant âgée de moins de 15 ans. La population de moins de 20 ans représente 57,1 pour cent de la population totale recensée en 2006. Les jeunes de 15 à 24 ans et ceux de 25 à 35 ans représentent respectivement 19,1 pour cent et 14,3 pour cent de la population. Par ailleurs, la proportion de jeunes de 15 à 35 ans reste plus élevée chez les femmes (34,9 pour cent) que chez les hommes (31,7 pour cent).

Graphique 3. Structure de la population par âge et par sexe (en pourcentage)



Source: Enquête QUIBB 2007.

La migration est une autre caractéristique de la démographie burkinabé. En effet, le Burkina Faso partage ses frontières avec six autres Etats, dont la Côte d'Ivoire et le Ghana, où il est possible de trouver des emplois saisonniers dans les plantations de cacao, de palmiers à huile, etc.; ce qui s'est traduit par un nombre de 1,57 million de migrants burkinabé à l'étranger en 2010 (pays limitrophes, Europe et Etats-Unis), soit 9,7 pour cent de la population, mais aussi par un afflux de 1 million de migrants étrangers provenant de ces pays limitrophes (Factbook 2011, Banque mondiale, p. 82).

La migration interne est également importante, de la campagne vers les villes et des zones arides du nord et du plateau central vers celles plus fertiles du sud, de l'ouest et des périmètres aménagés, notamment du fait des aléas climatiques et de la pression démographique.

Tableau 1. Profil de la démographie

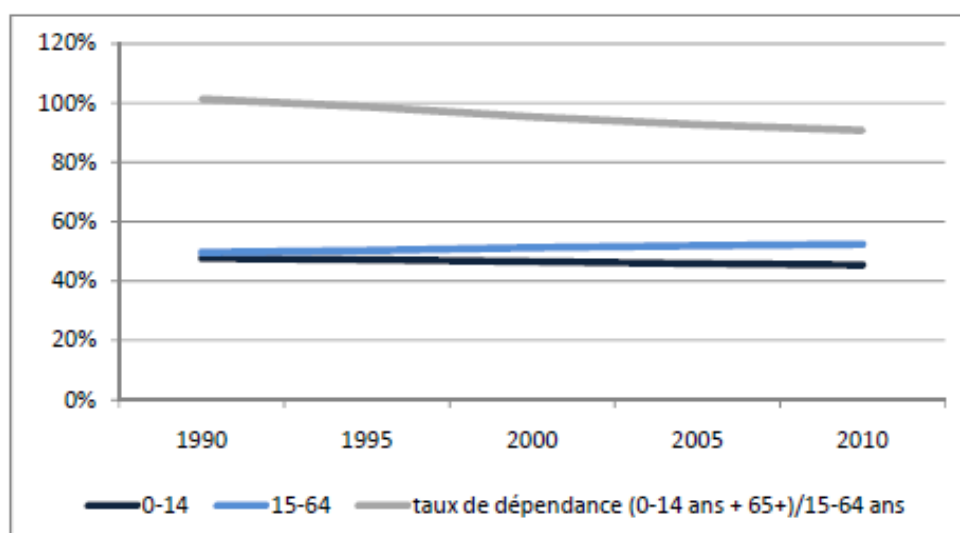
Indicateurs	1990	1995	2000	2005	2010
Population (milliers)	8 814	10 127	11 676	13 747	16 287
Hommes (milliers)	4 345	5 000	5 777	6 851	8 138
Femmes (milliers)	4 469	5 127	5 899	6 896	8 149
Rapport de masculinité (hommes pour 100 femmes)	97,2	97,5	97,9	99,3	99,9
0-4 ans (%)	19	18,9	18,6	18,3	19,6
5-14 ans (%)	28,4	28,4	28,2	27,5	26,9
15-24 ans (%)	20,1	20,3	20,4	20,4	19,6
60 ans et plus (%)	4,2	3,8	3,6	3,5	3,3
65 ans et plus (%)	2,5	2,4	2,2	2,1	2
80 ans et plus (%)	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1
Femmes 15-49 ans (%)	44,6	45	45,7	46,6	46
Age médian (ans)	16,2	16,2	16,4	16,9	16,7
Densité de la population (hab./km ²)	32	37	43	50	60

Source: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, Perspectives de la population mondiale: révision de 2008, <http://esa.un.org/unpd/wpp>

La structure et la dynamique démographiques sont source de nombreux défis, notamment en termes de capacité du système actuel de subvenir aux besoins de cette population croissante (Kouraogo et Dianda 2008). La jeunesse de la population burkinabé pose plusieurs défis, tant pour le présent que pour l'avenir, comme le résume l'Etude nationale prospective «Burkina 2025»: «La jeunesse et la mobilité de la population constituent un atout, pour peu que cette population soit mieux soignée et surtout mieux éduquée»; [...] «Au lieu qu'ils soient le fer de lance dans la société et l'économie, les jeunes forment, aujourd'hui, le véritable défi du Burkina Faso du fait de leur nombre, de l'acuité de leurs problèmes et du manque d'un horizon alléchant, captivant et rassurant» (CNPPS, 2005).

- Le maintien d'une fécondité élevée et la baisse rapide de la mortalité chez les enfants ont pour conséquence une augmentation du nombre de personnes à charge par personne en âge de travailler, le taux de dépendance passant de 0,8 en 1960 à 0,9 en 2010 (Guengant 2011).
- Compte tenu de l'évolution, à un rythme annuel de 3 pour cent en moyenne, de la population active totale estimée à 7,4 millions d'actifs, il faut s'attendre à une masse importante de nouveaux actifs cherchant du travail. L'offre d'emplois de qualité demeure insuffisante pour absorber la population inoccupée et faire face aux nouveaux arrivants sur le marché du travail.

Graphique 4. Evolution du taux de dépendance



Source: Division de la population, Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat des Nations Unies, Perspectives de la population mondiale: révision de 2008, <http://esa.un.org/unpd/wpp>

1.2. Des performances macroéconomiques bonnes mais fragiles

Au cours de la dernière décennie, le Burkina Faso a bénéficié d'un environnement macroéconomique stable et d'une croissance économique relativement soutenue. Malgré des performances satisfaisantes accompagnées par des réformes de libéralisation et d'ouverture, les bases de la croissance demeurent fragiles. Le Burkina Faso dispose de peu de ressources naturelles et ne bénéficie pas d'accès direct à la mer. L'économie est peu diversifiée et structurellement vulnérable aux chocs extérieurs. Les infrastructures économiques restent peu développées et le pays manque de ressources énergétiques.

Entre 1998 et 2007, le produit intérieur brut (PIB) a enregistré un taux élevé de croissance de 5,2 pour cent par an. Suite à différents chocs climatiques, à la crise alimentaire et énergétique et à la crise mondiale, cette croissance s'est ralentie à partir de 2007 avant de repartir à la hausse en 2010. Cette croissance du PIB devrait se maintenir en 2011, avec notamment une reprise du secteur cotonnier.

Comme on l'a vu précédemment, cette évolution économique se déroule dans un contexte de croissance démographique annuelle de 3,1 pour cent qui limite la croissance du PIB par habitant à 2,04 pour cent.

Tableau 2. Indicateurs économiques et financiers

	2005	2006	2007	2008	2009 ¹	2010 ²
PIB (milliards FCFA)	2 961	3 018	3 252	3 689	3 986	4 280
Evolution du PIB (%)	7,1	5,5	3,6	5,2	3,2	5,2
PIB/tête (milliers FCFA)	—	—	228	232	231	234
Opérations consolidées de l'administration centrale (milliards FCFA)						
Recettes totales	—	—	650,5	630,8	771,5	940,5
Dépenses et prêts nets	—	—	834,8	795,3	959,6	1 145,9

—: non disponible. ¹ Estimation. ² Projection.
Source: FMI (2010).

Entre 2000 et 2009, la croissance économique a été très fluctuante en raison des aléas économiques et des chocs exogènes. Cette croissance a été principalement tirée par le secteur tertiaire (en moyenne, 60 pour cent de la formation du PIB), loin devant le secteur primaire (25 pour cent), le secteur secondaire arrivant en dernière position (15 pour cent). La croissance du secteur tertiaire résulte des efforts déployés par le gouvernement pour améliorer le climat des affaires. La contribution du secteur primaire est dominée par la production végétale. Afin de faire face aux différentes crises, le gouvernement a mis en œuvre un certain nombre de mesures en faveur notamment de la filière du coton et des producteurs de céréales (SCADD 2011-2015).

L'agriculture emploie plus de 80 pour cent de la population et constitue la principale source de revenus. Aujourd'hui encore, l'économie reste excessivement tributaire des cours mondiaux du coton, qui demeure sa principale recette d'exportation et dont la contribution au PIB représente environ 3-4 pour cent (Bureau of African Affairs, 2010). Cette dépendance vis-à-vis du coton et la faible diversification de l'économie rendent le pays structurellement vulnérable aux chocs extérieurs. Dans ce contexte, le Burkina Faso a entrepris une politique de diversification de son économie à partir de 2009 en se tournant vers le secteur minier, notamment aurifère, et vers le développement de filières agroindustrielles.

Pour soutenir ce processus, le Burkina Faso a introduit une politique de privatisation. Dans ce cadre, 27 des 59 entreprises publiques ont été privatisées, 13 restructurées et 6 autres liquidées. En dépit du taux d'impôt préférentiel destiné à attirer des investisseurs étrangers, le taux d'investissement privé s'est maintenu à un faible niveau de 11,7 pour cent en moyenne entre 1991 et 2005 et les investissements directs étrangers n'ont guère dépassé 0,5 pour cent du PIB (BIT 2009, p. 7). Ces faibles taux d'investissement, qui traduisent le peu de dynamisme du secteur privé en matière de promotion de l'emploi de qualité, s'expliquent notamment par les difficultés d'accès aux crédits bancaires (BIT 2009, p. 7). En effet, les crédits à l'économie ne représentent que 16,1 pour cent du PIB en 2007, dont 6,7 pour cent de crédits à moyen et long terme et 54,9 pour cent de crédits dans le commerce (MJE, 2010).

L'analyse des différentes sources de revenus des ménages ruraux montre que le secteur agricole constitue leur principale source de revenus. Ainsi, 78,4 pour cent du revenu total des ménages ruraux provenaient de l'agriculture en 2006, avec un revenu annuel moyen de 582 398 francs CFA (ministère de l'Agriculture 2006, p. 14), dont quelque 56 pour cent correspondant à la valorisation des produits d'autoconsommation.

Les revenus des ménages urbains dépendent des secteurs secondaire et tertiaire. Selon le recensement du ministère de l'Economie et des Finances, 92,4 pour cent des actifs à Ouagadougou et à Bobo-Dioulasso exercent des activités non agricoles, contre 7,6 pour cent exerçant une activité agricole. Le secteur secondaire est toutefois réduit aux deux principales zones urbaines de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Les activités du secteur tertiaire telles que le commerce, l'administration publique et les services sont réparties sur l'ensemble des villes (Programme des Nations Unies pour les établissements humains 2007, p. 7).

1.3. Une croissance économique qui a peu d'impact sur le développement humain

Le Burkina Faso reste l'un des pays les plus pauvres du classement de la Banque mondiale (2010a), avec un revenu moyen par habitant de 300 dollars des Etats-Unis. Il se classe ainsi au 177e rang des 182 pays analysés en 2007, avec un indicateur de pauvreté humaine de 51,3 pour cent (INSD, 2010b). En 2006, le PIB par habitant s'établissait à 459 dollars et l'indice de développement humain (IDH) était estimé à 0,372 (INSD, 2010a).

La pauvreté est prédominante en milieu rural où les conditions de vie des ménages demeurent précaires. Cette vulnérabilité résulte des fluctuations des prix des produits agricoles et des conditions climatiques. Les indicateurs ci-après confirment le niveau de pauvreté et de vulnérabilité de la population burkinabé:

- 40 pour cent de la population sont vulnérables au risque de l'insécurité alimentaire;
- 42 pour cent des habitants ont un accès limité à l'eau potable;
- l'espérance de vie à la naissance est estimée à 58 ans; et
- le taux d'alphabétisation des adultes se situe à 27 pour cent, avec un taux de 13 pour cent pour les femmes (INSD 2010, PNUD et FIDA 2010).

Les indicateurs de développement social entre 1995 et 2008 (voir tableau 3) montrent que le Burkina Faso a nettement progressé au cours de cette période.

Tableau 3. Les indicateurs de développement social (1995 - 2008) – Burkina Faso

Indicateurs	1995	2008
Taux brut de scolarisation primaire (%)	39,6	66
Taux brut de scolarisation secondaire (%)	7,2 (1990)	20,7
Mortalité infantile des moins de cinq ans (pour 1 000)	204	122

Source: Banque mondiale (2010a).

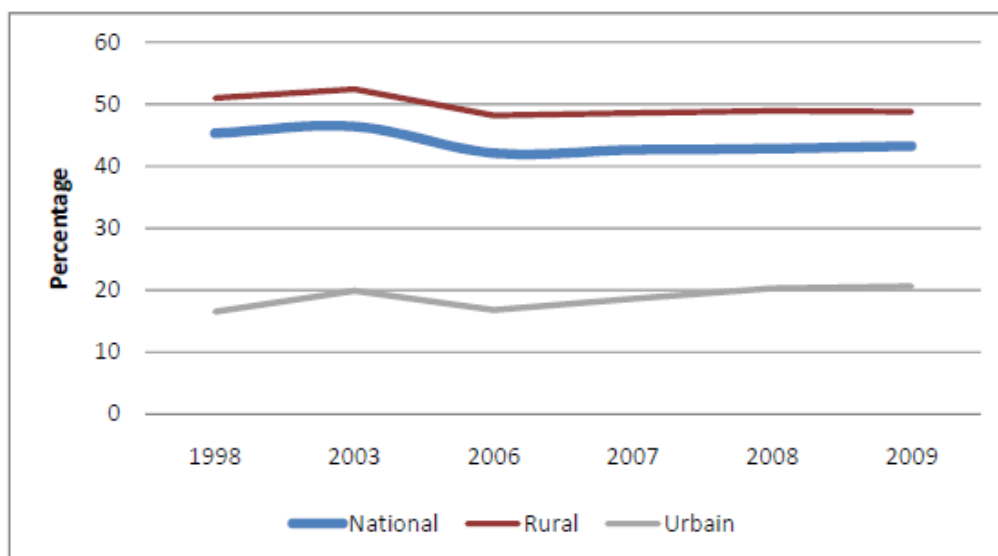
La forte croissance de l'économie nationale et les mesures de redistribution des richesses n'ont pas permis de réduire de façon significative l'incidence de la pauvreté, qui demeure élevée. L'enquête sur les conditions de vie des ménages 2009/2010 fait ressortir un repli de l'incidence de la pauvreté de 2,5 points de pourcentage par rapport à 2003. Ainsi, 43,9 pour cent de la population vivent en-dessous du seuil de pauvreté, contre 46,4 pour cent en 2003 (SCADD 2011-2015). Cette baisse de l'incidence de la pauvreté reste très fragile et ne s'est pas poursuivie au-delà de 2008, du fait de la hausse des prix alimentaires et du carburant et de leurs répercussions sur le revenu réel de la population, surtout en région rurale où l'incidence de la pauvreté est deux fois plus élevée qu'en région urbaine (Banque mondiale, 2010a).

Tableau 4. Estimations des tendances de la pauvreté (monétaire) basées sur les Comptes nationaux (en pourcentage de la population)

	1998	2003	2006	2007	2008	2009
National	45,3	46,4	42,1	42,6	42,8	43,2
Rural	51	52,4	48,2	48,6	48,9	48,8
Urbain	16,5	19,9	16,8	18,6	20,3	20,6

Sources: 1998, 2003 EICVM/INSD; rapports PAP-CSLP 2007, 2008, 2009.

Graphique 5. Tendances de la pauvreté (en pourcentage de la population)



Sources: 1998, 2003 EICVM/INSD; rapports PAP-CSLP 2007, 2008, 2009.

L'évolution de l'incidence de la pauvreté doit être par ailleurs pondérée par les résultats de l'enquête QUIBB 2007, qui indiquent une hausse du taux de pauvreté chronique de 25,4 à 31,1 pour cent entre 2003 et 2005, avant un recul à 18,8 pour cent en 2007. La hausse de la pauvreté chronique entre 2003 et 2005 s'explique par les chocs liés aux conditions climatiques de 2004 (Banque mondiale, 2010a). Par ailleurs, le taux de croissance économique relativement élevé n'a pas eu d'impact sur la tendance de la pauvreté.

La pauvreté n'est pas distribuée de façon égale au niveau national, son incidence étant deux fois plus élevée en milieu rural qu'en zone urbaine (Banque mondiale, 2010a). La répartition des niveaux de pauvreté dépend de nombreux facteurs, notamment en milieu rural (Banque mondiale, 2010a et MJE, 2010), tels que:

- le type de production agricole: les ménages qui vivent de la culture du coton se trouvent par exemple au niveau intermédiaire sur l'échelle de la pauvreté;
- le niveau d'éducation du chef de ménage: les personnes dépendantes des chefs de ménage ayant un niveau d'instruction limité ont trois fois plus de risques de se retrouver au plus bas de l'échelle de la pauvreté que celles ayant eu accès à une meilleure instruction, notamment celles ayant atteint le niveau secondaire;
- l'âge du chef de ménage: la proportion de travailleurs pauvres est plus forte chez les jeunes chefs de ménage.

D'autres facteurs viennent aggraver cette vulnérabilité et engendrent un cercle vicieux menant à la pauvreté, par exemple:

- l'insuffisance et le manque de terres cultivables;
- l'absence de moyens de communication et de transport;
- les fluctuations importantes des conditions climatiques: les longues périodes de sécheresse, les mauvaises répartitions des pluies et les invasions acridiennes ont provoqué une mortalité accrue du bétail et les inondations de 2006 (PNUD & FIDA, 2010), aggravant ainsi la pauvreté dans la région du Sahel au cours de la dernière décennie; et

- une productivité limitée du fait de la nature de l'agriculture de subsistance.

Le tableau ci-dessous présente une répartition de la pauvreté au Burkina Faso par région géographique. Il révèle des différences régionales importantes du niveau de la pauvreté, la région du Nord affichant le taux le plus élevé de 68,8 pour cent.

Les résultats des enquêtes prioritaires nationales effectuées en 2003 indiquent que les régions les plus pauvres sont celles du Nord, du Centre-Sud, de la Boucle du Mouhoun, du Plateau central et du Sud-ouest.

Tableau 5. Répartition de la pauvreté dans la population burkinabé

Région	Niveau de pauvreté (2003) (%)
Nord	68,6
Centre-Sud	66,1
Boucle du Mouhoun	60,4
Plateau central	58,6
Sud-Ouest	56,6
Centre-Est	55,1
Centre-Ouest	41,3
Est	40,9
Cascade	39,1
Sahel	37,2
Hauts-Bassins	34,8
Centre-Nord	34,0
Centre	22,3
Burkina Faso	46,4

Source: INSD, Enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages, 2003.

Selon le PNUD, les revenus per capita les plus bas sont observés dans la région du Sahel, qui se caractérise par une pluviosité réduite et erratique et par la dégradation des ressources naturelles. L'évaluation de la pauvreté de l'INSD classe pourtant la région du Sahel dans le groupe des régions «relativement moins affectées par la pauvreté». Il n'en reste pas moins que la pauvreté s'est accrue dans cette région au cours de ces dix dernières années suite aux sécheresses, aux mauvaises répartitions des pluies, aux invasions acridiennes, à une mortalité accrue du bétail et aux inondations de 2006 (<http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/home/tags/burkina%20faso>)

Enfin, on notera que les femmes sont les plus vulnérables face à la pauvreté; d'autant qu'elles ont moins de chance d'accéder à la production, au bétail et au processus décisionnel au sein de la famille. Les enquêtes effectuées en 2003 ont démontré que le taux de pauvreté a augmenté de 11 pour cent dans les ménages dirigés par les femmes (PNUD & FIDA, 2010). Ces dernières, qui ont en effet un accès généralement plus limité à l'éducation et à l'emploi, sont dès lors plus largement confrontées au chômage et au sous-emploi et sont majoritaires dans l'emploi informel, l'emploi non salarié et l'emploi non rémunéré.

1.4. La création d'emplois productifs et de qualité demeure un défi important

Les progrès macroéconomiques perceptibles à travers la croissance économique au cours de la période 1994-2003 n'ont pas permis de réduire la pauvreté de façon significative. Ces performances mitigées invitent à réfléchir sur la capacité de la croissance économique à créer davantage d'emplois productifs et mieux rémunérés.

L'analyse des tendances de l'emploi au Burkina Faso révèle en effet que les bonnes performances macroéconomiques observées au cours de la dernière décennie n'ont pas favorisé l'emploi productif et de qualité, qui demeure un défi majeur dans une perspective de lutte contre la pauvreté. La dynamique observée entre 2003 et 2007 (MJE, 2010), qui se traduit par une légère hausse du taux de salarisation, une augmentation de la proportion des travailleurs indépendants (notamment non agricoles et féminins) et une réduction de la part des travailleurs non rémunérés, reste encore trop timide pour impliquer des changements significatifs de la structure de l'emploi. Celle-ci reste marquée par l'informalité et demeure moins favorable aux femmes et aux jeunes, qui sont majoritaires dans l'emploi informel, non salarié et non rémunéré.

1.4.1. Un taux d'activité de la population relativement élevé

Le taux d'activité de la population en âge de travailler demeure relativement élevé au Burkina Faso. Au cours de la dernière décennie, le ratio emploi-population s'élève à 80,9 pour cent. Il est en moyenne plus élevé en milieu rural (86,6 pour cent) qu'en milieu urbain (58,2 pour cent) et chez les hommes (86 pour cent) que chez les femmes (76,4 pour cent). L'écart relativement grand entre milieux rural et urbain s'expliquerait par l'importance du chômage urbain et la faiblesse du chômage rural, mais aussi par des taux de scolarisation relativement plus élevés en milieu urbain (MJE, 2010).

Tableau 6. Ratio emploi-population selon le milieu et le sexe (15 – 65 ans) (en pourcentage)

	Urbain			Rural			Ensemble		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1998	69,7	45,5	57,8	94,5	87,8	90,8	89,3	80,4	84,5
2003	67,7	44,5	56,0	89,5	81,5	85,2	84,5	74,1	79,0
2005	70,9	45,6	58,3	93,8	87,2	90,3	88,9	79,3	83,8
2007	70,4	51,3	60,8	84,4	76,7	80,2	81,3	71,7	76,2

Source: INSD (ministère de la Jeunesse et de l'Emploi, 2009; Ouedraogo et Zerbo, 2010).

1.4.2. Les emplois vulnérables sont majoritaires et touchent plus les femmes et les jeunes

La proportion des travailleurs non rémunérés (aides familiaux et apprentis) demeure élevée parmi les actifs occupés (surtout chez les femmes), même si elle a sensiblement diminué au cours des cinq dernières années (de 57,4 à 46,1 pour cent). Les travailleurs indépendants agricoles représentent la deuxième catégorie la plus importante parmi les actifs occupés (35,2 pour cent). Leur proportion a augmenté entre 2003 et 2007 et celle des travailleurs indépendants non agricoles, notamment chez les femmes, a presque doublé, passant de 7 à 12,2 pour cent (voir tableau 7).

Tableau 7. Répartition de l'emploi par statut selon le sexe (15 ans et plus)

	2003			2007		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Salarié du secteur moderne	6,9	2,2	4,6	8,8	3,0	5,9
Salarié du secteur informel non agricole	1,5	0,7	1,1	1,0	0,4	0,7
Indépendant/employeur non agricole	6,5	7,3	6,9	10,9	13,4	12,2
Indépendant agricole	50,9	9,5	30,2	57,4	13,1	35,2
Aides familiaux et apprentis	34,3	80,4	57,4	21,9	70,1	46,1
Ensemble	100	100	100	100	100	100

Source: INSD (2003 et 2007).

Malgré une légère hausse entre 2003 et 2007, le taux de salarisation des hommes reste faible puisqu'il s'établit en 2007 à 9,8 pour cent des actifs occupés, dont 1 pour cent dans le secteur informel. Chez les femmes, il chute de près des deux tiers (3,4 pour cent).

1.4.3. La prédominance de l'emploi agricole et informel

En 2007, la majorité des personnes ayant une activité travaille dans le secteur agricole (79,5 pour cent), contre 7,8 pour cent dans l'économie informelle non agricole urbaine et 7,2 pour cent dans le secteur moderne. L'emploi informel regroupe 13,3 pour cent des personnes actives (voir tableau 8).

Le secteur moderne n'emploie que 3,7 pour cent des femmes actives, contre 10,6 pour cent des hommes actifs, alors que l'économie agricole et le secteur informel comptent respectivement 81,4 et 14,9 pour cent des femmes actives. Seuls 3,9 pour cent des jeunes travailleurs sont employés dans le secteur formel, contre près de 85 pour cent dans le secteur agricole, 7,3 pour cent dans l'économie informelle urbaine et 4,1 pour cent dans l'économie informelle rurale.

Tableau 8. Répartition sectorielle de l'emploi par sexe et par âge – 2007 (15 ans et plus) (en pourcentage)

	Sexe		Classe d'âge				Ensemble
	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-35 ans	36-49 ans	50-65 ans	
Secteur formel	10,6	3,7	3,9	10,5	8,5	5,2	7,2
Secteur informel urbain	7,8	7,9	7,3	9,9	8,0	5,5	7,8
Secteur informel rural	4,0	7,0	4,1	7,2	6,0	3,9	5,5
Secteur agricole	77,6	81,4	84,7	72,4	77,5	85,4	79,5
Ensemble	100	100	100	100	100	100	100

Source: INSD (2007).

1.4.4. Un chômage essentiellement urbain touchant les femmes, les jeunes et les personnes instruites

Le chômage urbain a évolué à la hausse au début des années 2000, puis à la baisse depuis 2003, mais de façon inégale selon le sexe, le niveau d'instruction et l'âge. De 1998 à 2007, le taux de chômage urbain a globalement augmenté (de 5,2 à 8,6 pour cent), enregistrant toutefois une baisse de 11,5 à 8,6 pour cent entre 2003 et 2007 qui a surtout concerné les hommes, le taux de chômage des femmes demeurant quasiment stable. Sur la décennie, le taux de chômage masculin de 2007 retrouve son niveau de 1998, tandis que celui des femmes et des jeunes a triplé au cours de la même période (MJE, 2010).

Par ailleurs, le chômage est un phénomène qui touche beaucoup plus les personnes actives instruites puisqu'il frappe 21,6 pour cent de celles ayant un niveau d'études secondaires, 17,4 et 12,1 pour cent de celles ayant reçu une formation professionnelle (avant et après le certificat de fin d'études primaires), contre 6,8 pour cent des personnes actives sans instruction (voir tableau 9).

Tableau 9. Taux de chômage urbain, selon le niveau d'instruction (1998-2007)

	1998	2003	2005	2007		
				Hommes	Femmes	Total
Sans instruction	3,5	7,1	4,9	4,6	8,8	6,8
Primaire	6,0	13,6	11,0	6,5	12,7	9,0
Secondaire 1er cycle	11,7	22,5	16,2	7,4	19,2	12,2
Secondaire 2e cycle	4,5	12,1	13,9	8,2	12,0	9,4
Supérieur	4,0	4,3	10,9	5,5	12,8	7,2
Prof. avant CEPE	0,0	21,7	12,7	19,2	0,0	17,4
Prof. après CEPE	7,8	9,9	8,9	17,6	0,0	12,1
Prof. après BEPC	6,5	13,5	6,1	6,2	9,1	7,2
Total	5,2	11,5	9,5	6,2	11,6	8,6

Source: INSD (1998, 2003, 2005, 2007).

1.4.5. Un taux de jeunes ni scolarisés ni dans l'emploi surtout urbain et féminin

Le taux des jeunes ni scolarisés ni dans l'emploi¹ a baissé de manière significative au cours de la période 1998-2007, passant de 28,4 à 11,6 pour cent, mais il demeure marqué par de fortes disparités régionales. Il est en effet près de cinq fois supérieur en milieu urbain à celui observé en milieu rural (11,6 contre 2,4 pour cent). En milieu urbain, les femmes ni scolarisées ni dans l'emploi représentent 16,1 pour cent en 2007 contre 42,4 pour cent en 1998. En dépit de cette baisse significative, les femmes demeurent deux fois plus touchées que les hommes (soit 16 pour cent contre près de 7 pour cent des hommes en milieu urbain). Par ailleurs, le taux de jeunes ni dans l'emploi ni dans l'éducation concerne davantage les moins instruits (MJE, 2010).

1.4.6. Un sous-emploi essentiellement rural et en baisse

En 2007, le sous-emploi visible concerne un quart de la population occupée, cette proportion étant deux fois plus forte en milieu rural et variant selon les régions. Le taux de sous-emploi visible a sensiblement baissé entre 1998 et 2007 (de 38 à 24,5 pour cent). Les femmes et les jeunes sont relativement plus touchés par le sous-emploi. Le niveau élevé du taux de sous-emploi visible par rapport au taux de chômage fait apparaître une proportion non négligeable d'actifs, notamment des jeunes, qui occupent des emplois dont la durée du travail est inférieure à la période de référence (correspondant à la période de 9 mois) et qui souhaitent travailler plus (MJE, 2010).

¹ Le taux des jeunes ni scolarisés ni dans l'emploi (relativement au total des jeunes de 15-35 ans) permet de pallier dans une certaine mesure les limites du taux de chômage en tenant compte des jeunes chômeurs découragés, c'est-à-dire des jeunes inoccupés qui ne recherchent pas activement un emploi. Il ne permet toutefois pas de faire de distinction entre ceux qui souhaitent travailler et ceux qui ne souhaitent pas travailler ou ne sont pas disponibles (surtout dans le cas des jeunes femmes).

1.4.7. La qualité de l'emploi, en particulier des jeunes, ne s'est pas significativement améliorée au Burkina Faso

Comme nous l'avons dit plus haut, le taux d'activité relativement élevé de la population va de pair avec une faible qualité des emplois. Ainsi, l'emploi agricole et informel reste prédominant, maintenant une forte proportion de travailleurs sous-employés et/ou non rémunérés, notamment chez les jeunes et les femmes.

Par ailleurs, les travailleurs pauvres (c'est-à-dire les travailleurs vivant dans un ménage dont les dépenses par tête sont inférieures au seuil de pauvreté, dans le total des emplois) représentent un peu moins de la moitié des actifs occupés (45 pour cent) et près de la moitié des travailleurs ruraux, et sont plus nombreux chez les femmes. Le taux de travailleurs pauvres, proche de l'incidence de la pauvreté, est demeuré stable sur la période examinée, notamment chez les femmes; il a toutefois augmenté chez les hommes et en milieu urbain.

Tableau 10. Taux des travailleurs pauvres selon le milieu et le sexe (15-65 ans et plus) (en pourcentage de la population active)

	1998			2003		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Rural	47,3	50,7	49,2	41,8	50,9	49,6
Grands centres urbains	10,2	14,6	11,8	12,3	15,0	13,4
Autres villes	19,6	26,4	22,4	24,9	27,2	25,8
Total	41,9	47,9	45,0	42,7	47,4	45,1

Source: INSD (EP 1998 et EBCVM 2003).

En résumé, les tendances de l'emploi sur la période 1998-2007 présentent un tableau mitigé. Si certaines catégories de travailleurs ont bénéficié des fruits de la croissance, d'autres n'ont pas connu d'amélioration significative. Pour certains, la situation dans l'emploi a même empiré. D'une manière générale, la situation des travailleurs se caractérise par une forte vulnérabilité dans l'emploi, notamment chez les jeunes et les femmes ayant une activité. Cette situation sur le marché du travail est intrinsèquement liée à la vulnérabilité sociale de la population, fortement tributaire des politiques sociales mises en œuvre, notamment de la politique de protection sociale, mais aussi des politiques d'appui à l'insertion professionnelle sur le marché du travail, dont les Fonds d'appui pour l'emploi et la formation constituent un dispositif majeur (voir chapitre 7).

2. Le cadre institutionnel de la protection sociale

L'architecture actuelle de la protection sociale est constituée d'un ensemble de dispositifs et de programmes d'assurance et d'assistance sociale mis en œuvre depuis la période coloniale, sans véritables liens institutionnels, techniques et financiers entre eux, et régis par un ensemble de politiques et stratégies sectorielles pilotées par différents ministères.

2.1. Les principaux ministères concernés – politiques et stratégies sectorielles

L'architecture actuelle de la protection sociale au Burkina Faso repose sur une approche sectorielle qui implique plusieurs ministères ayant chacun leur plan d'action national. Les principaux ministères concernés sont les suivants.

Le ministère de l'Economie et des Finances (MEF)

Ce ministère intervient au niveau de la CNSS et de la CARFO dont il a la tutelle financière. Il est par ailleurs directement en charge de la mise en œuvre de certains filets sociaux tels que les subventions généralisées. Enfin, depuis 2010, le ministère de l'Economie et des Finances préside le Comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale. Le MEF pilote également l'élaboration des cadres stratégiques de réduction de la pauvreté (CSLP).

Le ministère de la Fonction publique, du Travail et de la Sécurité sociale (MFPTSS)

Le MFPTSS assure la tutelle technique de la CARFO et de la CNSS (avant le remaniement ministériel de 2011, cette tutelle était assurée par deux ministères distincts: le ministère du Travail et de la Sécurité sociale pour la CNSS et le ministère en charge de la Fonction publique pour la CARFO), ainsi que celle des mutuelles de santé (auparavant sous la tutelle du ministère du Travail). Le ministère du Travail et de la Sécurité sociale avait engagé en 2002 un processus interministériel visant à développer une politique nationale de protection sociale. Le document de «Politique nationale de protection sociale» ainsi élaboré (janvier 2007) proposait une approche multisectorielle qui considérait la protection sociale comme un investissement et non comme une forme de secours. Ce document n'a pas été validé au niveau national et les différentes stratégies ministérielles qu'il développait n'offraient pas encore une vision complète et cohérente de la protection sociale. Il a toutefois servi de référence pour les actions du ministère du Travail et pour l'élaboration d'un programme spécifique de protections sociale (Programme 3 «Promotion de la protection sociale») dans le document de «Politique nationale du travail», adopté en juillet 2011. L'objectif stratégique 3 «Contribution à la construction d'un socle de protection sociale» de cette politique vise à *«promouvoir une politique sociale globale et cohérente permettant d'étendre la gamme des prestations offertes par le dispositif national de protection sociale, d'améliorer la qualité de ces prestations et d'étendre la couverture à tous les travailleurs»*.

Le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN)

Créé en 2006, le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale est en charge de la politique gouvernementale de protection et de promotion sociale des groupes défavorisés et vulnérables. Ce ministère a élaboré en 2007 un document de Politique nationale d'action sociale (PNAS, avril 2007). L'objectif général de cette politique est d'assurer d'ici 2015 la protection et la promotion des groupes sociaux spécifiques et marginalisés et de créer les conditions favorables à une consolidation de la solidarité au sein des populations. Adoptée

en 2007 (Décret n° 2007-480/PRES/PM/MASSN du 23 juillet 2007), cette politique fixe l'action du gouvernement dans le secteur de l'action sociale.

Le ministère de la Santé

En 2000, le gouvernement s'est doté d'un document de Politique sanitaire nationale de santé précisant les grandes orientations nationales en matière de santé et ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé des populations. Cette politique s'accompagne d'un plan national de développement sanitaire couvrant la période 2001-2010, dont l'un des objectifs est d'améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé grâce à la mise en œuvre de programmes tels que le subventionnement des SONU.

Le ministère de l'Education nationale et de l'Alphabétisation (MENA)

La politique d'«Education pour tous» prévoit la gratuité de l'éducation pour tous les enfants âgés de 6 à 16 ans, grâce à la suppression des frais d'inscription dans les écoles publiques et des distributions gratuites des fournitures scolaires de base dans les écoles publiques et privées. Le plan décennal de développement de l'éducation de base au Burkina Faso (PDDEB) adopté en 1999 comprenait la mise en œuvre de différents mécanismes de transferts pour améliorer l'accès à l'éducation. Ces mesures ont été poursuivies et complétées par l'adoption de la loi d'orientation de l'éducation en 2007, avec l'abolition des frais d'inscription dans les écoles publiques et des distributions gratuites des fournitures scolaires de base dans les écoles publiques et privées dans toutes les provinces à partir de 2007/2008.

Le ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources halieutiques (MAHRH)

Ce ministère est en charge du Programme d'appui à la sécurité alimentaire et nutritionnelle dont l'exécution est assurée par la Société nationale de gestion du stock de sécurité alimentaire (SONAGESS).

Le ministère de la Jeunesse, de la Formation professionnelle et de l'Emploi (MJFPE)

Le ministère en charge de l'emploi a élaboré une Politique nationale de l'emploi accompagnée d'un plan d'action opérationnel, adopté en 2008. Cette politique vise à favoriser la création d'emplois durables et rémunérateurs pour les jeunes femmes et les jeunes hommes qui arrivent sur le marché du travail.

2.2. Les documents nationaux de référence

L'étude nationale prospective «Burkina 2025»

L'extension de la protection sociale est un élément clé de la stratégie de développement définie dans la vision de la société intitulée «Burkina 2025» (CNPPS, 2005), selon laquelle le développement économique du pays ne peut se faire sans une forte solidarité nationale et une redistribution des richesses afin d'assurer l'accès de tous à une éducation et à une santé de qualité et de lutter contre les discriminations sociales.

Les trois générations de Document de stratégie de réduction de la pauvreté (DSRP)

En 2000, le Burkina Faso a été le premier pays de la région à mettre en œuvre une stratégie de réduction de la pauvreté (CSLP 2000-2003) mettant l'accent sur les secteurs sociaux (éducation et santé notamment) et sur l'accélération de la croissance économique.

En 2003, la deuxième génération du CSLP (CSLP 2004-2006, prorogé jusqu'en 2010) a élargi les secteurs de couverture et fait de la protection sociale une priorité du second axe intitulé «Garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base et à la protection sociale».

La troisième génération, intitulée «Stratégie de croissance accélérée et du développement durable» (SCADD 2010-2015), priorise les secteurs porteurs de croissance mais maintient la protection sociale parmi ses axes d'intervention. Comme on le verra plus loin, le contenu de l'axe protection sociale doit être précisé par un comité interministériel.

Le Plan d'action 2009-2010 du gouvernement pour faire face aux effets de la crise financière et économique sur l'économie burkinabé

Adopté fin 2009, ce plan d'action prévoit notamment la mise en œuvre de programmes de filets sociaux et de mécanismes innovants d'allègement des charges des ménages.

2.3. Le processus d'élaboration d'une politique nationale de protection sociale

La multiplication des programmes suite aux chocs exogènes subis depuis le début des années 2000 et la volonté nationale de bâtir à long terme des mécanismes de sortie de la pauvreté et de renforcement du bien être économique des plus pauvres et des plus vulnérables ont progressivement amené les autorités à prendre conscience de la nécessité de se doter d'une politique nationale de protection sociale encadrant et organisant de manière cohérente et unifiée les programmes de protection sociale.

La réflexion actuelle sur la protection sociale au Burkina Faso est le résultat d'un long processus engagé depuis le début des années 2000. A partir de la fin 2001, le pays a entrepris l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale qui s'est traduite par un document de synthèse («Politique nationale de protection sociale au Burkina Faso», février 2003) des travaux de quatre comités multisectoriels (assurance et assistance sociale, risques santé, risques économiques, cadre national de concertation sur la protection sociale). Ce document devait servir de support à un forum national en vue de formuler un projet de loi sur la protection sociale. Toutefois, si ce document traduisait une réelle prise de conscience des enjeux de la protection sociale, il restait insuffisant pour élaborer une politique nationale. Il recensait en effet un ensemble très large de besoins, sans être centré sur des objectifs précis, hiérarchisés et réalistes. Cette réflexion nationale a, en revanche, constitué un cadre de référence pour le développement d'approches sectorielles par différents ministères.

Cette réflexion amorcée en 2001 a été reprise en 2006 sous l'égide du ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS), qui a supervisé un processus interministériel visant à développer une politique nationale de protection sociale. Le document de politique ainsi mis au point² proposait une approche multisectorielle intéressante dans laquelle la protection sociale n'était plus seulement considérée comme une forme de secours, mais

² «Politique nationale de protection sociale», janvier 2007.

aussi comme un investissement. Ce document n'a toutefois pas été validé au niveau national, les différentes stratégies ministérielles qu'il développait n'offrant pas encore une vision complète et cohérente de la protection sociale. Il a néanmoins servi de référence pour les actions du MTSS et pour l'élaboration en 2010 de l'axe stratégique sur la protection sociale dans le cadre de la Politique nationale du travail.

En avril 2009, le Burkina Faso a observé avec intérêt l'adoption de l'Initiative pour un socle de protection sociale par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies; et, en septembre 2009, le Premier ministre a sollicité le soutien de cette initiative pour lancer un processus de construction d'un socle de protection sociale au Burkina Faso. C'est dans ce cadre qu'a été constitué un comité interministériel, qui reçoit l'appui d'un groupe de travail interagences du SNU et des partenaires techniques et financiers (PTF).

Le Comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale a été créé en février 2010 par arrêté n° 2010-051/MEF/SG/DGEP. Ce comité a pour objectif immédiat de mettre en place une feuille de route présentant la vision globale de la protection sociale du Burkina Faso et fixant ses objectifs, ses axes prioritaires et son mécanisme de suivi-évaluation. Cette feuille de route doit permettre de préciser l'axe de protection sociale de la Stratégie de croissance accélérée et du développement durable (SCADD). En outre, le comité interministériel a pour mission de coordonner l'élaboration d'une politique nationale globale et unifiée de protection sociale se fondant notamment sur un ensemble de garanties visant à favoriser l'accès de tous aux services sociaux de base et reposant sur des mécanismes de transferts sociaux.

Ce comité est composé des secrétaires généraux de différents ministères, d'un représentant du Premier ministre et de représentants des partenaires techniques et financiers, de la société civile, de l'association des municipalités et de l'association des régions.

Placé sous la présidence du Secrétaire général du ministère de l'Economie et des Finances, le comité dispose d'un secrétariat exécutif et de deux commissions spécialisées, dont l'une est en charge des filets sociaux et la seconde de l'assurance sociale. Début 2011, chacune de ces commissions a préparé une feuille de route dans son domaine respectif. Ces travaux constituent la base de l'élaboration de la politique nationale de protection sociale, dont le document doit être finalisé et adopté fin 2011/début 2012.

3. Les régimes formels de sécurité sociale au Burkina Faso

La sécurité sociale est définie comme un régime de protection «visant à fournir aux citoyens un certain degré de sécurité lorsqu'ils sont confrontés aux risques vieillesse, survivants, incapacité, invalidité, chômage ou enfants à charge» (ISSA, 2008-2011). Ce régime est pris en charge par une ou plusieurs unités institutionnelles régissant la fourniture des prestations de protection sociale et leur financement.

Initialement mis en place au Burkina Faso par l'administration coloniale pour la protection de ses salariés indigènes, le dispositif public de sécurité sociale a été ensuite renforcé après l'indépendance du pays, mais sans extension notable de sa couverture ni de l'éventail de ses prestations.

Les prestations de sécurité sociale sont essentiellement assurées par:

- la **Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)**, chargée de la gestion du système de sécurité sociale des travailleurs relevant du Code du travail et des conventions collectives. La CNSS offre trois types de prestations: (i) allocations familiales et de maternité, (ii) prestations en matière de risques professionnels et (iii) prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès; et
- la **Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO)**, qui couvre les personnels de la fonction publique et offre des prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès. Ces prestations ont été étendues pour couvrir les accidents du travail: invalidité temporelle, invalidité partielle permanente, soins médicaux et décès.

Elles sont complétées par un dispositif, l'Office de santé des travailleurs, exclusivement chargé de la médecine du travail, qui sera abordé dans le chapitre suivant.

Le tableau ci-après présente l'évolution de quatre indicateurs clés de la sécurité sociale sur la période 2000 à 2007.

Tableau 11. Indicateurs clés de l'assurance sociale au Burkina Faso (2000-2007)

Indicateur	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pourcentage de la population ayant dépassé l'âge légal de la retraite, recevant une pension	n.d.	3,4	2,2	3,4	3,0	2,4	2,5	2,6
Adhérents actifs à une caisse de pension, en pourcentage de la population en âge de travailler	n.d.	3,4	2,2	3,4	3,0	2,4	2,5	2,6
Personnes qui contribuent à un régime d'assurance d'accidents du travail, en pourcentage de la population en âge de travailler	n.d.	2,2	2,2	2,2	1,9	2,4	2,5	2,6
Dépenses publiques sociales, en pourcentage du PIB	4,2	3,8	4,9	4,5	5,3	5,0	4,7	4,9

n.d.: non disponible.

Source: Enquête du BIT sur la sécurité sociale (Genève, 2011).

Le pourcentage des personnes ayant atteint l'âge légal de la retraite qui reçoivent une pension oscille entre 2 et 3,4 pour cent de la population cible. Le pourcentage de la population en âge de travailler qui cotise à une pension de retraite suit plus ou moins la même tendance, de même que le pourcentage de la population en âge de travailler qui cotise à un régime d'assurance accidents du travail. Ces régimes ne s'adressent en effet qu'aux salariés des secteurs public et privé modernes et à leur famille, soit environ 7 pour cent de la population burkinabé. Etant donné que près de 94 pour cent des travailleurs

exercent une activité dans l'économie informelle, l'assurance sociale n'est donc accessible qu'à une minorité de la population. Toutefois, même si ces régimes ne couvrent aujourd'hui qu'une faible proportion de la population, leur rôle peut s'accroître dans les années à venir, notamment celui de la CNSS qui, depuis 2006, offre une couverture à titre volontaire pour les travailleurs indépendants des professions libérales et de l'économie informelle.

3.1. La Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)

Instituée par arrêté n°1029 ITLS/HV du 6 décembre 1955, la CNSS du Burkina Faso a fait l'objet de nombreuses mutations. Dénommée à l'origine «Caisse de compensation des prestations familiales», elle fut d'abord convertie en «Caisse de compensation des prestations familiales et des risques professionnels» après l'adoption de la loi n°03/59/ACL du 30 janvier 1959 portant création de la branche des risques professionnels. Elle devint ensuite la «Caisse de prévoyance sociale» avec l'institution, par la loi n°78/60/AN du 6 octobre 1960, de la branche des pensions. Enfin, la loi n°13/72/AN du 28 décembre 1972 portant création du code de sécurité sociale en Haute Volta a consacré l'appellation «Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS)» regroupant les trois régimes (prestations familiales, risques professionnels et pensions).

La CNSS est aujourd'hui un Etablissement public de prévoyance sociale investi d'une mission de service public. Elle est régie par la loi n°016-2006/AN du 11/08/2006 portant création de la catégorie d'établissements publics de prévoyance sociale (EPPS) et par le décret n°2007-736/PRES/PM/MF/MEF du 14 novembre 2007 créant le statut particulier de la CNSS. Dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, elle est placée sous la tutelle technique du ministère du Travail et de la Sécurité sociale et sous la tutelle financière du ministère des Finances (Soulama et Zett, 2008). La CNSS, gérée par un conseil d'administration tripartite regroupant l'Etat, les organisations professionnelles d'employeurs, les organisations syndicales de travailleurs et, à titre d'observateurs, des retraités, est composée de:

- 5 membres représentant l'Etat;
- 5 membres représentant les employeurs;
- 5 membres représentant les travailleurs; et
- 2 retraités siégeant au Conseil d'administration à titre d'observateurs.

3.1.1. La population couverte

La CNSS couvre 3 groupes de bénéficiaires au titre du régime de sécurité sociale du Burkina Faso:

- tous les travailleurs (hommes et femmes) burkinabé salariés ou les étrangers résidant au Burkina Faso et travaillant soit dans le secteur privé (dont les salariés agricoles) soit dans le secteur public – agents temporaires, contractuels et décisionnaires de l'Etat relevant du Code du travail;
- les apprentis, les élèves et étudiants des écoles ou des centres de formation professionnelle qui sont assimilés aux salariés. Ce groupe d'assurés n'est couvert que pour les risques professionnels; et
- les assurés volontaires, c'est à dire ceux ayant adhéré à un régime de sécurité sociale pendant six mois consécutifs (minimum) et qui ont renoncé à leur statut de salarié

pour devenir travailleurs indépendants mais ont souhaité demeurer volontairement affiliés à la branche des pensions.

Le cadre institutionnel et juridique de la sécurité sociale a été modifié en 2008 afin d'ouvrir l'assurance volontaire aux professions artisanales, industrielles, commerciales, libérales, agro-sylvo-pastorales et aux travailleurs de l'économie informelle. L'assurance volontaire couvre la pension et l'allocation de vieillesse et la pension et allocation de survivant.

Tableau 12. Nombre de personnes couvertes par la CNSS (cotisants actifs)

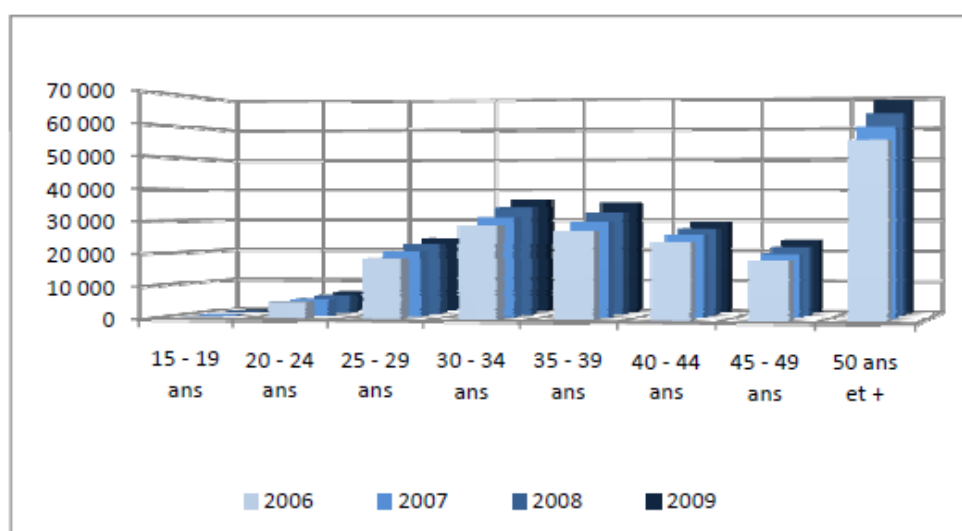
	2006	2007	2008	2009
Hommes	145 614	157 113	169 461	182 875
Femmes	29 703	33 336	37 228	41 333
Total	175 317	190 419	206 689	224 208

Source: Base de données ORACLE/CNSS (Comptes administratifs de la CNSS 2010).

La CNSS, notamment grâce à ses efforts d'adaptation de ses prestations, a connu «une augmentation de près de 700 pour cent du nombre d'employeurs déclarés de 1980 à 2006, et l'enregistrement d'un millier de premiers assurés volontaires en 2006» (Soulama et Zett, 2008, p. 15). Il faut également noter que plusieurs autres interventions telles que celles portant sur le code des investissements, le code de la fiscalité et l'ensemble des programmes d'appui au développement du secteur informel, du secteur de l'artisanat, etc., ont contribué à cette augmentation (Soulama et Zett, 2008).

Toutefois, il importe de souligner que la CNSS est confrontée à un fort taux d'évasion sociale qui s'élevait en 2008 à près de 52 pour cent (MTSS, 2011), seul environ un salarié sur trois étant déclaré aux régimes de sécurité sociale.

Graphique 6. Evolution du nombre de travailleurs immatriculés par groupe d'âge



Source: Base de données ORACLE/CNSS.

3.1.2. Les prestations de la CNSS

Le régime actuel de la CNSS est régi par la loi n°015-2006 du 11 mai 2006 qui crée le régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso. Il est constitué des trois branches techniques qui correspondent aux normes minimales fixées par la convention n° 102 de l'Organisation internationale du Travail:

- les prestations familiales;
- la vieillesse, l'invalidité et le décès; et
- les risques professionnels: accidents du travail et maladies professionnelles.

La branche des prestations familiales

Les prestations familiales comprennent les allocations familiales, prénatales et de maternité. Pour pouvoir en bénéficier, les assurés doivent avoir travaillé trois mois consécutifs auprès d'un ou plusieurs employeurs. Ces droits ne sont pas ouverts aux assurés volontaires.

- **Grossesse et maternité** – Ce régime couvre les femmes employées (il n'est pas ouvert aux femmes travailleurs indépendants), qui ont travaillé pendant au moins trois mois. Cette prestation vise à compenser la perte de salaire pendant le congé de maternité fixé à 14 semaines au Burkina Faso. Pendant son congé, la bénéficiaire reçoit 100 pour cent du salaire qu'elle percevait au moment de l'arrêt de travail. Ce montant est couvert à 50 pour cent par la CNSS et à 50 pour cent par l'employeur.

La prestation maternité couvre également les soins médicaux liés à l'accouchement et au séjour à la maternité, mais ce uniquement dans les établissements de santé agréés par la CNSS. Cette couverture des dépenses de santé est également étendue aux épouses des salariés assurés auprès de la CNSS.

Le salaire minimum pris en compte pour le calcul des prestations est le salaire minimum légal, soit 30 684 francs CFA (le dernier ajustement date de 2007); le salaire maximum pris en compte à cet effet étant quant à lui fixé à 600 000 francs CFA.

- **Allocations prénatales** – Les femmes salariées ainsi que les épouses des travailleurs assurés à la CNSS bénéficient pendant les neuf mois de grossesse d'une allocation prénatale s'élevant à 1 000 francs CFA par mois (montant fixé par l'arrêté 2006-39/MTSS/SG/DGPS), à condition de faire une déclaration de grossesse avant la fin du troisième mois. Pour percevoir l'allocation, la bénéficiaire doit se soumettre à trois examens prénatals: un avant la fin du 3^e mois de grossesse, un deuxième avant la fin du 6^e mois et le dernier avant la fin du 8^e mois.
- **Prestations familiales** – Les allocations familiales sont versées pour chaque enfant âgé de moins de 16 ans. Cette limite d'âge est portée à 18 ans pour les enfants en apprentissage et à 21 ans si l'enfant poursuit des études ou est handicapé. La somme allouée au titre de cette prestation, de 2 000 francs CFA par mois, est versée pour les six premiers enfants (ISSA, 2009). L'obtention de ces prestations est soumise à certaines conditions. Ainsi, l'assuré doit démontrer qu'il occupe un emploi salarié dont la durée du travail équivaut à au moins dix-huit jours ou cent vingt heures par mois (Code de la sécurité sociale 2006).

Les prestations de vieillesse, invalidité et décès

- Les prestations de vieillesse – Deux types de prestations sont offerts par la CNSS:
 - la pension de retraite, égale à 2 pour cent de la moyenne des revenus couverts de l'assuré pour chaque année de la couverture et allant jusqu'à 80 pour cent du salaire mensuel moyen. La pension minimale est équivalente à 60 pour cent du salaire minimum légal (30 684 francs CFA par mois au dernier ajustement de 2007). Les bénéficiaires de la pension normale de retraite perçoivent également des allocations familiales.

- Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée à 50 ans révolus en cas d'incapacité au travail reconnue par un médecin, à condition d'avoir cotisé au moins 15 ans à la CNSS.
- L'allocation de vieillesse – Les assurés sociaux atteignant l'âge de la retraite cessant toute activité salariale mais ne justifiant pas de 15 ans de cotisations (180 mois) perçoivent une allocation vieillesse versée en une seule fois au moment du départ à la retraite.

Tableau 13. Limites d'âge pour l'admission à la retraite des travailleurs salariés (à compter de janvier 2004)

Catégories d'agents	Limite d'âge
Médecins et enseignants supérieurs officiant dans le privé	63 ans
Agents de maîtrise, cadres et assimilés	60 ans
Employés et assimilés	58 ans
Ouvriers et assimilés	56 ans

Source: CNSS.

- **Les prestations d'invalidité permanente** – En cas d'invalidité causée par un accident ou une maladie non professionnel(le), un assuré social peut bénéficier d'une pension d'invalidité égale à 2 pour cent du revenu mensuel moyen des 5 meilleures années, pour chaque année de couverture, allant jusqu'à 80 pour cent du salaire mensuel moyen. La pension minimale est équivalente à 60 pour cent du salaire minimum légal.

Pour bénéficier de cette pension, l'assuré doit être immatriculé à la CNSS depuis au moins 5 ans, justifier d'au moins 6 mois de cotisations au cours des 12 derniers mois civils précédant son incapacité et attester qu'il est atteint d'une incapacité permanente de travail le rendant inapte à gagner plus du tiers de sa rémunération normale.

Un assuré qui a besoin de soins constants peut bénéficier d'une pension égale à 50 pour cent de la pension d'invalidité permanente si ces soins sont nécessaires à la réalisation de ses tâches quotidiennes.

La pension d'invalidité est concédée à titre temporaire. Elle est conditionnée à des contrôles médicaux périodiques et peut être suspendue lorsque la CNSS constate une modification de l'état d'invalidité de l'assuré. La pension d'invalidité et l'allocation pour soins constants cessent à l'âge normal de départ à la retraite. Elles sont alors remplacées par la pension de vieillesse.

- **La pension de survivant** – Sont considérés comme survivants les conjoints (veuve ou veuf), les enfants à charge du défunt et les ascendants en ligne directe qui étaient à charge d'un assuré célibataire sans enfants. En cas de décès de l'assuré, les survivants reçoivent un montant calculé en pourcentage de la pension vieillesse, d'invalidité ou de retraite anticipée à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit au moment de son décès, soit:
 - 50 pour cent pour le conjoint survivant. En cas de pluralité de veuves, ce montant est réparti entre elles à parts égales;
 - 50 pour cent pour l'orphelin. En cas de pluralité d'orphelins, ce montant est réparti entre eux à parts égales; et
 - 25 pour cent pour chaque ascendant en ligne directe d'un célibataire sans enfants.

-
- **L'allocation de survivant** – A l'instar de l'allocation vieillesse, les ayants droit d'un assuré qui ne pouvait prétendre ni à une pension vieillesse ni à une pension d'invalidité au moment de son décès ne peuvent bénéficier que d'une allocation de survivant. Celle-ci est partagée entre les différents ayants droit et versée en une seule fois.

Les prestations sociales contre les risques professionnels

Les risques professionnels comprennent:

- les accidents du travail qui surviennent du fait ou à l'occasion du travail, quelle qu'en soit la cause, y compris lors de trajets entre le lieu de résidence et le lieu de travail et lors de déplacements dont les frais sont supportés par l'employeur; et
- les maladies professionnelles désignées dans la loi 2006-015/AN (tableau des maladies professionnelles), auxquelles s'ajoutent les maladies caractérisées qui s'avèrent être essentiellement et directement causées par le travail habituel de l'assuré et entraînent le décès ou l'invalidité permanente de celui-ci.

Il n'existe pas de conditions d'éligibilité pour ces prestations, qui sont calculées sur les mêmes salaires minimum et plafond que les autres branches, et comprennent:

- **Le carnet d'accident** – Ce carnet, délivré à l'assuré lors de la survenue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, est remis par l'employeur, qui est aussi tenu de couvrir les soins de première urgence et de déclarer l'accident ou la maladie à la caisse.

Ce carnet donne droit à la gratuité des consultations, des interventions chirurgicales, des hospitalisations et des ordonnances pharmaceutiques.

L'assuré bénéficie également de la prise en charge de la fourniture et de la pose d'appareils de prothèse, des frais d'évacuation sanitaire vers un centre spécialisé à l'extérieur du pays si nécessaire, du remboursement des frais de rééducation, de réadaptation fonctionnelle et de reclassement professionnel ainsi que des frais funéraires en cas de décès consécutif à un accident du travail.

- L'indemnité journalière – En cas d'arrêt temporaire de travail, l'assuré reçoit les deux tiers de son salaire journalier moyen (moyenne calculée sur les trois mois précédant celui de l'accident). Cette indemnité est versée directement à l'assuré jusqu'à la guérison ou la certification d'une invalidité permanente.
- **La rente d'incapacité permanente totale** – En cas d'incapacité totale, l'assuré reçoit une rente égale à 85 pour cent de sa rémunération moyenne (calculée sur les trois mois précédant cette incapacité). Cette rente est majorée de 50 pour cent lorsque l'incapacité oblige l'assuré à recourir à l'assistance d'une tierce personne pour ses besoins quotidiens.
- **La rente d'incapacité permanente partielle** – Lorsque l'incapacité est évaluée à 15 pour cent ou plus, l'assuré bénéficie d'une rente d'incapacité permanente partielle proportionnelle au degré d'incapacité. Lorsque ce dernier est inférieur à 15 pour cent, l'assuré reçoit une allocation d'invalidité permanente partielle fixée en fonction du degré d'incapacité évalué.
- **La rente d'ayants droit** – Ces derniers sont définis de la même façon que pour les allocations familiales et les pensions de survivant et selon les mêmes modalités de répartition en cas de pluralité des veuves, orphelins ou ascendants:

-
- la rente de conjoint est fixée à 50 pour cent du salaire de l'assuré;
 - la rente d'enfants à charges à 40 pour cent; et
 - la rente des ascendants à 10 pour cent.

3.1.3. Les revenus et dépenses de la CNSS

Les revenus

Les ressources de la CNSS sont constituées par les cotisations des travailleurs et des employeurs. Ces cotisations sont assises sur l'ensemble des rémunérations dues. Les taux de cotisation par branche se décomposent de la façon suivante:

- prestations familiales: 7 pour cent;
- risques professionnels: 3,5 pour cent;
- pensions: 11 pour cent.

La cotisation totale s'élève à 21,5 pour cent des rémunérations, dont 5,5 pour cent à la charge du salarié et 16 pour cent à la charge de l'employeur. Le plancher du salaire pour le calcul des cotisations et des prestations est égal au salaire minimum légal. Le salaire minimum légal mensuel est de 30 684 francs CFA (le dernier ajustement du salaire minimum légal a eu lieu le 1er janvier 2007). Le plafond du salaire mensuel pour le calcul des cotisations et des prestations est égal à 600 000 francs CFA (le dernier ajustement de ce plafond a eu lieu en 2003). Les cotisations sont payées mensuellement par les employeurs ayant 20 employés ou plus ou par trimestre pour ceux ayant 1 à 19 employés. L'Etat cotise à la CNSS en tant qu'employeur pour ses agents contractuels ou temporaires. L'Etat intervient également financièrement lorsque la Caisse se retrouve dans une situation déficitaire (ISSA, 2009).

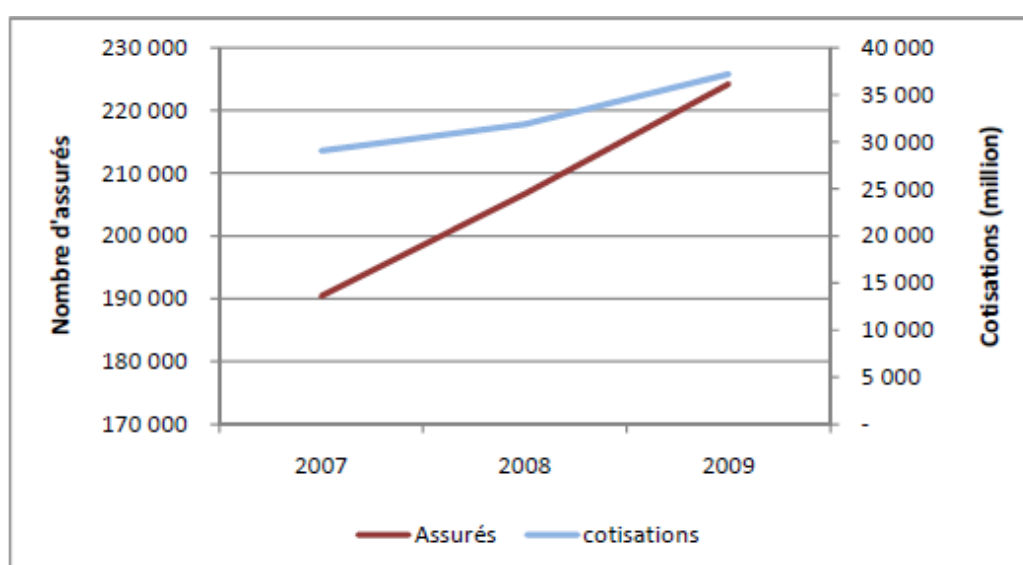
Tableau 14. Ressources de la CNSS (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
1. Pensions	26 609	23 621	24 148
Cotisations	14 601	16 117	18 949
Activités annexes	346	401	405
Produits financiers	2 549	3 042	3 227
Autres	9 113	4 062	1 566
2. Accidents du travail	5 520	6 222	7 225
Cotisations	4 759	5 314	6 026
Activités annexes	10	12	12
Produits financiers	638	755	801
Autres	114	141	387
3. Prestations familiales et maternité	11 362	12 423	14 816
Cotisations	9 678	10 454	12 207
Activités annexes	20	23	23
Produits financiers	1 418	1 644	1 744
Autres	245	301	841
Total	43 491	42 266	46 189
Cotisations	29 038	31 885	37 183
Activités annexes	376	436	440
Produits financiers	4 605	5 441	5 773
Autres	9 472	4 504	2 794

Source: BIT (2010b).

Une comparaison entre l'augmentation du nombre d'assurés et celle des cotisations montre que ces dernières évoluent plus lentement. En effet, outre l'évasion sociale, la CNSS est confrontée à d'importants problèmes de recouvrement des cotisations. En 2008, les arriérés de cotisations s'élevaient ainsi à 18 milliards de francs CFA (CISPNPS, 2011).

Graphique 7. Evolution des cotisations et du nombre d'assurés



Les dépenses

Globalement, les dépenses de la CNSS se caractérisent avant tout par un faible taux de transformation (rapport entre les dépenses de prestations sociales et les cotisations sociales). De 2006 à 2009, ces taux ont évolué négativement en s'éloignant de la norme fixée à 65 pour cent par la CIPRES, traduisant ainsi un réel problème d'efficacité de la gestion des prestations. Cette situation s'explique par l'importance des coûts administratifs de la CNSS, mais aussi en partie par un manque d'efficacité des mécanismes de liquidation des droits des assurés et de paiement des prestations.

Tableau 15. Evolution du taux de transformation

	2006 ¹	2007 ²	2008 ²	2009 ²
Cotisations (millions FCFA)	n.d.	29 038	31 885	37 183
Prestations (millions FCFA)	n.d.	11 685	12 746	13 361
Taux de transformation (%)	42	40,24	39,97	35,93

n.d.: non disponible.
Sources: ¹ Faye (2010); ² BIT (2010b).

Tableau 16. Dépenses de la CNSS (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
1. Pensions	21 418	21 578	19 184
1.1. Pensions vieillesse	5 907	6 815	7 177
Rente vieillesse	5 756	6 695	7 051
Allocation vieillesse	151	120	126
1.2. Pensions invalidité	32	31	33
1.3. Pensions survivants	1 998	2 042	2 151
Conjoint	1 088	1 126	1 211
Orphelin	854	864	885
Allocations	56	52	55
1.4. Administration	13 481	12 690	9 824
2. Accidents du travail	2 656	3 257	3 277
2.1. Incapacité temporaire	90	89	100
2.2. Incapacité permanente	380	396	444
2.3. Prestations en nature ou médicales AT/MP	243	199	224
2.4. Décès	171	196	221
Rente conjoint	96	111	127
Rente orphelin	75	85	93
Allocation funéraire	-	1	1
2.5. Administration	1 771	2 377	2 288
3. Prestations familiales et maternité	6 800	8 155	7 881
3.1. Allocations Familiales	2 319	2 295	2 321
3.2. Prénatales	14	16	16
3.3. Maternité	531	667	674
Indemnités journalières	505	633	640
Frais de maternité	25	34	34
3.4. Administration	3 937	5 177	4 870
Total	30 874	32 990	30 342
Prestations	11 685	12 746	13 361
Administration	19 189	20 244	16 981

Source: BIT (2010b).

Tableau 17. Budget consolidé de la CNSS (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
Ressources	43 491	42 266	46 189
Dépenses	30 874	32 990	30 342
Solde	12 617	9 277	15 847
Mise en réserve	12 617	9 277	15 847
Pensions	5 191	2 044	4 964
Accidents du travail	2 864	2 965	3 948
Prestations familiales et maternité	4 562	4 268	6 935

Source: BIT (2010b).

3.2. La Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO)

La CARFO, auparavant établissement public à caractère industriel et commercial, a été transformée en Etablissement public de prévoyance par le décret n°2008/155 du 3 avril 2008, disposant ainsi de nouveaux statuts particuliers confirmés par le décret n°2008/156 du 3 avril 2008. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et est placée sous la tutelle technique du ministère chargé de la Fonction publique et sous la tutelle financière du ministère de l'Economie et des Finances.

La CARFO est chargée de la gestion:

- du Régime de retraite des fonctionnaires, militaires et magistrats, régi par la loi n°47/94/ADP du 29 novembre 1994 créant le régime de retraite applicable aux fonctionnaires, militaires et magistrats et étendu aux agents contractuels de la fonction publique par la loi n°006/2001/AN du 17 mai 2001;
- du Régime de prévention et de réparation des risques professionnels institué par la loi n°022/2006/AN du 16 novembre 2006 créant le régime de prévention et de réparation des risques professionnels applicables aux agents de la fonction publique, aux militaires et aux magistrats; et
- de tout autre régime qui viendrait à être créé par la loi.

Elle est administrée par un conseil d'administration de 16 membres, composé pour moitié de huit représentants de l'Etat et, pour l'autre moitié, de représentants des organisations professionnelles des travailleurs, dont un représentant du personnel de la CARFO.

Les représentants de l'Etat sont nommés par décret pris en Conseil des ministres sur proposition des ministères en charge de la Fonction publique, de la Défense, de la Justice, de l'Administration territoriale, des Finances, de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Action sociale.

Les travailleurs retraités sont représentés au Conseil d'administration de la CARFO à titre d'observateurs par deux membres n'ayant pas voix délibérative.

3.2.1. La population couverte

Les bénéficiaires de la CARFO sont les agents de la fonction publique, les militaires et les magistrats et leurs familles.

Il est prévu de transférer à la CARFO la couverture des agents contractuels de la fonction publique et des collectivités territoriales ainsi que des travailleurs des sociétés d'Etat, actuellement couverts par la CNSS.

Tableau 18. Nombre de personnes couvertes par la CARFO (cotisants assurés)

	2005	2006	2007	2008
Hommes	52 006	51 821	61 728	67 387
Femmes	18 504	21 087	23 871	27 155
Total	70 510	72 908	85 599	94 542

Source: Comptes administratifs du ministère de la Fonction publique et de la Réforme de l'Etat (2010).

3.2.2. Les prestations de la CARFO

Les prestations actuelles de la CARFO s'articulent autour de:

- la pension de retraite;
- la pension d'invalidité; et
- la pension de survivant (veuves et orphelins).

La loi n°22-2006 étend ces prestations sociales à la prise en charge des risques professionnels et des accidents de travail. Ainsi, depuis 2009, la CARFO a élargi ses prestations pour prendre en compte:

- l'assistance médicale et chirurgicale, pharmaceutique, hospitalière et accessoire;
- la fourniture, l'entretien, le renouvellement et la réparation des appareils de prothèse;
- le paiement des rentes d'incapacité en remplacement des pensions d'invalidité;
- le paiement des rentes de survivant;
- la rééducation professionnelle et la réadaptation fonctionnelle; et
- la prise en charge du transport et des frais de séjour pour les soins.

Les prestations de vieillesse, d'invalidité et de survivants de la CARFO

- **Les prestations de vieillesse** – Pour bénéficier de la pension de retraite, les agents de l'Etat, les militaires et les magistrats doivent totaliser au moins 15 années de service et atteindre la limite d'âge prévue par leurs statuts respectifs. Globalement, la pension de retraite est égale à 2 pour cent du dernier salaire mensuel pour chaque année de couverture, dans la limite de 80 pour cent de ce dernier salaire. Des variantes de calcul sont appliquées pour les militaires et les magistrats en termes de salaire de base pris en compte pour le calcul du plafond de la pension. La grille des limites d'âge de départ à la retraite est la même que pour les salariés relevant du Code du travail, avec toutefois des exceptions notables pour les militaires (bonifications de services pour campagne ou services accomplis en période de guerre, etc.).

Les bénéficiaires atteignant l'âge de départ à la retraite sans justifier d'au moins 15 années de service reçoivent une allocation forfaitaire égale aux cotisations versées pendant les années de service.

- **La pension d'invalidité** – Le fonctionnaire, le militaire ou le magistrat mis dans l'impossibilité définitive et absolue de poursuivre ses fonctions par suite d'une blessure ou d'une maladie non liée au service bénéficie d'une pension d'invalidité ou de retraite anticipée. Cette pension est égale à 2 pour cent du dernier salaire pour chaque année de service dans la limite de 80 pour cent de ce dernier salaire mensuel; le calcul des pensions des magistrats et des militaires présentant là encore quelques variantes.

Lorsqu'un assuré a besoin de soins constants, et lorsque ces soins sont nécessaires à la réalisation de ses tâches quotidiennes, il bénéficie d'une pension égale à 25 pour cent de la pension d'invalidité.

- **La pension de survivant** – La définition des survivants est la même que pour les salariés du secteur privé. En cas de décès de l'assuré, les survivants reçoivent une rente proportionnelle à la rente d'incapacité dont aurait bénéficié ce dernier, soit:
 - 50 pour cent pour le conjoint. En cas de pluralité de veuves, ce montant est réparti à parts égales;
 - 10 pour cent pour chaque orphelin jusqu'à l'âge de 20 ans;
 - en cas d'absence de conjoint et d'orphelin, le père et la mère de la victime décédée ont droit à une allocation de survivant, versée en une seule fois, qui correspond à 50 pour cent de la rente annuelle d'incapacité.

Les survivants d'un assuré qui ne remplissait pas les conditions pour prétendre à une rente d'incapacité reçoivent **une** somme forfaitaire.

Les prestations contre les risques professionnels

Les prestations fournies en cas de survenue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle comprennent:

- **Des prestations en nature** – Elles englobent les soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, l'hospitalisation, la fourniture de produits pharmaceutiques et d'appareils de prothèse et d'orthopédie, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et la reconversion, le transport de l'assuré du lieu de l'accident à l'établissement de soins ou à sa résidence et, le cas échéant, le transport du corps en cas de décès.
- **La rente d'incapacité permanente** – Cette incapacité liée au travail peut être permanente ou temporaire. Lorsque l'incapacité est permanente, l'assuré reçoit une pension égale à 85 pour cent de son salaire moyen des trois derniers mois de service précédant le début de l'incapacité. Lorsque l'invalidité est partielle et atteint au moins 15 pour cent, l'assuré reçoit une rente d'incapacité permanente calculée en fonction du degré d'invalidité évalué. Si le degré d'invalidité est inférieur à 15 pour cent, l'assuré reçoit une allocation d'incapacité forfaitaire. La rente d'incapacité peut être assortie d'autres prestations, telles que la prise en charge des frais de visites médicales.
- **La rente ou l'allocation de survivant** – Cette pension est égale à 50 pour cent de la moyenne du salaire du défunt au cours des trois derniers mois de service. La répartition entre survivants s'effectue de la même façon que dans le cadre de la branche vieillesse et survivants détaillée plus haut.
- **L'incapacité temporaire** – Le salaire est payé par l'employeur à partir du jour suivant l'accident jusqu'à la guérison ou la présentation d'un certificat d'incapacité permanente.

- **Les actions de prévention et la participation à la politique sanitaire et sociale** – La loi 22-2006 donne obligation à la CARFO de réaliser des actions d'éducation et d'information des assurés afin de les prémunir contre les risques professionnels. On note encore toutefois peu d'activités réalisées dans ce domaine, si ce n'est pratiquement aucune.

3.2.3. Les ressources et dépenses de la CARFO

Les revenus

Les prestations de la CARFO sont financées soit par les cotisations de l'employeur (Etat et collectivités locales) et du salarié, soit par l'employeur seul. Les cotisations s'élèvent à 20 pour cent du salaire de base, dont 8 pour cent à la charge de l'employé et 12 pour cent à la charge de l'Etat employeur. Dans le cas des agents en détachement, ce taux de cotisation s'élève à 22 pour cent, dont 14 pour cent à la charge de l'employeur (Soulama et Zett, 2008, p. 18).

Tableau 19. Ressources de la CARFO (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
Pensions	23 931	25 877	28 659
Cotisations	21 885	23 643	25 488
Activités annexes	7	17	–
Produits financiers	2 038	2 208	3 154
Autres	–	9	17

Source: BIT (2010b).

La CARFO reçoit un financement important de l'Etat, qui est l'employeur direct de la plupart de ses assurés. C'est ce qui explique en partie pourquoi la CARFO reçoit presque autant de cotisations que la CNSS pour un nombre d'assurés inférieur. La CARFO rencontre toutefois des difficultés dans le recouvrement de ses cotisations, du fait des lourdeurs administratives et de la réticence de certaines institutions à verser les cotisations des agents en détachement.

Les dépenses

Le taux de transformation de la branche des pensions de la CARFO est nettement supérieur à celui de la CNSS et tend vers la norme minimum fixée par la CIPRES (65 pour cent). Ce taux s'élevait en effet à 64,3 pour cent en 2007, 64 pour cent en 2008 et 65,6 pour cent en 2009. Toutefois, certains coûts de fonctionnement ne sont ici pas pris en compte, la CARFO utilisant les services du Trésor public pour payer ses prestations dans plusieurs régions du pays.

Tableau 20. Dépenses de la CARFO (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
1. Pensions	14 932	16 064	17 938
1.1. Pensions vieillesse	10 380	11 225	12 645
Rente vieillesse	10 380	11 225	12 640
Allocation vieillesse	n.d.	n.d.	4
1.2. Pensions invalidité	56	59	60
1.3. Pensions survivants	3 646	3 854	4 016
Conjoint	2 700	2 922	3 108
Orphelin	878	876	853
Allocations	68	56	55
1.4. Administration	850	925	1 217
2. Accidents du travail			120 878 500
2.1. Incapacité temporaire	n.d.	n.d.	n.d.
2.2. Incapacité permanente	n.d.	n.d.	n.d.
2.3. Prestations en nature ou médicales AT/MP	n.d.	n.d.	121
2.4. Décès	n.d.	n.d.	n.d.
Rente conjoint	n.d.	n.d.	n.d.
Rente orphelin	n.d.	n.d.	n.d.
Allocation funéraire	n.d.	n.d.	n.d.
2.5. Administration	n.d.	n.d.	–
Total	14 932	16 064	18 059

n.d.: non disponible. –: valeur nulle.
Source: BIT (2010b)

Tableau 21. Budget consolidé de la CARFO (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
Ressources	23 931	25 877	28 659
Dépenses	14 932	16 064	18 059
Solde/Accumulation de réserves	8 999	9 814	10 600

Source: BIT (2010b).

3.3. Une analyse de la performance des régimes formels de sécurité sociale

3.3.1. La pénétration des groupes cibles

Les régimes légaux de sécurité sociale, la CNSS et la CARFO, sont directement inspirés des systèmes occidentaux, notamment de la sécurité sociale française. Ils sont par conséquent conçus pour les secteurs modernes de l'économie et, partant, en déphasage avec un contexte où l'essentiel de l'économie est tirée par les exploitants agricoles (70 pour cent de la population active) et les travailleurs du secteur informel (90 pour cent de la population non agricole).

De ce fait, les régimes légaux de sécurité sociale ne couvrent qu'à peine 7 pour cent de la population, mais ce chiffre doit être pondéré par le taux important d'évasion sociale estimé à près de 52 pour cent en ce qui concerne le secteur privé. Outre la tentation pour les employeurs de ne pas déclarer certains travailleurs, des faiblesses existent dans les procédures d'immatriculation et d'identification des employés en termes de fiabilité des informations produites et de recherche des employeurs, dont bon nombre échappent à la CNSS.

Comme nous l'avons souligné plus haut, la CNSS déploie néanmoins des efforts d'adaptation importants, qui ont permis une très forte progression de la pénétration du marché du travail entre 1980 et 2006.

Grâce à l'ouverture des régimes de pensions aux indépendants et aux travailleurs de l'économie informelle, la CNSS présente un fort potentiel de couverture. Des mécanismes d'adaptation pour l'affiliation et le recouvrement de leurs cotisations restent toutefois à mettre en œuvre, la CNSS étant outillée pour travailler dans le cadre de relations employeurs/travailleurs. Cette adaptation pourrait passer par l'utilisation de certains mécanismes de micro-assurance développés notamment par les mutuelles de santé et par le partenariat avec les organisations professionnelles de l'économie informelle et les organisations de l'économie sociale. Des exemples en ce sens se développent dans la sous-région (Mutuelle des transporteurs au Sénégal et Mutuelle de Sécurité sociale au Bénin), montrant ainsi qu'il est possible d'atteindre des taux de recouvrement et de fidélisation importants dans le cadre de régimes volontaires d'assurance sociale. De tels mécanismes devront cependant être accompagnés d'une administration simplifiée de ces régimes, de principes de fixation des assiettes de cotisations et d'un schéma de transferts sociaux permettant l'accessibilité financière à ces régimes.

3.3.2. Les prestations offertes

Les régimes légaux ne couvrent actuellement que les trois branches techniques qui correspondent aux normes minimales fixées par la convention n° 102 de l'Organisation internationale du Travail – prestations familiales (couvertes par le budget national pour les agents de l'Etat, les magistrats et les militaires), pensions et risques professionnels. Les risques liés à la maladie, au chômage et, pour les travailleurs indépendants et de l'économie informelle, à la perte de l'outil de travail, ne sont pas couverts, bien que considérés comme prioritaires par les partenaires sociaux. Comme on le verra plus loin, l'Etat réfléchit actuellement à la mise en place d'un schéma national d'assurance-maladie pour tous.

3.3.3. La mobilisation de ressources et la gestion financière

La CNSS et la CARFO sont toutes deux confrontées à des problèmes de discipline de cotisation, tant de la part des employeurs privés que des administrations publiques, la CNSS présentant, nous l'avons vu, des arriérés importants. C'est en effet l'employeur (privés et Etat) qui est chargé de débiter les cotisations (part travailleur et part employeur).

Ces problèmes résultent de diverses faiblesses rencontrées tout au long de la chaîne des opérations du processus de recouvrement, en termes de:

- lourdeurs administratives;
- respect des dispositions relatives aux procédures de déclaration;
- fiabilité des comptes de cotisants des employeurs;
- rigueur des procédures contentieuses;
- efficacité du contrôle; et
- performances du système d'information.

Le recouvrement des contributions joue pourtant un rôle important pour le financement des régimes de sécurité sociale, notamment pour les pensions qui, pour la CNSS comme pour

la CARFO, constituent la majeure partie des dépenses et sont conçues sous la forme d'un système par répartition (les cotisations des actifs servent à payer les prestations).

Le coût de fonctionnement élevé de la CNSS constitue une autre faiblesse importante, avec un taux très faible de transformation. En d'autres termes, les assurés cotisent d'abord pour couvrir les dépenses de fonctionnement de la CNSS, notamment les frais de personnel. Les données de la CARFO font apparaître une situation plus conforme à la norme fixée par la CIPRES mais qui ne tient pas compte de certains coûts cachés tels que l'utilisation de services publics – par exemple ceux du Trésor public – dans le cadre de son fonctionnement. La maîtrise de ces coûts de fonctionnement représente un défi important pour ces régimes légaux, notamment dans une perspective d'élargissement de la couverture vers les travailleurs de l'économie informelle, qui nécessiterait la mise en œuvre de nouveaux mécanismes spécifiques.

3.3.4. La gouvernance

La CNSS et la CARFO sont gérées par des conseils d'administration où sont représentés les employeurs, les travailleurs et l'Etat. Ce dernier est employeur mais aussi autorité de tutelle des régimes légaux. Cette implication de l'Etat dans la gestion courante des régimes légaux, en particulier en matière d'utilisation et d'investissement des réserves, l'amène à être à la fois juge et partie. L'Etat, de par ses fonctions tutélaires, opère en effet un contrôle a priori et a posteriori sur les délibérations du conseil d'administration et la régularité des opérations. Il dispose également d'un pouvoir de nomination des dirigeants et d'approbation de certains cadres.

Les syndicats prennent part aux décisions importantes touchant la sécurité sociale au sein de ces conseils d'administration, ainsi que dans le cadre de l'observatoire des accidents du travail et des maladies professionnelles, l'inspection médicale du travail et les comités de santé et sécurité au travail. Cette participation des syndicats est essentielle pour pouvoir atteindre un niveau de couverture sociale conforme au principe plus global du travail décent. Elle nécessite un bon niveau de formation en protection sociale afin de garantir la qualité de leur représentation.

4. Les mécanismes de couverture du risque maladie

Au Burkina Faso, il n'existe pas aujourd'hui de dispositif d'assurance sociale en charge du risque maladie. Pourtant, les dépenses de soins de santé constituent un risque important ressenti tant par les ménages du secteur formel que par ceux de l'économie informelle, ce qui a conduit le ministère du Travail et de la Sécurité sociale à entreprendre une étude de faisabilité d'un schéma d'assurance-maladie universelle, dont il sera question plus loin.

En attendant un tel système, plusieurs mécanismes publics et privés s'adressent à différents groupes cibles de la population à des fins de prévention, d'amélioration de l'accès aux services de santé et de couverture du risque maladie.

Ce chapitre passe en revue les différents mécanismes existants et présente succinctement le projet d'assurance-maladie en cours de définition au niveau national. Il s'intéresse également au subventionnement actuel des coûts des services de santé publics par l'Etat et les partenaires extérieurs à travers le budget de la santé, qui constitue un premier niveau de couverture sous la forme d'un mécanisme de financement universel.

4.1. L'Office de santé des travailleurs (OST)

L'OST est un établissement public de l'Etat à caractère administratif créé le 31 juillet 1987. Chargé de la médecine du travail, il intervient sous la tutelle technique du ministère de la Santé et la tutelle financière du ministère des Finances.

L'OST a pour mission de promouvoir et de maintenir le plus haut degré de bien être physique, mental et sociétal de tous les travailleurs en ciblant essentiellement le secteur formel privé et public.

L'OST offre aux employés des entreprises privées et parapubliques deux types de prestations: les soins curatifs et la visite médicale annuelle. Concernant les soins curatifs, la prise en charge des dépenses de soins des employés est couverte à 80 pour cent dans les structures sanitaires de l'OST, avec ou sans plafonnement selon les entreprises.

Pour la réalisation des examens obligatoires, l'OST a mis en place des infirmeries d'entreprise et interentreprises, dans lesquelles exerce une soixantaine d'infirmiers diplômés d'Etat pris en charge par l'Etat. Les examens de la médecine du travail concernent en premier lieu les salariés régis par le Code du travail, mais l'OST a signé une convention avec l'Etat pour couvrir également les fonctionnaires. Une subvention publique est associée à cette convention. Dans la pratique, les infirmeries sous la responsabilité de l'OST délivrent aussi des soins curatifs aux familles des assurés et des fonctionnaires (Soulama et Zett, 2008).

L'OST dispose à Ouagadougou d'une clinique qui offre aux salariés, à des tarifs qui devraient être peu onéreux, tous les services ambulatoires: consultations généralistes et spécialisées (ORL, cardiologie, ophtalmologie, dermatologie), cabinet dentaire, service de radiologie et laboratoire d'examens.

La faiblesse actuelle du plateau technique et l'insuffisance de personnel ne permettent toutefois pas aujourd'hui l'exercice de la médecine du travail. L'OST tend à s'écarter de sa mission première, à l'image de sa clinique de Ouagadougou dont les services sont ouverts à tous les publics avec des tarifs comparables à ceux des hôpitaux publics autonomes.

4.2. La prise en charge des dépenses de soins de santé des agents de la fonction publique

La loi n°013/98/AN d'avril 1998 portant création du régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la fonction publique fixe comme un droit légal la prise en charge des soins de santé des agents de la fonction publique, sans toutefois en préciser les modalités.

Dans ce cadre, l'Etat rembourse (imputation budgétaire) en principe 80 pour cent des dépenses d'hospitalisation des fonctionnaires, hors ordonnances pharmaceutiques.

4.3. Les caisses de solidarité et régimes médicaux d'entreprise

Pour pallier les insuffisances de la couverture des dépenses de soins de santé par l'OST et par le budget de l'Etat, des mécanismes de caisses de solidarité, souvent appelées mutuelles et comportant un volet santé, se sont développés au sein des entreprises ainsi que dans les services publics et parapublics.

Les caisses de solidarité sont une formalisation des pratiques d'entraide traditionnelles qui organisent une collecte régulière de cotisations variant entre 250 et 1 500 francs CFA par mois, auxquelles s'ajoutent parfois des ressources supplémentaires apportées par l'entreprise. Elles se distinguent des mécanismes d'assurance et de micro-assurance par le fait que l'aide n'est pas garantie en cas de sinistre car elle dépend des montants disponibles dans la caisse d'entraide au moment où un membre fait appel à elle.

Les prestations offertes par ces caisses couvrent toute une diversité d'événements sociaux: naissances, baptêmes, maladies, décès, mariages, licenciement/retraite, incendie, inondations, etc. Concernant le risque maladie, les caisses de solidarité utilisent généralement deux mécanismes de prise en charge:

- l'apport d'un montant forfaitaire, qui ne correspond pas nécessairement aux besoins des membres; et
- l'accord de prêt.

Dans une optique de politique sociale interne, les employeurs de certaines entreprises ont mis en place des régimes médicaux gérés en interne par l'entreprise ou en partenariat avec une société d'assurance commerciale.

Les sociétés d'assurance qui interviennent dans la branche santé ne proposent que des contrats de groupe et s'adressent par conséquent uniquement aux entreprises, organismes non gouvernementaux et associations.

4.4. Les systèmes de micro-assurance santé

4.4.1. Les mutuelles de santé

Le mouvement mutualiste date de la fin de la colonisation, qui a vu naître les premières mutuelles d'entreprise et à l'intérieur des administrations. Le secteur de la micro-assurance santé au sein de l'économie informelle, plus récent, a surtout émergé à partir des années 1990, sous l'impulsion des ONG nationales et des partenaires extérieurs. Bien qu'il ait connu depuis un développement important en termes de nombre de schémas mis en place, il se caractérise aujourd'hui encore par une faible couverture de la population.

Plusieurs expériences de micro-assurance santé ont été mises en place pour parer aux dépenses catastrophiques qui guettent les plus pauvres et les plus vulnérables. Il s'agit notamment des mutuelles de santé, des mutuelles couplant crédit et santé, des caisses de solidarité, des systèmes de prépaiement et des systèmes de partage des coûts. Génériquement désignés sous le terme de mutuelles de santé, ces dispositifs reposent généralement sur les principes de l'économie sociale tels que la solidarité, le caractère non lucratif, la libre adhésion et la gestion démocratique et autonome (Fonteneau, 1999).

Les mutuelles de santé sont souvent associées à l'économie informelle. Pourtant, l'essentiel des effectifs mutualistes se trouve dans le secteur formel, où interviennent des mutuelles de santé d'entreprises ou d'administrations, comme le montre le tableau ci-dessous qui synthétise le dernier recensement de ces mutuelles.

Tableau 22. Inventaire des mutuelles de santé en 2005

	Nombre de mutuelles	Nombre de bénéficiaires
Mutuelles du secteur formel	25	41 800
Mutuelles de l'économie informelle urbaine et rurale	119	18 900

Source: Rapport de l'étude sur les schémas de financement communautaires de la santé au Burkina Faso, ministère de la Santé, août 2005.

Une autre classification des mutuelles de santé au Burkina Faso les distingue en fonction de leur localisation urbaine ou rurale. Comme le montre le tableau suivant, cette localisation génère effectivement des différences en termes d'affiliations, de cotisations et de prestations.

Tableau 23. Profil des mutuelles de santé

	Mutuelles urbaines	Mutuelles rurales
Cotisations (FCFA)/ bénéficiaire/mois	250 -2000	100 -200
Prestations	Soins de santé de base (curatifs, préventifs) Consultations médecins Soins hospitaliers Soins spécialisés Médicaments (MEG et spécialités) Examens laboratoire, radio... Evacuations vers des centres de référence	Consultations curatives Soins préventifs et promotionnels Accouchements Médicaments génériques Petites hospitalisations Petites chirurgies Transport/Evacuation Rare cas: forfait interventions chirurgicales d'urgence, examens clefs
Niveau des soins	Tous les niveaux	Premier échelon (CSPS, CMA)
Niveau de prise en charge	10-50% Médicaments 75-100% Consultations généralistes 50% Consultations spécialisées 50% Examens médicaux 75% Hospitalisations ou définition d'un forfait /an/assuré ou bénéficiaire	Couverture des petits risques (services des postes et centres de santé) à 80% ou par forfait Evacuation 100%
Population cible	Mutuelles du secteur formel: homogène (entreprise, administration, étudiants, etc.). Mutuelles de l'économie informelle: hétérogène (différentes catégories socioprofessionnelles)	Adhésion sur la base géographique (village, etc.) ou de l'appartenance à une organisation préexistante (groupements de cotonniers, etc.)

Source: Soulama et Zett: Diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso (2008, p. 42).

4.4.2. La combinaison micro-assurance et microfinance

Cette combinaison a surtout été expérimentée dans le cadre des initiatives introduites par l'OMS et les Fonds d'appui aux activités rémunératrices des femmes (FAARF), qui

avaient pour but d'améliorer la santé des femmes et de leurs familles en leur octroyant un financement de type épargne pour leurs soins de santé. Ce système de crédit-épargne, présent à Ouagadougou, se différencie des mutuelles de santé traditionnelles car les membres reçoivent le crédit à condition de verser régulièrement des cotisations à une mutuelle de santé. Les membres, principalement des femmes, bénéficient également de séances d'information-éducation-communication dans les domaines de l'hygiène, la nutrition, la diarrhée, etc. (Soulama et Zett, 2008).

4.4.3. Les systèmes de prépaiement forfaitaire

Ce dispositif a notamment été expérimenté dans la zone de Houndé à Bouhaoun. Il s'agit d'un système volontaire proposé par les structures sanitaires, en particulier celles situées au premier échelon (CSPS) du premier niveau de soin (district sanitaire) de la pyramide sanitaire. Le prépaiement vise, d'une part, à améliorer l'accès aux soins, notamment pour les populations à fort potentiel de risque d'indigence saisonnière et, d'autre part, à contribuer à l'amélioration du financement des structures de santé.

Ce mécanisme consiste à payer une somme forfaitaire une fois par an à une structure sanitaire. Le fonds constitué, cogéré par le prestataire de soins et le comité de cogestion de la structure sanitaire, permet aux participants de bénéficier d'une réduction des tarifs des actes, des évacuations et des ordonnances pharmaceutiques.

4.4.4. Les systèmes de partage des coûts

Ces mécanismes visent à répartir les coûts de certains services de santé entre plusieurs acteurs: usagers, prestataires de soins, collectivités locales, Etat et partenaires extérieurs. Le partage des coûts intervient essentiellement pour la prise en charge des gros risques tels que les soins chirurgicaux et les soins obstétricaux d'urgence.

Une expérience de partage des coûts a été initiée dans la région de l'Est et dans plusieurs districts de santé, avec un financement de l'UNICEF et du Programme d'appui au développement sanitaire (PADS) du ministère de la Santé. Une autre expérience à l'intérieur du district sanitaire de Bogodogo (DS secteur 30 de Ouagadougou) a été lancée par le Programme d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence (Aquasou, 2003-2005) dans l'objectif de réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales.

4.5. Les principaux intervenants dans la couverture du risque maladie

Plusieurs acteurs nationaux et internationaux participent à la promotion des systèmes de micro-assurance et de prépaiement au Burkina Faso. En 2008, on recensait notamment (Soulama et Zett, 2008):

Le Programme STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté) du BIT intervenait depuis 2000 au Burkina Faso en appui à la promotion des systèmes de micro-assurance santé: élaboration d'outils techniques et méthodologiques, formations, promotion d'un environnement institutionnel favorable, etc. Ce programme s'est clôturé fin décembre 2010. Le BIT apporte également, conjointement avec l'OMS et l'ONUSIDA, un appui à la conception d'un schéma national d'assurance-maladie (voir plus loin).

- L'UNICEF appuie la mise en œuvre de mécanismes de partage des coûts dans la région Est du Burkina Faso, notamment dans les districts sanitaires de Bogandé et de Diapaga. L'UNICEF a également appuyé l'initiative du Fonds d'appui aux activités rémunératrices des femmes (FAARF) dans le domaine de la micro-assurance combinée avec un système de microfinance.

- La Coopération belge a appuyé, par le projet POKK/Economie sociale, la mise en œuvre de mutuelles de santé dans l'Oubritenga, le Kadiogo et le Kourweogo.
- La Mutualité sociale agricole, avec les appuis financiers de l'Union européenne et de la Coopération française, accompagne la mise en œuvre d'une mutuelle de santé de cotonniers avec l'Union nationale des producteurs de coton burkinabé et le Réseau d'appui aux mutuelles de santé du Burkina Faso (RAMS/BF).
- Le Réseau d'appui aux mutuelles de santé du Burkina Faso (RAMS/BF), avec notamment le soutien de la Mutualité chrétienne de Belgique, appuie la promotion et la création de mutuelles de santé sur l'ensemble du territoire.
- Différentes organisations non gouvernementales nationales interviennent dans le domaine de la micro-assurance santé, notamment l'Association pour le développement de la région de Kaya (ADRK), le Centre de recherche en santé de Nouna, la Mutualité Femmes et Développement (MUFEDE), le projet de Développement intégré de la région du Sanmatenga (DIRS) de l'Association Songui Manegre Développement (ASMADE), la Confédération générale des travailleurs du Burkina (CNTB), etc.

Ces structures nationales se sont regroupées en 2008 au sein du «Cadre national de concertation des structures d'appui aux mutuelles de santé» (CCSAM) afin, entre autres, de coordonner leurs actions, réaliser un plaidoyer commun et appuyer le renforcement des capacités des acteurs nationaux.

4.6. La mise en œuvre d'un schéma national d'assurance-maladie

La protection sociale de la santé constitue pour l'Etat burkinabé une préoccupation qu'il résumait ainsi en 2004 dans son document de Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté au Burkina Faso: *«L'Etat devra penser un système d'assurance englobant l'ensemble des pauvres. En effet, il est nécessaire de concevoir des systèmes évitant aux pauvres de payer les prestations (de santé) de leur poche, en augmentant le volume des règlements anticipés par un système d'imposition général, des contributions obligatoires à une assurance-maladie ou par des initiatives volontaires et en subventionnant les plus pauvres».*

Dans ce cadre, un projet de mise en œuvre d'un système national d'assurance-maladie au Burkina Faso a été adopté en Conseil des ministres le 4 août 2008. Un comité de pilotage national comprenant des représentants des ministères techniques concernés, des organismes de prévoyance sociale, des établissements de santé, des mutuelles de santé et de la société civile a par la suite été institué. Il est chargé d'explorer les voies et moyens de mettre en place un système cohérent d'assurance-maladie devant permettre un large accès des populations aux soins de santé à l'horizon 2015. Un Secrétariat permanent a également été installé pour superviser la mise en œuvre de ce chantier.

Ce projet vise à intégrer toute la population dans un même système d'assurance-maladie, tout en développant des pratiques d'assurance classique et de micro-assurance adaptées à chaque catégorie socioprofessionnelle. Il vise également à combiner les différents mécanismes de financement que sont:

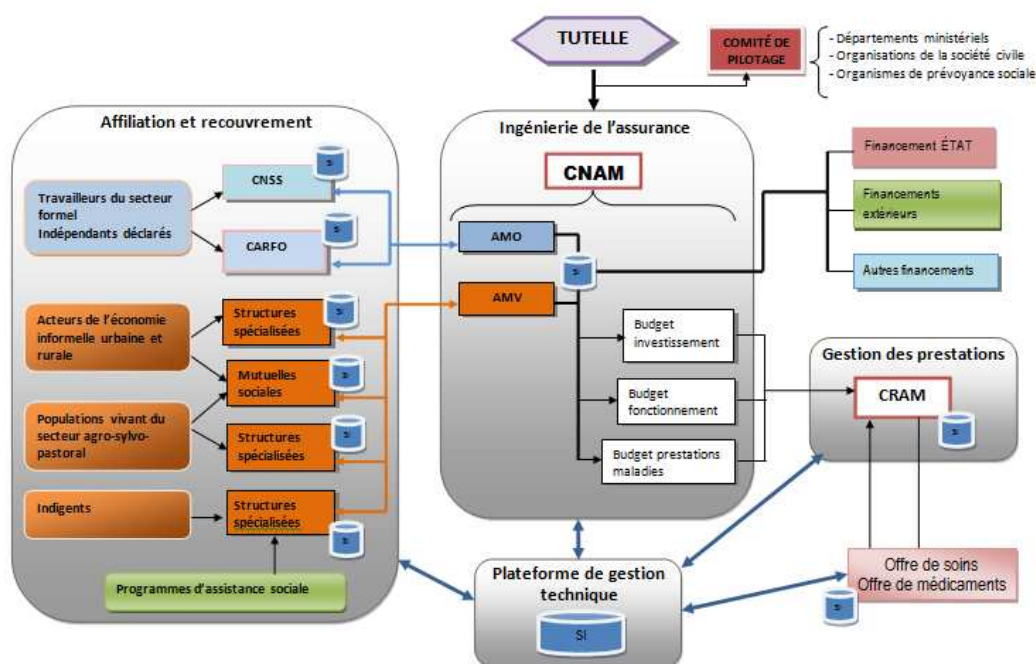
- le prélèvement sur les revenus des travailleurs du secteur formel public et privé à travers un régime obligatoire;
- les cotisations des populations de l'économie informelle à travers un régime volontaire (ou automatique) dans un premier temps, mais qui devrait évoluer progressivement vers un régime obligatoire;

- la fiscalité générale, l'Etat organisant une redistribution verticale (transferts sociaux) en faveur des populations les plus pauvres;
- les dépenses non remboursées, le périmètre de l'assurance santé étant limité aux soins de santé essentiels et un copaiement restant à la charge des usagers des services de santé; et
- les financements internationaux, pour des programmes verticaux de santé et de transferts sociaux, afin d'intégrer les populations les plus vulnérables dans l'assurance santé. La viabilité financière de l'assurance santé ne doit cependant pas dépendre de cette solidarité internationale, qui interviendra en appui au système et sera orientée vers certains groupes cibles ou certains services et/ou pathologies.

Ce schéma d'assurance-maladie aura pour objectif de proposer à toute la population un paquet de base centré sur les services de santé publics et les médicaments essentiels et génériques. Cette garantie de base pourra être complétée par des régimes complémentaires, organisés par des mutuelles de santé ou des assureurs privés.

L'architecture envisagée, illustrée ci-dessous, repose sur la création d'une structure nationale qui concentrera l'ingénierie d'assurance et la gestion financière. Considérant qu'une telle structure nationale n'est pas en mesure de déployer seule les mécanismes adaptés à la diversité des catégories de populations à couvrir, l'originalité du dispositif repose sur la délégation de ses fonctions de gestion technique de l'affiliation et du recouvrement à des acteurs spécialisés existants qui interviennent d'ores et déjà dans le domaine de l'assurance sociale. Pour les travailleurs du secteur formel, actifs et retraités, ces fonctions sont déléguées à la CNSS et la CARFO.

Figure 1. Architecture de l'assurance-maladie



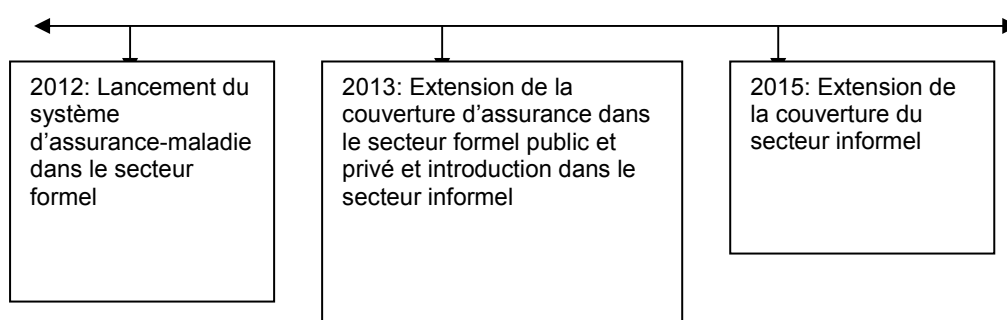
Source: Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, 2009.

La diversité de l'économie informelle nécessite de déléguer ces fonctions à une pluralité d'acteurs nationaux qui interviennent auprès des populations, tant en milieu urbain que rural. Il s'agit en premier lieu des mutuelles et autres micro-assurances santé, dont l'impact actuel en termes de couverture des populations reste limité. On a donc répertorié d'autres

acteurs, tels que les institutions de microfinance, les organisations non gouvernementales, les coopératives, etc. Moyennant le respect d'un cahier des charges et un agrément du système d'assurance-maladie, ces organisations, qui travaillent quotidiennement avec les populations cibles, peuvent réaliser les tâches techniques d'immatriculation et de collecte des cotisations.

Le schéma ci-dessous résume les grandes étapes de mise en place et de déploiement de l'assurance-maladie pour toute la population du Burkina Faso, dont les études de faisabilité sont en cours depuis 2009.

Figure 2. Etapes de mise en œuvre de l'assurance-maladie



Source: Rapport du ministère du Travail et de la Sécurité sociale (2011).

4.7. Le budget de la santé

Au Burkina Faso, le budget national de la santé repose sur un financement mixte combinant des ressources publiques, privées et internationales.

Tableau 24. Dépense nationale de santé

	2007		2008	
	Milliards FCFA	%	Milliards FCFA	%
Fonds privés	86,83	39,5	100,64	39,6
Fonds publics	68,67	31,2	79,56	31,3
Fonds extérieurs	64,5	29,3	74,04	29,1
Total	220		254,24	

Source: Ministère de la Santé, 2010.

Dans le budget national, la part des dépenses publiques de santé s'élevait à 8,3 pour cent en 2007 et 8,4 pour cent en 2008. Quoique relativement importante, cette part reste en deçà de la norme de l'OMS, qui encourage les pays à consacrer au moins 10 pour cent de leur budget national au secteur de la santé. Selon les comptes nationaux de la santé, cette part a évolué positivement, passant de 7,4 à 8,4 pour cent entre 2004 et 2008, soit une progression de 7,4 pour cent, pendant que celle du budget national n'a augmenté que de 6,4 pour cent au cours de la même période (ministère de la Santé, 2010).

Les fonds privés proviennent pour quelque 98 pour cent des dépenses de santé des ménages et, pour le reste, des assurances privées. Les ménages, dont les achats directs de services représentent près de 39 pour cent des ressources du budget de la santé, sont par conséquent les principaux bailleurs de ce budget. Toutefois, ces ménages ne supportent pas l'intégralité du coût de la santé puisque les fonds publics et extérieurs interviennent pour 61 pour cent de la dépense nationale de santé. La méthode actuelle de financement de la

santé au Burkina Faso vise donc à améliorer l'accès aux services de santé, même si le risque financier résiduel demeure encore trop important pour une grande majorité des ménages.

C'est sous cet angle que le budget national de la santé pour les années 2007 et 2008 est repris ci-dessous, en excluant:

- d'une part, les dépenses financées par les sociétés d'assurance privées et les contributions des ménages; et,
- d'autre part, les dépenses qui ne relèvent pas du champ de la protection sociale, à savoir:
 - éducation et formation du personnel de santé;
 - formation à l'étranger;
 - formation du capital des établissements prestataires de soins de santé;
 - formation nationale; et
 - recherche et développement dans le domaine de la santé.

Le budget de la santé examiné sur cette base – et désigné ci-après «budget de la santé (PS)» – est passé de 112,2 milliards de francs CFA en 2007 à 126,4 milliards de francs CFA en 2008.

Les ressources

La principale caractéristique des sources de financement du budget de la santé (PS) est la dépendance de ce dernier vis-à-vis des aides extérieures, qui représentaient 54 pour cent des ressources totales en 2007 et 56 pour cent en 2008. Il s'agit là d'une dépendance risquée pour le secteur de la santé, ainsi soumis aux aléas des financements extérieurs. L'Etat n'étant dès lors pas en mesure de déterminer à l'avance la somme d'aide internationale qui lui sera octroyée, il lui est difficile de planifier des développements, des investissements et des réformes.

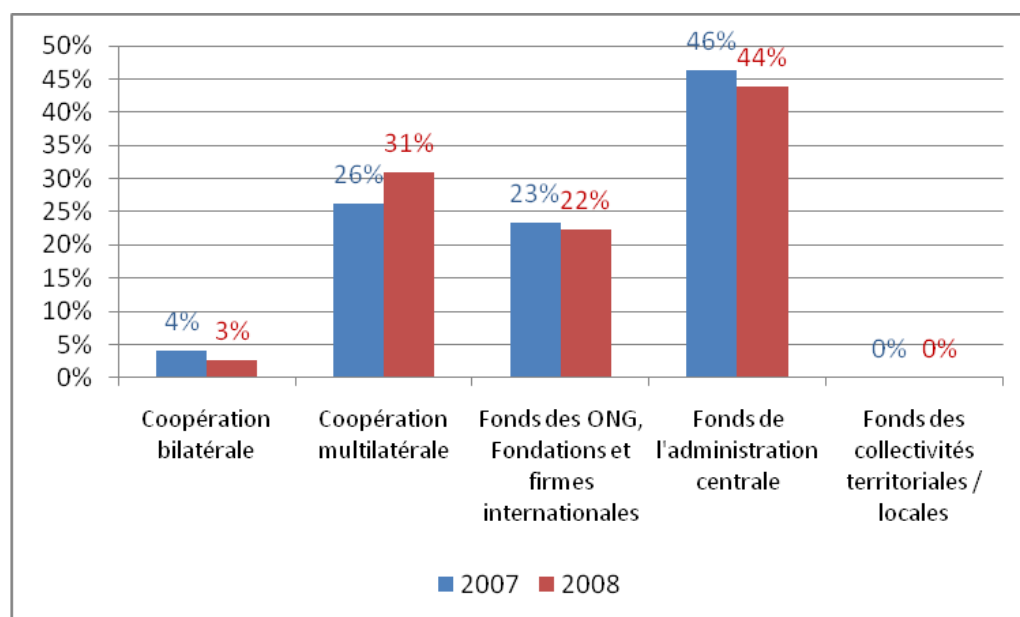
La fluctuation des ressources issues de la coopération bilatérale entre 2007 et 2008 illustre ce risque. Comme l'indique le graphique ci-dessous, le taux de financement de la coopération bilatérale est en effet passé de 4 pour cent en 2007 à 2,7 en 2008. Cette baisse a toutefois été compensée par une hausse des apports de la coopération multilatérale et des fonds provenant des ONG, des fondations et des firmes, passés de 55,6 milliards de francs CFA en 2007 à 67,4 milliards de francs CFA en 2008.

Tableau 25. Sources de financement de la santé au Burkina Faso – Budget de la santé (PS)
(en millions FCFA)

	2007	2008
Aide internationale	60 231	70 834
Coopération bilatérale	4 581	3 418
Coopération multilatérale	29 448	39 099
Fonds des ONG, fondations et firmes internationales	26 203	28 317
Dépenses publiques	52 055	55 629
Fonds de l'administration centrale	51 997	55 550
Fonds des collectivités territoriales/locales	58	79
Total	112 286	126 463

Source: BIT (2010b).0b).

Graphique 8. Répartition des sources de financement du budget de la santé (PS) en 2007 et 2008



Source: BIT (2010b).

Les dépenses

Les dépenses de la santé sont réparties entre plusieurs services. Les services de prévention et de santé publique, des soins curatifs et des frais administratifs reliés aux soins de santé représentent les principaux postes de dépenses. Le tableau ci-dessous montre la répartition de ces dépenses.

Tableau 26. Répartition des dépenses de santé (en millions FCFA)

	2007	2008
Administration de la santé	18 743	16 218
Administration générale de santé publique, sauf sécurité sociale	18 743	16 218
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	431	1 998
Moustiquaires imprégnées	330	1 969
Produits pharmaceutiques et autres biens médicaux non durable	100	28
Fonctions sanitaires connexes	573	518
Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène)	573	518
Service de prévention et de santé publique	44 023	59 760
Médecine du travail	785	823
Prévention des maladies transmissibles	42 276	58 311
Service de santé maternelle et infantile	962	626
Services auxiliaires	760	1 124
Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes	760	1 124
Services de réadaptation	19	80
Réadaptation en mode ambulatoire	19	80
Services de soins curatifs	47 737	46 766
Soins curatifs ambulatoires	12 084	735
Soins curatifs en milieu hospitalier	35 653	46 031
TOTAL	112 286	126 463

Source: BIT (2010b).

4.8. Performances des mécanismes de couverture du risque maladie

Les ménages supportent une part importante (39 pour cent) du budget de la santé et restent par conséquent soumis à un risque financier important lié aux dépenses de soins. Outre l'accessibilité financière, le problème de la disponibilité d'une offre de soins de qualité se pose également. Au Burkina Faso, le risque maladie est pourtant considéré comme prioritaire par l'ensemble des acteurs. De même, les textes constitutionnels, les engagements internationaux pris par le pays et les objectifs du Millénaire pour le développement incitent à assurer une meilleure couverture de la santé des populations.

4.8.1. Couverture de la population

Le financement des services de santé publics au Burkina Faso repose sur la collecte de fonds auprès de différentes sources, à savoir l'Etat, les partenaires extérieurs, les ménages et les assurances. La mise en commun de ces fonds vise à permettre à tous l'accès aux services de santé. Dans ce cadre, le financement de l'offre publique constitue un premier niveau de couverture universelle visant à accroître l'accessibilité financière des ménages aux soins de santé publics, et ce quelle que soit leur situation socio-économique. Cette couverture doit toutefois être pondérée à la fois par la disponibilité géographique de services de santé de qualité et par le risque financier résiduel.

L'accessibilité géographique et la disponibilité de services de santé de qualité sont conditionnées par la distribution de l'offre de soins sur le territoire, qui se caractérise encore par une forte disparité entre milieux urbains et ruraux. Selon la dernière enquête sur les ménages (2006), près de 43 pour cent des ménages habitent à plus d'une heure d'une structure sanitaire. C'est par ailleurs dans les zones où vivent les ménages les plus pauvres et où les moyens de transport sont le moins développés que la couverture des structures sanitaires de base laisse le plus à désirer (Banque mondiale, 2003).

Concernant la couverture du risque financier résiduel pour les ménages, le système burkinabé de protection sociale en matière de santé est aujourd'hui encore embryonnaire et constitué par un ensemble hétérogène de mécanismes destinés chacun à des groupes différents de la population. On trouve ainsi:

- un régime spécial pour les agents de l'Etat et les mutuelles de santé au sein de certaines administrations;
- des régimes d'entreprise et des mutuelles de santé dans le secteur formel privé;
- une micro-assurance santé destinée à l'économie informelle; et
- des mécanismes de gratuité réservés à certains groupes de population, à certains services de santé et à certaines pathologies (voir plus loin les filets sociaux).

Malgré tout, la couverture apportée par ces différents systèmes reste faible, notamment en ce qui concerne les mutuelles de santé qui, selon le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, ne couvraient en 2003 que 3 pour cent de la population.

4.8.2. Prestations offertes

Comme nous l'avons vu plus haut, les systèmes de micro-assurance santé orientent essentiellement leurs prestations vers les soins de santé primaires (postes et centres de santé). Plusieurs facteurs expliquent cette orientation, notamment la volonté des promoteurs des mutuelles de santé de proposer un produit financièrement accessible. De ce fait, ces mutuelles s'attachent à la couverture des petits risques financiers liés à la maladie alors que ce sont les gros risques (hospitalisation, chirurgie, etc.) qui sont les plus susceptibles de générer des chocs financiers importants pour les ménages. Une couverture de l'ensemble des risques financiers induit effectivement une cotisation élevée, qui dépasse la capacité contributive de la plupart des ménages de l'économie informelle. Les mutuelles se voient donc confrontées au défi de trouver un juste équilibre entre leurs prestations et leur niveau de cotisations. D'autres pays de la sous-région cherchent à trouver cet équilibre dans le cadre des mécanismes de financement des mutuelles de santé, par l'introduction de transferts sociaux de l'Etat et parfois de partenaires extérieurs, afin de subventionner les cotisations et de permettre aux mutuelles d'offrir une couverture importante des risques, tout en se dotant d'un bon niveau de gestion technique.

La gestion technique en question constitue un autre facteur de limitation des prestations des mutuelles de santé, notamment en milieu rural où il s'agit, pour ces mutuelles, de gérer des relations techniques et financières souvent complexes avec des hôpitaux distants.

Le projet national d'assurance-maladie vise à apporter une réponse à ces limites en organisant des transferts sociaux et en réaménageant le rôle des mutuelles de santé.

4.8.3. Mobilisation et gestion des ressources

Les ressources extérieures représentent la troisième source de financement du budget de la santé et plus de la moitié des ressources de ce budget, hors dépenses n'entrant pas dans le champ de la protection sociale et hors fonds privés. Cette importance des financements «du reste du monde» génère une véritable dépendance non seulement du budget de la santé vis-à-vis de ces ressources, mais aussi de la politique nationale de la santé, fortement conditionnée par les stratégies des bailleurs de fonds qui accompagnent ces financements. Tel est notamment le cas des programmes prioritaires de lutte contre certaines maladies (SIDA, paludisme, etc.) et de vaccination, qui orientent les interventions en matière de santé publique, et dont la gestion verticale et centralisée peut constituer un frein à la dynamique de décentralisation du système de santé par ailleurs entreprise par le Burkina Faso (Banque mondiale, 2003).

Ces fonds extérieurs financent en outre en grande partie l'appui technique, l'organisation d'ateliers, etc. En définitive, le financement direct des services de santé est majoritairement assuré par des fonds privés.

Un autre aspect de la gestion des ressources est le déséquilibre de leur répartition. Il s'agit même d'un double déséquilibre entre, d'une part, les ressources consacrées aux niveaux secondaire et primaire et, d'autre part, entre zones urbaines et zones rurales (Banque mondiale, 2003). Des efforts importants ont toutefois été déployés pour étendre et renforcer les infrastructures de base. Ces efforts ont permis de réduire le rayon d'action moyen théorique des Centres de santé et de promotion sociale (CSPS) de 9,4 km en 2000 à 7,5 km en 2008. Cette extension est particulièrement importante dans le contexte burkinabé où la pauvreté est essentiellement rurale et où l'accessibilité géographique de l'offre de soins doit permettre de réduire les coûts d'opportunité (frais de déplacement, de garde-malade, etc.) de recours des ménages aux services de santé.

4.8.4. Gouvernance

Concernant les mutuelles de santé, le manque de personnel qualifié pour la conception, la gestion et le suivi de produits d'assurance-maladie au sein des mutuelles est un frein important à leur développement. En effet, la faible pénétration des mutuelles s'explique au moins autant par la qualité insuffisante de la gestion technique que par la capacité contributive limitée des ménages de l'économie informelle. Ces deux aspects sont étroitement liés car, pour limiter les montants de cotisations, les mutuelles reposent le plus souvent sur une gestion bénévole par des membres n'ayant pas de connaissances préalables dans le domaine ou par des gérants faiblement rémunérés et formés à la gestion courante du produit d'assurance, mais présentant généralement des lacunes dans la maîtrise des outils de gestion et d'administration (Soulama et Zett, 2008).

Il s'agit ici d'une mauvaise interprétation de certains principes mutualistes (caractère non lucratif, gestion bénévole) et du terme «micro-assurance». Ce dernier qualifie l'adaptation des pratiques d'assurance classique aux spécificités socio-économiques des ménages de l'économie informelle; mais il s'agit toujours d'assurance-maladie, avec toute la complexité de sa gestion, qui ne permet pas aux mutuelles opérant au sein de l'économie informelle de faire l'économie des capacités techniques nécessaires.

Cet aspect a été pris en compte dans le projet d'assurance-maladie au niveau national, qui vise à réorganiser le rôle des mutuelles de santé au sein d'un schéma plus vaste et à redistribuer les fonctions de gestion de l'assurance, les mutuelles ayant un rôle de délégataires de gestion et se focalisant sur les métiers qu'elles maîtrisent le mieux, c'est-à-dire l'affiliation des ménages et le recouvrement des cotisations.

Pour ce faire, le projet d'assurance doit dans un premier temps mettre en œuvre toute la mécanique de gestion technique sur l'ensemble du territoire. L'approche retenue est de débiter la mise en œuvre du schéma avec les salariés du secteur formel public et privé pour ensuite ouvrir le dispositif aux organisations de l'économie informelle. Cette approche, qui peut être considérée comme injuste sur le plan social, est la plus pragmatique et devrait à terme permettre une couverture plus rapide de l'économie informelle, comparativement à un schéma où les mutuelles interviendraient de façon isolée. Elle permet en outre d'organiser une solidarité entre les différents groupes socio-économiques, le secteur formel cotisant pour bâtir et rôder le système de gestion technique qui permettra l'inclusion de l'économie informelle.

On notera par ailleurs que la mise en œuvre de ce schéma d'assurance-maladie nécessitera un travail important de mise en cohérence avec la Politique nationale de santé conduite par le ministère de la Santé. Elle doit également s'appuyer sur une forte volonté politique.

5. L'assistance sociale au Burkina Faso

L'assistance sociale se définit comme la mise en place d'une protection sociale générale contre la pauvreté et l'exclusion sociale destinée à tous les résidents dépourvus de revenus du travail suffisants et insuffisamment ou non couverts par d'autres mécanismes de protection sociale. L'assistance sociale implique des transferts non contributifs aux personnes qui, selon la société, réunissent les conditions d'attribution sur la base de leur vulnérabilité ou de leur pauvreté. Ces transferts concernent notamment l'accès aux services sociaux de base tels que l'éducation et la santé.

L'assistance sociale est née en partie du constat que, même dans des contextes où les régimes contributifs sont bien établis, un pourcentage important de la population en âge de travailler ne jouit pas des conditions économiques minimales lui permettant de mener une vie décente. Dans leur conception et leur mise en œuvre traditionnelles, les régimes d'assistance sociale servent à renforcer la sécurité du revenu des pauvres, considérés comme des membres de la société à part entière, auxquels il s'agit de transférer une partie des richesses produites par ladite société. Compte tenu de cette fonction redistributive, l'assistance sociale est fondamentalement perçue comme un «filet de sécurité» protégeant ceux pour qui la sécurité du revenu ne peut être assurée par la relation emploi-assurance sociale.

Plusieurs expériences existent au Burkina Faso, financées en partie par des fonds publics et en partie par des ressources des bailleurs de fonds. Les expériences résumées ci-dessous sont directement extraites de la revue réalisée par la Banque mondiale en 2009 et 2010 en collaboration avec l'UNICEF, à laquelle on renverra pour plus de détails (Burkina Faso – Filets sociaux, rapport n° 54491-BF, Banque mondiale, 30 nov. 2010).

5.1. Les filets sociaux

Les filets sociaux, également désignés sous le terme de transferts sociaux, font référence aux programmes de transferts non contributifs ciblant de différentes manières les populations les plus pauvres et les plus vulnérables, notamment sous forme de prestations universelles, conditionnelles ou non. Cette assistance sociale peut se définir comme un ensemble d'allocations publiques ciblant certains groupes vulnérables, pour leur assurer un revenu minimum et leur garantir l'accès à des services essentiels tels que, notamment, la santé, l'éducation et la nutrition. Ces transferts sociaux s'organisent au Burkina Faso sous diverses formes, notamment:

- les transferts monétaires, qui regroupent en particulier la pension universelle, les indemnités pour handicapés et les allocations familiales;
- les transferts en nature, qui regroupent par exemple les cantines scolaires, les rations sèches, les fournitures et uniformes scolaires;
- les programmes de travaux publics à haute intensité de main d'œuvre (HIMO) qui constituent des mécanismes de transferts sociaux dans le secteur de l'emploi; et
- les subventions des prix et les exemptions de frais, qui visent à promouvoir l'accès aux produits de première nécessité et aux services sociaux de base, et à soutenir la consommation des groupes vulnérables en général. Dans les situations de crise, les subventions des prix portent sur les produits alimentaires. Les exemptions de frais se focalisent sur les services essentiels – services de santé, scolarité, transport, eau, électricité, etc. – pour en favoriser l'accès aux plus pauvres.

Chaque filet social ne pouvant à lui seul apporter une réponse exhaustive, l'assistance sociale doit pouvoir mettre en œuvre un ensemble de programmes de transferts qui se complètent mutuellement et qui sont par ailleurs en phase avec les politiques nationales de santé, d'éducation, d'emploi, de logement, etc., ainsi qu'avec les mécanismes de sécurité sociale.

5.1.1. Les programmes de filets sociaux

La revue réalisée par la Banque mondiale et l'UNICEF a permis de répertorier divers programmes existants au Burkina Faso. Ces programmes viennent compléter les stratégies de réduction de la pauvreté et de développement économique mises en place par le gouvernement. Ils visent à assurer un minimum de ressources pour les ménages en insécurité alimentaire et à fournir des aides à ceux qui ne peuvent pas participer aux progrès économiques et sociaux. Ils sont également essentiels pour la mise en place de programmes d'urgence en période de crise ou lors de catastrophes naturelles (Banque mondiale, 2010).

Le tableau ci-après propose une présentation synthétique des programmes recensés au Burkina Faso. Cette synthèse donne un aperçu de la diversité des opérateurs et de la nature des programmes, certains étant de grande ampleur et d'autres intervenant à une échelle réduite.

Hormis pour ce qui a trait aux cantines scolaires, les programmes de filets sociaux sont récents. Motivés par l'impact des nombreux chocs économiques, alimentaires, énergétiques et climatiques subis par le pays, leur mise en œuvre date, pour la plupart, de la seconde moitié des années 2000. Cette multiplication des programmes et des opérateurs montre l'importance croissante accordée aux filets sociaux pour lutter contre la vulnérabilité grandissante résultant des crises et redoubler d'efforts pour la réalisation des OMD.

Ce processus ne s'est toutefois pas accompagné d'une coordination au niveau national et ce n'est qu'à partir de 2010 qu'une réflexion pour l'élaboration d'une stratégie nationale unifiée a été engagée.

Tableau 27. Les filets sociaux au Burkina Faso

Programmes	Objectifs	Institutions	Population ciblée et bénéficiaires
Transferts monétaires et quasi monétaires			
Transferts monétaires	Test de l'impact des conditionnalités dans des programmes de transferts en espèces (conditionnels/non conditionnels - Allocations au père/à la mère)	Conseil national de lutte contre le sida (CNLS) avec l'appui de la Banque mondiale	Orphelins et enfants vulnérables dans la province du Nahouri 6 500 enfants bénéficiaires en 2009
Coupons alimentaires	Sécurité alimentaire des individus et des ménages les plus pauvres et les plus vulnérables	Programme alimentaire mondial (PAM) avec le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN), la Croix-Rouge burkinabé et Catholic Relief Services	Ménages extrêmement pauvres en milieu urbain 195 500 personnes dans 31 533 ménages en 2009
		Catholic Relief Services et Organisations catholiques pour le développement et la solidarité (OCADES)	Femmes et enfants infectés par le VIH 2 220 personnes en 2009
		Catholic Relief Services et OCADES	Ménages urbains pauvres 3 809 ménages en 2008/2009
Transferts alimentaires			
Ventes à prix réduit – Stock d'intervention	Assurer la sécurité alimentaire des ménages; stabilité des prix	Conseil national de sécurité alimentaire (CNSA), Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR), MASSN, Société nationale de gestion du stock de sécurité alimentaire (SONAGESS)	Ménages identifiés par le Conseil provincial de secours d'urgence et de réhabilitation (COPROSUR) dans les zones en insécurité alimentaire Rations mensuelles distribuées en 2008: 31 800 aux personnes vulnérables et 12 550 aux personnes sinistrées
Vivres contre éducation	Relever le taux d'alphabétisation des adultes	Programme alimentaire mondial (PAM)	Adultes fréquentant les centres d'alphabétisation reconnus et fonctionnels 18 000 femmes et 30 000 hommes en 2009
Distributions ciblées de vivres	Promouvoir la sécurité alimentaire des plus vulnérables	Catholic Relief Service (CRS) et Centres de renutrition et d'éducation nutritionnelle (CREN)	Personnes vivant avec le VIH (PVVIH), orphelins, enfants malnutris, veuves, femmes âgées sans assistance, filles ayant fui leur domicile, handicapés physiques 14 850 personnes en 2008
Nutrition	Soutien nutritionnel aux personnes et groupes vulnérables	PAM et partenaires	Enfants et femmes enceintes et allaitantes
		PAM et partenaires	Groupes vulnérables et PVVIH 12 200 personnes en 2009
		UNICEF et partenaires	Enfants de moins de 3 ans sévèrement malnutris et femmes enceintes et allaitantes 17 000 enfants en 2009
		Médecins Sans Frontières-France et Centres de santé et de promotion sociale	23 CSPS dans deux provinces Enfants de 6 à 59 mois sévèrement malnutris 28 000 enfants en 2008

Programmes	Objectifs	Institutions	Population ciblée et bénéficiaires
		(CSPS)	180 villages dans 3 régions Femmes enceintes et allaitantes et enfants.
		Croix-Rouge burkinabé et belge	4 Districts Femmes enceintes et enfants malnutris
		Terre des Hommes et Helen Keller International	1 District Enfants de 6 à 59 mois sévèrement malnutris
		Action contre la faim	1 District Enfants de 6 à 59 mois sévèrement malnutris
		Save the Children UK	
Cantines scolaires	Favoriser l'accès à l'éducation, promouvoir la scolarisation et accroître la capacité scolaire des enfants	Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation (MEBA)	Elèves des écoles primaires publiques (cantines scolaires endogènes) dans 22 provinces
		Ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique	Elèves des établissements publics du secondaire National – 295 200 élèves dans 287 écoles en 2008-2009
		CRS et partenaires	Elèves des écoles primaires publiques, privées et communautaires 19 provinces – 245 900 élèves dans 1 328 écoles en 2008-2009
		CRS, TIN TUA et Fawe	Filles fréquentant les écoles BRIGHT (projet burkinabé Response to Improve Girls Chances to Succeed) 10 provinces, 132 écoles
		PAM et partenaires	Elèves des écoles primaires 4 provinces du Sahel – 76 500 élèves dans 604 écoles en 2008/2009
Subventions généralisées			
Subventions généralisées au prix de produits énergétiques et alimentaires	Réduire les effets de l'augmentation des prix	Ministère de l'Economie et des Finances (MEF) – Direction générale des douanes SONABEL, SONABHY et revendeurs privés	National
Travaux publics Programme de désenclavement de l'Est (PrEst)	Développer un réseau de pistes carrossables; créer des emplois	ONG HELVETAS	Populations des villages dans 9 communes 865 personnes en 2005-2007
Vivres contre infrastructures	Augmenter la production agricole par l'aménagement de bas-fonds et la constitution d'actifs agricoles	PAM, ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources halieutiques (MAHRH)	Populations des villages ciblés dans 18 provinces 30 800 femmes et 31 400 hommes en 2009

Programmes	Objectifs	Institutions	Population ciblée et bénéficiaires
Dispense de frais de santé			
Subventions supplémentaires des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour les indigentes	Accroître l'accès aux services de santé	Ministère de la Santé	Femmes enceintes indigentes National
Dispenses de frais pour les indigents		Ministère de la santé Organisations communautaires de base	Indigents et PVVIH National
Prise en charge des patients sous ARV		Fonds national de solidarité	Patients sous ARV indigents National
Accès aux services de santé pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans		HELP	Deux districts dans le Sahel 100 000 personnes
		Terre des Hommes	Deux districts
Prise en charge des PVVIH		Médecins Sans Frontières	
Dispense de frais de scolarité			
Suppression des frais d'inscription dans les écoles publiques	Accroître l'accès à l'éducation	Ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation	Filles inscrites au CP1 En moyenne 192 700 filles couvertes par an
Distribution de manuels et de fournitures scolaires gratuites		Compte d'affectation spéciale au Trésor (CAST): appui budgétaire PTF	Elèves des écoles primaires publiques et privées pour les manuels et des écoles publiques uniquement pour les fournitures

Source: Banque mondiale (2010b).

5.1.2. Financement et dépenses de filets sociaux

Le financement des filets sociaux repose sur les fonds publics et les fonds extérieurs. Les dépenses de filets sociaux ont connu une progression sensible au cours de la période examinée, passant de 45 à 65 milliards de francs CFA entre 2007 et 2009. Le tableau ci-dessous regroupe ces dépenses sur la base de la revue réalisée par la Banque mondiale et l'UNICEF et de certaines données complémentaires collectées dans le cadre du présent SPER. Il importe de souligner qu'il s'agit bien souvent d'estimations, compte tenu du déficit de production d'informations et des lacunes du système de suivi au niveau de certains programmes et au niveau central. D'autre part, les coûts administratifs des programmes ne sont pas toujours inclus dans ces dépenses. En d'autres termes, ces dépenses ne correspondent pas systématiquement aux avantages reçus par les ménages ciblés.

Tableau 28. Budget global des filets sociaux (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
Transferts monétaires et quasi monétaires			
Transferts monétaires (CNLS)	n.d.	67,5	270,0
Coupons alimentaires (PAM et CRS)	n.d.	216,2	8 751,3
Transferts alimentaires			
Ventes à prix réduit	239,2	1 644,1	2 144,1
Vivres contre éducation (PAM)	285,0	134,0	224,0
Distributions de vivres ciblées	272,5	272,5	272,5
Ensemble des programmes de nutrition	5 872,6	12 000,5	13 770,8
Cantines scolaires	7 199,8	8 331,2	8 939,8
Subventions généralisées			
Exemptions de taxes	23 757,0	26 340,0	21 730,0
Travaux publics			
Travaux publics (HELVETAS)	477,8	477,8	477,8
Vivres contre infrastructures	173,0	597,0	294,0
Dispense de frais de santé			
Subventions SONU pour indigents		Fonds budgétés mais non utilisés	
Dispense de frais pour indigents	37,0	37,0	37,0
Dispense de frais pour femmes enceintes et enfants de moins de 5 ans	274,0	1 085,0	1 212,0
Médecins Sans Frontières-France avec CSPS – depuis août 2008	n.d.	49,0	49,0
Dispense de frais de scolarité			
Suppression des frais d'inscription dans les écoles publiques	6 500,0	6 500,0	6 500,0
Distribution de manuels et de fournitures scolaires gratuites	190,0	190,0	190,0
Total	45 277,9	57 941,9	64 862,4

Source: Banque mondiale (2010b) - Dispenses de frais de scolarité: MEBA (2010).

5.2. Performances des mécanismes de couverture des filets sociaux

Une analyse des filets de sécurité a été réalisée dans le cadre de la revue de la Banque mondiale et de l'UNICEF en 2009 et 2010. On reprendra ici les principales conclusions de cette revue, en renvoyant à son rapport pour plus de détails (Burkina Faso – Filets sociaux, rapport n° 54491-BF, Banque mondiale, 30 nov. 2010).

5.2.1. Couverture de la population

Le tableau 27 présenté plus haut donne une indication des populations touchées par les différents programmes de filets de sécurité. Elle reste toutefois incomplète, faute de données de suivi produites par certains de ces programmes. La Banque mondiale, dans son rapport de revue des filets de sécurité (Banque mondiale, 2010b), estimait à plus de 2,8 millions le nombre de bénéficiaires de ces programmes en 2009 (subventions généralisées

exclues), soit environ 18 pour cent de la population totale. Par rapport à cette estimation, l'impact des filets sociaux apparaît donc limité, ce qui s'explique par:

- les difficultés de ciblage des bénéficiaires identifiées au niveau des différents programmes, qui semblent pour la plupart ne pas disposer de stratégie précise de définition des ménages et/ou individus éligibles, ce qui entraîne des erreurs d'inclusion et d'exclusion;
- le ciblage géographique des programmes qui, comme indiqué plus haut dans le tableau 25, se concentrent pour certains dans des zones géographiques limitées et généralement très défavorisées; et
- le caractère ponctuel des interventions qui sont limitées dans le temps, soit parce qu'elles interviennent en réaction à des chocs (interventions ponctuelles d'urgence), soit parce qu'elles reposent sur un budget limité dans le temps et sont conçues souvent à titre pilote et sans perspective de pérennisation.

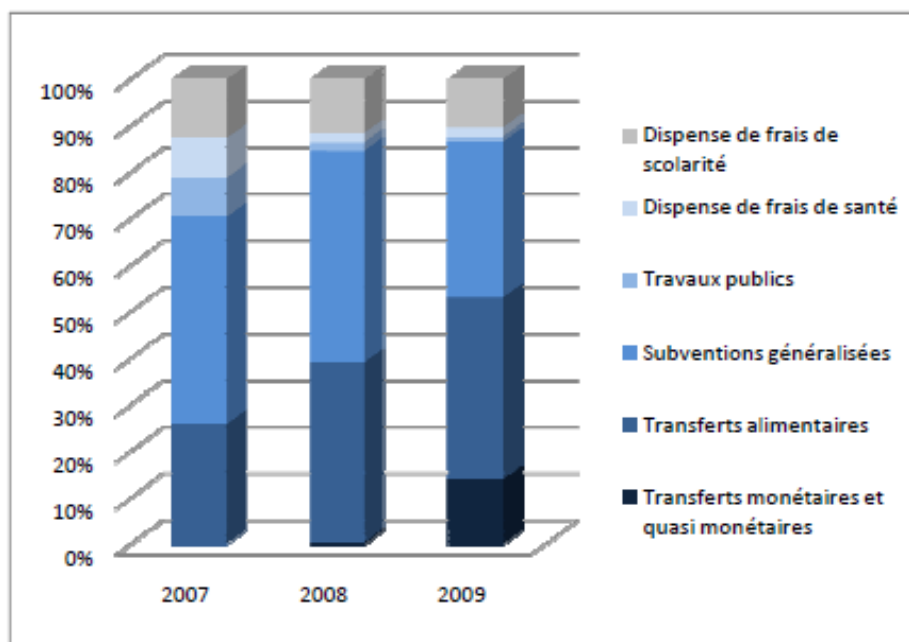
5.2.2. Prestations offertes

Le budget global des filets sociaux montre la prépondérance des subventions généralisées, des transferts alimentaires et des dispenses de frais de scolarité, qui représentaient 98 pour cent des dépenses globales en 2007, 96 pour cent en 2008 et 83 pour cent en 2009.

Cette concentration de dépenses s'explique en grande partie par la nécessité de répondre au problème d'insécurité alimentaire récurrent au Burkina Faso. Ainsi, 38,7 pour cent des enfants burkinabé souffrent de malnutrition chronique, entraînant un taux de mortalité très élevé parmi les enfants de moins de cinq ans, dont deux sur dix meurent avant l'âge de cinq ans (Banque mondiale, 2010b).

Les subventions généralisées ont été mises en place pour atténuer les effets négatifs du prix élevé des produits alimentaires et du carburant suite à la crise mondiale. Selon la Banque mondiale (2010b) et le FMI (2009), ces mesures se sont avérées à la fois très coûteuses et inefficaces pour atteindre les pauvres. Le coût direct de l'exonération sur les taxes à l'importation de carburant s'élevait à environ 0,7 pour cent du PIB en 2007 et en 2008, mais cet avantage bénéficiait pour plus de 84 pour cent à des non pauvres (Banque mondiale, 2010b). L'évolution des dépenses de filets sociaux fait apparaître la réduction de ces mesures à partir de 2009.

Graphique 9. Répartition des dépenses de filets sociaux (en pourcentage)



Dans le même temps, les programmes de coupons alimentaires lancés par le PAM et le CRS ont connu un essor remarquable entre 2008 et 2009, passant de 216 à 8 751 millions de francs CFA. La revue de la Banque mondiale souligne les succès remportés par les programmes en termes de consommation, tout en faisant également remarquer qu'ils ciblent en priorité les très pauvres dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso pour ce qui est du PAM, et les ménages identifiés sur la base de questionnaires, pour ce qui est du CRS (Banque mondiale, 2010b). Il ne s'agit donc pas de programmes universels pouvant apporter une réponse à l'insécurité alimentaire de l'ensemble des populations pauvres et vulnérables.

Les programmes de nutrition représentent le deuxième poste important de dépenses d'assistance sociale, enregistrant sur les trois années sous revue une augmentation de 5,8 milliards de francs CFA en 2007 à 13,7 milliards de francs CFA en 2009. Là aussi, il s'agit de programmes très ciblés vers les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes, généralement identifiés par des enquêtes et dans des zones géographiques limitées (les plus touchées par les problèmes de malnutrition). Ces programmes ne sont donc pas fondés sur un accès universel et les montants engagés, pourtant très importants, ne suffisent pas à répondre au problème de malnutrition sévère qui règne au Burkina Faso où, sur l'ensemble du territoire, plus d'un million d'enfants souffrent de malnutrition (Banque mondiale, 2010b). En dépit des efforts déployés depuis 2003 par le gouvernement et ses partenaires tels que l'UNICEF, la Banque mondiale, le PAM, ECHO et certaines ONG, une proportion importante de ces enfants n'est pas encore touchée par ces programmes.

Les cantines scolaires, autre grande ligne des dépenses de filets sociaux, concourent également à la lutte contre la malnutrition. Une évaluation menée par le PAM a montré un impact positif de ces cantines, notamment sur le taux de scolarisation des filles et la nutrition de leurs frères et sœurs de 16 à 60 mois, les filles recevant une ration sèche à emporter à la maison. Cette évaluation a également estimé le coût moyen du programme de cantines scolaires du PAM à 21 000 francs CFA par élève et par an (MEF, 2010).

Les dispenses de frais de scolarité constituent le troisième groupe de dépenses. Elles répondent à la priorité donnée par le Burkina Faso à l'éducation (loi d'orientation 2007), considérée comme la base du développement social et économique. Il s'agit d'une part de

promouvoir la scolarisation des jeunes filles par la suppression des frais d'inscription et, d'autre part, de renforcer la qualité de l'éducation de base. Ces mesures et les programmes de cantines scolaires se renforcent mutuellement.

5.2.3. Mobilisation et gestion des ressources

Le tableau ci-dessous cumule les budgets des programmes de filets sociaux (hors dispenses des frais de scolarité) et ceux des services sociaux détaillés dans le chapitre suivant. Ces derniers, qui ne représentent que 3 pour cent du total en 2007 et 2 pour cent en 2008 et 2009, n'ont pu être distingués de manière précise des sources globales de financement de l'assistance sociale.

La mobilisation de ressources pour les filets sociaux est fortement dépendante des financements extérieurs. Si l'on excepte de ces calculs les subventions généralisées, le financement extérieur est prépondérant, atteignant 76 pour cent en 2009. Une réduction des subventions généralisées devrait toutefois permettre de consacrer cette part du financement interne à d'autres transferts sociaux. En 2009, le financement s'équilibre entre ressources nationales et financements extérieurs, mais la tendance qui se dégage sur ces trois années pourrait conduire à une dépendance de plus en plus forte vis-à-vis des bailleurs de fonds au cours des années suivantes.

Tableau 29. Budget total de l'assistance sociale (incluant les services d'action sociale et hors dispenses des frais de scolarité) (en millions FCFA)

	2007		2008		2009	
Dépenses publiques	29 132	73%	33 611	65%	28 400	51%
Aides internationales	10 546	27%	17 869	35%	30 071	49%
Total	39 677		51 480		58 471	

Sources: Banque mondiale (2010b), BIT (2010).

De nouveau, on renverra à la revue de la Banque mondiale et de l'UNICEF pour une analyse plus fine du financement des filets sociaux. On notera toutefois que le manque d'informations et de données de suivi rend cette analyse difficile et parfois approximative. Cette absence constitue un handicap tant pour la mesure de l'impact des programmes que pour l'évaluation de leurs coûts.

5.2.4. Gouvernance

Le champ des filets sociaux est constitué d'un ensemble hétérogène de programmes et de projets pilotes dispersés qui interviennent sous la tutelle de différents ministères et sans coordination globale, cette situation rappelant celle constatée précédemment au niveau des mécanismes de couverture du risque maladie.

Etant donné que les programmes existants sont souvent des approches pilotes, leur intégration dans une stratégie nationale et multisectorielle devrait être un facteur d'extension et de pérennisation des acquis ainsi que d'élaboration de pratiques communes de ciblage.

6. Les services d'action sociale

Ce chapitre aborde les services sociaux existant au Burkina Faso, qui regroupent un ensemble de services à la collectivité, aux familles, à des groupes cibles ou à des personnes en difficulté, en vue de favoriser leur bien être, leur insertion sociale et leur autonomie. L'existence des services d'aide sociale date d'avant l'indépendance du pays. Instaurés par l'Assemblée territoriale de Haute Volta à partir de 1954, ces services avaient pour but de promouvoir la protection maternelle et infantile, l'alphabétisation en langue vernaculaire, l'enseignement ménager et professionnel, la lutte contre la tuberculose et la protection de l'enfance en danger (Ganemtoire, 2010).

Ces objectifs n'ont que peu évolué. Les services fournis par les institutions décrites ci-dessous sont désormais sous la tutelle du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale.

Il peut paraître étonnant de détailler ici des programmes et dispositifs qui n'ont souvent qu'un faible impact en termes de nombre d'individus couverts. Ils relèvent toutefois de la protection sociale et, une fois cumulés, aboutissent à un budget de l'action sociale conséquent. Par ailleurs, il faut noter que l'inventaire ci-dessous n'est pas exhaustif car il faudrait également comptabiliser les interventions des ONG nationales, très actives dans le domaine de l'action sociale.

6.1. Le Centre d'éducation spécialisée et de formation (CESF)

Le CESF est un établissement public de l'Etat à caractère administratif, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. Il est placé sous la tutelle technique du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale et sous la tutelle financière du ministère de l'Economie et des Finances.

Le Centre d'éducation spécialisée et de formation a pour vocation d'aider les enfants et les jeunes à jouer un rôle constructif et productif dans la société, grâce à une aide sur le plan social, éducatif, professionnel, psychologique, médical et physique. Il est ainsi chargé de:

- l'accueil, la protection, l'éducation et/ou la rééducation, la scolarisation et la formation professionnelle des enfants et des jeunes en difficultés sociales, familiales, scolaires et/ou comportementales, ou en conflit avec la loi et faisant l'objet d'un placement judiciaire ou administratif;
- la prévention de la déviance et de la délinquance juvénile en encadrant les enfants et les jeunes en situation de risque social;
- la réinsertion scolaire et/ou professionnelle des enfants en fin de séjour au CESF; et
- la réalisation de toutes les activités directement ou indirectement liées à ses missions.

Le Centre d'éducation spécialisée et de formation accueille des enfants et des jeunes en difficultés sociales, familiales, scolaires, comportementales ou en conflit avec la loi.

Tableau 30. Enfants et jeunes couverts par le CESF de 2005 à 2010

Année	Effectif total	Effectif école primaire	Effectif ateliers de formation professionnelle	Taux de succès au CEP	Nombre de jeunes sortis
2005	146	72 dont 5 externes	74	19/19 soit 100%	31
2006	159	81 dont 11 externes	78	19/21 soit 90,48%	39
2007	155	87 dont 32 externes	68 dont 2 externes	16/17 soit 93,75%	30
2008	169	97 dont 44 externes	72 dont 7 externes	07/17 soit 41,18%	37
2009	193	114 dont 58 externes	79 dont 12 externes	22/26 soit 84,62%	49
2010	199	112 dont 72 externes	87 dont 9 externes	n.d.	n.d.
Total	1 021	563 dont 222 externes	458 dont 30 externes		186

n.d.: non disponible.

NB: Les effectifs des externes prennent en compte les élèves inscrits en cours du soir à partir de l'année 2007.

Sources: Rapports d'activités du CESF de 2005 à 2010 (Ganemtoire, 2010).

Les ressources du Centre d'éducation spécialisée et de formation sont constituées de subventions de l'Etat, de ressources propres et de rares subventions de partenaires. Le CESF estime disposer d'un budget insuffisant pour pouvoir mener à bien ses activités. Il se heurte également à des problèmes de déblocages non réguliers et partiels des subventions de l'Etat (Ganemtoire, 2010).

Tableau 31. Budgets et sources de financement du CESF de 2005 à 2009 (en millions FCFA)

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	174	180	190	225	220
Partenaires	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	4
Ressources propres	8	5	6	8	10
Total annuel	182	185	197	233	234

Sources: Rapports financiers du CESF, 2005-2009, (Ganemtoire, 2010).

6.2. La Maison de l'enfance André Dupond de Orodara (MEADO)

Créée le 13 février 1956 par arrêté n°168/AS à l'initiative de Feu Monseigneur André Dupont, évêque du diocèse de Bobo-Dioulasso, la MEADO fut mise sous la tutelle technique et administrative du ministère chargé de l'Action sociale par décret n°50/ASF/CAB du 17 avril 1959. Le 30 septembre 1998, elle fut érigée en établissement public à caractère administratif (E.P.A.) par décret n°98-432/PRES/PM/MASF du 23 octobre 1998.

Sa mission est d'aider les enfants et jeunes placés à jouer un rôle productif et constructif dans la société. Il s'agit concrètement de contribuer, par l'autonomie sociale et la réinsertion socioprofessionnelle et scolaire, à faire d'eux des citoyens actifs et responsables. Pour ce faire, elle est chargée de:

- l'accueil, la protection, l'éducation et/ou la rééducation, la formation scolaire et/ou professionnelle des enfants et des jeunes placés;
- la prévention de la déviance et de la délinquance juvénile par l'accueil en régime d'externat des enfants et des jeunes en situation de risque social; et
- l'appui au processus de réinsertion sociale et/ou professionnelle des enfants et des jeunes en fin de séjour.

Plusieurs prestations sont proposées aux pensionnaires:

- **la formation sociale:** faire acquérir aux enfants et jeunes encadrés de façon sélective des valeurs, attitudes, connaissances et compétences nécessaires pour une bonne intégration dans la société;
- **la formation scolaire et l’alphabétisation fonctionnelle:** pallier les difficultés scolaires des pensionnaires dans le cadre d’une approche intégratrice;
- **la formation professionnelle et la production:** dispenser aux pensionnaires des connaissances théoriques et surtout pratiques pouvant leur permettre plus tard de s’insérer dans la vie socioprofessionnelle;
- **la prise en charge médico-sociale:** prise en charge curative et préventive des pensionnaires et du personnel – consultations, soins, suivis curatifs et préventifs, informations, éducation et communication (I.E.C.), communication pour le changement de comportement (C.C.C.);
- **la prise en charge psychologique:** accompagnement psycho-éducatif des enfants et des jeunes placés à la MEADO; et
- **le suivi postcure:** activités d’accompagnement dans la vie sociale ou d’insertion socioprofessionnelle, notamment par une dotation en matériel professionnel afin d’aider les jeunes à débiter leur activité économique.

D’une capacité d’accueil de 420 places (120 à l’internat et 300 à l’externat), la MEADO accueille des enfants et des jeunes en difficultés sociales, familiales, scolaires, comportementales ou en conflit avec la loi. Les tranches d’âge d’admission vont de 12 à 17 ans pour l’internat et de 7 à 17 ans pour l’externat.

Les sources de financement de la MEADO proviennent essentiellement de l’Etat, des partenaires et d’activités génératrices de revenus dans les domaines de l’agriculture, de l’élevage et des ateliers. Entre 2005 et 2009, les ressources provenant des financements de l’Etat et des aides extérieures ont respectivement baissé de 9 et 35 pour cent. Les ressources propres sont stables mais ne représentent en 2009 que 5 pour cent des sources de financement.

Tableau 32. Sources de financement et dépenses annuelles de la MEADO (2005-2009) (en millions FCFA)

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	256	268	266	244	234
Partenaires	82	78	36	58	53
Ressources propres	14	15	16	17	14
Dons et legs	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Total annuel	352	361	318	319	301

n.d.: non disponible.
Sources: Rapports financiers de la MEADO, 2005-2009.

Cette diminution des ressources entraîne un accroissement des difficultés, notamment en termes de manque de moyens matériels, humains et financiers – matériel et matières premières insuffisants pour la formation des jeunes, ratio enfant/éducateur très élevé, vétusté des infrastructures, etc.

En dépit de ce qui précède, la MEADO enregistre des résultats positifs. Ses interventions ont en effet permis l’insertion socioprofessionnelle de certains jeunes et favorisé le rattrapage scolaire et la reprise des études d’autres. De 2005 à 2009, le taux de réussite au CEP de la MEADO atteint 70 à 95 pour cent, voire parfois 100 pour cent. Plus de 70 pour cent des élèves ayant réussi poursuivent leur scolarité et certains sont admis à des tests de

recrutement. Au cours de la même période, la MEADO a soutenu 235 jeunes avec du matériel professionnel (mécanique auto, menuiserie bois, soudure et maçonnerie); sur ces jeunes, 75 pour cent sont installés à leur propre compte, 15 pour cent utilisent le matériel reçu sans disposer d'un lieu de travail fixe (surtout les mécaniciens, qui ont des difficultés à ouvrir un garage) et 5 pour cent se sont reconvertis à d'autres métiers.

6.3. Le Centre de formation des aides familiales (CFAF)

Créé en 1995, le CFAF a pour mission la promotion socio-économique des jeunes filles et garçons déscolarisés par la formation aux arts ménagers. Les apprenants y sont admis pour 9 mois – répartis entre 7 mois de formation théorique et 2 de stage pratique. Le centre propose trois types de prestations:

- Les activités de formation, qui représentent la majorité des prestations fournies aux bénéficiaires, consistent à:
 - élaborer les modules de formation;
 - mettre au point le contenu des cours de formation;
 - dispenser les cours aux stagiaires;
 - organiser une évaluation à mi-parcours pour apprécier le niveau général des élèves et des méthodes d'assimilation de la formation; et
 - organiser une évaluation finale pour apprécier les acquis de la formation.
- Le placement des filles auprès de familles qui ont besoin de leurs services pour:
 - recevoir une aide dans l'exécution des travaux domestiques;
 - pallier le manque de temps dont dispose le couple pour effectuer ses multiples tâches, notamment du fait de son activité professionnelle;
 - suppléer l'absence de la maîtresse de maison pour l'exécution des tâches courantes dans la maison; et
 - entretenir la maison.
- Les activités de supervision et de suivi des filles formées et placées dans les familles.

Les filles déscolarisées âgées de 15 à 18 ans et qui ont un niveau d'instruction primaire minimum correspondant au cours moyen (CM) constituent le public cible essentiel du Centre de formation des aides familiales, les garçons n'étant concernés qu'à titre marginal. Ainsi, le centre recrute un effectif annuel moyen de 40 jeunes filles de 15 à 18 ans et leur dispense une formation dans le domaine de l'art ménager.

Tableau 33. Effectif annuel du Centre de formation des aides familiales (2005- 2009)

	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Filles	50	38	38	34	16	176
Garçons	–	–	–	6	12	18
Total annuel	50	38	38	40	28	194

–: valeur nulle.

Sources: Rapports d'activités 2005-2009 du Centre de formation des aides familiales.

Les sources de financement du Centre de formation des aides familiales proviennent de l'Etat, des partenaires et aussi de certaines structures du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale.

Tableau 34. Sources de financement et dépenses annuelles du Centre de formation des aides familiales (2005-2009) (en millions FCFA)

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	–	–	–	2	3
FNS	–	2	2	–	–
AEC	–	2	–	–	–
UNESCO	5	–	–	–	–
UNICEF	–	–	2	4	–
CMLS/MASSN	–	–	–	2	2
Total annuel	5	4	4	8	5

–: valeur nulle.

Sources: Rapports annuels 2005 - 2009 du Centre de formation des aides familiales.

Le financement du CFAF présente un caractère aléatoire tant dans les totaux annuels qu'au niveau des sources de financement. Toutefois, la part croissante et prépondérante du financement de l'Etat (MASSN inclus) devrait, si elle se poursuit, être une source de stabilité et de pérennisation de ce financement.

Le Centre de formation des aides familiale permet de réinsérer des jeunes filles déscolarisées dans la vie sociale et professionnelle. Il vise également, de manière indirecte, à favoriser l'accès à l'emploi des femmes actives en leur permettant de disposer d'aides ménagères afin de se consacrer à leurs activités professionnelles.

6.4. L'hôtel maternel de Ouagadougou

Fonctionnel à partir de 2007 et inauguré en mars 2008, l'hôtel maternel de Ouagadougou est une structure d'accueil et d'insertion sociale pour enfants abandonnés et mères célibataires en détresse. Les services offerts aux pensionnaires sont de plusieurs sortes:

- les **activités relatives à l'hébergement des enfants**, qui comprennent notamment la surveillance permanente des enfants hébergés, la propreté corporelle et vestimentaire, l'entretien et le rangement du matériel, et le respect de la réglementation dans les dortoirs, au réfectoire et dans les aires de jeux;
- les **activités socio-éducatives**, qui mettent essentiellement l'accent sur les causeries et l'accompagnement psychologique et social;
- les **activités socioculturelles et sportives**, qui comprennent les activités ludiques, le sport, les contes, les chants, les danses, les veillées récréatives, le théâtre et les films;
- les **activités pédagogiques**, qui prennent en compte l'encadrement pédagogique et les activités d'éveil;
- les **activités d'instauration ou de restauration des liens familiaux**, qui portent sur la recherche de familles, le rétablissement des liens familiaux, le retour dans la famille et le placement en institution spécialisée;
- les **activités nutritionnelles**, telles que l'entretien et la préparation des biberons, des bouillies enrichies et des repas journaliers;

- les **activités sanitaires**, telles que les soins curatifs et préventifs, le suivi des pesées et la vaccination des enfants;
- les **activités génératrices de revenu**, notamment le jardinage, l'élevage, la couture, le tricot et la fabrication de savon; et
- le **placement des enfants dans des familles d'adoption**, qui regroupe la recherche de familles adoptives, les enquêtes sociales, la préparation à l'adoption et le suivi des enfants dans les familles.

Ces activités sont menées par une équipe pluridisciplinaire composée de 19 agents affectés par l'Etat et de 27 contractuels.

Le public cible de l'hôtel maternel de Ouagadougou comprend:

- les enfants abandonnés ou trouvés;
- les enfants adultérins et incestueux;
- les enfants de mères malades mentales errantes;
- les enfants victimes de mauvais traitements;
- les enfants égarés et fugueurs;
- les jeunes filles enceintes ou mères célibataires rejetées par leur famille; et
- les filles victimes de mariage forcé.

L'admission à l'hôtel maternel se fait sur indication d'une autorité judiciaire ou administrative, par fiche de liaison des services sociaux ou sur mention d'une fiche de police.

Tableau 35. Situation des enfants et des jeunes pris en charge par l'hôtel maternel de 2007 à 2010

		2007	2008	2009	1 ^{er} sem. 2010	Total
0 - 3 ans	filles	16	14	15	9	54
	garçons	13	21	22	9	65
4 - 15 ans	filles	79	161	131	63	434
	garçons	73	126	95	47	341
16 - 20 ans	filles	21	52	48	38	159
Total annuel	202	374	311	166	1 053	

Sources: Rapports d'activités 2007, 2008, 2009 et premier semestre 2010 de l'hôtel maternel.

La mise en place de cet établissement a été entièrement financée par l'Agence régionale pour les adoptions internationales (ARAI) de la région du Piémont en Italie. Le financement des activités de l'hôtel maternel est essentiellement assuré par l'Etat et complété par un apport continu de l'ARAI.

Tableau 36. Sources de financement et dépenses annuelles de l'hôtel maternel (2007- 2009)
(en millions FCFA)

	2007	2008	2009
Etat	n.d.	30	30
Partenaires (ARAI)	20	20	20
Ressources propres	0,2	1	1
Total annuel	20	51	51

n.d.: non disponible.

Sources: Rapports financiers de l'hôtel maternel de 2007 à 2009.

Entre son ouverture le 22 juillet 2007 et le 31 mars 2010, l'hôtel maternel a accueilli 1 053 enfants en difficulté dont:

- 720 ont réintégré leur famille biologique;
- 22 ont fait l'objet d'une adoption nationale grâce à l'adoption plénière;
- 20 ont fait l'objet d'une adoption internationale;
- 157 filles ont pu suivre une formation en couture, tricot, fabrication de savon;
- 23 filles sont retournées avec leur bébé dans leur famille dont elles avaient été chassées;
- 40 filles ont pu accoucher dans de bonnes conditions (dont 17 ont signé des actes notariés d'abandon de leur bébé).

Après plus de trois ans de fonctionnement, l'hôtel maternel reste confronté à plusieurs difficultés, telles que l'absence de bureaux pour le personnel, l'insuffisance de personnel de soutien, notamment de nourrices formées, et la défaillance du système de prise en charge sanitaire des pensionnaires.

6.5. Le Secrétariat permanent du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (SP/CONASUR)

Le CONASUR est l'instance nationale chargée de la coordination et de la gestion des catastrophes au Burkina Faso. Il dispose d'un Secrétariat permanent qui est sa structure d'exécution de ses missions. A ce titre, le Secrétariat permanent élabore chaque année un programme d'activités. Les prestations et services fournis sont les suivants:

- renforcement des capacités de préparation et de prévention des catastrophes à travers la sensibilisation, l'information, l'éducation et la formation en vue de réduire les pertes potentielles humaines, matérielles ou environnementales engendrées par les catastrophes, et d'atténuer la vulnérabilité afin de minimiser les pertes lorsque survient le désastre;
- assistance humanitaire et secours d'urgence, qui consistent à répondre aux besoins et à assurer l'approvisionnement des victimes afin d'apaiser, voire d'atténuer, les souffrances pendant le désastre;
- réhabilitation par la réinsertion socio-économique des sinistrés et la construction et/ou reconstruction des infrastructures communautaires; et
- réhabilitation par la réinsertion socio-économique des rapatriés.

Les populations cibles et les principaux bénéficiaires des prestations et services du SP/CONASUR sont:

- les populations victimes de catastrophes naturelles ou de crises humanitaires; et
- les acteurs sur le terrain chargés de gérer les catastrophes sur place.

Le SP/CONASUR réalise plusieurs activités entrant dans le cadre de la gestion des catastrophes et crises humanitaires. Il s'agit notamment des activités de formations en prévention et gestion des catastrophes au profit des démembrés, de l'aide aux populations victimes de catastrophes et de la réinsertion socio-économique des rapatriés.

Tableau 37. Sources de financement et dépenses annuelles du CONASUR (en millions FCFA)

		2006	2007	2008	2009	Total
Formations en prévention et gestion des catastrophes et de crises humanitaires	Etat et partenaires	21	17	4	22	65
Aides aux populations victimes de catastrophes et autres crises humanitaires	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1 389 ¹

n.d.: non disponible. ¹ Dont aide alimentaire: 432 582 900 FCFA et matériels de survie: 956 004 100 FCFA.

Concernant la réinsertion socio-économique des rapatriés, les activités du CONASUR portent sur:

- **l'appui à la mise en œuvre d'activités génératrices de revenus** (8 groupements d'environ 600 membres bénéficiaires des aides au relèvement dans les provinces du Boulgou, du Kouritenga et du Koulpelgo en 2005); et
- **la formation pour les femmes rapatriées** de Côte d'Ivoire résidant au Kénédougou, en 2006. Cette formation, assurée par cinq membres de l'Association Teeg Taaba, a porté sur les techniques de transformation des produits agroalimentaires. Cinquante femmes ont bénéficié de cette formation sur financement du Secrétariat permanent du CONASUR. En 2009, deux sessions de formation en technique de transformation des produits locaux (manioc en atiéké) ont été organisées en faveur de 100 femmes issues de six groupements ayant intégré les rapatriés de Côte d'Ivoire. Ces groupements ont également bénéficié de matériel de production.

Les actions de réhabilitation des personnes sinistrées portent sur:

- l'appui en semences avec, en 2008, deux projets financés par la FAO destinés aux ménages sinistrés à la suite des inondations de 2007;
- la reconstruction de maisons pour les victimes de catastrophes. 24 ménages ont ainsi bénéficié de la reconstruction de leurs maisons pour un montant total de 3 600 000 francs CFA (période non précisée);
- l'aide alimentaire et en matériel de survie; et
- la formation des membres des structures déconcentrées du CONASUR afin de renforcer leur capacité d'intervention.

Le CONASUR est confronté à plusieurs difficultés qui limitent l'efficacité de ses interventions, la principale étant l'insuffisance des moyens matériels et financiers pour couvrir efficacement les trois domaines que sont: (i) la prévention à travers les formations, la sensibilisation et la mise en place d'un système d'alerte précoce; (ii) l'assistance humanitaire par la fourniture de l'aide aux sinistrés des catastrophes; et (iii) la

réhabilitation par les actions de relèvement et de reconstruction susceptibles de contribuer à l'autonomisation des victimes et à la lutte contre la pauvreté.

Parmi les autres difficultés, on note:

- l'insuffisance d'un stock d'intervention d'urgence en vue de sécuriser les victimes dans l'attente d'une stabilisation ou d'un retour à la situation normale;
- la vétusté du parc automobile dont l'âge varie entre 18 et 29 ans, occasionnant de nombreuses pannes et de coûteuses réparations;
- l'insuffisance de formation des acteurs dans les domaines de la prévention et de la gestion des catastrophes;
- l'insuffisance de moyens d'intervention (financiers, logistiques et matériels); et
- l'inexistence d'un stock minimum d'intervention d'urgence (vivres, matériel de survie, tentes, médicaments essentiels, etc.) pour les premiers secours au niveau déconcentré.

6.6. Le Fonds national de solidarité (FNS)

Le Fonds national de solidarité, formalisé par le décret n°2008-715/PRES/PM/MEF/MASSN du 17 novembre 2008, est une structure à caractère social et humanitaire placée sous la tutelle technique du ministère en charge de l'Action sociale et sous la tutelle financière du ministère chargé des Finances.

Il a pour mission de contribuer à la prise en charge des personnes, des groupes défavorisés et/ou en difficulté ainsi que des victimes de catastrophes naturelles et de crises humanitaires. Les services offerts par le fonds national de solidarité sont:

- l'assistance courante aux personnes et groupes vulnérables et défavorisés, marginalisés et en détresse, par des appuis alimentaires, scolaires, matériels spécifiques pour personnes handicapées, etc.;
- l'appui aux initiatives des personnes et groupes vulnérables et défavorisés en matière de promotion socio-économique, par des subventions et par l'appui pour l'accès aux crédits;
- le financement des secours d'urgence aux sinistrés; et
- l'appui à la réalisation de programmes de réhabilitation consécutifs aux catastrophes naturelles et aux crises humanitaires.

Les aides du Fonds national de solidarité sont des appuis obtenus:

- **en nature**, sous forme de dons en vivres (riz, maïs, mil, lait, farine pour nourrissons), en matériels spécifiques pour personnes handicapées (prothèses auditives, orthopédiques, tricycles, etc.), en fournitures scolaires et en médicaments sur ordonnance médicale; ou
- **en espèces**, qui sont octroyées pour la réalisation d'activités génératrices de revenus, la scolarisation des enfants, les soins de santé et l'achat de matériel spécifique.

Les cibles du Fonds national de solidarité sont des personnes ou groupes répondant, après confirmation par une enquête sociale, aux critères suivants:

- les personnes défavorisées sur le plan social et/ou économique. Il s'agit: (i) des personnes vulnérables, c'est-à-dire des personnes exposées à des risques divers (physique, social, environnemental) ayant besoin d'une aide sociale ponctuelle; (ii) des personnes nécessiteuses ou indigentes, c'est-à-dire des personnes démunies ne disposant pas de ressources financières ou matérielles pour subvenir à leurs besoins fondamentaux (se nourrir, se soigner, se loger, se déplacer, etc.);
- les personnes en difficulté qui, du fait d'une atteinte physique, psychologique, morale ou d'un problème social, se trouvent dans une insécurité ponctuelle ou permanente nécessitant une assistance matérielle, financière ou sanitaire;
- les groupes défavorisés et/ou en difficulté, qui se composent des personnes défavorisées ou en difficulté vivant ensemble ou organisées en associations et officiellement reconnues;
- les victimes de catastrophes naturelles, c'est-à-dire des personnes ou groupes de personnes ayant subi des dégâts lors d'un désastre naturel tels que les inondations, la sécheresse ou la famine, et ayant par conséquent besoin d'être secourues; et
- les victimes de crises humanitaires, qui sont des personnes ou des groupes de personnes victimes de perturbations de la société affectant cruellement leur vie, par exemple les conflits armés.

Les ressources du Fonds national de solidarité sont constituées de subventions de l'Etat, de contributions d'organismes, d'entreprises, d'institutions nationales, de partenaires techniques et financiers, ainsi que de dons et legs.

Tableau 38. Sources de financement et dépenses annuelles du FNS (2005-2009) (en millions FCFA)

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat ¹	121	193	197	101	235
Partenaires	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	3
Dons et legs	57	15	12	55	72
Total annuel	178	208	209	156	310

n.d.: non disponible. ¹ Le financement de l'Etat comprend la dotation pour le fonctionnement du FNS et la dotation pour les aides et secours divers.

Sources: Rapports financiers 2005 - 2009 du FNS.

De 2002 à 2009, au moins 61 132 personnes ont bénéficié des aides du Fonds national de solidarité:

- 11 404 cas sociaux ont pu se nourrir ponctuellement grâce à l'octroi de vivres;
- 40 817 élèves et étudiants ont pu maintenir leur scolarisation;
- 603 malades ont bénéficié de soins;
- 887 personnes handicapées ont vu leur autonomie renforcée grâce à l'octroi de tricycles et de prothèses; et
- 229 personnes ont pu améliorer leur situation socio-économique par la réalisation d'activités génératrices de revenus.

Le Fonds national de solidarité rencontre toutefois un certain nombre de difficultés dans la mise en œuvre de ses activités; principalement:

- l'insuffisance des ressources pour réaliser les activités et faire face aux sollicitations et aux besoins des personnes. Seuls 30 pour cent des requêtes reçoivent une suite favorable;
- la non-maîtrise des techniques d'élaboration des microprojets par les bénéficiaires; et
- la non-maîtrise des procédures des achats publics par les responsables du niveau déconcentré dans le cadre de la mise en œuvre des activités du FNS au niveau des régions.

6.7. Le Comité ministériel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CMLS) du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale

Le Comité ministériel de lutte contre le VIH/SIDA et les IST (CMLS) du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale ont pour mission essentielle la coordination et la réalisation des activités de prise en charge psychosociale, socio-économique et spirituelle des agents – et de leurs familles – du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale et des autres ministères.

La population cible du CMLS comprend les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Parmi les cibles indirectes, on peut noter les directions provinciales et régionales de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, le réseau des ONG et des associations. Le tableau ci-après recense les bénéficiaires des activités du CMLS/MASSN au cours de la période 2005-2010.

Tableau 39. Bénéficiaires annuels du CMLS de 2005 à 2009

	2005	2006	2007	2008	2009	TOTAL
PVVIH						
Hommes	55	60	95	429	467	1 106
Femmes	75	75	100	605	651	1 506
Total	130	135	195	1034	1118	2 612
Orphelins et enfants vulnérables						
Appui scolaire	n.d.	n.d.	n.d.	18 424	23 500	n.d.
Appui alimentaire	n.d.	n.d.	n.d.	5 551	n.d.	n.d.
Appui économique	n.d.	n.d.	n.d.	1 475	n.d.	n.d.
Appui psychosocial	n.d.	n.d.	n.d.	7 146	19 884	n.d.
Appui spirituel	n.d.	n.d.	n.d.	229	n.d.	n.d.
Appui juridique	n.d.	n.d.	n.d.	1 073	n.d.	n.d.
Appui sanitaire	n.d.	n.d.	n.d.	1 062	n.d.	n.d.
Total				34 960		
Autres bénéficiaires						
Veuves et veufs				10 431		
Groupes de parole				1 492		

n.d.: non disponible.

Sources: Rapports d'activités 2005-2009 du CMLS/MASSN.

Pour l'année 2009, les statistiques fournies précisent que:

- 360 séances de groupes de parole sur le VIH/SIDA ont été réalisées au profit des OEV dans 45 provinces;
- 520 OEV ont participé à des camps de vacances;

- 140 conjoints ou enfants infectés du personnel du MASSN ont été soutenus pour des activités génératrices de revenus (AGR);
- 20 orphelins infectés et 5 nourrices infectées par le VIH ont été pris en charge;
- 60 orphelinats ont été appuyés en vivres et produits laitiers.

Le financement de ces activités provient essentiellement des partenaires extérieurs, notamment du Fonds mondial, l'Etat n'intervenant qu'à partir de 2009 (lignes «Etat» et «MEF» du tableau ci-dessous). Le CMLS a amélioré sa collaboration avec les différents intervenants en matière de prise en charge psychosociale et socio-économique des PVVIH. Ainsi, des conventions de partenariat sont signées et une Task Force OEV a été mise en place et est opérationnelle. Le nombre de ses partenaires techniques et financiers s'est accru.

Tableau 40. Sources de financement et dépenses annuelles du CMLS/MASSN (2005-2009)
(en millions FCFA)

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	1
Fonds mondial	n.d.	n.d.	360	360	360
Panier commun SIDA	n.d.	n.d.	50	150	150
FSMOS	n.d.	n.d.	n.d.	17	n.d.
MEF (Filets sociaux)	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	150
UNICEF	n.d.	n.d.	n.d.	32	n.d.
Total annuel			410	559	661

n.d.: non disponible.

Sources: Rapports financiers 2005 - 2009 du CMLS Action sociale.

Selon le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, les efforts du CMLS ont permis la consolidation des comportements à moindre risque au sein du personnel du MASSN ainsi que de l'ensemble de son public cible. Les bénéficiaires sont plus disposés à connaître leur statut sérologique et à le partager. De même, le comportement positif vis-à-vis des PVVIH est réel, ce qui a réduit le nombre de cas de stigmatisation et de discrimination. La socialisation des orphelins et autres enfants vulnérables est effective grâce à leur scolarisation et à leur placement en apprentissage. De nombreuses familles de PVVIH répondent au mieux aux besoins de leurs membres. En matière de suivi et d'évaluation, on note l'amélioration de la qualité des prestations des acteurs de terrain grâce aux sorties de suivi des activités et de supervision qui leur sont proposées. En outre, des études réalisées ont permis de mieux cibler les interventions (Ganemtoire, 2010).

Ces résultats ne doivent toutefois pas masquer les difficultés rencontrées par le CMLS, notamment en termes de:

- débloccage tardif des financements;
- insuffisance de ressources financières et matérielles pour la réalisation de certaines activités;
- mobilité de certains membres de l'équipe d'identification et de suivi des OEV;
- insuffisance dans la prise en charge scolaire et alimentaire des OEV;
- insuffisance des structures d'écoute dans la plupart des établissements d'enseignement;

- absence de mesures d’accompagnement au cours de la formation des OEV placés en apprentissage; et
- insuffisance de suivi-évaluation et de coordination des activités de prise en charge psychosociale et des OEV des intervenants.

6.8. Les Centres de production et de formation pour jeunes filles (CPFJF)

Regroupés sous l’appellation «Projet mille jeunes filles», les centres de production ont été lancés par le chef de l’Etat afin de renforcer le rôle des femmes dans le processus de développement socio-économique du Burkina Faso. Ces centres ont pour mission de recruter, former, installer et suivre les jeunes filles rurales déscolarisées ou non scolarisées dans leurs communautés, à travers:

- l’alphabétisation intensive dans diverses langues nationales;
- l’approche focalisée sur l’apprentissage d’un métier (agriculture, maraîchage, transformation et conservation des produits de la pêche, élevage, couture, tissage, teinture locale, restauration/pâtisserie locale);
- la création et la gestion de microentreprises;
- l’augmentation du niveau de connaissances générales sur des problématiques telles que l’éducation à la vie familiale, la santé de la reproduction, l’éducation environnementale, le secourisme, etc.); et
- l’initiation aux rôles de relais communautaires.

Les centres de production et de formation sont au nombre de deux, situés dans le périmètre irrigué du Sourou, à Niassan et Dédé, avec une coordination nationale à Ouagadougou.

Les CPFJF ciblent les jeunes filles de 14 à 18 ans réellement ou potentiellement dans une situation très difficile, en particulier les non scolarisées désœuvrées ou les déscolarisées. Les bénéficiaires indirects sont les proches parents de ces jeunes filles ainsi que leurs communautés respectives.

Pour la période 2005-2009, les ressources allouées au financement des activités des Centres de production et de formation pour jeunes filles de Niassan et de Dédé provenaient pour moitié de Taïwan, Chine, et pour moitié de l’Etat. Le tableau ci-dessous fait toutefois apparaître un passage progressif d’un financement externe à un financement national du CPF/JF au cours de cette période.

Tableau 41. Dépenses annuelles du CPF/JF de 2005 à 2009 (en millions FCFA)

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	n.d.	43	150	41	40
Taiwan, Chine	50	50	100	60	n.d.
Total annuel	50	93	250	101	40

n.d.: non disponible.

Sources: Rapports financiers 2005-2009 du CPF/JF.

De 2005 à 2009, les Centres de production et de formation pour jeunes filles de Niassan et Dédé ont formé 497 filles âgées de 14 à 18 ans. Aujourd’hui installées, elles mènent des activités génératrices de revenus et sont autonomes. On remarque en outre une amélioration des conditions de vie de leurs familles et de leurs communautés. On observe

également une diminution du nombre de grossesses et de mariages précoces, à la fois chez les adolescentes formées et chez les bénéficiaires des activités de sensibilisation qu'elles mènent.

Les difficultés rencontrées par les Centres de production et de formation pour jeunes filles sont liées:

- au coût élevé de la formation en régime d'internat; et
- à l'insuffisance de financement pour la formation des jeunes filles.

6.9. Financement et dépenses des services d'action sociale

L'imprécision des données concernant le CONASUR ne permet pas de procéder à une ventilation des données plus fine que celle présentée dans le tableau ci-dessous, qui donne néanmoins un aperçu des sources de financement de l'action sociale, essentiellement l'Etat et des partenaires. On notera que certains services sociaux sont susceptibles de générer des ressources propres, bien que celles-ci restent faibles.

Tableau 42. Budget global de l'action sociale (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
Dépenses publiques	615	419	695
MEADO	266	244	234
CFAF	2	4	5
Hôtel maternel de Ouagadougou	–	30	30
FNS	197	101	235
CMS	–	–	151
CPF/JF	150	41	40
Aide internationale	568	701	586
MEADO	36	58	53
CFAF	2	4	–
Hôtel maternel de Ouagadougou	20	20	20
FNS	–	–	3
CMS	410	559	510
CPF/JF	100	60	n.d.
Ressources propres	16	19	16
MEADO	16	17	14
Hôtel maternel de Ouagadougou	–	2	2
Dons et legs	12	55	72
FNS	12	55	72
CONASUR	364	351	369
Total	1 576	1 544	1 737

–: valeur nulle. n.d.: non disponible.
Source: BIT (2010b).

6.10. Une analyse des performances des services d'action sociale

Globalement, le manque de ressources humaines, matérielles et financières est la principale difficulté mentionnée par ces services sociaux.

Concernant les ressources humaines, les structures sont confrontées à un manque de personnel, en particulier d'éducateurs spécialisés et d'agents de terrain qualifiés, ce qui entraîne un encadrement insuffisant des enfants formés et leur manque de suivi une fois qu'ils ont quitté leur centre d'accueil. Ces problèmes ne concernent pas uniquement les centres de formation des jeunes. Ainsi, l'hôtel maternel de Ouagadougou manque de personnel de soutien, notamment de nourrices formées; les capacités des responsables du niveau déconcentré du FNS doivent être renforcées en matière de procédures des achats publics; et l'équipe de suivi et d'identification des OEV du CMLS connaît une forte rotation du personnel.

En termes de matériel, les besoins portent sur les outils et supports de formation et sur la matière première pour les ateliers d'apprentissage (MEADO). Les infrastructures pour les centres d'accueil sont souvent vétustes et insuffisantes. Pour le SP/CONASUR, les problèmes se posent en termes de vétusté du parc automobile et d'absence de stock minimum d'intervention d'urgence au niveau déconcentré.

Sur le plan des ressources financières, les difficultés rencontrées sont de deux ordres puisque, à l'insuffisance des financements s'ajoutent les déblocages irréguliers et souvent partiels des subventions de l'Etat.

Il conviendrait également d'examiner le rôle des ONG et des services sociaux des communes dans ce domaine. Leur intervention est en effet importante face à l'ampleur et à l'hétérogénéité des missions de l'action sociale, aux besoins grandissants et aux insuffisances des structures rattachées au MASSN.

Un simple coup d'œil sur l'annuaire des ONG au Burkina Faso donne une idée du nombre d'intervenants privés (mais non de la qualité des interventions). A l'instar de ce qui se produit pour la couverture du risque maladie et pour les filets sociaux, l'ensemble des interventions menées dans le domaine de l'action sociale se déploie dans un cadre hétérogène et dispersé, même si des plates-formes entre acteurs existent, notamment au niveau des localités.

7. Les fonds pour l'emploi

Depuis plusieurs années, le Burkina Faso s'est résolument engagé en faveur de l'emploi. Cet engagement s'est concrétisé par la mise en place d'importantes réformes et initiatives. Ainsi, un ministère en charge des questions d'emploi a été créé en 2006, une Politique nationale de l'emploi (PNE) a été adoptée et un Conseil national pour l'emploi et la formation professionnelle (CNEPF) a été institué en 2009 pour piloter la mise en œuvre de la PNE. Enfin, une Revue des dépenses publiques et un budget-programme ont été réalisés pour mieux intégrer dans le processus budgétaire les priorités en matière d'emploi.

La Politique nationale de l'emploi (PNE) offre une vision et un cadre qui couvrent les différents domaines d'action ayant une incidence sur l'offre et la demande d'emploi et sur le fonctionnement des institutions du marché du travail. En ce qui concerne les mesures de promotion directe de l'emploi, le Burkina Faso a mis en place un certain nombre de programmes spécifiques et notamment, entre autres, le Fonds d'appui au secteur informel (FASI), le Fonds d'appui à la promotion de l'emploi (FAPE), le Fonds d'appui aux initiatives des jeunes (FAIJ) et le Fonds d'appui à la formation professionnelle et à l'apprentissage (FAFPA). L'objectif initial des fonds est la création d'emplois de courte durée en faveur des personnes actives en situation d'exclusion et de pauvreté à la suite d'un choc (perte d'emploi, fermeture d'entreprise, crise économique). Initialement mis en place pour répondre de façon rapide aux problèmes de transition occasionnés par les programmes d'ajustement structurel, ils ciblaient en particulier les travailleurs «déflatés». Par la suite, face à la persistance et à l'ampleur de l'impact des crises économiques en termes de chômage et de sous-emploi, les Fonds d'appui ont étendu leur mission à la création et à la consolidation d'emplois pour l'ensemble des catégories d'actifs exclus du marché du travail, en particulier les jeunes et les travailleurs occupant des emplois informels. L'expérience d'autres pays montre que des Fonds d'appui bien conçus, bien mis en œuvre et évalués peuvent contribuer à atténuer de façon efficace les chocs subis par les actifs sur le marché du travail, notamment en termes de revenus. Ils peuvent donc être des instruments efficaces de lutte contre la pauvreté. Contrairement à un système d'assistance sociale traditionnel, l'aide financière des Fonds est fournie sous forme de crédits accompagnés d'une série de services non financiers (formation, conseil en affaires, suivi-accompagnement, etc.) afin d'assurer une insertion durable sur le marché du travail.

La Politique nationale de l'emploi place également au cœur de ses priorités le recours plus systématique et répandu aux méthodes à forte intensité d'emploi offrant un potentiel important de création d'emplois pour la main d'œuvre non qualifiée et qualifiée des campagnes et des villes. Les programmes HIMO, qui visent à fournir une source de revenu aux actifs vulnérables aux chocs (catastrophes naturelles, période de soudure, sécheresse, crise économique), sont à ce titre particulièrement appropriés dans les situations de grande vulnérabilité, tout en contribuant par ailleurs au développement d'infrastructures, au développement régional et au processus de décentralisation.

7.1. Les fonds d'emploi et de formation

C'est vers la fin des années 1990 que les deux premiers fonds d'emploi ont été créés: le Fonds d'appui au secteur informel (FASI) et le Fonds d'appui à la promotion de l'emploi (FAPE). Le Fonds d'appui à la formation professionnelle et à l'apprentissage (FAFPA) a été mis en place en 2003 et le Fonds d'appui aux initiatives des jeunes (FAIJ) en 2008. Les fonds sont régis par la loi n°004-2005/AN du 24 mars 2005 portant définition et réglementation des fonds nationaux de financement et par le décret n°2005-557/PRES/PM/MFB du 27 octobre 2005 portant statut général des fonds nationaux de financement. Aux termes de cette loi, les fonds sont des Etablissements publics nationaux

de financement placés sous la tutelle technique du ministre chargé de l'Emploi et de la Jeunesse et sous la tutelle financière du ministre chargé des Finances.

7.1.1. Aperçu des fonds d'emploi et de formation

Les trois fonds d'emploi (FASI, FAIJ, FAPE) visent principalement à lutter contre le chômage et la pauvreté par l'octroi de prêts pour la création et le développement d'entreprises et d'activités économiques. Les trois fonds poursuivent des objectifs similaires. Ils visent à canaliser des ressources, en fonction de critères d'éligibilité prédéfinis, vers des projets de petite envergure pour des groupes pauvres et vulnérables. Le financement de projets économiques est réalisé dans plusieurs domaines d'activité que l'on peut regrouper autour de l'agriculture, l'élevage, la transformation, l'artisanat (de production, de services et d'art) et le commerce. Les prêts sont accordés à des conditions plus favorables que celles imposées par le secteur bancaire privé.

Le quatrième fonds, le FAFPA, intervient dans le cofinancement d'actions de formation professionnelle (perfectionnement, apprentissage), mais également dans l'appui technique et financier à l'identification de besoins en compétences ainsi que dans l'équipement de centres de formation professionnelle à hauteur de 25 pour cent.

Pour l'ensemble des quatre Fonds de promotion de l'emploi et de la formation professionnelle, des guichets uniques ont été mis en place dans les régions entre 2007 et 2008 en vue de mutualiser les moyens des fonds au service de leurs cibles. On s'attend à ce que la création des guichets uniques permette une augmentation annuelle de 5 pour cent en moyenne du nombre de projets financés et de 10 pour cent du nombre d'emplois créés par fonds.

Tableau 43. Présentation synthétique des fonds d'appui

	FAIJ	FASI	FAPE	FAFPA
Mission	Lutter contre la pauvreté et le chômage des jeunes diplômés par la formation en entrepreneuriat et le financement des projets rentables à des conditions favorables	Promouvoir l'accès des opérateurs du secteur informel au crédit afin d'accroître les opportunités de création d'emplois	Lutter contre le chômage et la pauvreté par la promotion de l'emploi indépendant et l'émergence de microentreprises	Financer la formation professionnelle continue et la formation par l'apprentissage
Objectifs opérationnels	Former 5 000 jeunes en entrepreneuriat par an, répartis proportionnellement à la taille de la région	Octroyer 700 millions de francs CFA de crédit par an pour le financement de 1 500 microentreprises	Octroyer le financement de x projets par an (par ex. 240 pour 2010; 183 pour 2011)	Satisfaire 50 à 60% des demandes de formation reçues des associations et des entreprises
Publics cibles	Les jeunes de 15 à 35 ans de niveau 3e ayant reçu la formation en entrepreneuriat du programme de formation de 5 000 jeunes en entrepreneuriat (PFE) et porteurs d'un projet rentable; Les associations de jeunesse détentrices d'un projet générateur de revenus et/ou créateur d'emplois et dont deux (2) responsables (au moins) ont bénéficié d'une formation PFE	Les personnes physiques ou morales de nationalité burkinabé exerçant ou désirant exercer dans les domaines d'intervention du FASI, dont les personnes handicapées	– les personnes physiques âgées de 18 ans au moins et de 60 ans au plus jouissant de leurs droits; – les associations; – les groupements; – les personnes morales; – les personnes handicapées.	– les salariés d'entreprises – les artisans et autres acteurs du secteur informel – les actifs ruraux – les apprentis – les jeunes et les femmes sans emploi et sans qualification – les formateurs des organismes de formation habilités
Prestations	Services financiers: (i) prêts au démarrage; (ii) fonds de roulement; (iii) crédit d'équipement; (iv) crédit de diversification d'activités ou d'extension Services non financiers: (i) formation avant le projet par des cabinets conseils sélectionnés par le FAIJ; (ii) appui à l'élaboration de plan d'affaires; (iii) suivi sur site	Services financiers: (i) prêts au démarrage; (ii) fonds de roulement; (iii) crédit d'équipement; (iv) crédit de diversification d'activités ou d'extension Services non financiers: (i) aide au montage des dossiers par les agents FASI; (ii) suivi du recouvrement des créances	Services financiers: (i) création de projets; (ii) fonds de roulement; (iii) crédit d'équipement; (iv) crédit de diversification d'activités ou d'extension; (v) préfinancement de contrats de marché Services non financiers: (i) aide au montage des dossiers avec l'assistance de l'ANPE	Services: (i) financer des actions individuelles et collectives de formation rapide à finalité de l'emploi; (ii) appuyer les opérateurs de formation professionnelle par le financement du perfectionnement de leurs formateurs et l'élaboration de stratégies d'ingénieries pédagogiques; (iii) appuyer les instituts de formation à moderniser leurs équipements et contribuer à l'identification des besoins en matière de formation
Condition de prêt	Crédits de 200 000 FCFA à 2 millions FCFA pour une durée de 3 à 36 mois Les taux d'intérêt sont de (i) 2% pour les personnes handicapées, (ii) 3,5% pour les femmes et 4% pour les hommes.	Crédits de 1 500 000 FCFA pour une durée de 5 ans Les taux d'intérêt sont de (i) 13% pour le commerce, les prestations de services et l'artisanat; (ii) 10% pour l'agriculture et l'élevage; (iii) 4% pour les personnes handicapées.	Crédits de 1 500 000 FCFA à 10 000 000 FCFA pour une durée de 5 ans Les taux d'intérêt sont de (i) 8% pour l'agro-pastoral, (ii) 10% pour l'artisanat; (iii) 12% pour le commerce et les prestations de services; (iv) 4% pour les personnes handicapées.	Octroi de subventions de formation à hauteur de 75% maximum. Plafond de subvention par an: (i) 10 millions pour les groupements et associations (secteur non structuré); (ii) 30 millions pour les entreprises formelles.

7.1.2. Financement des fonds d'appui

Les fonds d'appui sont considérés comme des structures pérennes, avec une reconduction tacite de la subvention accordée par l'Etat. Les ressources des fonds proviennent de l'Etat ou de dons des partenaires techniques et financiers, comme ce fut le cas de la coopération avec Taiwan au profit du FASI et du FAPE (jusqu'en 2007) et de la coopération suisse en faveur du FAFPA (jusqu'en 2011). Face aux impacts de la crise internationale au Burkina Faso, des enveloppes exceptionnelles ont été accordées au MJE par le ministère des Finances afin de renforcer les fonds d'appui (520 millions en 2009).

Les ressources allouées par le ministère des Finances au MJE pour les fonds d'appui (sous forme de dépenses de transfert au Titre IV) sont restées plutôt stables au cours des dernières années, avec une légère augmentation de près de 20 pour cent entre 2007 et 2009. Toutefois, leur part dans le budget total du MJE est demeurée relativement stable (10,4 à 12,5 pour cent). L'exécution des dépenses des fonds est très bonne, les taux d'exécution avoisinant 90 pour cent. Les services financiers des fonds sont fournis sous forme de crédits, dont le recouvrement atteint un niveau moyen de 80 pour cent, permettant une certaine capacité d'autofinancement. Le financement des fonds est donc en grande partie lié au remboursement des anciens prêts et à l'apport de l'Etat (voir Revue des dépenses publiques du MJE, 2010). Les tableaux ci-dessous présentent la contribution de l'Etat aux fonds (les ressources par autofinancement ne sont pas incluses).

Tableau 44. Evolution des allocations initiales pour les Fonds emploi et formation (en millions FCFA)

	2007	2008	2009 ¹
FAIJ (Fonds d'appui aux initiatives des jeunes)	93	95	110
FAPE (Fonds d'appui à la promotion de l'emploi)	130	145	160
FASI (Fonds d'appui au secteur informel)	108	120	138
FAFPA (Fonds d'appui à la formation professionnelle et à l'apprentissage)	350	350	417
Guichets Fonds uniques	n.d.	120	n.d.
TOTAL Fonds d'appui	681	830	825
Total budget MJE	6 540	6 640	6 610

n.d.: non disponible. ¹ Hors enveloppe exceptionnelle.
Source: MEF/loi de finances initiale (Revue des dépenses publiques du MJE, 2010).

Les fonds d'appui sont toutefois confrontés à l'incertitude, ne sachant pas s'ils vont pouvoir disposer à temps des ressources budgétaires compte tenu des retards de décaissement au niveau du ministère des Finances, voire, dans le contexte de la régulation budgétaire centrale du budget de l'Etat, de l'annulation d'une partie des engagements inscrits dans la loi de finances.

Tableau 45. Allocations réelles et taux d'exécution pour les fonds emploi et formation (en milliers FCFA)

	2007		2008		2009	
	Dotation	Taux exécution	Dotation	Taux exécution	Dotation	Taux exécution
FAIJ Montant total régulé	48 000	98,6%	80 000	100%	82 500	83,3%
FAPE	119 000	100%	118 750	98,9%	120 000	95,6%
FASI	108 000	99,1%	120 000	100%	123 000	43,5%
FAFPA	350 000	100%	310 000	100%	221 600	100%

Source: DAF/MJE, selon la loi de finances rectifiée (RDP du MJE, 2010).

7.1.3. Performance et impact des fonds d'appui

Les Fonds d'appui à la promotion de l'emploi ont des niveaux de performance variés (voir le tableau récapitulatif pour 2006-2008 en annexe 3) en termes de:

Répartition des bénéficiaires des fonds

L'analyse des bénéficiaires fait apparaître certaines disparités en fonction du sexe, de l'âge, du niveau d'instruction et des régions.

- L'analyse selon le genre montre qu'un tiers des bénéficiaires directs des trois fonds d'emploi sont des femmes. En revanche, la tendance est inverse pour le FAFPA, dont environ 52 pour cent de bénéficiaires entre 2007 et 2009 étaient des femmes.
- Les déséquilibres jouent en faveur des plus de 35 ans (à l'exception du FAIJ, dont les 20-30 ans représentent 72 pour cent). Sur l'ensemble des Fonds, plus d'un tiers des bénéficiaires ont atteint le niveau secondaire, mais près d'un quart des bénéficiaires du FASI et du FAPE sont analphabets.
- Les tendances de la répartition des bénéficiaires par région révèlent une forte concentration des interventions au profit des régions du Centre et du Haut-Bassin. Les autres régions cumulent des taux de pénétration assez faibles (2 à 6 pour cent de la population). La répartition régionale des bénéficiaires ne suit pas la cartographie de la pauvreté au Burkina Faso, plus accentuée dans la région de la Boucle du Mouhoun, dans l'Est, le Sud-Ouest et le Sahel que dans les régions du Centre et des Hauts Bassins qui recueillent 60 pour cent des projets et des financements.

Nombre et nature de projets financés

- En 2008, le nombre de projets financés par les Fonds était de 1 701. Ce chiffre passe à 2 837 en 2009, dont 210 pour le FAPE, 1 330 pour le FASI et 1 297 pour la FAIJ.
- Le nombre d'emplois créés ou consolidés par projet financé par les fonds d'appui varie de 5 pour le FAPE à 2,5 pour le FASI et 1 pour la FAIJ.
- L'analyse de l'orientation sectorielle des financements des fonds indique que la majorité des montants est destinée aux activités de commerce général, pour lesquelles les potentialités de création d'emplois sont relativement limitées (47 pour cent pour le FAPE et 72 pour cent pour le FASI), ou aux services dans le cas de la FAIJ (51 pour cent). Les activités productives à forte potentialité d'emplois, en particulier dans les secteurs agropastoral et de l'artisanat de production, sont plus faiblement concernées.

Création et consolidation des emplois

- En 2008, on estime à 3 313 le nombre d'emplois directs créés et consolidés par les fonds d'appui. Il est de 5 286 en 2009, dont 666 pour le FAPE, 3 323 pour le FASI et 1 297 pour la FAIJ. Au total, en 2009, près de 9 000 emplois rémunérés directs et indirects ont été créés ou consolidés par ces trois fonds. Concernant le FAFPA, le nombre de bénéficiaires est passé de 2 787 en 2007 à 3 100 en 2010. Le nombre de personnes formées par an est en moyenne de 2 700.
- Si, d'une manière générale, les fonds ont un impact positif sur la promotion de l'emploi, il demeure néanmoins limité par rapport aux besoins du marché du travail. Le nombre d'emplois créés entre 2006 et 2009 représente environ 1,5 pour cent du nombre de chômeurs au Burkina Faso et le nombre d'emplois consolidés au cours de cette période correspond à 0,85 pour cent du nombre des actifs sous-employés. Ainsi, le dispositif de financement pour la promotion de l'emploi touche directement 0,9

pour cent des actifs au chômage ou sous-employés, dont un tiers de femmes (Revue des dépenses publiques, MJE, 2010). Concernant le FAFPA, ses résultats en 2010 correspondent à environ 0,30 pour cent de sa cible potentielle (975 000 personnes, dont 225 000 salariés et 750 000 membres des groupements associatifs).

Coût unitaire par emploi créé et consolidé

- Pour la même année, les coûts unitaires varient selon les fonds: 180 000 francs CFA par emploi créé ou consolidé au FASI; 630 000 francs CFA au FAPE et 980 000 francs CFA au FAIJ.³ Si on prend en compte le taux moyen de recouvrement (79 pour cent pour le FAIJ, 90 pour cent pour le FASI et 87 pour cent pour le FAPE), on peut estimer que le coût par emploi créé et consolidé entre dans une fourchette de 10 à 20 pour cent de ces coûts unitaires, selon les fonds. Entre 2007 et 2008, le coût par bénéficiaire des formations du FAFPA se situe entre 91 600 et 100 900 francs CFA.
- Globalement, l'impact du dispositif de financement du MJE destiné à la promotion de l'emploi à travers les fonds d'appui a baissé au cours des trois dernières années. En effet, le nombre d'emplois créés ou consolidés est tombé de 5 186 en 2006 à 3 313 en 2008, pour un montant global des financements resté relativement stable (autour de 1,1 milliard de francs CFA par an).

Conditions de vie des travailleurs

L'enquête réalisée auprès des bénéficiaires des fonds d'appui (ONEF, 2011) montre que l'impact de ces fonds est positif, notamment en influant sur la durée du travail (baisse du travail journalier au profit du travail à la semaine et au mois) et en permettant une augmentation des emplois rémunérés et une hausse des revenus, qui auraient en particulier triplé pour les travailleurs journaliers. Les bénéficiaires constatent par ailleurs une amélioration de leurs conditions de vie, pour eux-mêmes et pour leur famille (alimentation, accès au logement, éducation et santé).

7.1.4. Défis posés aux fonds d'appui

En dépit de leur impact positif sur la création d'emplois, les fonds d'appui doivent encore faire face à un certain nombre de contraintes et relever une série de défis pour maximiser leur impact en termes d'insertion sur le marché du travail au regard des besoins réels, de l'importance de la population potentiellement concernée et des niveaux de vulnérabilité des travailleurs:

- Les fonds adoptent une approche centrée sur la demande, induite par des priorités d'interventions trop générales et des populations cibles mal définies. Au vu des éléments susmentionnés et pour une meilleure efficacité à terme, il apparaît nécessaire d'inverser la tendance en adoptant une approche centrée sur l'offre et de mieux cibler les bénéficiaires des fonds en favorisant les femmes ou encore la population rurale active et les régions les plus pauvres et en orientant les actions vers les secteurs productifs les plus porteurs d'emplois.

³ Etant donné que les informations nécessaires au calcul des coûts par emploi créé/consolidé ne sont pas toutes disponibles, le montant fourni ici est approximatif. Calculé sur la base des données disponibles, il ne prend pas en compte certains éléments tels que les frais administratifs, les délais de paiement des prêts, etc., qui permettraient de calculer le coût exact des emplois créés et consolidés.

- La dynamique de mutualisation des fonds d'appui qui a démarré avec la création d'un guichet unique doit encore être poursuivie, avec notamment la mise en place d'un cadre formel et fonctionnel de concertation de tous les fonds, ainsi que la mutualisation à terme des ressources, y compris les ressources humaines. La mise en place de guichets uniques dans les régions reste limitée, tout étant décidé et géré à Ouagadougou, ce qui pénalise les régions rurales où les besoins sont très importants.
- Les ressources humaines et financières dont disposent les fonds sont largement insuffisantes. Chaque guichet unique couvre la population de sa région. A raison d'une couverture moyenne d'un guichet pour 1 024 113 habitants, il est pratiquement impossible de fournir des prestations au niveau requis. Par ailleurs, les fonds accusent des déficiences dans la mobilisation de leurs ressources financières, aussi bien en termes de volume que de délais. Il est nécessaire de renforcer le dispositif de financement des fonds afin d'accroître son impact sur les populations visées.
- Les fonds d'appui font l'objet de peu de suivi et d'évaluation et les outils sont insuffisants pour évaluer l'impact à moyen terme (durabilité des emplois, revenus, sous-emploi). Il faudrait développer des moyens pour fournir des informations sur les caractéristiques des bénéficiaires, le coût des programmes, les mécanismes de ciblage et les véritables résultats en termes d'emplois créés, de revenus et de pérennité des entreprises créées par les jeunes. Un suivi systématique des fonds d'emploi est nécessaire afin de tirer les enseignements des expériences actuelles et d'investir dans les mesures ayant donné des résultats avérés, tout en changeant ou en abandonnant celles qui sont inefficaces. Il s'agit d'une condition essentielle pour le passage à l'échelle supérieure.
- Enfin, les Fonds opèrent de façon isolée et il existe très peu de coopération avec les autres institutions. Des fonds et programmes d'emploi combinés avec des interventions dans les domaines de la formation, de l'éducation, de l'accès à la santé, etc., pourraient produire de meilleurs résultats.

En d'autres termes, il convient d'améliorer la performance, l'efficacité et l'impact des Fonds en (i) définissant des instruments adaptés et basés sur les besoins; (ii) améliorant l'efficacité du ciblage des programmes; (iii) introduisant de nouvelles mesures de promotion de l'emploi et en favorisant la complémentarité avec d'autres programmes, en particulier de protection sociale.

7.2. Travaux à haute intensité de main-d'œuvre (HIMO)

Dans l'optique de formuler une nouvelle génération de programmes HIMO, le ministère de la Jeunesse et de l'Emploi (MJE) a entrepris de tirer des leçons des expériences passées à travers une revue des programmes HIMO de 1980 à nos jours (Revue des programmes HIMO au Burkina Faso, MJE, PNUD, 2011).

Tableau 46. Aperçu des principaux programmes HIMO mis en œuvre au Burkina Faso (1980-2011)

PROJETS	Montant investissements (en FCFA)	Nombre d'emplois		Ratios main d'œuvre (%)	Fixation du salaire	Nature et régularité	Temps de travail/Durée des travaux	Respect des normes
		Hommes	% de femmes					
PSTP/HIMO (1982-1987)	2 milliards	50 430 dont 37 815 emplois indirects	35	45%	½ du SMIG	Espèces/mois	7h-15h/8 mois	Casques/gants
Infrastructures de Kaya (1994-1999)	474 956 dollar E.-U.	607 permanents et 1 821 emplois indirects	25	42%	SMIG	Espèces/mois	7h-15h/8 mois	Casques/gants
Faso Baara (1991- fin 2002)	salaires: 10,3 milliards	107 300 emplois dont 2 150 emplois permanents	n.d.	20%	SMIG	n.d.	n.d.	n.d.
PDVM				40-50%	SMIG			
FICOD	7,2 milliards	50-100 personnes/jour	22-30%	30%	SMIG et à la tâche	Espèces/15 jours/tournante	7h-16h/7 mois	Casques/gants
Pistes rurales de l'Est/KFW	4 366 milliards	900 personnes/mois	30%	20-25%	SMIG et à la tâche	Espèces/15 jours/tournante	7h-14h/5 à 6 mois	Casques/gants
BKF/94/06-Appui au développement des capacités locales (1996-2002)	1 200 millions	40 889	n.d.	57 millions	n.d.	Espèces	7h-15h/3 mois	Casques/Gants

n.d.: sans objet ou non disponible.

Source: Revue des programmes HIMO au Burkina Faso, MJE, PNUD, 2011.

La revue du MJE dresse le bilan suivant:

- Les programmes HIMO ont fait la promotion de l'utilisation de la main-d'œuvre locale et des matériaux locaux (permettant une économie de devises de 50 à 60 pour cent) par des activités favorisant l'économie locale (infrastructures marchandes telles que marché, gare routière, banque de céréales, boutique, etc.) et le développement social (infrastructures sociales telles que des centres de santé, pharmacie, écoles, etc.). Les projets HIMO ont également permis la construction d'infrastructures publiques (microbarrages, routes pavées, puits, pistes rurales).
- L'approche HIMO a un effet positif direct sur l'importance du volume de création d'emplois et offre des opportunités de formation dans les zones les plus pauvres. La masse salariale a représenté en moyenne 30 pour cent du coût total des programmes, tandis que le coût moyen d'actifs est resté compétitif (l'option fondée sur une forte utilisation de la main d'œuvre est de 10 à 30 pour cent moins chère que l'option à forte intensité d'équipement). Les bénéficiaires ont pu obtenir des revenus moyens variant de 27 000 à 150 000 francs CFA par mois. Le système de paiement privilégié est le paiement à la tâche, en espèces, au SMIG et par quinzaine. La durée des chantiers est en moyenne de 5 à 6 mois. Les femmes représentent environ 30 pour cent des effectifs des travailleurs des chantiers HIMO. Finalement, les programmes HIMO ont favorisé le renforcement des capacités des travailleurs à travers les

chantiers-écoles, la formation de petites entreprises locales et les actions de suivi-accompagnement et d'assistance-conseil dispensés dans le cadre des programmes HIMO.

La mise en œuvre de l'approche HIMO au Burkina Faso a également fait face à une série de contraintes et certains défis sont encore à relever:

- A ce jour au Burkina Faso, les programmes demeurent fragmentés, fortement dépendants des financements extérieurs, et font face à des difficultés d'extension au-delà des zones d'intervention des partenaires au développement, limitant ainsi une utilisation plus systématique des méthodes HIMO. La Politique nationale de l'emploi souligne que *«l'approche HIMO pratiquée dans le passé s'est assez largement perdue. A l'échelon public il n'y a plus aucune prise en charge de l'approche»*. La pérennité des programmes HIMO existants et à venir représente donc un défi pour l'Etat.
- D'autre part, les initiatives HIMO sont organisées isolément, sans ancrage territorial structuré autour du processus de décentralisation en cours. La création ces dernières années d'un grand nombre de communes rurales dans le pays doit encore être exploitée dans ce contexte, eu égard à leur rôle moteur dans la promotion de l'emploi des jeunes au niveau local.
- Bien que les programmes HIMO soient présents dans les zones pauvres et vulnérables et aient pour principal objectif de soutenir la formation et de nouvelles opportunités d'emploi ainsi que de contribuer à la réduction de la pauvreté, il n'existe pas de réels outils de ciblage permettant d'inscrire les individus les plus pauvres dans les programmes. Le choix des bénéficiaires revient aux comités villageois de développement, sans aucun ensemble de critères spécifiques sur le plan national (critère de pauvreté ou de genre).

Le ministère de la Jeunesse et de l'Emploi envisage l'élaboration de deux nouveaux projets pilotes, l'un en milieu urbain et l'autre en milieu rural. Par ailleurs, d'autres projets HIMO sont envisagés par les partenaires au développement, dont un programme d'infrastructures urbaines HIMO (HELVETAS), un programme de pistes rurales HIMO (Banque mondiale) et un programme de pistes rurales (Union européenne). Fort des enseignements retirés des expériences conduites au Burkina Faso et dans les autres pays, il est possible de concevoir des programmes plus performants de travaux à haute intensité de main-d'œuvre, notamment en: (i) combinant les programmes HIMO avec des programmes de filets sociaux ciblés en vue de créer un système effectif à même de fournir l'assistance nécessaire aux familles pauvres et vulnérables; (ii) accordant une plus grande attention aux méthodes de ciblage, à la durée et au chronogramme des travaux, aux dispositions spécifiques permettant d'accroître la participation des femmes et des plus pauvres; (iii) intégrant la démarche HIMO dans le processus de programmation des investissements publics afin d'institutionnaliser l'approche et d'optimiser durablement l'impact des investissements sur la création d'emplois; (iv) intégrant le suivi évaluation comme une composante essentielle des programmes HIMO; et (v) renforçant les compétences des acteurs techniques du secteur.

8. Le budget social en 2007 et 2008

Ce chapitre regroupe les différentes composantes (hors fonds pour l'emploi) de la protection sociale examinées séparément dans les pages précédentes, afin de proposer une analyse globale de l'architecture actuelle de la protection sociale et du budget social du Burkina Faso.

8.1. Budget social

Le tableau ci-dessous compile l'ensemble des dépenses et des ressources des composantes de protection sociale passées en revue dans les chapitres précédents, pour les années 2007, 2008 et partiellement 2009.

Tableau 47. Budget social condensé 2007-2009 (en millions FCFA)

	2007	2008	2009
Ressources			
1. Pensions	50 540	49 499	54 008
CARFO	23 931	25 877	29 859
CNSS	26 609	23 621	24 148
2. Accidents du travail	5 520	6 222	7 225
CNSS	5 520	6 222	7 225
3. Assistance et action sociale	46 853	59 486	66 600
Aide internationale	46 853	39 647	66 600
Dépenses publiques		18 295	
4. Prestations familiales et maternité	11 362	12 423	14 816
CNSS	11 362	12 423	14 816
5. Santé et soins médicaux	112 286	126 463	n.d.
Aide internationale	60 231	70 834	n.d.
Dépenses publiques	52 055	55 629	n.d.
Total ressources	226 561	254 093	n.d.
Dépenses			
1. Pensions	36 350	37 641	37 122
CARFO	14 932	16 064	17 938
CNSS	21 418	21 578	19 184
2. Accidents du travail	2 656	3 257	3 398
CARFO	n.d.	n.d.	121
CNSS	2 656	3 257	3 277
3. Assistance et action sociale	46 853	59 486	66 600
Filets sociaux	45 278	57 942	64 862
Services d'action sociale	1 576	1 544	1 737
4. Prestations familiales et maternité	6 800	8 155	7 881
CNSS	6 800	8 155	7 881
Budget Etat (fonctionnaires)	n.d.	n.d.	n.d.
5. Santé et soins médicaux	112 286	126 463	n.d.
6. Accumulation de réserves régimes légaux	21 616	19 090	27 769
Total dépenses	226 561	254 093	n.d.
n.d.: non disponible.			
Source: BIT (2010b).			

Les dépenses sont égales aux revenus des prestations, sauf dans le cas des prestations consacrées aux pensions et aux accidents du travail, pour lesquelles les ressources doivent être supérieures à leur utilisation de façon à maintenir des réserves pour les prestations futures.

Ce budget représente 7 pour cent du PIB en 2007 et 6,9 pour cent en 2008. Il faut toutefois souligner qu'il n'est pas complet car il manque notamment les dépenses sociales de l'Etat pour les fonctionnaires, les magistrats et les militaires (allocations familiales, soins de santé, etc.), financées directement par le budget national.

Les dépenses

Dans le graphique ci-après, les dépenses du budget social sont réparties selon la fonction sociale à laquelle elles répondent, c'est-à-dire en fonction du type de risque social dont elles assurent la couverture à travers l'assurance et l'assistance sociale, ainsi que les dépenses nationales de santé. Cette répartition des dépenses, illustrée dans le graphique ci-dessous pour l'année 2008, était la même en 2007.

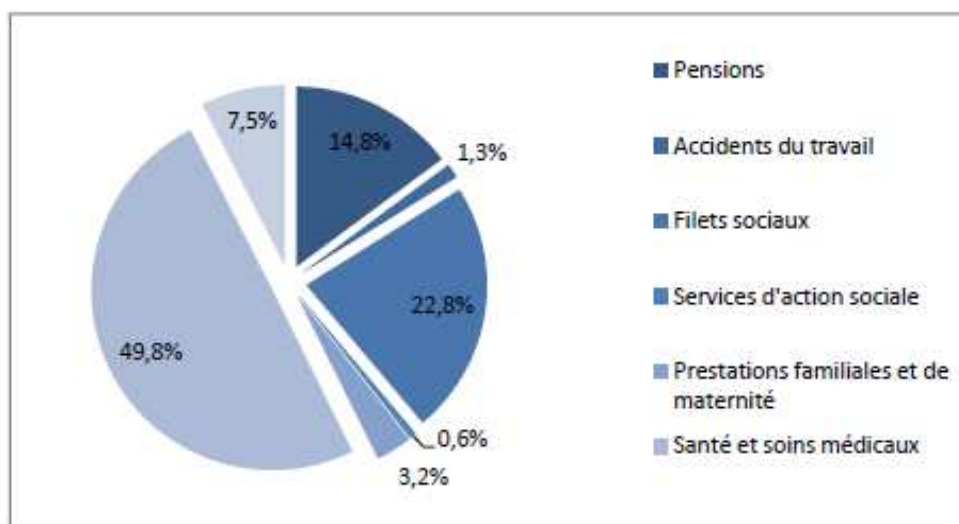
Entre 2007 et 2008, le montant des dépenses a augmenté de 12 pour cent, passant de 227 à 254 milliards de francs CFA. Toutefois, en proportion du PIB, ces dépenses globales sont demeurées stables. La croissance économique enregistrée sur ces deux années n'a donc pas donné lieu à un investissement globalement plus important dans la protection sociale, hormis pour les filets de sécurité, qui ont bénéficié d'une augmentation substantielle sur la période.

Le budget social est consacré à 50 pour cent à la santé, dans l'objectif d'accroître l'accès de tous aux soins de santé publics (les usagers ne payant que 38% du coût réel de l'offre de soins). Les dépenses restantes se répartissent pour 27% en dépenses de sécurité sociale et 23% en dépenses d'assistance et d'action sociales. Rapporté à la population, cela donne schématiquement le résultat suivant:

- La moitié (santé) des dépenses de protection sociale bénéficie à 100 pour cent de la population.
- Un quart (sécurité sociale) ne bénéficie qu'à quelque 6 pour cent de la population (secteur formel).
- Le quart restant (assistance sociale) vise à couvrir les besoins des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables, soit 43 pour cent de la population (taux de pauvreté monétaire en 2008).

On soulignera que, au regard des évaluations faites, une part importante de ces filets (45 pour cent des dépenses en 2008), à savoir les subventions généralisées, profite en fin de compte aux catégories plutôt aisées de la population et rate par conséquent sa cible. On plaide aujourd'hui pour l'arrêt de ces subventions et la réallocation des financements vers d'autres types de filets de sécurité.

Graphique 10. Dépenses du budget social par fonction en 2008 (en pourcentage du total des dépenses)



Source: BIT (2010b).

Cette présentation de la répartition des dépenses de protection sociale ne vise pas à plaider en faveur d'une diminution des acquis des travailleurs du secteur formel au profit d'avantages plus importants pour les plus pauvres. D'une part, ces acquis sont eux-mêmes encore insuffisants et, d'autre part, il ne s'agit pas des mêmes sources de financement, les régimes de sécurité sociale reposant sur les cotisations des travailleurs et des employeurs auxquels on ne saurait demander de payer pour l'ensemble de la population restante.

En revanche, cette répartition montre la faiblesse des dépenses de protection sociale pour les plus pauvres. Elle fait également apparaître l'absence de dépenses pour une fraction importante de la population, à savoir les travailleurs de l'économie informelle urbaine et rurale, qui disposent d'une certaine capacité contributive mais pour lesquels aucun mécanisme de sécurité sociale n'existe en dehors des mutuelles de santé, dont la couverture reste marginale.

Les ressources

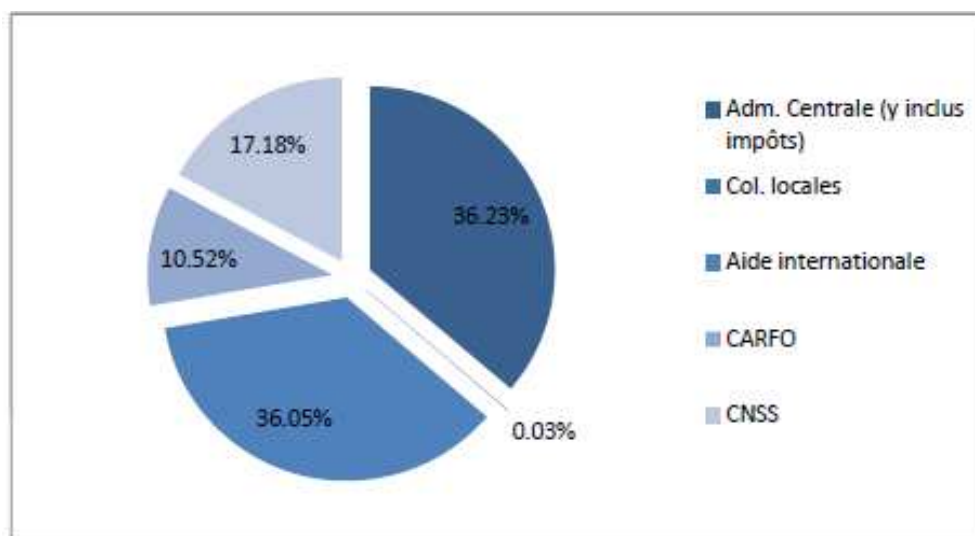
La répartition des sources de financement du budget social en 2008, reconstituée ici sur la base des données collectées pour ce SPER et dans le cadre de la revue des filets de sécurité de la Banque mondiale et de l'UNICEF, montre une quasi-égalité entre le financement par le budget de l'Etat et celui par les partenaires extérieurs. Le reste des ressources provient des cotisations sociales collectées par la CNSS et la CARFO. On notera toutefois que, pour la CARFO, les cotisations proviennent en partie de l'Etat en tant qu'employeur.

Tableau 48. Sources de financement du budget social en 2008 (en millions FCFA)

	2008
Administration centrale	89 162
Collectivités locales	79
Aide internationale	88 703
CARFO	25 877
CNSS	42 266
Total	246 087

Source: BIT (2010b).

Graphique 11. Répartition des ressources par sources de financement (en pourcentage du total)



Source: BIT (2010b).

Sur la base de cette répartition, l'Etat aurait en 2008 consacré 89 milliards de francs CFA au financement de la protection sociale, soit:

- 2,4 pour cent du PIB;
- 14 pour cent des recettes et 11 pour cent des dépenses du budget national (opérations consolidées de l'administration centrale).

Cette répartition révèle la forte dépendance de l'Etat vis-à-vis des partenaires extérieurs pour le financement des filets sociaux et du secteur de la santé. Cette dépendance est d'autant plus importante qu'une partie significative des fonds publics provient en fait des appuis budgétaires versés par les partenaires extérieurs.

On notera enfin l'intervention très faible, voire encore quasi inexistante, des collectivités locales dans le financement de ce budget social.

8.2. La portée des dispositifs et programmes existants de protection sociale – Budget social

La mise en œuvre de programmes de protection sociale doit permettre de faire face aux vulnérabilités et aux risques sociaux auxquels sont confrontées les différentes catégories de la population. Ces risques sont nombreux et ont des origines multiples liées à des facteurs démographiques, économiques, sociaux, politiques et culturels. Face à ces risques

pluridimensionnels, l'Etat a mis en place un certain nombre de prestations de protection sociale, déjà décrites précédemment. On tentera ici d'évaluer rapidement la capacité de ces prestations à répondre aux principaux risques sociaux identifiés dans le pays.

8.2.1. En termes de couverture de la population et des risques

Le rapprochement des populations vulnérables, des risques et des dispositifs mis en œuvre donne une première grille de lecture et d'analyse de la protection sociale au Burkina Faso.

Selon les résultats des enquêtes sur les ménages et les données statistiques de l'INSD, 6 pour cent de la population du Burkina Faso vivent au sein du secteur formel. Les 94 pour cent restants comprennent les indépendants, les employeurs et travailleurs du secteur non structuré, les agriculteurs et les inactifs. Les individus les plus pauvres et les plus vulnérables représentent 43 pour cent de la population (taux de pauvreté monétaire en 2008).

L'INSD proposait en 2003 (sur la base de l'enquête 1998) un classement des différents groupes socio-économiques suivant une estimation de l'incidence de la pauvreté (proportion de ménages vulnérables à la pauvreté) – la vulnérabilité étant définie comme le risque pour un ménage de tomber dans la pauvreté au moins une fois dans les années à venir. L'INSD parvenait ainsi à distinguer quatre grands ensembles:

- un ensemble très vulnérable: agriculteurs vivriers, inactifs et cultivateurs de coton;
- un ensemble vulnérable: aides familiaux, bénévoles, apprentis, chômeurs, salariés du secteur non structuré;
- un ensemble peu vulnérable: indépendants, employeurs non agricoles; et
- un ensemble moins vulnérable: salariés du public et du privé.

Concernant les risques, le document de Stratégie nationale de gestion des risques et de protection sociale (SNGRPS, 2006) proposait un recensement des différents risques sociaux, économiques et naturels au Burkina Faso. On se limitera toutefois ici aux risques sociaux face auxquels s'organisent les mécanismes de protection sociale et qui ont été définis dans le chapitre introductif:

- la santé, qui comprend la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- la vieillesse et la survie, qui comprennent ces deux éléments;
- la famille, qui comprend la maternité et la famille;
- l'emploi, qui comprend l'insertion et la réinsertion professionnelle, ainsi que le chômage;
- le logement;
- la pauvreté et l'exclusion sociale.

Le tableau 49 ci-après illustre la disponibilité des différentes composantes de protection sociale pour les différents groupes socio-économiques de la population et face aux différents risques. Il propose ainsi un premier aperçu de l'architecture actuelle de la protection sociale en fonction du ciblage de chaque composante, sans tenir compte ici du taux de pénétration de ces groupes cibles.

Tableau 49. Architecture actuelle de la protection sociale au Burkina Faso

		Fonctionnaires	Salariés du secteur privé	Travailleurs du secteur non structuré	Travailleurs agricoles ruraux, de la pêche et de l'élevage	Personnes vulnérables, familles démunies	
Santé	Soins médicaux	Mutuelles	Assurances privées				
		Budget Etat	OST	Mutuelles sociales			
		Dépenses nationales de santé – Dispense de frais					
	Indemnités de maladie	CARFO	CNSS				
	Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles	CARFO	CNSS				
	Prestations d'invalidité	CARFO	CNSS				
	Maternité - Famille	Prestations de maternité	Budget Etat	CNSS			
Prestations aux familles		Budget Etat	CNSS				
Vieillesse - Survie	Prestations de vieillesse	CARFO	CNSS	Possibilité d'adhésion volontaire à la CNSS			
	Prestations de survivants	CARFO	CNSS	Possibilité d'adhésion volontaire à la CNSS			
Logement	Allocation de logement						
Emploi	Prestations de chômage						
	Fonds pour l'emploi	FAIJ, FASI, FAPE et FAFPA					
Pauvreté – Exclusion sociale	Transferts monétaires						CNLS
	Sécurité alimentaire	Subventions généralisées ¹					
	Education	Dispense de frais de scolarité et fournitures gratuites					

¹ Ventes à prix réduits, vivres contre éducation, coupons alimentaires, distributions ciblées, FNS, programmes de nutrition.

-  Régimes non contributifs - accès aux services essentiels et transferts sociaux de base, assistance sociale.
-  Régimes contributifs, assurance sociale.
-  Régimes contributifs complémentaires.

La lecture qui s'offre à travers cette visualisation des différentes composantes de la protection sociale montre que:

- En termes de couvertures des différents groupes de la population:
 - les ménages du secteur formel sont ceux qui bénéficient le plus des mécanismes de couverture, y compris de certains filets de sécurité (subventions généralisées et dispenses de frais de scolarité). Il faut toutefois rappeler que, pour les régimes légaux de sécurité sociale, le taux d'évasion sociale au sein du secteur formel est

estimé à 52 pour cent, ce qui signifie que seul un salarié sur deux environ est déclaré;

- les ménages de l'économie informelle et du monde rural qui ne sont pas classés parmi les plus pauvres sont finalement les plus défavorisés en matière de protection sociale, bien qu'ils représentent la part la plus importante de la population. Leur situation les classe majoritairement dans les groupes vulnérables et peu vulnérables. Ils échappent donc aux filets de sécurité qui ciblent la catégorie des plus vulnérables, avec les mêmes exceptions (subventions généralisées et dispenses des frais de scolarité) que pour les salariés du public et du privé;
- concernant les populations les plus pauvres et les plus vulnérables, on a pu voir dans le chapitre 5 que, en dehors des subventions généralisées et des dispenses de frais de santé et de scolarité, les filets bénéficient à plus de 2,8 millions d'individus, soit 18 pour cent de la population totale. Tous les ménages vivant sous le seuil de pauvreté ne sont donc pas touchés, les filets se focalisant sur l'extrême pauvreté, d'où la possibilité d'erreurs de ciblage. Par ailleurs, les programmes tendent à intervenir dans des zones géographiques les plus défavorisées, limitées ou pour une période de temps restreinte.

■ En termes de couverture des risques sociaux:

- le domaine de la **santé** concentre un nombre important de mécanismes de protection sociale. Il faut toutefois rappeler que l'impact de la couverture du risque financier lié aux dépenses de santé est limité par le problème de disponibilité d'une offre de soins de santé de qualité. Selon l'enquête sur les ménages de 2003, l'accès géographique aux services de santé est variable selon les lieux d'habitation. Ainsi, 70 pour cent des ménages en milieu urbain vivent à moins de 30 minutes d'une structure sanitaire, ce taux chutant à environ 20 pour cent en milieu rural où, au problème de distance, s'ajoute celui de la disponibilité des transports. D'autre part, les régimes d'entreprise et les mutuelles dans le secteur formel ne sont pas systématiques et ne couvrent pas tous les salariés. Il en est de même pour les mutuelles sociales (selon la terminologie de la réglementation de l'UEMOA sur la mutualité adoptée en 2009), qui ne couvrent qu'une part très faible de la population, estimée à environ 4 pour cent en 2004 (MTSS, 2010). Ces mutuelles ne couvrent par ailleurs que le risque financier lié aux dépenses de santé;
- seuls les salariés du secteur formel bénéficient de prestations **maternité et famille**. Notons toutefois que les transferts en espèces en faveur des enfants vulnérables pourraient être assimilés à des allocations familiales, mêmes s'ils reposent sur des mécanismes d'assistance et non d'assurance sociale;
- il en est de même concernant la **vieillesse et la survie**. Toutefois, depuis 2008, la CNSS propose un mécanisme d'assurance volontaire pour les travailleurs de l'économie informelle et du monde rural. Selon les données de la CNSS, le nombre d'assurés volontaires s'élevait à 1 230 individus en 2007 et reste donc marginal;
- aucune catégorie socio-économique ne bénéficie actuellement de prestations en matière de **logement**. Il faut ici se tourner vers la solidarité traditionnelle, qui s'exerce notamment à travers les tontines en argent ou en nature pour l'achat et la construction de maisons;
- dans le domaine de **l'emploi**, le chômage ne fait également aujourd'hui l'objet d'aucune prestation. Il n'existe pas non plus de mécanismes de protection contre

la perte de l'outil de travail pour les travailleurs indépendants du secteur informel. Les fonds d'appui à l'emploi ont un impact limité et manquent de ressources matérielles et humaines, en dépit de leur importance en matière de création d'activités génératrices d'emplois et de revenus. Les travaux à haute intensité de main d'œuvre qui figurent parmi les filets sociaux pourraient tout à fait s'inscrire ici;

- la composante **pauvreté et exclusion sociale** représente aujourd'hui la catégorie de risques qui concentre le plus grand nombre de dispositifs et de programmes. Ses moyens demeurent toutefois insuffisants face aux besoins et à l'ampleur de la pauvreté. Peu de programmes sont actuellement aptes à intervenir durablement contre la pauvreté chronique. Ils sont en effet généralement mis en place pour assister des régions spécifiques et intervenir en période de crise.

En tout état de cause, l'architecture actuelle de la protection sociale au Burkina Faso montre que, quel que soit pour le moment leur impact, les trois logiques (assurance sociale, assistance sociale et couverture universelle) autour desquelles cette protection s'organise sont d'ores et déjà en place.

8.2.2. En termes de mobilisation et de gestion des ressources

En 2008, l'Etat burkinabé consacrait 14 pour cent de ses ressources budgétaires (y compris les appuis budgétaires des partenaires extérieurs) à la protection sociale, ce qui ne représentait que 2,4 pour cent du PIB. Comme le montre le graphique 15, cette contribution de l'Etat ne représente que 36 pour cent du financement de la protection sociale, une autre fraction de 36 pour cent provenant des partenaires extérieurs et 28 pour cent des cotisations des employeurs (y compris l'Etat) et des travailleurs aux régimes de sécurité sociale.

La dépendance de l'Etat pour le financement, notamment des dépenses consacrées à l'assistance sociale et au secteur de la santé, est importante. Si ces aides ont eu un impact important en matière d'accès à la santé, notamment en termes de prévention et de mise en œuvre de filets sociaux, leur volatilité ne favorise pas la capacité de l'Etat à mettre en œuvre des initiatives durables. De plus, les priorités des partenaires extérieurs et celles de l'Etat sont rarement les mêmes. En effet, ces dernières années, les priorités de l'Etat portaient sur les subventions universelles, tandis que les partenaires mettaient l'accent sur les transferts, notamment alimentaires (Banque mondiale, 2010b).

Deux grandes sources de financement potentielles sont absentes de ce budget:

- d'une part, les collectivités locales, qui n'interviennent que marginalement et uniquement dans le secteur de la santé, en dépit de la priorité nationale que constitue la décentralisation d'affirmation des communes et des régions, dans la double perspective de promouvoir des pôles de croissance régionaux et d'accélérer le processus en vue de la réalisation des OMD. Cette faiblesse résulte notamment d'un manque de transfert de moyens, de nombreuses communes étant aujourd'hui incapables de prendre en charge la gestion des affaires locales (SCADD, 2010); et
- d'autre part, les ménages de l'économie informelle qui disposent d'une capacité contributive. Il n'est pas possible aujourd'hui d'estimer les cotisations collectées par les mutuelles sociales au sein de l'économie informelle, ces entités ne produisant que très peu d'information. Les systèmes de micro-assurance qui se développent dans la sous région (et ailleurs) montrent qu'il est possible de capter les contributions de ces ménages lorsque ces derniers se voient proposer des produits d'assurance de qualité, en termes de couverture des risques et de gestion technique. L'expérience de la

micro-assurance engrangée depuis au moins deux décennies fait apparaître une fréquente confusion entre capacité contributive et volonté de payer.

Un dernier aspect important concerne les coûts administratifs de la protection sociale. On a pu constater l'importance de ces coûts au niveau de la CNSS, où la majeure partie des contributions vise à couvrir les frais de fonctionnement. Cet aspect constitue un handicap majeur pour une ouverture des prestations aux travailleurs de l'économie informelle. Un travail de rationalisation s'avère par conséquent nécessaire dans le cadre d'une politique d'extension de la sécurité sociale. Il ne s'agit pas ici uniquement de chercher à réduire les coûts de fonctionnement de certains dispositifs et d'accroître la transparence des opérations; le choix de l'architecture influe également sur l'importance de ces coûts administratifs. On constate en effet aujourd'hui une dispersion des dispositifs et des programmes qui démultiplie d'autant les coûts de fonctionnement.

8.2.3. En termes d'organisation et de cadrage institutionnel

Le constat commun qui ressort des différents chapitres de cette revue porte sur la dispersion des dispositifs et programmes, tant en matière d'assurance que d'assistance et d'action sociale. En l'absence d'une politique nationale cohérente de protection sociale, l'architecture actuelle est un ensemble hétérogène de composantes sans véritable coordination entre elles, ce qui entraîne l'absence d'une stratégie claire à terme, ce point étant aggravé par la dépendance vis-à-vis des financements extérieurs souvent limités dans le temps. Il en résulte aussi la démultiplication des coûts administratifs des programmes ainsi que l'absence d'un suivi global.

Un deuxième constat est que les différents dispositifs et programmes de protection sociale existants sont conçus et mis en œuvre suivant une approche verticale, c'est-à-dire en fonction de groupes socio-économiques spécifiques, et non horizontale, c'est-à-dire en fonction des risques sociaux à couvrir.

Ce point trouve une illustration éclairante dans le secteur de la santé. Ainsi, nous l'avons vu, le système de protection sociale de la santé est constitué de différents mécanismes d'assurance, de micro-assurance et de gratuité, ciblant chacun un groupe précis de la population. Les mutuelles de santé sont également organisées dans ce sens avec, d'un côté, les mutuelles au sein du secteur formel et, de l'autre, les mutuelles de l'économie informelle, généralement appelées mutuelles communautaires, sans aucun lien entre elles. Pourtant, toutes ces mutuelles fonctionnent suivant les mêmes principes, désormais régis par la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale. Leur regroupement au sein d'un mouvement mutualiste national pourrait permettre de renforcer les mutuelles de l'économie informelle en matière de gestion technique.

L'approche verticale oblige chaque groupe de la population à s'organiser en fonction de ses moyens. Elle ne permet donc pas d'organiser une solidarité entre groupes socio-économiques. Le projet national d'assurance-maladie propose une approche horizontale, avec la définition d'un panier de soins commun pour tous et une gestion technique centralisée. En revanche, les mécanismes techniques d'affiliation et de recouvrement des cotisations peuvent varier en fonction de l'appartenance de chaque assuré à tel ou tel groupe socio-économique. Par ailleurs, l'assise du schéma d'assurance-maladie sur le salariat dans un premier temps permet de construire et de financer le fonctionnement technique du système qui bénéficiera ensuite aux ménages de l'économie informelle, ce qui constitue une forme non négligeable de solidarité au niveau national.

L'ouverture des prestations vieillesse et survie de la CNSS aux travailleurs du secteur non structuré et du secteur agricole est une autre approche horizontale. Cette approche demande à la CNSS d'adapter ses pratiques de gestion technique aux spécificités de l'économie informelle, ce qui pourrait se faire par une délégation de certaines fonctions de

gestion à des organisations socioprofessionnelles, mutualistes ou autres, et par l'application de certaines pratiques de micro-assurance, à l'instar du schéma d'assurance-maladie.

Pour finir, on constate dans cette revue l'absence des organisations socioprofessionnelles, des institutions de microfinance, des ONG locales et autres acteurs privés dans le schéma et le fonctionnement actuels de la protection sociale au Burkina Faso. Nombre de ces organisations sont pourtant actives dans ce domaine et pourraient très efficacement intervenir dans les stratégies nationales, notamment dans le cadre de partenariats public-privé.

9. En conclusion – Quelques pistes pour une politique nationale et la construction d'un socle de protection sociale intégrée et favorable à l'emploi

Cette revue des dépenses et de la performance de la protection sociale et de l'emploi au Burkina Faso n'a pour objectif ni de proposer une priorisation des composantes de protection sociale ni de reformuler un nouveau budget social. Elle vise en revanche à appuyer le processus de formulation d'une politique nationale de protection sociale intégrée et favorable à l'emploi et, dans ce cadre, à apporter des pistes de réflexion afin d'alimenter un nécessaire dialogue national.

Le défi pour le Burkina Faso est de bâtir une protection sociale pour tous dans le cadre de sa stratégie nationale de croissance. Le pays a activement participé aux débats internationaux dans le cadre du processus qui a abouti à l'adoption en juin 2012 de la Recommandation 202 de l'OIT sur les socles de protection sociale. Celle-ci promeut la construction de dispositifs de sécurité sociale pour les travailleurs de l'économie formelle et de l'économie informelle ainsi que pour les plus pauvres et les plus vulnérables, dans un socle cohérent et adapté apte à soutenir la croissance du travail décent et participer à la réduction de la pauvreté.

La présente revue montre que le Burkina Faso dispose de divers dispositifs et programmes de protection sociale sur lesquels il est possible de construire des garanties de base pour tous. Les recommandations suivantes vont dans ce sens. Elles s'inscrivent en complémentarité de celles formulées par la Banque mondiale et l'UNICEF sur les filets sociaux:

- l'adoption d'une stratégie nationale de protection sociale intégrant les filets sociaux;
- le renforcement du cadre institutionnel de la protection sociale et des filets sociaux;
- le renforcement du cadre financier;
- le renforcement du suivi et de l'évaluation des programmes;
- la définition d'un ensemble d'instruments de filets sociaux le plus adapté;
- le renforcement de l'efficacité de quelques programmes de filets sociaux choisis; et
- l'amélioration et l'harmonisation des approches de ciblage (Banque mondiale, 2010b).

Les points qui suivent sont pleinement en phase avec ces recommandations. Ils visent à poursuivre la réflexion ainsi amorcée en s'inscrivant dans le cadre de l'ensemble des logiques et composantes de la protection sociale au Burkina Faso. Ils intègrent également les éléments constitutifs de la Politique nationale de l'emploi à travers les Fonds de promotion de l'emploi et de la formation.

9.1. Construire une politique nationale d'extension de la protection sociale

L'élaboration d'une politique nationale fédère l'ensemble des éléments de réflexion en matière de choix des priorités, de cadrage institutionnel, de financement, etc. Certains de ces points méritent cependant une attention particulière et sont développés plus bas, sachant qu'ils font partie des éléments constitutifs d'une politique nationale.

La protection sociale au Burkina Faso est aujourd'hui un ensemble hétérogène et faiblement coordonné de dispositifs et de programmes, mais:

- les logiques d'assurance et d'assistance sociale ainsi que de couverture universelle existent;
- de nombreux mécanismes sont en place et agissent dans au moins 5 des 6 groupes de risques sociaux; et
- un ensemble d'acteurs nationaux et internationaux interviennent.

Loin de partir de zéro, l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale au Burkina Faso ressemblerait plutôt aujourd'hui, dans son processus, à un jeu de puzzle où il s'agit d'ajuster, de réorganiser et d'insérer dans une architecture cohérente les composantes déjà existantes, voire d'en supprimer certaines ou, le cas échéant, d'en créer de nouvelles.

Un choix clair des priorités sur la base d'un dialogue national

Dans un contexte où les besoins sont importants et les moyens limités, l'un des défis majeurs réside dans la formulation et la mise en œuvre d'une stratégie, au niveau national, qui tienne compte de la faisabilité politique, financière et technique. Un dialogue national participatif impliquant les partenaires sociaux, la société civile et les institutions publiques compétentes est indispensable à la formulation d'une politique nationale de protection sociale sur la base d'un consensus national, bénéficiant d'un ferme soutien de l'opinion publique et d'une volonté politique forte des principaux décideurs. La table ronde sur la protection sociale organisée en avril 2010 à Ouagadougou participait à ce dialogue national, qui doit se poursuivre tout au long des prochaines étapes.

Définir des objectifs et axes stratégiques précis

Différents axes sont possibles, nous l'avons vu, selon que l'on raisonne en termes de:

- risques sociaux (santé, famille et maternité, vieillesse, etc.);
- groupes cibles (travailleurs du secteur formel, travailleurs de l'économie informelle et du monde rural, pauvres, etc.);
- logique (assurance, assistance, couverture universelle);
- outils (assurance, micro-assurance, transferts monétaires, en nature, etc.).

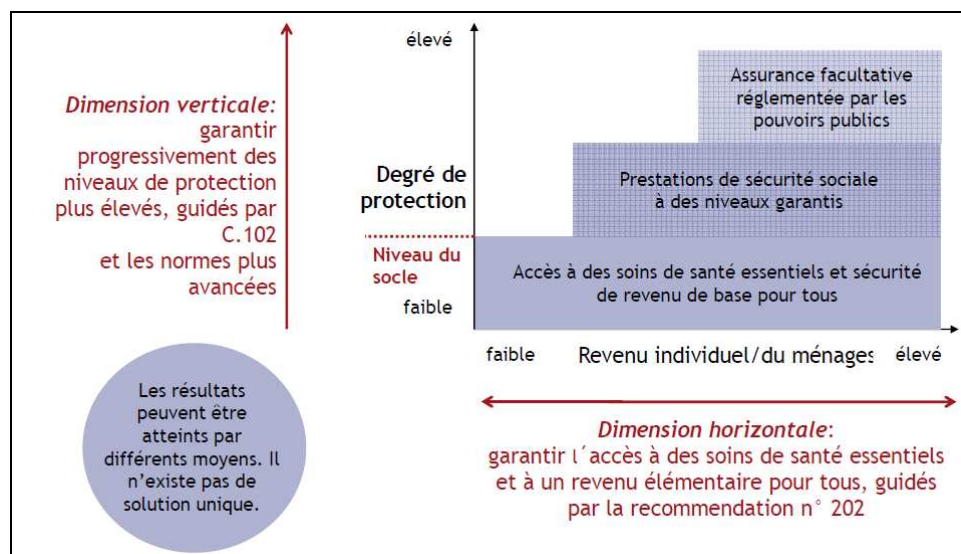
Il s'agit donc d'une réflexion à plusieurs dimensions. Dans ce cadre, le BIT propose une stratégie d'extension de la protection sociale fondée sur le concept du socle de protection sociale, qui repose sur une approche à deux dimensions, axée sur:

- une **dimension horizontale**, qui consiste à mettre en œuvre rapidement des **socles de protection sociale** au niveau national, à savoir un ensemble minimum de transferts, de droits et d'éligibilité, donnant accès aux soins de santé essentiels et assurant un revenu suffisant à toutes les personnes qui ont besoin de cette protection; et
- une **dimension verticale**, qui devrait s'efforcer d'améliorer le niveau de la protection sociale pour le plus grand nombre de personnes possible - au moins conformément aux dispositions relatives à la couverture et aux prestations de la convention (n°102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, voire à un niveau supérieur tel que défini dans d'autres conventions plus récentes de l'OIT.

Appliquée à chaque risque prioritaire identifié au niveau national, cette approche bidimensionnelle se décline suivant les logiques et outils possibles. Ainsi:

- le schéma d'assurance-maladie en projet au Burkina combine assurance et assistance sociale afin de proposer un régime général de base incluant toutes les catégories de population. Cette couverture de base peut être renforcée par des régimes complémentaires et volontaires pour ceux disposant d'une plus grande capacité contributive; et
- le programme de dispense des frais de scolarité s'apparente à un régime universel financé par les impôts.

Figure 3. La stratégie bidimensionnelle de l'OIT



Source: BIT, 2012b.

9.2. Renforcer le cadre institutionnel et la gouvernance

La dispersion des dispositifs et programmes, le nombre d'acteurs nationaux et internationaux ainsi que le manque de coordination et de mise en cohérence caractérisent aujourd'hui la protection sociale au Burkina Faso. Cet aspect constituera un premier défi pour une politique nationale, qui devra développer une approche intégrée des différents secteurs sociaux et préciser les rôles des différents acteurs. Le rôle de l'Etat est prépondérant mais la diversité des populations et l'éventail des risques à couvrir nécessitent l'implication de tous les acteurs: institutions de sécurité sociale, partenaires sociaux, organisations de la société civile, partenaires extérieurs, etc.

Cette implication des acteurs doit permettre une répartition des différents métiers de l'assurance et de l'assistance en fonction des domaines de compétence des uns et des autres.

L'Etat

En premier lieu, il incombe à l'Etat de définir les grands axes de la politique de protection sociale et de sa mise en œuvre. Son rôle se poursuit dans la coordination, la gestion et la planification des actions sur la base des objectifs fixés par la politique nationale. La création d'un Comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale en 2010 montre la volonté de l'Etat de conduire le processus d'élaboration de la

politique nationale. Pour produire des effets positifs durables, la protection sociale doit en effet être le fruit d'une volonté politique forte et d'un engagement de l'Etat dans l'investissement et la mise en œuvre des mécanismes de gestion des risques et de suivi évaluation.

Les institutions de sécurité sociale

Depuis 2006, la CNSS ouvre ses prestations vieillesse et survie à l'économie informelle. L'institution dispose de l'expérience et des compétences nécessaires pour gérer ces prestations. Elle est en revanche peu outillée pour travailler hors du secteur formel, notamment en matière d'immatriculation et d'affiliation. Cette lacune peut être comblée par des partenariats avec des acteurs locaux tels que les mutuelles sociales.

Toutefois, une condition préalable à la réussite d'une telle ouverture est la rationalisation du fonctionnement et des coûts administratifs exorbitants de la CNSS.

Les ONG

Les ONG nationales sont nombreuses à intervenir dans le domaine de la protection sociale. Certes, beaucoup se sont constituées au gré des opportunités et des modes lancées au niveau international, ainsi que des financements disponibles. Dans un contexte de chômage important et vu la localisation d'une majorité d'ONG en milieu urbain, certaines semblent être plus des institutions privées à but lucratif, pourvoyeuses d'emplois salariés et de primes. Par ailleurs, beaucoup fonctionnent par à-coups, en fonction de la disponibilité des financements, et sont en ce sens plutôt des agences d'exécution d'actions suscitées le plus souvent par des partenaires extérieurs.

De nombreuses associations ont toutefois acquis une expérience importante dans le champ de la protection sociale, que ce soit dans l'action sociale, la micro-assurance, etc. Elles sont également, et surtout, très proches des communautés de base en milieu urbain et rural et peuvent jouer à ce niveau un rôle important en matière d'extension de la protection sociale. Le projet d'assurance-maladie a donc envisagé la possibilité de confier les fonctions d'affiliation et de recouvrement à des ONG locales, au même titre que les mutuelles et autres entités.

Une telle participation des ONG locales pourrait être un facteur de financement et de stabilisation de leurs activités à long terme. On notera que la loi de 1992 sur la liberté d'association fixe les conditions de la reconnaissance de l'utilité publique d'une association lui permettant d'accéder à des ressources publiques pour le financement de ses activités. Pour ce faire, l'élaboration de cahiers des charges précis, un système d'agrément et un contrôle important sont toutefois requis.

Les mutuelles sociales

La situation des mutuelles varie selon qu'elles interviennent dans le secteur formel ou au sein de l'économie informelle. Les mutuelles de l'économie informelle se focalisent sur l'assurance santé et ont montré leurs limites en matière de gestion technique, mais elles peuvent jouer un rôle important en matière d'extension de la protection sociale. Dans ce sens, le projet national d'assurance-maladie revisite le rôle des mutuelles en proposant qu'elles interviennent à titre de délégataires de gestion pour les fonctions d'affiliation et de recouvrement. Il ne s'agit pas de transformer les mutuelles en ONG, mais de leur permettre d'assoir leurs activités sur la distribution du panier de base du schéma national d'assurance-maladie, en diminuant les contraintes de gestion technique, et de leur permettre de développer d'autres produits d'assurance (transport des malades, funérailles, etc.), tout en restant dans les limites de la réglementation UEMOA.

Cette délégation de gestion ne s'applique pas uniquement à l'assurance-maladie. Ainsi, par exemple, la Mutuelle des transporteurs routiers au Sénégal prépare actuellement un mécanisme de couverture avec l'Institution de prévoyance sociale du Sénégal qui gère les pensions vieillesse, afin de permettre l'accès des transporteurs de l'économie informelle au régime d'assurance vieillesse.

On notera qu'un rôle important des mutuelles sociales, voire des ONG locales, peut consister à faire le lien entre les pratiques traditionnelles de solidarité et les mécanismes modernes d'assurance et d'assistance sociale.

Les autres acteurs locaux

Les ONG nationales et les mutuelles sociales ne sont pas les seuls acteurs locaux pouvant intervenir dans des schémas de protection sociale. Les institutions de microfinance (IMF) disposent également de nombreux atouts et sont actives dans des systèmes d'assurance et de transferts dans d'autres pays. Elles peuvent jouer un rôle non négligeable en matière d'immatriculation, de recouvrement et de paiement. Les coopératives peuvent également être des acteurs importants pour l'entrée des travailleurs dans les différents systèmes. Il faut aussi définir et organiser le rôle des collectivités locales.

Dans tous les cas, un partenariat avec ces acteurs locaux doit permettre une étroite proximité entre les schémas de protection sociale et les différents groupes cibles, notamment pour les flux de gestion technique et la communication.

Les partenaires extérieurs

Les partenaires techniques et financiers (PTF) sont en général fortement implantés dans un ou plusieurs programmes classiques, régions, modalités de fonctionnement, etc., et interviennent dans le cadre d'accords bilatéraux avec leur ministère de tutelle technique de référence. Le poids des PTF est important non seulement sur le plan financier, mais aussi en termes d'approches. Les interventions des PTF sont par ailleurs canalisées par des documents de référence tels que les DSRP et l'UNDAF, mais, dans ces derniers, la protection sociale est dispersée dans différents secteurs. La constitution d'un groupe de travail interagence du SNU et des PTF en 2009 vise à organiser un appui conjoint de ces partenaires au Comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale. A l'instar de pays tels que le Rwanda, il apparaît que l'Etat doit pouvoir coordonner les interventions extérieures, définir les domaines prioritaires d'intervention et discuter des champs d'intervention des partenaires en matière d'appui technique ou financier.

Le renforcement des capacités

Les compétences nationales en matière de protection sociale doivent être nettement renforcées, et ce, quels que soient les domaines. Les publics cibles sont divers: cadres des ministères, acteurs sur le terrain (mutuelles, ONG, collectivités locales), etc. Le renforcement des capacités ne vise pas seulement à développer les connaissances en matière de protection sociale mais aussi à développer une expertise technique.

9.3. Mobiliser des ressources pérennes

Le financement pérenne de la protection sociale constitue un autre grand défi. En règle générale, les dépenses de protection sociale sont financées par les prélèvements obligatoires, à travers:

- d'une part, les impôts, qui permettent de payer les dépenses inscrites aux budgets de l'Etat ou des collectivités territoriales; et
- d'autre part, les cotisations sociales patronales et salariales, qui permettent de financer les dépenses de la sécurité sociale.

Dans un pays tel que le Burkina Faso, où le revenu annuel par habitant est faible, les contraintes de financement sont importantes, eu égard à un espace fiscal et à une capacité contributive de la majorité de la population réduits; d'où l'importance actuelle des financements extérieurs, malgré toutes leurs limites évoquées précédemment.

Les pistes de réflexion sur la question du financement sont nombreuses et ont déjà été largement discutées, notamment dans le cadre de la revue de la Banque mondiale et de l'UNICEF portant sur:

- la réallocation des dépenses actuelles (exemple des subventions généralisées);
- la rationalisation des dépenses, notamment administratives;
- le ciblage des groupes cibles;
- la priorisation des programmes; et
- l'élargissement de l'espace budgétaire.

Dans le cadre du projet BIT/UE, et suite à la réalisation de ce SPER, un outil a été mis au point pour appuyer l'élaboration de la politique nationale au Burkina Faso, sur la base des orientations données par les feuilles de route sur l'assurance et l'assistance sociales. Appelé «Rapid Assessment Protocol» (RAP), il s'agit d'un outil de calcul prospectif des coûts de financement et de l'impact budgétaire (pourcentage des dépenses publiques, pourcentage du PIB) d'un socle de protection sociale et de chacun de ses éléments constitutifs. Cette analyse constitue un outil d'aide à la décision qui permet de mesurer, en rapport avec les réalités économiques et démographique d'un pays, les implications budgétaires et la faisabilité financière de la mise en œuvre, dans le temps et la durée, des éléments de protection sociale touchant le plus grand nombre de personnes vulnérables. L'analyse des résultats de l'exercice permet de:

- évaluer les coûts des options politiques;
- évaluer la viabilité financière à long terme;
- reconsidérer les mesures existantes en fonction de l'estimation des coûts; et
- reconsidérer les coûts en fonction des besoins.

9.4. Bâtir une politique nationale de protection sociale en lien étroit avec la politique nationale de l'emploi

L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale de protection sociale ne sont pas un acte isolé mais doivent au contraire se faire en cohérence avec l'ensemble des politiques nationales, dont celle liée à l'emploi. Ce lien entre emploi et protection sociale a été clairement énoncé lors de la 98^e Conférence internationale du Travail qui a adopté, le 19 juin 2009, un Pacte mondial pour l'emploi. «Le pacte présente un éventail cohérent de politiques éprouvées, qui met l'emploi et la protection sociale au cœur des réponses à la crise.» Il propose des mesures pour maintenir et accroître l'emploi, faciliter un retour rapide à l'emploi, protéger les personnes les plus vulnérables, accélérer le rétablissement

de l'emploi en agissant simultanément sur l'offre et la demande de main-d'œuvre, et doter les travailleurs des compétences dont ils ont besoin.

Au Burkina Faso, la spécificité de cette relation entre emploi et protection sociale vient notamment du fait que les dispositifs de protection sociale ont été conçus à une époque où l'on s'attendait à une formalisation progressive et, à terme, quasi totale de l'emploi et, par conséquent, à ce que l'emploi salarié constitue la porte d'entrée dans la protection sociale. Aujourd'hui, la situation de l'emploi est tout à fait inverse, le secteur formel regroupant environ 6 pour cent de la population et les 94 pour cent restants étant exclus des dispositifs de sécurité sociale. Pourtant, le lien entre emploi et protection sociale est important au sein de l'économie informelle, avec ses deux faces indissociables:

- la promotion des emplois et des activités créatrices d'emplois ne peut être durable sans mécanismes de protection des revenus et du capital;
- il ne peut y avoir de dispositifs pérennes sans contributions directes ou indirectes et, partant, sans revenus.

Dans le contexte burkinabé, le développement d'une politique nationale de protection sociale en lien étroit avec la politique nationale de l'emploi pourrait passer par:

- l'affirmation et le renforcement des services de formation et d'accès à l'emploi comme constituant des services sociaux essentiels;
- l'inclusion de la protection sociale dans les formations pour les microentrepreneurs;
- l'appui à l'extension des régimes de pensions et d'accidents du travail aux travailleurs de l'économie informelle et aux travailleurs agricoles ruraux, avec l'identification de mesures de coercition afin de rendre ces régimes obligatoires à terme;
- la mise en œuvre de l'assurance-maladie, qui devrait également devenir progressivement obligatoire;
- la promotion des mutuelles sociales professionnalisées. Celles-ci ne doivent plus être conçues sous la forme de «mutuelles communautaires» intervenant de façon isolée, mais comme des interfaces entre les régimes de pension et maladie et les travailleurs de l'économie informelle. Ces mutuelles pourraient ainsi intervenir en déléguaires de gestion pour les risques les plus lourds, dont la gestion technique serait assurée par des institutions de sécurité sociale, et développer des produits simples pour d'autres risques (complémentaire santé, transport des malades, funérailles, etc.);
- la mise en œuvre de transferts sociaux afin de cofinancer les contributions des travailleurs de l'économie informelle et agricoles. Ces transferts devront permettre aux régimes de mobiliser des ressources suffisantes pour proposer des produits et une gestion de qualité, tout en adaptant la cotisation des assurés à leur capacité contributive; et
- l'identification de mesures de coercition afin de rendre ces régimes obligatoires à terme. Des mesures incitatives devraient également être mises en place, notamment en lien avec les institutions de financement pour la microentreprise.

Bibliographie

- Banque mondiale (2010a). Données de la Banque mondiale, par pays, disponible à l'adresse: <http://donnees.banquemondiale.org/pays/burkina-faso>.
- (2010b). *Burkina Faso – Filets sociaux*, Rapport n° 54491-BF, Département du développement humain, Unité de la protection sociale, Région Afrique.
- (2010c). Données sur les comptes nationaux de la Banque mondiale, PIB (\$ E.-U. courants), disponible à l'adresse: <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GDP.MKTP.CD>.
- (2003). *Santé et pauvreté au Burkina Faso: Progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté*, Washington, D.C.
- Bégin, M. (2009). «Le trou noir de l'équité en santé», *La revue de gestion du secteur public*, Optimum Online, Volume 9, Numéro 1.
- BIT (2012a). *Burkina Faso. Les fonds d'emploi: performance et impact*, rapport de coopération technique OIT/UE/Burkina Faso/R.6, Genève.
- (2012b). *La stratégie de l'Organisation internationale du Travail. La sécurité sociale pour tous. Mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale*, Genève.
- *Enquête du BIT sur la sécurité sociale: Burkina Faso*, Genève, disponible à l'adresse : http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home?p_lang=en&p_geoaid=854 [consulté en 2011].
- (2010). *Feuille de route pour l'élaboration d'un socle de protection sociale au Burkina Faso*, disponible à l'adresse: <http://www.ilo.org/public/english/protection/spfag/download/briefs/burkinafaso.pdf>
- (2009). *Tendances mondiales de l'emploi. Janvier 2009*, Genève.
- Braveman, P. (2003). «Tenir compte de l'équité dans l'évaluation des conclusions d'une étude méthodique», Chapitre 10 dans la publication de Oxman, A.D., Lavis, J.N., Lewin, S. et Fretheim, A. (2009) SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. *Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review*, Health Research Policy and Systems; Vol 7: 1.
- Bureau of African Affairs (2010). Burkina Faso Profile, disponible à l'adresse: <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2834.htm>.
- Cazal, R. (2000). *Système de prépaiement en zone cotonnière*, Projet HCK, Bobo-Dioulasso.
- CISPNPS (Comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale), Commission spécialisée chargée de l'assurance sociale (2011), rapport final.
- CNPPS (Conseil national de prospection et de planification stratégique) (2005). *Etude nationale prospective «Burkina 2025»*, rapport général.
- Dahlgren, G., et Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm: Institute for Futures Studies.
- De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I., et Billings, M. (2007). *Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review*, commissioned by the Health Systems Knowledge Network.

-
- Faye, C. (2010). *Revue de la protection sociale dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest*, Union européenne, Programme Pôle/ PNUD.
- FMI (2008). *Spirale des prix de l'alimentation et des combustibles, Pouvoirs publics: comment réagir?*, Bulletin en ligne, disponible à l'adresse: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/survey/fre/2008/073108f.pdf>
- Ganemtoire, K. (2010). *Revue des dépenses, prestations et performance de la protection et promotion sociale: Cas du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale*, Burkina Faso.
- Gouvernement du Burkina Faso (2006): *Loi n°015-2006 du 11 mai 2006 portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso*, Code de sécurité sociale, disponible à l'adresse: <http://www.droit-afrique.com/images/textes/Burkina/Burkina%20-%20Code%20securite%20sociale.pdf>
- Guengant, J.P. (2011). *Comment bénéficier du dividende démographique? La démographie au centre des trajectoires de développement dans les pays de l'UEMOA*, Analyse par pays, Burkina Faso.
- Hart, J.T. (1971). «The inverse care law», *Lancet*, Vol. 1, pp. 405-412.
- Initiatives Conseil International (2008). *Elaboration d'une proposition d'un panier de soins qui devra être couvert par le système national d'assurance-maladie au Burkina Faso, Etape 1. Recensement et utilisation des ressources documentaires, études et données nationales*.
- INSD (Institut national de la statistique et de la démographie) (2010a). <http://www.insd.bf/fr/>
- (2010b). *Annuaire statistique 2009*, édition octobre 2010, disponible à l'adresse: http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Annuaire_2009_VF2.pdf
- (2009) *Annuaire statistique*, édition 2008 et IPA-2009.
- (2007). *Enquête annuelle du questionnaire unique des indicateurs de base du bien-être -2007.*, Ouagadougou.
- (2005). *Enquête annuelle du questionnaire unique des indicateurs de base du bien-être - 2005.*, Ouagadougou.
- (2003). *Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages*, Ouagadougou.
- (2003). *Pauvreté et vulnérabilité au Burkina Faso*, rapport final.
- (1998). *Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages 1998*, Ouagadougou.
- ISSA (International Social Security Association) (2009): *Social Security Programs throughout the World: Africa 2009*, Social Security Observatory, Genève.
- (2008-2011). *Comprendre la Sécurité Sociale*, disponible à l'adresse: <http://www.issa.int/fre/Themen/Ueber-soziale-Sicherheit#>.
- Kouraogo, P., et Dianda, A.Y. (2008). «Education in Burkina Faso at Horizon 2025», CICE Hiroshima University, *Journal of International Cooperation in Education*, Vol.11, No.1, pp.23-38.

-
- Kutzin, J. (2000). *Towards universal healthcare coverage: A goal oriented framework for policy analysis*, The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank, pp. 1-43.
- Malgoubri Kyendrebeogo, M.E., Ouiminga, I., et Louis dit Guérin, O. (2011). «Building a social protection floor in Burkina Faso», chapitre 5 de l'ouvrage: *Sharing Innovative Experiences*, Volume 18: Successful Social Protection Floor Experiences, (New York, N.Y., PNUD, Unité spéciale pour la Coopération Sud-Sud, BIT), pp. 99-122.
- Ministère de l'Agriculture, de l'Hydraulique et des Ressources halieutiques (2006). *Evolution des performances agricoles et des conditions de vie des ménages au Burkina Faso*, Burkina Faso.
- Ministère de l'Economie et du Développement (2007). *Burkina Faso: Un pays qui progresse, base de données socio-économiques*, Burkina Faso.
- (2004). *Poverty Reduction Strategy Paper*, Burkina Faso.
- Ministère de l'Economie et des Finances (2010). *La protection sociale au Burkina Faso: Etat des lieux et perspectives*, document de base stratégique, Atelier technique national sur la protection sociale, Ouagadougou, 27-29 avril 2010.
- (2009). *Recensement général de la population et de l'habitation de 2006*, Rapport d'analyse des données du RGPH-2006, Theme-09, La croissance urbaine au Burkina Faso, Burkina Faso.
- Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi (2010). *Tendances de l'emploi et de la pauvreté au Burkina Faso. Analyse à partir des indicateurs clés de la Politique nationale de l'Emploi 1998-2007*, Burkina Faso.
- (2009). *Analyse intégrée des indicateurs des OMD et des indicateurs clés de la politique nationale de l'emploi 1998-2007*, rapport provisoire, BIT, Genève, décembre 2009, Burkina Faso.
- Ministère de la Santé (2010). «Comptes nationaux de la santé», Sous comptes *Tuberculose et paludisme* de 2007 et 2008, Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, Burkina Faso, disponible à l'adresse: http://www.who.int/nha/country/bfa/b_faso_nha_report_2007_2008.pdf
- (2000). *Plan de développement sanitaire 2001-2010*, Burkina Faso.
- Ministère du Travail et de la Sécurité sociale (2011). *Projet de mise en place d'un système national d'assurance-maladie au Burkina Faso: Schéma de base et processus de mise en œuvre*, Ouagadougou, Burkina Faso.
- (2009). *Note conceptuelle: Assurance-maladie à vision universelle*, avec l'appui du Bureau international du Travail, Burkina Faso.
- Nitiéma, A., Ridde, V. et Girard, J.E. (2003). «L'efficacité des politiques publiques de santé dans un pays de l'Afrique de l'Ouest: le cas du Burkina Faso», *International Political Science Review*, Vol 24, n° 2, pp.237-256.
- OMS (2008). *Comblé le fossé en une génération: Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève.
- Ouedraogo, L. et Zerbo, A. (2010). *Les politiques du marché du travail et de l'emploi au Burkina Faso*, Secteur de l'Emploi, Document de travail de l'Emploi n° 50, Unité de recherches et

analyses sur l'emploi, Département de l'analyse économique et des marchés du travail, Burkina Faso.

PNUD (2010). *Revue de la protection sociale dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest*.

PNUD et FIDA (2010). *La pauvreté rurale au Burkina Faso*,
<http://www.ruralpovertyportal.org/web/guest/country/home/tags/burkina%20faso>

Programme des Nations Unies pour les établissements humains (2007): *Profil urbain national du Burkina Faso 2004-2005*, Programme des Nations Unies pour les établissements humains, Division de la coopération technique et régionale, ONU-Habitat, Nairobi.

Roth, C., et Badini-Kinda, F. (2007). *La sécurité sociale des femmes âgées et les hommes au Burkina Faso*, disponible à l'adresse:
<http://translate.google.ch/translate?hl=fr&langpair=en|fr&u=http://home.eckerd.edu/~lucasle/EC371/CourseMaterials/12RothKindaFinal.doc>

Sachs, J.D., et Brundtland, G.H. (2002). *Health Economic Growth and Poverty Reduction*, The Report of Working Group 1 of the Commission on Macroeconomics and Health, Organisation mondiale de la santé, Genève.

SCADD (2010). *Stratégie de croissance accélérée et de développement durable 2011-2015*, version provisoire, Burkina Faso.

Soulama, S., et Zett, J.-B. (2008). *Diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso*, version provisoire, Laboratoire d'économie publique sociale et solidaire (LEPSS), Ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Burkina Faso, Ouagadougou.

Titmuss, R.M. (1968). *Commitment to Welfare*, George Allen and Unwin, Londres.

Traoré, O. (2009). *Analyse efficacité équité de la contribution des mutuelles de santé dans l'offre de santé publique au Burkina Faso: Cas d'une mutuelle de la région du Centre*, Programme NPTCI, Campus régional de Dakar.

Varenne, B., et Savadogo, G. (2010). *Contribution à la définition du panier de soins à couvrir par l'assurance maladie et collecte de données de base pour son évaluation financière: Collecte de données démographiques, macroéconomiques et sociosanitaires*, rapport provisoire, Tome 2, Initiatives Conseil International, Ouagadougou, Burkina Faso.

—, et Belemviré, S. (2010). *Contribution à la définition du panier de soins à couvrir par l'assurance-maladie et collecte de données de base pour son évaluation financière: Pratiques en matière de couvertures maladie, services ou soins peu accessibles*, Secrétariat Assurance Maladie, rapport provisoire, Tome 1, Initiatives Conseil International, Ouagadougou, Burkina Faso.

WHOSIS (2008). Burkina Faso Health Profile, disponible à l'adresse:
http://www.who.int/gho/countries/bfa/country_profiles/en/index.html

Yameogo, C.R. (2011). *Etude des fonds nationaux au Burkina Faso: Evaluation de la performance des fonds et dispositif de suivi-évaluation*, version provisoire, Bureau international du Travail, Genève.

Zanga, S. (2009). *Organisation nationale des syndicats libres*, Comité syndical de la RACGAE, Turin-Montreal.

Annexe 1. Des systèmes d'assurance-maladie au Burkina Faso

Types d'assurances-maladie	Caractéristiques	Cotisations	Prestations couvertes	Conditions
Mutuelles de santé communautaire: ce type de mutuelle est l'Assurance maladie à base communautaire (AMBC) de Nouna	Évolue en milieu urbain et semi urbain et concerne 15% de la population adhérente, dont 5% sont des salariés des secteurs public et privé qui résident essentiellement en ville. Population adhérente: ruraux (85%), urbains (10%) et semi urbains (5%) d'origine. La majorité de cette population (80%) a des revenus de l'activité agricole.	La cotisation annuelle est payée en un versement unique. La cotisation annuelle est fixée à 1 500 FCFA pour les adultes (toute personne âgée de 15 ans révolus) et 500 FCFA pour les enfants (toute personne âgée de moins de 15 ans).	La prise en charge est de 100% des frais et sans limitation du nombre de contacts dans la limite du paquet de soins défini à 2 niveaux: CSPS et CMA.	La carte de membre actif donne accès aux services de l'AMBC après une période d'observation de trois mois à compter de la date de versement du droit d'adhésion et de la cotisation annuelle. La période d'observation ne concerne que la première année d'adhésion.
Mutuelle de santé des cotonculteurs de Karangasso Sambla (MUSACOKS)	Milieu rural auprès des cotonculteurs de la commune rurale de Karangasso Sambla. L'unité d'adhésion est l'individu. Il y a autant de femmes que d'hommes bénéficiaires inscrits.	Les droits d'adhésion sont de 500 FCFA et donnent droit à une carte de membre. La mutuelle pratique une cotisation annuelle qui est de 2 000 FCFA par bénéficiaire. Cette cotisation se perçoit essentiellement au moment de la vente du coton graine.	Le bénéficiaire prend en charge 25% du coût des ordonnances, de la mise en observation et de la petite chirurgie. Mais il ne paie rien pour les frais de consultations et les frais liés aux accouchements qui sont couverts à 100%.	Les mutualistes ne peuvent se faire soigner que dans les CSPS conventionnés.
KENEYA SIRA de Bobo-Dioulasso	Mutuelle urbaine, active principalement dans la commune urbaine de Bobo-Dioulasso. Accessible à tout le monde (résident de Bobo-Dioulasso), elle reçoit toute personne du secteur informel souhaitant y adhérer.	Les frais d'adhésion sont de 1 000 FCFA. La cotisation est de 2 000 FCFA par an et par personne. Les bénéficiaires ont droit à la prise en charge de 2 épisodes de maladie. Ceux ayant épuisé ces 2 épisodes peuvent utiliser ceux d'un autre bénéficiaire appartenant à sa famille au moment de l'inscription à la mutuelle. Un adhérent peut inscrire jusqu'à 6 bénéficiaires. Chaque membre peut ainsi bénéficier d'une prise en charge de 14 épisodes de maladie par an si aucun des autres bénéficiaires de sa famille/de son groupe n'a connu d'épisodes de maladie.	Les soins de santé couverts concernent les prestations proposées au niveau des CSPS. L'adhésion à la mutuelle ne permet que le traitement des maladies opportunistes liées au VIH/Sida au sein des CSPS. Elle ne prend pas en compte le traitement et le suivi contre le Sida.	Tout bénéficiaire a droit à la prise en charge de 2 épisodes de maladie. Le transport des patients, les hospitalisations niveau CMA, les examens médicaux, les consultations spécialisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle.

Types d'assurances-maladie	Caractéristiques	Cotisations	Prestations couvertes	Conditions
LAAFI BAORE Section Zogona	Les adhérents et bénéficiaires de la mutuelle LAAFI BOORE de Ouagadougou, section Zogona, sont essentiellement des épargnants de la CAISSE BAITOUL MAAL. La majorité des adhérents / bénéficiaires sont issus des secteurs informel (artisans, menuisiers, mécaniciens, transporteurs) mais aussi formel (salariés du public et du privé).	Le montant de l'adhésion est de 2 500 FCFA. L'adhésion groupée est possible. La cotisation annuelle s'élève à 9 600 FCFA et est payable par mensualité de 800 FCFA. Le taux de remboursement est de 70% des frais. Les adhérents doivent payer les frais médicaux en totalité avant d'être remboursés par la mutuelle.	Les soins ambulatoires, les prescriptions en médicaments essentiels génériques (MEG), le transport des patients, l'hospitalisation et la maternité sont couverts. Les interventions chirurgicales sont prises en charge. Les consultations de cardiologie et d'autres spécialités sont aussi couvertes.	Les prestations non couvertes sont: les consultations et prothèses dentaires, les consultations en ophtalmologie, les scanners, les médicaments de marque et spécialités.
MUTRAF des travailleurs du Fisc	Le personnel de la Direction générale des Impôts constitue la population d'adhérents de la mutuelle. Le principe de l'adhésion à la MUTRAF est systématique mais reste volontaire. Chaque salarié peut associer son (sa) conjoint(e) ainsi que ses enfants biologiques. Tous les adhérents sont issus du milieu urbain.	Le montant de la cotisation à régler pour chacun des bénéficiaires est de 2 000 FCFA par mois. La cotisation est la même pour toutes les catégories de salariés.	Un plafond de remboursement est fixé par année et par adhérent à 200 000 FCFA. Le bénéficiaire règle l'intégralité de la facture et se fait rembourser dans un délai d'un mois. Toutes les prestations de santé sont couvertes, excepté la lunetterie. La MUTRAF vient en aide aux adhérents en cas d'événements sociaux heureux ou malheureux. Une somme de 50 000 FCFA est octroyée à l'adhérent. Elle propose aussi des prêts aux agents qui expriment le besoin de se doter d'un moyen de locomotion (sous forme de garanties aux commerçants).	Un délai de 3 mois d'observation est respecté avant que le bénéficiaire puisse profiter d'une prise en charge par la MUTRAF.
MUNASEB des étudiants	Chaque étudiant boursier a une couverture afin de le prémunir contre les difficultés à se soigner. L'adhésion est réservée aux étudiants et elle est volontaire.	L'adhésion est subordonnée au versement d'une cotisation non remboursable. Le montant annuel de la cotisation est de 5 000 FCFA par adhérent et bénéficiaire.	Le plafond annuel de la prise en charge pour toutes les prestations, sauf celles bénéficiant d'un forfait particulier (voir plus haut), est de 100 000 FCFA.	Les bénéficiaires font l'avance des frais médicaux et demandent, chaque fin de mois, un remboursement au Centre National des Œuvres Universitaires.

Types d'assurances-maladie	Caractéristiques	Cotisations	Prestations couvertes	Conditions
Allianz Burkina Assurances (Assurances privées)	L'adhésion se fait essentiellement en milieu urbain, dans le secteur formel (100% des souscripteurs), pour l'essentiel dans le secteur privé – principalement des entreprises de services (95%). Quelques ONG (5%) sont également des clients de la branche maladie chez Allianz Burkina Assurances.	180 000 FCFA par an et par assuré.	Le taux de remboursement s'échelonne de 50% à 100%. Les plafonds s'étendent de 500 000 FCFA à 10 000 000 FCFA par an et par assuré.	Avant toute souscription, une étude préalable basée sur un questionnaire médical individuel est réalisée. Un délai d'observation (de 3 à 9 mois pour maternité) est imposé à tout nouveau souscripteur avant de pouvoir bénéficier d'une prise en charge médicale. L'assuré conserve le droit de choisir son prestataire de soins.
COLINA Burkina Faso	95% de la clientèle / des souscripteurs proviennent du secteur privé et du monde des entreprises. Le mode de souscription est collectif.	La cotisation est annuelle avec une possibilité d'échelonner trimestriellement les versements. Si le groupe compte 1 500 bénéficiaires, la prime peut s'établir à 100 000 FCFA par an par individu. Pour des groupes de 50 à 300 personnes, elle peut s'élever à 300 000 FCFA selon les garanties et le plafond de remboursement annuel.	Le taux de remboursement peut s'échelonner de 50% à 100%. Pour chaque module, il existe un plafond global réparti entre le ou les module(s) souscrit(s). Il varie en fonction de la taille du groupe souscripteur. Les taux de couverture varient aussi entre 70% et 100%. Un taux de remboursement maximum particulier de 80% est fixé pour la lunetterie / optique.	La période d'observation est de 6 mois pour les maladies chroniques et de 15 jours pour les maladies infectieuses. Les maladies graves et extrêmement coûteuses telles que, par exemple, l'insuffisance rénale, ne sont couvertes par aucun module.
LUDIC LYDIA Burkina	Les adhérents sont tous salariés de l'entreprise, qui opère dans 35 localités du pays. 99% de l'effectif sont des hommes, dont 82% sont âgés de moins de 35 ans.	La souscription annuelle est fixée à 60 000 FCFA par bénéficiaire. Elle est payée intégralement par l'entreprise et vient donc en complément du salaire.	Tous les traitements médicaux, chirurgicaux, médicamenteux ou examens de diagnostic sont pris en charge s'ils sont prescrits par un agent de santé reconnu. Seule la couverture maternité n'est pas assurée car, dans ce cas, les employées bénéficient de la couverture de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) en la matière. Les salariés continuent à bénéficier d'un bilan médical annuel via les services de l'OST, dans le cadre du contrat obligatoire qui lie Ludic Lydia Burkina à l'OST.	Au moment de la souscription du contrat, chacun des salariés doit remplir un questionnaire médical en précisant s'il souffre de certaines pathologies (maladies chroniques ou passagères). La couverture maladie concerne uniquement le salarié. Sa famille n'est pas concernée par ce système.

Types d'assurances-maladie	Caractéristiques	Cotisations	Prestations couvertes	Conditions
BOLLORÉ AFRICA LOGISTICS	Les 314 salariés du groupe sont les principaux bénéficiaires du système ainsi que leurs ayants droit directs (époux ou épouses et enfants légitimes). Les salariés, quel que soit leur statut (cadres, agents de maîtrise ou employés), relèvent du même régime de couverture.		Les consultations (générales ou spécialisées), les soins ambulatoires et les soins dentaires sont pris en charge à 100%. Les frais d'hospitalisation et les produits pharmaceutiques sont remboursés à 80% et les examens médicaux à 70%.	Il n'existe pas de plafond maximal pour la prise en charge. Aucun frais n'est pris en charge au-delà des prestations mentionnées (à l'exception de la lunetterie, réservée aux seuls salariés) pendant deux ans à hauteur de 50 000 FCFA et d'une prime de pharmacie sur salaire mensuelle par salarié de 600 FCFA.
ONATEL SA	Les quelque 1 300 salariés d'ONATEL SA sont les principaux bénéficiaires du système, avec leurs ayants droit directs (époux ou épouses et enfants légitimes). Les salariés, quel que soit leur statut (cadres, agents de maîtrise ou employés), jouissent de la même couverture médicale. La mutuelle vient en aide aux travailleurs qui font face à des frais médicaux que le régime interne de couverture maladie ne couvre pas en intégralité.	Il n'existe pas de système de prélèvement sur salaire ou de participation financière des salariés en termes de cotisations ou d'adhésions au régime.	Le principe de prise en charge comprend: - 80 % des frais de soins ambulatoires, d'examens de laboratoire et de médicaments; - 100 % des frais d'hospitalisation; - 100 % des frais d'évacuation sanitaire après avis du Conseil de santé de l'entreprise. - Une somme forfaitaire annuelle fixe un plafond de remboursement pour chaque bénéficiaire.	Le bénéficiaire règle les factures avant de les présenter au niveau de la DRH. Un système de bons de prise en charge pour les médicaments existe et permet aux bénéficiaires de ne pas avancer les frais de prescriptions.

Source: Varenne et al (2010).

Annexe 2. Liste des principaux programmes de protection sociale actuellement en place au Burkina Faso, 2008-2009

Titre du programme Années	Agences de mise en œuvre	Groupes cibles	Zones géographiques	Nombre indicative de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles (FCFA)	Sources de financement
Transferts en espèces ou quasi-espèces						
Transferts en espèces aux OEV (PASS composante 2), octobre 2008 - septembre 2010; recherche-action sur les soins à base communautaire des OEV dans le Nahouri	SP-CNLS-IST pour les interventions, et Banque mondiale pour la recherche	OEV	Région de Nahouri	6 500 enfants (2009)	268 millions (2009)	Banque mondiale
Programme de bons urbain (EMOP 10773.0), janvier 2009 - juin 2010	WFP avec la MASSN, CRS, BRC	Habitants urbains extrêmement pauvres	Ouagadougou et Bobo-Dioulasso	338 915 personnes (2009)	8 501 millions (2009)	Multilatérale
Coupons alimentaires aux femmes infectées par le VIH et les enfants), décembre 2008 - août 2009	CRS et OCADES	Femmes enceintes et enfants de moins de 2 infectées par le VIH	Régions du Centre, Centre-Sud, Centre-Est, Centre-Ouest, bassins secondaires, Cascades	2 220 personnes (2009)	242 millions (2008-2009)	Global Fund
Coupons de nourriture vers les zones urbaines pauvres, septembre 2008 - février 2009	CRS et OCADES	Ménages urbains pauvres	Ouagadougou et Bobo-Dioulasso	3 809 ménages (2008-2009)	209 millions (2008-2009)	Gates Foundation

Titre du programme Années	Agences de mise en œuvre	Groupes cibles	Zones géographiques	Nombre indicative de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles (FCFA)	Sources de financement
Transferts alimentaires						
Ciblés aux ventes de produits alimentaires subventionnées						
Stock d'intervention	SONAGES avec le CONASUR	Suivant les critères définies par la COPROSUR / CODESUR	Zones d'insécurité alimentaire		1,9 milliard (2008-2009)	Etat
Les distributions alimentaires ciblées						
Secours général	CRS et les partenaires	PVVIH, orphelins, enfants malnutris, personnes âgées, veuves, etc.	23 régions	14 850 personnes (2008)	482 millions (2008-2009)	USAID
L'aide alimentaire aux populations vulnérables et aux ménages touchés par des catastrophes	MASSN avec le CONASUR	Populations vulnérables et ménages touchés par des catastrophes	Niveau national	1 500 personnes (2002-2008)	31 millions (2002-2008)	Etat
Programme d'éducation et d'alimentation (CP10399.0 composante 1:ii alphabétisation), 2006-2010	WFP avec des partenaires	Personnes fréquentant les centres d'alphabétisation	11 régions (Sahel, Est, Centre et Centre-Nord)	20 300 femmes et 16 348 hommes (2009)	224 millions (2009)	Etat et multilatéraux
Nutrition						
Complément nutritionnel aux enfants malnutris et aux femmes enceintes et mères allaitantes (IPSR 10541.0 2007-2009 et IPSR 20054 2010-2011)	WFP avec des partenaires	Enfants modérément malnutris et mères enceintes et allaitantes	Sahel, Nord, Est, Sud-Ouest, Centre-Nord et Centre-Sud	312 000 personnes	3 059 millions (2009)	Etat et multilatéraux

Titre du programme Années	Agences de mise en œuvre	Groupes cibles	Zones géographiques	Nombre indicative de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles (FCFA)	Sources de financement
Soutien nutritionnel aux groupes vulnérables et aux PVVIH (CP10399.0 volet 2), 2006-2010	WFP avec des partenaires	Personnes souffrant de malnutrition modérée	Centre, Nord, Centre-Nord, Centre-Sud, Est, Sud-Ouest, Cascades, bassins secondaires, (Mouhoun)	20 500 personnes (2009)	2 175 millions (2009)	Etat et multilatéraux
Traitement et prévention de la malnutrition aiguë pour le développement et la survie des enfants, 2006-2010	UNICEF avec des partenaires	Enfants sévèrement malnutris de moins de 3 ans et mères enceintes et allaitantes	5 régions les plus touchées par la malnutrition	17 000 enfants (2009)	2 900 millions (2007-2008)	Multilatéraux
Traitement des enfants souffrant de malnutrition sévère, 2007-2010	Médecins Sans Frontières-France avec l'EFPC	Enfants sévèrement malnutris âgés de 6-59 mois	23 CSPS dans les régions du Passoré et de Loroum	18 000 enfants	1 968 millions (2010)	MSF, ECHO
Réduction de la mortalité infantile et de la malnutrition, 2007-2010	Croix-Rouge burkinabé et belge	Femmes enceintes et allaitantes et enfants	180 villages dans le Nord, le Sahel et le Sud-Ouest		601 millions (2008)	ECHO
Réduction de la malnutrition aiguë et de la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes, 2007-2010	Terre des Hommes et Helen Keller International	Femmes et enfants souffrant de malnutrition	Districts de Tougan, Séguénéga, Gayéri et Fada		823 millions (2008)	ECHO
Prévention et traitement de la malnutrition aiguë, 2008-2010	Action Contre la Faim	Enfants sévèrement malnutris âgés de 6-59 mois	Centre de santé de Diapaga et la région de Tapoa		544 millions (2008)	ECHO
Urgence nutritionnelle pour les enfants, 2008-2010	Save the Children UK	Enfants sévèrement malnutris âgés de 6-59 mois	District de Kaya et région Centre-Nord		472 millions (2008)	ECHO

Titre du programme Années	Agences de mise en œuvre	Groupes cibles	Zones géographiques	Nombre indicative de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles (FCFA)	Sources de financement
Alimentation scolaire (et repas à emporter)						
Ecole endogène d'alimentation dans les écoles primaires, depuis 1988	MEBA	Elèves des écoles primaires publiques	22 régions	711 000 élèves dans 3 565 écoles (2008-2009)	4,5 milliards (2008-2009)	Etat, CAST et Communautés
Alimentation scolaire endogène dans les écoles secondaires	MESSRS	Elèves des écoles publiques secondaires	Niveau national	20 700 élèves dans 310 écoles (2008-2009)	750 millions (2008-2009)	Etat et Communautés
Alimentation scolaire assistée dans les écoles primaires, depuis 1962	CRS et partenaires	Elèves des secteurs public, privé, communautaire et écoles primaires	19 régions	245 900 élèves dans 1 328 écoles (2008-2009)	2,3 milliards (2009)	USAID et Communautés
Alimentation scolaire assistée dans les bisongo	CRS et partenaires	Enfants fréquentant les bisongo		4 029 enfants dans les 41 bisongo (2009)	48 millions (2009)	USAID et Communautés
Alimentation scolaire dans les écoles de très haut niveau	CRS avec le Tin Tua et la FAWE	Filles fréquentant les écoles de très haut niveau	10 régions	13 écoles	13 millions (2009)	USAID et Communautés
Alimentation scolaire assistée (1 composante CP10399.0), depuis 2002	WFP et partenaires	Elèves des écoles primaires	4 régions du Sahel	86 000 élèves dans 640 écoles (2009-2010)	864 millions (2009)	Multilatéraux, Etat et Communautés
Subventions destinées à l'alimentation et au carburant						
Soutien universel et indirect des prix des denrées alimentaires						
Stock national de sécurité	SONAGES	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	Etat et bailleurs de fonds
Impôt et exonérations de droits	MEF/DGD	n.d.	Niveau national	n.d.	4,3 milliards (2008)	Etat
Exonérations fiscales sur les carburants	Autorités douanières avec la SONABEL, la SONABHY et les détaillants privés	n.d.	Niveau national	n.d.	21,7 milliards (2009)	Etat
Travaux publics						
PrEst (Programme de désenclavement de l'Est), 2002-2011	Helvetas et MIS	Jeunes en priorité	9 communes au Gnagna, Gourma et régions de Tapoa	865 personnes (2005-2007)	478 millions (2002-2011)	Coopération suisse

Titre du programme Années	Agences de mise en œuvre	Groupes cibles	Zones géographiques	Nombre indicative de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles (FCFA)	Sources de financement
Alimentation pour les actifs (CP10399.0 composante 3), 2006-2010	WFP et partenaires	Population des villages ciblés	18 régions	30 800 femmes et 31 400 hommes (2009)	294 millions (2009)	Multilatéraux et Etat
Dispenses des frais de santé						
Subvention supplémentaire de soins obstétricaux d'urgence et néonataux pour les femmes indigentes (SONU), depuis 2006	Ministère de la Santé	Femmes enceintes indigentes	Niveau national	n.d.	500 millions (attribués, non dépensés)	Etat et Banque mondiale (CASRP)
Dispenses de frais pour les indigents, depuis 2007	Ministère de la Santé et community-based organizations	Indigents PVVIH	Niveau national	n.d.	37 millions (y compris IGA)	Etat
Traitement des patients ART	Fonds national de solidarité	Patients ART indigents	Niveau national	200 personnes	40 millions	Etat
Traitement gratuit pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5, depuis septembre 2008	HELP	Enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes et allaitantes	Districts de santé Seba et Dori dans le Sahel	100 000 personnes	500 millions	ECHO
Traitement gratuit pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5	Terre des Hommes	Enfants de moins de 5 ans	Régions de Tougan et Séguénéga	n.d.	640 millions	ECHO
Gratuité des soins pour les PVVIH, 2001-2009	Médecins Sans Frontières-Luxembourg	Personnes vivant avec le VIH	District de Ouagadougou	n.d.	n.d.	n.d.
Traitement gratuit du paludisme, 2008-2009	Médecins Sans Frontières-France et CSPA	Personnes souffrant du paludisme	Région de Titao	40 000 cas	98 millions (2008-2009)	MSF et ECHO

n.d.: non disponible.
Source: Banque mondiale, 2010b.

Annexe 3. Les fonds d'appui

Tableau 1. Indicateurs de performance des fonds d'appui pour l'emploi (FASI, FAIJ, FAPE)

	2006	2007	2008	2006-2008
Nombre de projets financés	1 720	1 750	1 701	5 171
Financement des projets (millions FCFA)	1 115,7	1 037,2	1 205,8	3 358,7
Nombre d'emplois créés	1 043	571	898	2 512
dont femmes	366	181	322	869
Nombre d'emplois consolidés	4 143	4 165	2 204	10 512
dont femmes	1 362	1 347	727	3 436
Total des emplois créés ou consolidés	5 186	4 736	3 102	13 024
dont femmes	1 728	1 528	1 049	4 305
Coût/emploi créé (milliers FCFA)	1 069,7	1 816,5	1 342,8	1 337,1
Coût/emploi créé ou consolidé (milliers FCFA)	215,1	219,0	388,7	257,9
Taux d'emplois créés féminins (%)	35,1	31,7	35,9	34,6
Taux d'emplois consolidés féminins (%)	32,9	32,3	33,0	32,7
Taux des emplois créés ou consolidés féminins (%)	33,3	32,3	33,8	33,1
Total des emplois créés/nb de chômeurs (%)	0,61	0,33	0,52	1,47
Total des emplois consolidés/nb de sous-employés (%)	0,33	0,34	0,18	0,85

Source: A partir des annuaires statistiques de l'ONEF.

Tableau 2. Indicateurs de performance des actions de formation professionnelle 2006-2008 (FAFPA, programmes d'insertion des jeunes)

	2006-2008
Nombres d'actifs placés en stage	1 821
Taux de jeunes diplômés (2006-2008) placés en stage	5,8%
Nombre de jeunes formés en entrepreneuriat	5 519
Part de jeunes formés en entrepreneuriat/nb de jeunes (15-25 ans)	4,5%
Nombre de jeunes en formation aux métiers	15 260
Nombre de formés aux métiers/nb de jeunes (15-25 ans)	12,6%
Formés aux techniques de recherche d'emploi (TRE)	1 509
Nombre de formés aux TRE/nombre chômeurs	0,9%
Nombre d'artisans formés (perfectionnement)	2 073
Nombre de formés en formation continue en entreprise	2 013
Nombre de formés par apprentissage	930
Nombre de formés du monde rural	372

Source: A partir des annuaires de l'ONEF.