



*Revue des Dépenses et de la
Performance de la Protection
Sociale (SPER) au Burkina FASO.*

(Draft pour commentaire)

Abréviations et acronymes

Résumé exécutif

Cette revue des dépenses et 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. Elle a pour objectif de recenser les différents dispositifs et programmes de protection sociale actuels, déterminer leurs dépenses et leurs sources de financement et 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 et 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 avec pour impact une augmentation du nombre de personnes à charge par individu en âge de travailler et une masse importante attendue de nouveaux arrivants sur le marché du travail qui ne pourra être absorbée par une offre d'emploi productifs et de qualité qui reste aujourd'hui insuffisante.*
- *De bonnes performances économiques mais fragiles face aux chocs exogènes subis par le pays depuis le début des années 2000 et,*
- *Avec peu d'impact sur le développement humain avec une incidence de la pauvreté qui reste élevée.*

Dans ce contexte, les autorités 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 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 à travailler ou d'obtenir un travail rémunérateur suite à la réalisation de différents risques: maladie, chômage, vieillesse, accidents du travail, responsabilités familiales, maternité, invalidité ou décès du soutien de famille* ». Cette définition est 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 destinés 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 un accord individuel* ».

Elle reprend à son compte également, et surtout, 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, d'une part, la disponibilité, la continuité, l'accès géographique et financier aux services essentiels et, d'autre part, la mise en œuvre 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 5 grandes composantes :

- La sécurité sociale dont les prestations sont assurées d'une part par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale pour les travailleurs administrés par le code du travail : allocations familiales et maternité, prestations en matière de risques professionnels et prestations 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 concernent 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 des opérateurs, 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 la réinsertion des enfants et des jeunes hommes et femmes, l'assistance et les secours en cas de catastrophes et de crises humanitaires et la prise en charge des personnes vivant avec le VIH
- Les Fonds d'Appui et de promotion de l'emploi sont passés en revus de façon synthétique dans ce SPER sur la base d'une étude parallèlement dans le cadre de ce projet BIT/UE (« Les Fonds d'appui à la promotion de l'emploi, de la formation et au développement d'activités économiques, Performance et impact », 2011).

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

Ces dépenses représentent 7% en 2007 et 6,9% en 2008 du PIB. 50% Du budget social est consacré à la santé avec pour objectif d'accroître l'accès de tous aux soins de santé publics. Les dépenses restantes

Dépenses de protection sociale (en million FCFA)			
	2007	2008	2009
I. PENSIONS	36 350	37 641	37 122
II. ACCIDENTS DU TRAVAIL	2 656	3 257	3 398
III. ASSISTANCE ET ACTION SOCIALE	46 853	59 486	66 600
IV. PRESTATIONS FAMILIALES ET MATERNITE	6 800	8 155	7 881
V. SANTÉ ET SOINS MEDICAUX	112 286	126 463	-
VI Accumulation de réserves régimes légaux	21 616	19 090	27 769
TOTAL DEPENSES	226 561	254 092	-

se répartissent pour 27% en dépenses de sécurité sociale et 23% en dépenses d'assistance et d'action sociales.

Elles sont financées, en 2008, à 36% par les fonds publics (qui incluent cependant les appuient budgétaires extérieurs), à 36% également par l'aide internationales, à 28% par les ressources de la CNSS et de la CARFO et de façon très marginale par les collectivités locales (0,03%). La part du financement de l'Etat (89 milliard de FCFA) représente 2,4% du PIB en 2008 et 14% des recettes et 11% 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.

La performance ces dispositifs et programmes a été analysée dans cette revue 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.

Lorsque l'on observe la disponibilité des différentes composantes de protection sociale pour les différents groupes socio-économiques de population et face aux différents risques, il ressort 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 (seulement un salarié sur trois 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 d'individus, soit 18% de la population totale ; globalement, 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 population : les ménages de l'économie informelle et du monde rural qui bien qu'étant des groupes vulnérables ne sont pas classés parmi les plus pauvres. Ce groupe échappe aux prestations des régimes légaux

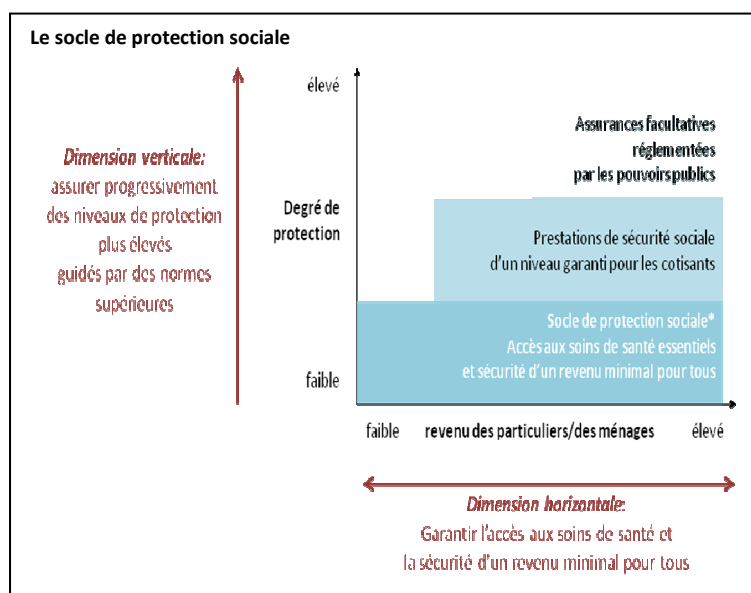
ainsi qu'à la plupart des programmes de filets sociaux et ne sont ciblés que par les mécanismes de micro assurance dont la couverture reste encore marginale.

Concernant la mobilisation des ressources, le principal constat est 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 potentielle de financement : les collectivités locales d'une part dont l'intervention aujourd'hui est marginale et les ménages de l'économie informelle, d'autre part, qui disposent d'une capacité contributive, certes limitée. Un autre constat important est celui des 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 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, avec pour conséquence 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. Une autre conséquence est également la démultiplication des coûts administratifs des programmes ainsi que l'absence d'un monitoring globale. Un autre 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 en fonction des risques sociaux à couvrir.

A l'issue de cette revue, un certain nombre de pistes sont proposées afin d'alimenter un nécessaire dialogue nationale 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 une diversité d'acteurs. Il importe avec ces derniers d'organiser un dialogue national participatif permettant un choix clair et consensuel des priorités de la politique nationale de protection sociale qui doivent



être déclinées en 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 d'améliorer le niveau de la protection sociale pour le plus grand nombre de personnes possible (approche verticale).

- Le renforcement du cadre institutionnel et la coordination des acteurs nationaux et internationaux et la mobilisation de ressources pérennes constituent une autre série de recommandations. Les pistes de réflexion sur le financement sont nombreuses 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 (% des dépenses publiques, % du PIB) d'un socle de protection sociale et de chacun de ses éléments constitutifs.
- Une dernière série de recommandations concerne 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.

Sommaire

Introduction	13
1. Un aperçu de l’environnement démographique, économique et social	22
1.1. Une contrainte démographique relativement forte	22
1.2. De bonnes performances macro-économiques, mais fragiles	25
1.3. Une croissance économique qui a peu d’impact sur le développement humain ...	26
1.4. La création d’emplois productifs et de qualité demeure un défi important.....	29
1.4.1. Un niveau d’occupation de la population relativement élevé	29
1.4.2. Les emplois vulnérables sont majoritaires et touchent plus les femmes et les jeunes	30
1.4.3. La prédominance de l’emploi agricole et informel	30
1.4.4. Un chômage essentiellement urbain touchant les femmes, les jeunes et les instruits	31
1.4.5. Un taux de jeunes ni scolarisés ni dans l’emploi surtout urbain et féminin ...	31
1.4.6. Un sous-emploi surtout rural et en baisse	32
1.4.7. La qualité de l’emploi, en particulier des jeunes, ne s’est pas significativement améliorée au Burkina Faso	32
2. Le cadre institutionnel de la protection sociale	34
2.1. Les principaux ministères concernés, politiques et stratégies sectorielles.....	34
2.2. Les documents nationaux de référence	35
2.3. Le processus d’élaboration d’une politique nationale de protection sociale	36
3. La sécurité sociale au Burkina Faso	38
3.1. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).....	39
3.1.1. La population couverte.....	39
3.1.2. Les prestations de la CNSS.....	41
3.1.3. Les revenus et dépenses de la CNSS.....	44
3.2. La Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO).....	47
3.2.1. La population couverte.....	47
3.2.2. Les prestations de la CARFO	48
3.2.3. Les ressources et dépenses de la CARFO	49
3.3. Une analyse de la performance des régimes de sécurité sociale	51
3.3.1. La pénétration des groupes cibles.....	51
3.3.2. Les prestations servies.....	52
3.3.3. La mobilisation de ressources et la gestion financière	52
3.3.4. La gouvernance.....	53

4.	Les mécanismes de couverture du risque maladie	54
4.2.	La prise en charge des dépenses de soins de santé des agents de la fonction publique	55
4.3.	Les caisses de solidarité et régimes médicaux d'entreprise	55
4.4.	Les systèmes de micro assurance santé	55
4.4.1.	Les mutuelles de santé	56
4.4.2.	La combinaison micro assurance et micro finance	57
4.4.3.	Les systèmes de prépaiement forfaitaire	57
4.4.4.	Les systèmes de partage des coûts	57
4.5.	Les principaux intervenants dans la couverture du risque maladie.....	58
4.6.	La mise en œuvre d'un schéma national d'assurance maladie.....	59
4.7.	<i>Le budget de la santé</i>	61
4.8.	Performances des mécanismes de couverture du risque maladie	63
4.8.1.	Couverture de la population	64
4.8.2.	Prestations servies.....	64
4.8.3.	Mobilisation et gestion des ressources	65
4.8.4.	Gouvernance	65
5.	L'assistance sociale au Burkina Faso.....	67
5.1.	Les filets sociaux	67
5.1.1.	Les programmes de filets sociaux.....	68
5.1.2.	Financement et dépenses en filets sociaux.....	71
5.2.	Performances des mécanismes de couverture des filets sociaux.....	72
5.2.1.	Couverture de la population	73
5.2.2.	Prestations servies.....	73
5.2.3.	Mobilisation et gestion des ressources	75
5.2.4.	Gouvernance	75
6.	Les services d'action sociale.....	76
6.1.	Le Centre d'éducation spécialisée et de formation (CESF)	76
6.2.	La Maison de l'enfance André Dupond de Orodara (MEADO).....	77
6.3.	Le Centre de formation des aides familiales (CFAF).....	79
6.4.	L'hôtel maternel de Ouagadougou.....	80
6.5.	Le Secrétariat permanent du Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (SP/CONASUR).....	82
6.6.	Le Fonds national de solidarité (FNS).....	84
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.....	86
6.8.	Les Centres de production et de formation pour jeunes filles (CPFJF)	88
6.9.	Financement et dépenses des services d'action sociale	89
6.10.	Une analyse des performances des services d'action sociale	90
7.	Les fonds pour l'emploi	92
7.1.1.	Aperçu des Fonds d'emploi et de formation.....	93

7.1.2.	Financement des Fonds d'Appui	95
7.1.3.	Performance et impact des Fonds d'Appui	96
7.1.4.	Défis pour les Fonds d'appui	98
7.2.	Travaux à haute intensité de main-d'oeuvre	99
8.	Le budget social en 2007 et 2008	102
8.1.	Budget social	102
8.2.	La portée des dispositifs et programmes existant de protection sociale Budget social	105
8.2.1.	En termes de couverture de la population et des risques	106
8.2.2.	En termes de mobilisation et de gestion des ressources	111
8.2.3.	En termes d'organisation et de cadrage institutionnel	112
9.	En conclusion : des pistes pour une politique nationale et la construction d'un socle de protection sociale intégrée et favorable à l'emploi	114
9.2.	Renforcer le cadre institutionnel et la gouvernance	116
9.3.	Financement	118
9.4.	Bâtir une politique nationale de protection sociale en lien étroite avec la politique nationale de l'Emploi	119
	Bibliographie	121
	Annexes	127
	Annexe 1 : Des systèmes d'assurances maladies au Burkina Faso	129
	Annexe 2 : Liste des principaux programmes de protection sociale actuellement en place au Burkina Faso, 2008-2009	135
	Annexe 3 : Les fonds d'appui	143

Tableaux, graphiques et figures

Tableau 1:	Profil de la démographie	23
Tableau 2 :	Indicateurs économiques et financiers	25
Tableau 3 :	Les indicateurs de développement social (1995 - 2008) – Burkina Faso	27
Tableau 4 :	Estimations des tendances de la pauvreté (monétaire) basées sur les Comptes Nationaux (en % de la population)	27
Tableau 5 :	Répartition de la pauvreté parmi la population Burkinabé	28
Tableau 6 :	Le ratio emploi-population selon le milieu et le sexe (15 – 65 ans) (en %)	29
Tableau 7 :	Distribution de l'emploi par statut selon le sexe (15 ans et +)	30
Tableau 8 :	Distribution sectorielle de l'emploi selon le sexe et l'âge – 2007 (15 ans et +, en %)	30
Tableau 9 :	Taux de chômage urbain, selon le niveau d'instruction (1998-2007)	31
Tableau 10 :	Taux des travailleurs pauvres selon le milieu et le sexe (15-65+) (% population occupée)	32
Tableau 11 :	Indicateurs clés de l'assurance sociale au Burkina Faso (2000-2007)	38
Tableau 12 :	nombre de personnes couvertes par la CNSS (cotisants actifs)	40
Tableau 13 :	Limites d'âge pour l'admission à la retraite des travailleurs salariés (à compte de janvier 2004)	42

Tableau 14 : Ressources de la CNSS	44
Tableau 15 : Evolution du taux de transformation	45
Tableau 16 : Dépenses de la CNSS.....	46
Tableau 17 : Budget consolidé de la CNSS	46
Tableau 18 : Nombre de personnes couvertes par la CARFO (cotisants assurés).....	48
Tableau 19 : Ressources de la CARFO.....	50
Tableau 20 : Dépenses de la CARFO	50
Tableau 21 : Budget consolidé de la CARFO.....	51
Tableau 22 : Inventaire des mutuelles de santé en 2005.....	56
Tableau 23 : Profil des mutuelles de santé	56
Tableau 24 : Dépense nationale de santé	61
Tableau 25 : Sources de financement de santé au Burkina Faso – Budget de la santé (PS)...	62
Tableau 26 : Répartition des dépenses de santé (FCFA)	63
Tableau 27 : Les Filets sociaux au Burkina Faso	68
Tableau 28 : budget global des filets sociaux (en millions FCFA).....	72
Tableau 29 : Budget total Assistance Sociale (incluant les services d’action sociale et hors dispenses des frais scolaires) (en million FCFA)	75
Tableau 30 : Enfants et jeunes couverts par le CESF de 2005 à 2010	77
Tableau 31 : Budgets et sources de financement du CESF de 2005 à 2009.....	77
Tableau 32 : Sources de financement et dépenses annuelles de la MEADO de 2005 à 2009	78
Tableau 33 : Effectif annuel du Centre de formation des aides familiales de 2005 à 2009....	80
Tableau 34 : Sources de financement et dépenses annuelles du Centre de formation des Aides familiales de 2005 à 2009	80
Tableau 35 : Situation des enfants et jeunes pris en charge par l’hôtel maternel de 2007 à 2010.....	81
Tableau 36 : Sources de financement et dépenses annuelles de l’hôtel maternel de 2007 à 2009.....	82
Tableau 37 : Sources de financement et dépenses annuelles de la CONASUR.....	83
Tableau 38 : Sources de financement et dépenses annuelles du FNS de 2005 à 2009	85
Tableau 39 : Bénéficiaires annuels du CMLS de 2005 a 2009	86
Tableau 40 : Sources de financement et dépenses annuelles du CMLS/MASSN de 2005 à 2009.....	87
Tableau 41 : Dépenses annuelles du CPF/JF de 2005 à 2009.....	89
Tableau 42 : Budget globale de l’action sociale	89
Tableau 43 : Présentation synthétique des Fonds d’appui	93
Tableau 44 : Evolution des allocations initiales pour les Fonds emploi et formation.....	95
Tableau 45 : Allocations réelles et taux d’exécution pour les fonds emploi et formation (en milliers FCFA).....	96
Tableau 46 : Aperçu des principaux programmes HIMO mis en œuvre au Burkina Faso (1980-2011).....	99
Tableau 47 : Budget social condensé 2007-2009	102
Tableau 48 : Sources de financement du Budget sociale en 2008 (millions de FCFA)	105
Tableau 49 : Incidences de vulnérabilité et de pauvreté, seuils de vulnérabilité et ratios de pauvreté	107
Tableau 50 : Architecture actuelle de la protection sociale au Burkina Faso	108
Graphique 1 : Population par groupes d’âge (en milliers)	22
Graphique 2 : taux de croissance démographique (%)	22
Graphique 3 : Structure par âge et sexe de la population (%)	23
Graphique 4 : Evolution du taux de dépendance.....	24
Graphique 5 : Tendances de la pauvreté (en % de la population)	27

Graphique 6 : Evolution du nombre de travailleurs immatriculés par groupe d'âges.....	40
Graphique 7 : Evolution des cotisations et du nombre d'assurés.....	45
Graphique 8 : Répartition des sources de financement du budget de la santé (PS) en 2007 et 2008.....	62
Graphique 9 : Répartition des dépenses en filets sociaux (en %).....	74
Graphique 10 : Dépenses du budget sociale par fonction en 2008, en % du total des dépenses.....	104
Graphique 11 : Répartition des ressources par sources de financement, en % du total.....	105
Figure 1 : Architecture de l'assurance maladie.....	60
Figure 2 : Etapes de mise en œuvre de l'assurance maladie.....	60
Figure 3 : La stratégie bidimensionnelle de l'OIT.....	116

Introduction

Les multiples chocs exogènes (crise ivoirienne, crise alimentaire, énergétique, financière et économique) subis par le Burkina Faso depuis le début des années 2000 a 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 mettent 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 initié un processus de rationalisation et de consolidation des interventions en vue de promouvoir l'accès de tous, notamment des plus pauvres et 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) afin que la protection sociale reste une priorité nationale aux côtés des secteurs porteurs de croissance.

La réalisation d'une revue des dépenses et des performances de la protection sociale (Social Protection expenditure and performance review – SPER) s'inscrit dans les étapes de ce processus. Cette revue a été réalisée dans le cadre du projet sur un cofinancement de l'Union Européenne dont l'objectif est de promouvoir, par un consensus national, une stratégie intégrée de protection sociale et politique de l'emploi dans le cadre de développement de 4 pays (Burkina Faso, Cambodge, Éthiopie 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. A travers ces différentes études il s'agit de recenser les différents dispositifs et programmes de protection sociale actuels, déterminer leurs dépenses et leurs sources de financement actuelles et rapprocher leurs garanties des besoins en protection des différents groupes de population. Un tel travail doit amener à élaborer un budget social précis qui permettra au Burkina Faso de disposer d'un cadre de référence actuel et futur de sa politique nationale. Il ressort cependant de cette revue que les données disponibles ne suffisent pas pour établir un budget suffisamment précis. La mise en œuvre de la politique nationale de protection sociale devra permettre de construire un système de production d'information, de suivi et d'évaluation qui permettra cette budgétisation. En attendant, des outils simples et adaptés ont été développés, notamment le « costing tool » conçu par le BIT et l'UNICEF qui est un outil de calcul prospectif des coûts de financement et de l'impact budgétaire (% des dépenses publiques, % du PIB) d'un socle de protection sociale et de chacun de ses éléments constitutifs.

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 à travailler ou d'obtenir un travail rémunérateur suite à la réalisation de différents risques: 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 destinés 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 un accord individuel».

Ces définitions permettent de délimiter le champ de la protection sociale aux mesures publiques y inclus celles gérées par des organismes privés. De façon plus large et adaptées aux pays tels que le Burkina Faso, la protection sociale inclus les mutuelles de santé qui s'inscrivent dans les stratégies nationales et constituent 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 comprend la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles. La protection inclus 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) ainsi que le maintien du revenu en cas de maladie (assistance en espèces en cas de maladie physique ou mentale). Est également inclus ici le maintien du revenu en cas d'invalidité (le soutien en espèces et en nature - sauf soins médicaux - en rapport avec l'incapacité des personnes physiquement ou mentalement handicapées d'exercer des activités économiques et sociales).
- la **maternité - famille**, qui intègre d'une part les prestations en espèces ou en nature, sauf les soins médicaux, en rapport avec la grossesse, ce qui inclut les indemnités journalières durant la maternité 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 pensions 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, l'insertion et à la réinsertion professionnelle ainsi que l'indemnisation du chômage.
- la **pauvreté** et l'**exclusion sociale**, qui regroupent des prestations diverses en faveur des personnes démunies. Ceci englobe un ensemble de prestations en nature ou 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 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 forcément 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, mais sont les mêmes pour tous. Au Burkina Faso, ceci correspond aux dispenses des dépenses de frais de santé et de scolarité.

La mise en œuvre et la gestion des prestations peuvent être réalisées par différents acteurs : 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 également les assurances commerciales dans les cas où elles participent à une stratégie nationale de protection sociale et reposent sur la solidarité et non pas 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.
 - Les cotisations sociales patronales et salariales permettent de financer les dépenses des régimes légaux de sécurité sociale.
- Les organisations privées 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.
- Les financements internationaux qui sont particulièrement importants dans les pays pauvres dans le champ de l'assistance sociale.

Enfin, il importe de souligner que rien n'est tranché en matière de protection sociale tant dans sa définition que dans sa mise en œuvre. Par exemple, les mécanismes mis en œuvre ne relèvent pas nécessairement uniquement de l'assurance ou de l'assistance, mais peuvent associer ces deux logiques. Le projet d'assurance maladie au Burkina en est un exemple en proposant une couverture des dépenses de soins de santé unique pour tous mais des mécanismes de financement différents basé sur les cotisations pour les salariés et des transferts sociaux pour financer en partie ou en totalité les contributions pour les ménages de l'économie informelle et du monde rural et 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 organisations privées (mutuelles de santé, ONG, IMF, etc.).

Ce point est particulièrement important lorsqu'il s'agit de mettre en place des régimes de protections sociale pour les travailleurs de l'économie informelle et les travailleurs agricoles ruraux en raison du caractère hétérogène de ces groupes en matière de niveau et de périodicité de revenus, de localisation géographique, de niveau d'éducation, etc.

La mise en œuvre d'une politique nationale de protection sociale ne peut dans le contexte des pays en développement se contenter de répliquer les systèmes occidentaux ; elle doit pouvoir innover et sortir des sentiers battus tout en respectant les principes de bonne gestion et gouvernance.

Le socle de protection sociale

Dans le cadre du processus en cours d'élaboration de sa politique nationale de protection sociale, le Burkina Faso définit celle-ci ainsi : « *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).

Cette définition oriente 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), parmi 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 socioéconomiques 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 bénéficierait 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, de 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 ainsi que 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.

Elle 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 à travers 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'y a pas de définition universelle du socle de protection sociale et chaque pays peut définir, dans le cadre d'un processus de dialogue national et suivant ses priorités, ses garanties de base. De même, plusieurs approches sont possibles pour mettre en place cet ensemble de garanties : un pays peut par exemple chercher à étendre l'assurance sociale en la subventionnant pour permettre aux plus pauvres d'en bénéficier ou de 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 inter agences du SNU et Partenaires techniques et financiers se sont organisés au niveau sous régional (groupe de travail pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre) et dans plusieurs pays ouest africains, notamment au Sénégal, au Bénin, au Burkina Faso, au Niger et au Togo. Un accent particulier, dans le cadre de l'atteinte des OMD, est généralement mis par ces groupes 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 doit tenir compte de deux dimensions et vise à étendre la couverture des politiques de sécurité sociales efficacement de la manière suivante:

- La **dimension horizontale** devrait 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** devrait s'efforcer d'améliorer le niveau de la 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 (No. 102) de 1952 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 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 de ne pas 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 peuvent, et doivent, monter « l'escalier » en étendant leurs couvertures et en augmentant le niveau et la qualité des prestations et services fournis.

Emploi et protection sociale

Le projet BIT/Union Européenne 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 voir comment elles peuvent 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. 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 assuranciers. Les politiques peuvent

avoir un impact important sur la pauvreté et la vulnérabilité lorsqu'ils sont adaptés 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 générer un climat plus propice à l'investissement et donc à la création de nouveaux emplois ainsi que de protéger et de 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. Ces fonds d'appui qui interviennent sur l'offre et sur la demande de travail, visent à renforcer la capacité des travailleurs à faire face aux risques de chômage et de sous emploi et de pauvreté dans l'emploi, à travers l'intégration ou la réintégration sur le marché du travail des actifs et à travers l'amélioration de l'employabilité et de la qualité des emplois créés. En tant que tels, ils peuvent être considérés comme des instruments qui protègent les travailleurs contre les risques qui pèsent sur le marché du travail et réduisent leur vulnérabilité. Le lien 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 ainsi que celles concernant la santé dont une partie provient également des comptes nationaux de la santé.

Les données concernant les filets sociaux ayant été très largement et exhaustivement traitées par la Banque mondiale et l'Unicef, la collecte de données dans le cadre de ce SPER a essentiellement concerné les régimes légaux de sécurité sociale gérés par la CNSS et la CARFO. Ces données ont été collectées à partir des comptes de ces institutions ainsi que des rapports spécifiques aux différentes prestations.

Les données sur les pensions de vieillesse et des allocations de vieillesse du régime des agents publics de l'Etat proviennent du rapport de la Direction Financière et Comptable de la CARFO sur les revenus et dépenses de la branche des pensions. Les données sur les pensions de vieillesse et des allocations de vieillesse du régime des travailleurs salariés sont issues de la base de données ORACLE de la CNSS.

Les données concernant les filets sociaux ayant été très largement et exhaustivement traitées par la Banque mondiale et l'Unicef, la collecte de données dans le cadre de ce SPER

a essentiellement concerné les régimes légaux de sécurité sociale, la CNSS et la CARFO. Ces données ont été collectées à partir des comptes des institutions ainsi que des rapports spécifiques aux différentes prestations.

Les données sur les rentes de vieillesse et des allocations de vieillesse de la CARFO viennent du rapport sur les revenus et dépenses de la branche de pension de la Direction Financière et Comptable de la CARFO. Les données sur les rentes de vieillesse et des 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 extraites du rapport sur les revenus et les dépenses de la branche de pension et du rapport de l'évolution des différentes prestations de l'assurance vieillesse de 2007 à 2009 de la base de données ORACLE/CNSS respectivement. Etant donné que les données réelles sur prestations des survivants de la CARFO n'étaient pas disponibles, une estimation basée sur le taux d'utilisation a été utilisée et celles de la CNSS viennent du rapport de l'évolution des différentes prestations de l'assurance vieillesse de 2007 à 2009 de la base de données ORACLE/CNSS.

Les données sur les prestations dirigées aux conjoints, aux orphelins et aux allocations de la CARFO viennent du rapport sur les revenus et les dépenses de la branche de 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. Cependant les données sur les allocations des survivants de la CNSS sont issues du rapport de 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 viennent 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 viennent 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 des 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 viennent des états comptables de la CNSS.

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

Les données concernant les Fonds d'emploi proviennent en grande partie des Rapports annuels d'activités des Fonds et d'entretiens approfondis avec les premiers responsables des Fonds. 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).

Une recherche méthodique a été employée pour la rédaction de ce rapport. Les documents auxquels ce rapport se réfère ont été recueillis à partir de recherches effectuées sur les sites de l'INSD, et 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 bases importantes pour la rédaction de cette étude.

Présentation du document

Le présent rapport fait 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 :

- La 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 de promotion de l'emploi (Chapitre 7)

Le chapitre 8 compile ces données et propose un aperçu global 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 et 2008 ainsi que partiellement 2009, il s'avère difficile de réaliser une analyse approfondie des performances de la protection sociale. On s'intéressera beaucoup à travers ce document à l'architecture actuelle de la protection sociale, c'est-à-dire à la disponibilité et 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 ni 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/Union Européenne. Les données collectées dans le cadre de ce SPER ont permis de bâtir un outil de calcul prospectif des dépenses de protection sociale, de leur impact sur le budget national et sur la pauvreté. Cet outil, le « Rapid Assessment Protocole » (RAP) a été développé conjointement par le BIT et l'UNICEF dans le cadre de l'initiative conjointe pour un socle de protection sociale et adapté par la BIT au contexte et besoins spécifiques du Burkina Faso.

Le RAP doit permettre d'appuyer la réflexion nationale en mesurant rapidement les implications budgétaires et l'impact des mesures qui seront considérées 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

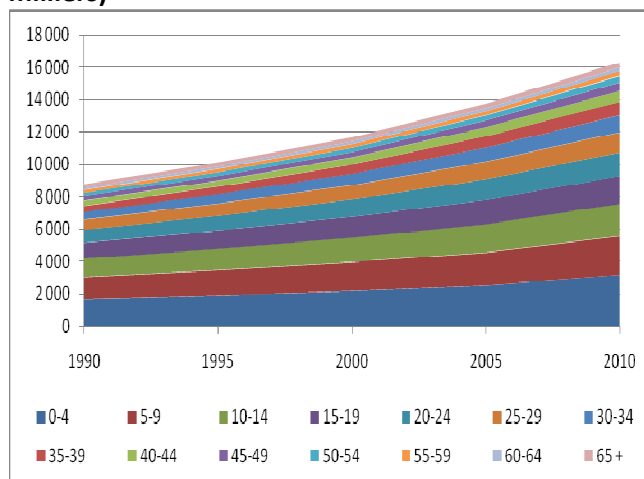
1.1. Une contrainte démographique relativement forte

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 million d'habitants en 2010 dont 50.05% de femmes et 49.95% d'hommes. Pour cette même année 2010, Les projections de la Division Population des Nations Unies évaluent cette population à 16,3 million d'individus avec un taux de croissance élevé, en moyenne 3,1% par an au cours de la dernière décennie, qui implique un doublement de la population par génération.

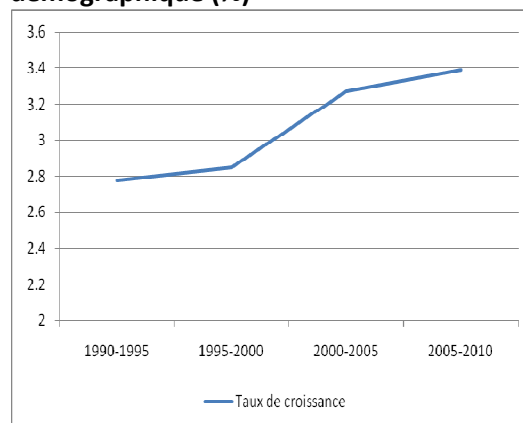
Cette croissance démographique particulièrement importante résulte d'une baisse très rapide de la mortalité et du maintien sur une période exceptionnellement longue d'une forte fécondité. L'espérance de vie à la naissance est en effet passée de 37 ans en 1960 à 58 ans en 2010 alors que, sur cette même période la fécondité est restée stable 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%, 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 (%)

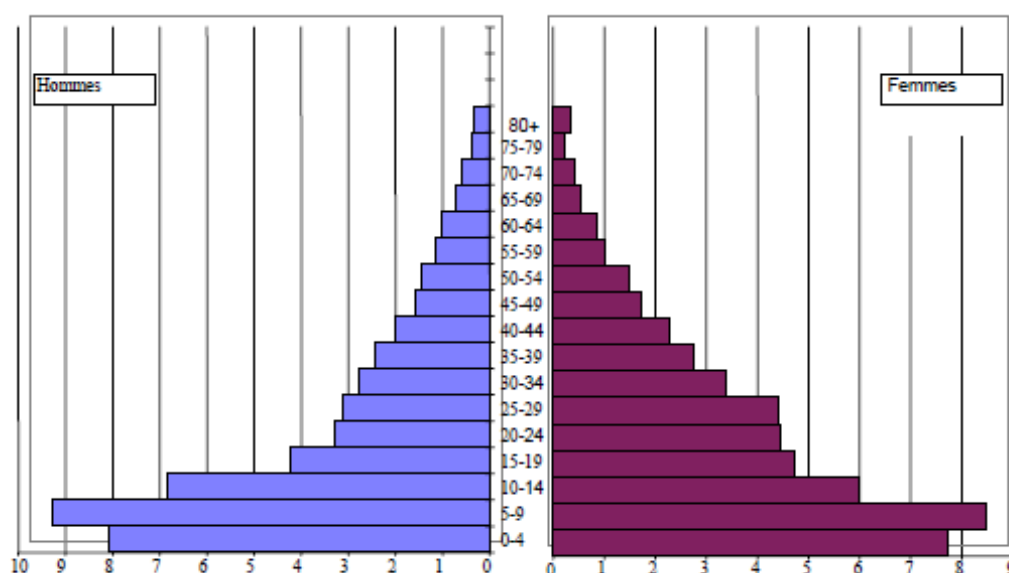


Source : Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

Le recensement général de la population en 2006 indiquait cependant une population encore très majoritairement rurale avec 77,3 % des individus vivant en milieu rural et 22.7% en milieu urbain (INSD 2010a).

La population Burkinabé se caractérise également par le fait qu'elle est l'une des plus jeunes d'Afrique avec 47% de la population âgée de moins de 15 ans. La population de moins de 20 ans représente 57,1% 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% et 14,3% de la population. Par ailleurs, la proportion de jeunes de 15 à 35 ans reste plus élevée parmi les femmes (34,9%) que chez les hommes (31,7%).

Graphique 3 : Structure par âge et sexe de la population (%)



Source : Enquête QUIBB 2007

Une autre caractéristique de la démographie burkinabé est la migration. Le Burkina Faso partage ses frontières avec six autres états dont la Côte d'Ivoire et le Ghana où il est possible de trouver des emplois saisonniers dans les plantations de cacao, palmiers à huile, etc. Ceci se traduit par un stock de 1,57 millions de migrants burkinabé à l'étranger en 2010 (pays limitrophes, Europe et Etats Unis), soit 9,7% de la population, mais aussi par un afflux de 1 millions 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 les 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
Pourcentage 0-4 ans (%)	19	18.9	18.6	18.3	19.6
Pourcentage 5-14 ans (%)	28.4	28.4	28.2	27.5	26.9
Pourcentage 15-24 ans (%)	20.1	20.3	20.4	20.4	19.6
Pourcentage 60 ans et + (%)	4.2	3.8	3.6	3.5	3.3

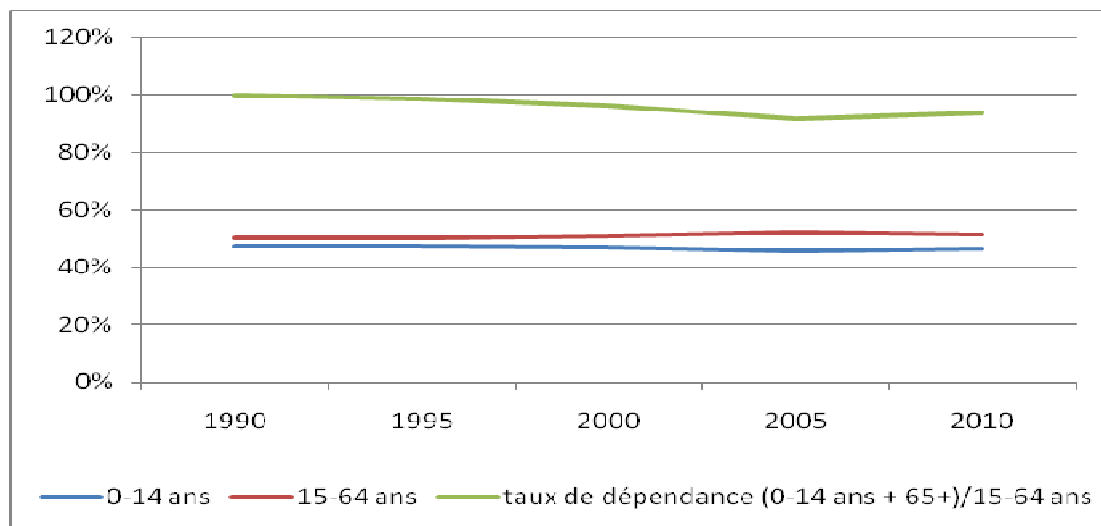
Pourcentage 65 ans et + (%)	2.5	2.4	2.2	2.1	2
Pourcentage 80 ans et + (%)	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1
Pourcentage de femmes 15-49 ans (%)	44.6	45	45.7	46.6	46
Age median (ans)	16.2	16.2	16.4	16.9	16.7
Densité de la population (hab/ km²)	32	37	43	50	

Source : Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

La structure et la dynamique démographiques sont source de nombreux défis, notamment en termes de la capacité du système actuel de subvenir aux besoins de cette population grandissante (Kouraogo et Dianda 2008). La jeunesse de la population burkinabé pose plusieurs défis pour l'avenir comme au présent, résumé ainsi par 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 défis 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).
- Avec une population active totale estimée à 7,4 millions d'actifs évoluant à un rythme de 3% en moyenne, il faut s'attendre à une masse importante de nouveaux actifs postulants. L'offre d'emploi 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 : Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision, <http://esa.un.org/unpp>

1.2. De bonnes performances macro-économiques, 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 restent 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) s'est accru à un taux élevé de 5,2% par an. Suite à différents chocs climatiques, la crise alimentaire et énergétique ainsi que la crise mondiale, la croissance du PIB s'est ralentie à partir de 2007. En 2010, une reprise de la croissance a été observée et 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 % qui limite la croissance du PIB par habitant à 2,04 %.

Tableau 2 : Indicateurs économiques et financiers

	2005	2006	2007	2008	2009*	2010**
PIB (milliards CFA)	2 961	3 018	3 252	3 689	3 986	4 280
Evolution PIB (en %)	7,1	5,5	3,6	5,2	3,2	5,2
PIB/tête (en 1000 FCFA)			228	232	231	234
Opérations consolidées de l'administration centrale (milliards CFA)						
Recettes totales			650,5	630,8	771,5	940,5
Dépenses et prêts nets			834,8	795,3	959,6	1 145,9

* Estimation, ** Projection

Source : FMI (2010)

La croissance économique a été très fluctuante de 2000 à 2009, en raison des aléas économiques et des chocs exogènes. Cette croissance a été principalement tirée par le secteur tertiaire (en moyenne, 60% de la formation du PIB) puis par le secteur primaire (25%) et enfin le secteur secondaire (15%). La croissance du secteur tertiaire résulte des efforts du 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 coton et des producteurs de céréales (SCADD 2011-2015, version finale).

L'agriculture emploie plus de 80% de la population et constitue la principale source de revenus. L'économie reste en particulier encore excessivement tributaire des cours mondiaux du coton qui demeure sa principale recette d'exportation et dont la contribution au PIB constitue environ 34% (Bureau of African Affairs 2010). Cette dépendance vis-à-vis du coton et la faible diversification de l'économie rend 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 l'or 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. Malgré le taux d'impôt préférentiel pour attirer des investisseurs étrangers, le taux d'investissement privé est resté faible 11,7% en moyenne entre 1991 et 2005 et les investissements directs étrangers, n'ont guère dépassé 0,5% du PIB (BIT 2009, p. 7). Ces faibles taux d'investissement qui traduisent le faible 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% du PIB en 2007 dont 6,7% de crédits à moyen et long terme et 54,9% de crédits dans le commerce (MJE, 2010).

L'analyse des différentes sources de revenu des ménages ruraux montre que le secteur agricole constitue la principale source de revenus de ces derniers. Ainsi en 2006, 78,4% du revenu total des ménages ruraux était issu de l'agriculture, avec un revenu annuel moyen de 582 398 CFA (Ministère de l'Agriculture 2006, p. 14) dont environ 56% correspond 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% des actifs à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, sont non agricoles contre 7,6% d'actifs agricoles. Le secteur secondaire est toutefois réduit aux deux principales zones urbaines : Ouagadougou et Bobo-Dioulasso. Les activités du secteur tertiaire telles que le commerce, l'administration publique et les services sont répartis 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 demeure parmi les pays les plus pauvres sur le classement de la Banque Mondiale (2010a) avec un revenu moyen par habitant de 300 dollars américain (US Dollars). Le Burkina Faso se situe au 177e rang parmi les 182 pays analysés en 2007 avec un taux indicateur de pauvreté humaine de 51,3% (INSD 2010b). En 2006, le PIB par habitant se situait à 459 dollars américains (US 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 résultant des fluctuations des prix des produits agricoles et des conditions climatiques. Les indicateurs suivants confirment le degré de pauvreté et de vulnérabilité de la population Burkinabé :

- 40% de la population est vulnérable au risque de l'insécurité alimentaire,
- 42% 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%, avec un taux de 13% pour les femmes (INSD 2010, PNUD & FIDA 2010).

Les indicateurs de développement social entre 1995 et 2008 (voir tableau 3) montrent que le Burkina Faso a connu un net progrès durant cette période.

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

Indicateurs	1995	2008
Taux brut de la scolarisation primaire (%)	39.6	66
Taux brut de la scolarisation secondaire (%)	7.2 (1990)	20.7
Mortalité infantile de moins de cinq ans (pour 1,000)	204	122

Source : La Banque Mondiale (2010a)

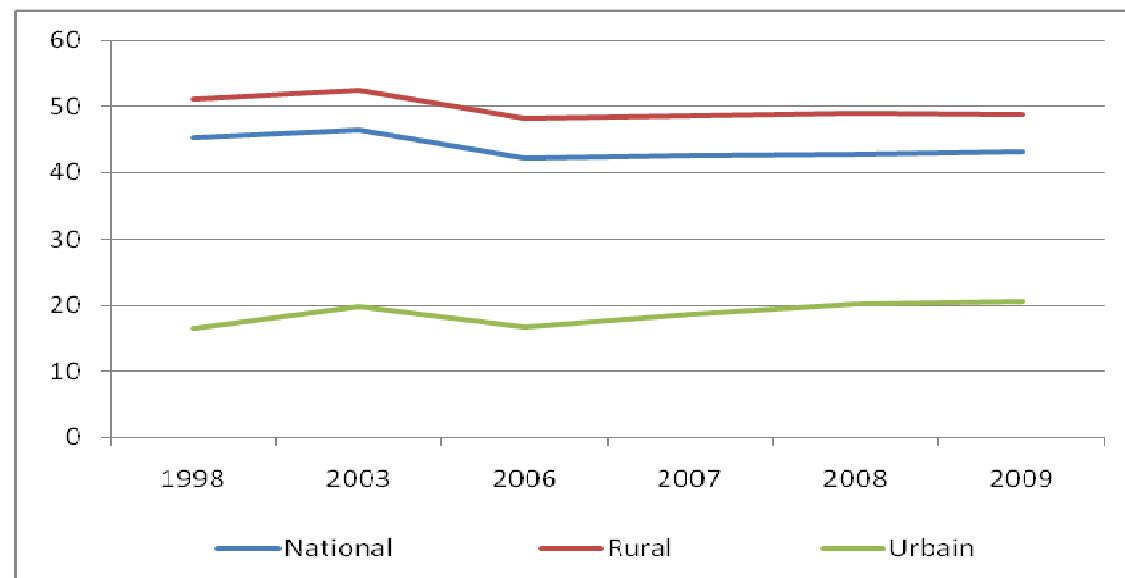
La forte croissance de l'économie nationale et les mesures de redistribution des richesses n'ont pas permis de réduire de façon significative l'incidence de la pauvreté, qui reste élevée. L'enquête sur les conditions de vie des ménages 2009/2010 fait ressortir un repli de l'incidence de la pauvreté de 2,5 points de pourcentage par rapport à 2003. Ainsi, 43,9% de la population vit en-dessous du seuil de pauvreté, contre 46,4% 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 suite à la hausse des prix alimentaires et du carburant et leurs impacts sur le revenu réel de la population, surtout en région rurale où l'incidence de pauvreté est deux fois plus élevés qu'en région urbaine (Banque Mondiale 2010a).

Tableau 4 : Estimations des tendances de la pauvreté (monétaire) basées sur les Comptes Nationaux (en % 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; PAP-CSLP report 2007, 2008, 2009

Graphique 5 : Tendances de la pauvreté (en % de la population)



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

L'évolution de l'incidence de la pauvreté doit être par ailleurs pondérée par les résultats de l'enquête QUIBB 2007 (Questionnaire Unifié des Indicateurs de Base de Bien-être) qui indique une croissance du taux de pauvreté chronique de 25,4% en 2003 à 31,1% en 2005 puis une diminution à 18,8% 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, p. 11). 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, avec une incidence deux fois plus élevée en milieu rural qu'en zone urbaine (Banque Mondiale 2010a). La distribution des niveaux de pauvreté dépend de nombreux facteurs, surtout en milieu rural (BM, 2010a et MJE 2010):

- 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 pauvreté.
- Le niveau d'éducation du chef de ménage : les dépendants des chefs de ménage ayant un niveau d'éducation limité ont trois fois plus de risques de se retrouver au plus bas de l'échelle de pauvreté comparé aux dépendants des chefs ayant reçu une meilleure éducation, notamment ceux ayant atteint le niveau secondaire.
- L'âge du chef de ménage : la proportion des 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:

- L'insuffisance et le manque des terres cultivables,
- L'absence de moyen de communication et de transports,
- Les fluctuations importantes des conditions climatiques : les longues périodes de sécheresses, les mauvaises répartitions des pluies et les invasions acridiennes ont conduit à une mortalité accrue du bétail et aux inondations de 2006 (PNUD & FIDA 2010) ce qui a aggravé la pauvreté dans la région du Sahel sur la dernière décennie,
- Une productivité limitée à cause de la nature de l'agriculture de subsistance.

Le tableau suivant présente une répartition de la pauvreté au Burkina Faso par région géographique. Il révèle une différence importante du niveau de la pauvreté, la région du Nord connaissant le plus fort pourcentage de pauvreté, soit 68,8%.

Les résultats des enquêtes prioritaires nationales, effectuées en 2003, indiquent que les régions les plus pauvres sont celles du Nord (68,8%), de la Boucle du Mouhoun (60%), du Centre Sud (66,1%) et du Sud-ouest (56,6%). Selon le PNUD, les revenus per capita les plus bas sont observés dans la région du Sahel, caractérisée par une pluviosité réduite et erratique et par la dégradation des ressources naturelles. Une évaluation récente de la pauvreté de l'INSD indique que la région du Sahel appartient au groupe des régions «relativement moins affectées par la pauvreté» parmi lesquelles les hauts bassins, le Centre et le Centre Nord. Il n'en reste pas moins que la pauvreté dans la région du Sahel s'est accrue 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>).

Tableau 5 : Répartition de la pauvreté parmi la population Burkinabé

Régions	Niveau de pauvreté (2003)
Nord	68,8%

Centre Sud	66,1%
Boucle du Mouhoun	60%
Sud-Ouest	56,6%

Source : PNUD et FIDA (2010)

Enfin, on notera que les femmes sont les plus vulnérables face à la pauvreté d'autant plus qu'elles ont moins de chance d'accéder à la production, au bétail ainsi qu'à la prise de décision au sein de la famille. Les enquêtes effectuées en 2003 ont démontré que le taux de pauvreté a augmenté de 11% dans les ménages dirigés par les femmes (PNUD & FIDA 2010). Ces dernières ont en effet un accès généralement plus limité à l'éducation et à l'emploi et par conséquent sont plus confrontées au chômage et au sous-emploi. Les femmes 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 nature de la croissance à créer davantage d'emplois productifs et mieux rémunérés.

L'analyse des tendances de l'emploi au Burkina révèle en effet que les bonnes performances macroéconomiques observées sur la dernière décennie, n'ont pas été en faveur de l'emploi productif et de qualité, qui reste un défi majeur dans une perspective de lutte contre la pauvreté. La dynamique observée entre 2003 et 2007 (MJE, 2010), à travers une légère hausse du taux de salarisation, une hausse de la proportion des travailleurs indépendants (notamment non agricoles et féminin) et une baisse de la part des travailleurs non rémunérés, reste encore trop timide pour traduire 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 niveau d'occupation de la population relativement élevé

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

Tableau 6 : Le ratio emploi-population selon le milieu et le sexe (15 – 65 ans) (en %)

Urbain			Rural			Ensemble		
Homme	Femme	Total	Homme	Femme	Total	Homme	Femme	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 and 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) reste élevée parmi les actifs occupés (surtout parmi les femmes), malgré une baisse sensible sur les cinq dernières années (de 57,4% à 46,1%). Les travailleurs indépendants agricoles représentent la seconde catégorie la plus importante parmi les actifs occupés (35,2%). Leur proportion a augmenté entre 2003 et 2007 et celle des indépendants non agricoles a doublé (7% à 12,2%), notamment chez les femmes (Tableau 7).

Tableau 7 : Distribution de l'emploi par statut selon le sexe (15 ans et +)

	2003			2007		
	Hommes	Femmes	Ens.	Hommes	Femmes	Ens.
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 augmentation entre 2003 et 2007, le taux de salarisation reste faible, soit 6,6% des actifs occupés en 2007, dont moins de 1% dans le secteur informel. Il est moitié moindre chez les femmes occupées (3,4%).

1.4.3. La prédominance de l'emploi agricole et informel

En 2007, la majorité des actifs occupés sont dans le secteur agricole (79,5%), contre respectivement 7,8% et 7,2% dans l'économie informelle non agricole urbaine et dans le secteur moderne. L'emploi informel regroupe 13,3% des actifs occupés (Tableau 8).

Uniquement 3,7% des femmes occupées sont dans le secteur moderne contre 10,6% des hommes occupés, alors que l'économie agricole et le secteur informel comptent respectivement 81,4% et 14,9% des femmes occupées. Seulement 3,9% des jeunes travailleurs sont dans le secteur formel, contre près de 85% dans le secteur agricole, 7,3% dans l'économie informelle urbaine et 4,1% dans l'économie informelle rurale.

Tableau 8 : Distribution sectorielle de l'emploi selon le sexe et l'âge – 2007 (15 ans et +, en %)

	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 instruits

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 des actifs. De 1998 à 2007, le taux chômage urbain a augmenté (de 5,2% à 8,6%), mais a diminué entre 2003 et 2007 (de 11,5% à 8,6%). Cette diminution du taux de chômage a surtout concerné les hommes, tandis qu'il est resté quasi stable pour les femmes. Sur la décennie, le taux de chômage masculin de 2007 retrouve son niveau de 1998, tandis que celui des femmes et des jeunes est trois fois supérieur à son niveau de 1998 (MJE, 2010).

Par ailleurs, le chômage est un phénomène qui touche beaucoup plus les actifs instruits : 21,6% des actifs de niveau secondaire, 17,4% et 12,1% des actifs ayant bénéficié d'une formation professionnelle (avant et après le certificat de fin d'études primaires), contre 6,8% des actifs non instruits (Tableau 9).

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

	1998	2003	2005	2007		Total
				Homme	Femme	
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 1 ^{er} cycle	11,7	22,5	16,2	7,4	19,2	12,2
Secondaire 2 nd 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: A partir de 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 scolarisés¹ ni dans l'emploi a diminué de manière significative au cours de la période 1998-2007, passant de 28,4% à 11,6%, mais demeure marqué par de fortes

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 considérant les jeunes chômeurs découragés,

disparités régionales. Ce taux est près de cinq fois supérieur en milieu urbain qu'en milieu rural (11,6% contre 2,4%). En milieu urbain, les femmes ni scolarisées ni dans l'emploi représentent 16,1% en 2007 contre 42,4% en 1998. Malgré cette baisse significative, les femmes demeurent deux fois plus touchées que les hommes (soit 16% contre près de 7% chez les 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 surtout rural et en baisse

En 2007, le sous-emploi visible concerne un quart de la population occupée, avec une proportion deux fois plus forte en milieu rural et des niveaux différents selon les régions. Le taux de sous-emploi visible diminue sensiblement entre 1998 et 2007 (de 38% à 24,5%). Les femmes et les jeunes sont relativement plus touchés par le sous-emploi. Le niveau élevé du taux de sous-emploi visible, relativement au taux de chômage montre qu'il y a une proportion non négligeable d'actifs, notamment des jeunes, qui occupent des emplois dont le temps de travail est inférieur à la période de référence (correspondant à la période de 9 mois) et qui souhaitent travailler plus (MJE, 2010).

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

Comme indiqué ci-dessus, le niveau d'occupation de la population relativement élevé va de pair avec une faible qualité des emplois : l'emploi agricole et informel reste prédominant avec une proportion élevée de sous-emploi et de travailleurs non rémunérés, surtout parmi pour 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%), près de la moitié des travailleurs ruraux et sont plus nombreux chez les femmes. Le taux des travailleurs pauvres est resté stable sur la période étudiée en étant proche de l'incidence de pauvreté. Cependant, il a augmenté chez les travailleurs hommes, en restant stable chez les femmes. Il a également augmenté en milieu urbain.

Tableau 10 : Taux des travailleurs pauvres selon le milieu et le sexe (15-65+) (% population occupée)

	1998			2003		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	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)

c'est-à-dire des jeunes inoccupés qui ne recherchent pas activement un emploi. Il ne permet toutefois pas de faire de distinction entre pas 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).

En résumé, les tendances de l'emploi sur la période 1998-2007, présentent un tableau mitigé : certaines catégories de travailleurs ont bénéficié des fruits de la croissance, alors que d'autres catégories n'ont pas connu d'amélioration significative. Pour d'autres, la situation dans l'emploi a même empiré. De façon générale, la situation des travailleurs est caractérisée par une forte vulnérabilité dans l'emploi, notamment pour les jeunes et les femmes occupés. Cette situation sur le marché du travail est intrinsèquement liée à la vulnérabilité sociale de la population, fortement déterminée par les politiques sociales mises en œuvre, notamment la politique de protection sociale, mais également les politiques d'appui à l'insertion professionnelle sur le marché du travail, dont un dispositif majeur est constitué des Fonds d'appui pour l'emploi et la formation (voir chapitre 7).

2. Le cadre institutionnel de la protection sociale

L'architecture actuelle de la protection sociale est un ensemble de dispositifs et de programmes d'assurance et d'assistance sociale mis en œuvre depuis la période coloniale, sans véritablement de liens institutionnels, techniques ni 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 avec 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. Ce ministère est également en charge direct 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. Ce ministère du Travail avait en 2002 initié 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. Cependant il a servi de référence pour les actions du ministère du Travail et pour l'élaboration en 2010 d'un projet 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 créer les conditions favorables à une consolidation et 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

Le Gouvernement s'est doté d'un document de Politique sanitaire nationale de santé en 2000 spécifiant les grandes orientations nationales en matière de santé et dont l'objectif est d'œuvrer à 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 et dont l'un des objectifs est l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé avec 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 « Education pour Tous » prévoit la gratuité de l'éducation pour tous les enfants âgés de 6 à 16 ans par le biais de l'abolition des frais d'inscription dans les écoles publiques, et de 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 de 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 jeunes hommes qui arrivent sur le marché du travail

2.2. Les documents nationaux de référence

La vision « Burkina 2025 »

L'extension de la protection sociale est un élément clé de la stratégie de développement définie dans la vision de société « Burkina 2025 » (CNPPS, 2005) pour laquelle le développement économique du pays ne peut se faire sans s'accompagner d'une forte solidarité nationale et une redistribution des richesses afin d'assurer l'accès de tous à une éducation et une santé de qualité et 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 dans la région à mettre en œuvre une stratégie de réduction de la pauvreté (CSLP 2000-2003) qui s'est focalisé sur les secteurs sociaux (éducation et santé notamment) et l'accélération de la croissance économique.

La deuxième génération du CSLP en 2003 (CSLP 2004-2006, prorogé jusqu'en 2010) a élargie les secteurs de couverture et a inclue la protection sociale comme priorité dans le second axe : « 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 bas, 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 innovant 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 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 économiques des plus pauvres et 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 les programmes de protection social dans un cadre cohérent et unifié.

La réflexion actuelle sur la protection sociale au Burkina Faso résulte d'un long processus engagé depuis le début des années 2000. A partir de fin 2001, Le pays a initié 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 initiée en 2001 a été reprise en 2006 sous l'égide du ministère du Travail et de la Sécurité Sociale qui a supervisé un processus interministériel visant à développer une politique nationale de protection sociale. Le document de politique ainsi élaboré² proposait une approche multisectorielle intéressante dans laquelle la protection sociale n'était plus seulement considérée comme une forme de secours, mais aussi comme un investissement. Ce document n'a cependant 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 MTSS et pour

² « Politique national de protection sociale » janvier 2007

l'élaboration en 2010 de l'axe stratégique sur la protection sociale au sein de la Politique Nationale du Travail.

En avril 2009, le Burkina Faso a été attentif à 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 09, 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. Dans ce cadre un comité interministériel a été constitué et reçoit l'appui d'un groupe de travail inter agences du SNU et de 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 bâtir une feuille de route présentant la vision globale de la protection sociale du Burkina Faso et fixant ses objectifs, ses axes prioritaires, son mécanisme de suivi-évaluation. Cette feuille de route doit permettre de préciser l'axe protection sociale au sein de la Stratégie de Croissance Accélérée et du Développement Durable (SCADD). Au-delà, le comité interministériel a pour mission de coordonner la construction 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 constitué par les Secrétaires Généraux de différents ministères, d'un représentant du Premier Ministère, 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 Générale du ministère de l'Economie et des Finances, le comité dispose d'un secrétariat exécutif et de commissions spécialisées, l'une en charge des filets sociaux et la seconde de l'assurance sociale. Ces deux commissions ont élaboré, début 2011, chacune une feuille de route dans leur domaine respectif ; ces travaux serviront de base pour la construction de la politique nationale de protection sociale.

3. La 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.

Le dispositif public de sécurité sociale a été mis en place au Burkina Faso par l'administration coloniale en vue de la protection de ses salariés indigènes. Ce dispositif a été par la suite renforcé après l'indépendance du pays mais sans extension notable ni dans sa couverture ni dans 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 administrés par le code du travail et les conventions collectives. La CNSS offre trois types de prestations : (i) allocations familiales et maternité, (ii) prestations en matière de risques professionnels et (iii) prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès.
- **La Caisse Autonome de Retraite des Fonctionnaires (CARFO)** 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 : l'invalidité temporelle, l'invalidité partielle permanente, les soins médicaux et le décès.

Ils sont complétés par un dispositif, l'Office de Santé des Travailleurs, chargé exclusivement de la médecine du travail qui sera abordé dans le chapitre suivant.

Le tableau suivant 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
Le pourcentage de la population ayant dépassé l'âge légal de la retraite, recevant une pension	n.a.	3.4	2.2	3.4	3.0	2.4	2.5	2.6
Les adhérents actifs à une caisse de pension, en pourcentage de la population en âge de travailler	n.a.	3.4	2.2	3.4	3.0	2.4	2.5	2.6
Les personnes qui contribuent à un régime d'assurance d'accidents du travail, en pourcentage de la population en âge de travailler	n.a.	2.2	2.2	2.2	1.9	2.4	2.5	2.6
Les dépenses publiques sociales, en pourcentage du PIB	4.2	3.8	4.9	4.5	5.3	5.0	4.7	4.9

Source: ILO Social Security Inquiry (Geneva, 2011)

Près de 94% des travailleurs étant actifs dans l'économie informelle, l'assurance sociale n'est accessible à une minorité de la population. Le pourcentage des personnes ayant atteint l'âge légal de la retraite et recevant une pension oscille entre 2 et 3,4% de la population cible. Le pourcentage de la population en âge de travailler et qui contribue à une pension de retraite suit plus ou moins la même tendance ainsi que le pourcentage de la population en âge de

travailler contribuant à un régime d'assurance accidents du travail. Ces régimes ne sont orientés en effets que vers les salariés des secteurs public et privé moderne et leur familles, soit environ 7% de la population burkinabé. Même si ces régimes ne couvrent aujourd'hui qu'une proportion faible de la population, leur rôle peut s'accroître dans les années à venir, surtout celui de la CNSS qui depuis 2006 peut proposer 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 06 décembre 1955, la CNSS du Burkina Faso a été sujette à de nombreuses mutations. Dénommée à l'origine « Caisse de Compensation des Prestations familiales », elle se convertira d'abord en «Caisse de Compensation des Prestations Familiales et des risques Professionnels» en raison de l'introduction par la loi n°03/59/ACL du 30 janvier 1959, de la branche des risques professionnels. Elle se transformera en « Caisse de Prévoyance Sociale » avec l'institution, par la loi n°78/60/AN du 06 octobre 1960, de la branche des pensions. C'est la loi n°13/72/AN du 28 décembre 1972 portant code de sécurité sociale en Haute Volta qui consacra l'appellation « Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) » avec les trois régimes (prestations familiales, risques professionnels, pensions).

La CNSS est aujourd'hui un Etablissement Public de Prévoyance Sociale investie 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 portant statut particulier de la CNSS. Elle jouit 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). Elle est gérée par un conseil d'administration tripartite regroupant l'Etat, les organisations professionnelles d'employeurs, les organisations syndicales de travailleurs et à des retraités à titre d'observateurs comprenant :

- 5 membres représentant l'Etat,
- 5 membres représentant les Employeurs,
- 5 membres représentant les Travailleurs.
- 2 retraités siègent au Conseil d'Administration à titre d'observateurs.

3.1.1. La population couverte

La CNSS comprend 3 groupes de bénéficiaires sous le régime de sécurité sociale de Burkina Faso:

- Tous les travailleurs (hommes et femmes) Burkinabés salariés ou 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 qui sont soumis au Code du Travail ;

- Les apprentis, les élèves et étudiants des écoles ou des centres de formation professionnelle sont assimilés aux salariés. Ce groupe d'assurés n'est couvert que pour les risques professionnels ;
- Les assurés volontaires, c'est à dire ceux ayant adhéré à un régime de sécurité social pendant six mois consécutifs (au minimum) et qui ont renoncé à leur statut de salarié pour devenir travailleurs indépendants mais ont souhaité demeurer volontairement affilié 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)

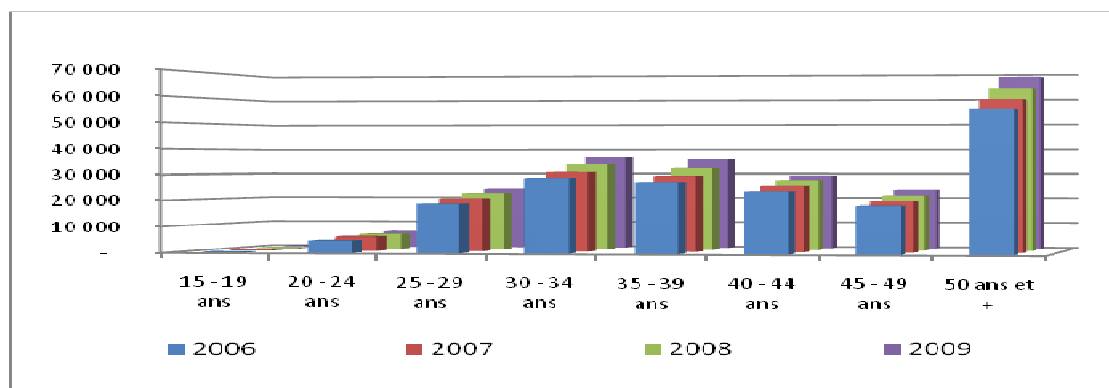
	2006	2007	2008	2009
Hommes	145 614	157 113	169 461	182 875
Femmes	29 703	33 336	37 228	41 ,333
Total	175 317	190 419	206 689	224 208

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% 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 confronté à un fort taux d'évasion sociale qui en 2008 s'élevait à 65%, soit environ seulement un salarié sur trois environs déclaré aux régimes de sécurité sociale.

Graphique 6 : Evolution du nombre de travailleurs immatriculés par groupe d'âges



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 portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso. Il est constitué des trois branches techniques qui constituent les normes minimales fixées par la Convention 102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) :

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

La branche des prestations familiales

Les prestations familiales comprennent : (i) les allocations familiales, (ii) prénatale et (iii) de maternité. Afin d'avoir recours aux prestations familiales, les travailleurs assurés doivent travailler 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, qui ont travaillé pendant au moins trois mois, mais n'est pas ouvert aux femmes travailleurs indépendants.

Cette prestation vise à compenser la perte de salaire durant le congé maternité fixé à 14 semaines au Burkina Faso. La bénéficiaire reçoit pendant son congé 100% du salaire qu'elle percevait au moment de l'arrêt de travail. Ce montant est couvert à 50% par la CNSS et 50% par l'employeur.

La prestation maternité couvre également les soins médicaux liés à l'accouchement et durant la maternité ; les dépenses de soins sont couvertes par la CNSS seulement dans les établissements sanitaires agréés par elle. Cette couverture des dépenses de santé est également étendue aux épouses de salariés assurés à la CNSS.

Le salaire minimum pour calculer les prestations demeure le salaire minimum légal, soit 30, 684 CFA (Le dernier ajustement date de 2007). Le salaire maximum pour calculer les prestations est de 600,000 CFA.

- **Allocations prénatales** : les femmes salariées ainsi que les épouses des travailleurs assurés à la CNSS bénéficient d'une allocation prénatale durant les neuf mois de grossesse qui s'élève à 1.000 FCFA 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. L'allocation est subordonnée à l'observation de examens prénatals par la bénéficiaire : un premier avant la fin du 3^{ème}, un second avant la fin du 6^{ème} mois et un dernier avant la fin du 8^{ème} mois de grossesse.
- **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 21 ans si l'enfant poursuit des études ou est handicapé. La somme allouée pour cette prestation est de 2000 CFA par mois et elle est versée aux six premiers enfants (ISSA, 2009). L'obtention de ces prestations sont limitées à certaines conditions, soit une preuve que l'assurée détient un emploi et est salariée d'au moins équivalent à dix-huit jours ou à cent vingt heures par mois de travail (Code de Sécurité Sociale 2006).

Les prestations de vieillesse, invalidité et décès

- **Les prestations de vieillesse** : Deux types de prestations sont offertes par la CNSS :

- La pension de retraite qui est égale à 2% de la moyenne des revenus couverts de l'assuré pour chaque année de la couverture allant jusqu'à 80% du salaire mensuel moyen. La pension minimale est équivalente à 60% du salaire minimum légal (30,684 CFA par mois au dernier ajustement de 2007). Les bénéficiaires de la pension normale de retraite bénéficient également des allocations familiales.

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

Catégories d'agents	Limites 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

Une pension de vieillesse anticipée peut être accordée à 50 ans révolus en cas d'inaptitude 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 ayant 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.
- **Les prestations d'invalidité permanente** : En cas d'invalidité provenant d'un accident ou d'une maladie non professionnels, un assuré social peut bénéficier d'une pension d'invalidité égale à 2% du revenu mensuel moyen des 5 meilleures, pour chaque année de couverture allant jusqu'à 80% du salaire mensuel moyen. La pension minimale est équivalente à 60% 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 précédent son incapacité et attester qu'il est atteint d'une incapacité permanent de travail le rendant inapte à gagner plus du tiers de sa rémunération normale.
Un assuré qui nécessite des soins constants peut bénéficier d'une pension égale à 50% 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 où elles sont 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 était 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 pension anticipée à laquelle l'assuré avait ou aurait eu le droit au moment de son décès :
 - 50% pour le conjoint survivant. En cas de pluralité de veuves, ce montant est réparti entre elles à part égale ;
 - 50% pour l'orphelin. En cas de pluralité d'orphelins, ce montant est réparti entre eux à part égale ;
 - -25% Pour chaque ascendant en ligne direct d'un célibataire sans enfants.

- **L'allocation de survivant** : De la même façon que l'allocation vieillesse, les ayants droits d'un assuré qui ne pouvait prétendre ni à une pension vieillesse ni à une 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 est versée en une seule fois.

Les prestations sociales contre les risques professionnels

Les risques professionnels comprennent :

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

Il n'y a pas de conditions d'éligibilité pour ces prestations qui sont par ailleurs calculées sur les mêmes salaires minimum et plafond que les autres branches. Les prestations de cette branche comprennent :

- **Le carnet d'accident** : Délivré à l'assuré lors de la survenue d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Ce carnet est délivré par l'employeur qui est tenu également 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 pose d'appareils de prothèse, des évacuation sanitaires 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 précédents celui de l'accident). Cette indemnité est payée 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 total, l'assuré reçoit une rente égale à 85% de sa rémunération moyenne (calculée sur les trois mois précédents cette incapacité). Cette rente est majorée de 50% 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% ou plus, l'assuré bénéficie d'une rente d'incapacité permanente partielle proportionnelle au degré d'incapacité. Lorsque ce dernier est inférieur à 15%, 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 les allocations familiales et les pensions de survivants, avec les mêmes modalités de répartition en cas de pluralité des veuves, orphelins ou ascendants.
 - La rente de conjoint est fixée à 50% du salaire de l'assuré
 - La rente d'enfants à charges à 40% et
 - La rente des ascendants à 10%.

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%
- Risques professionnels : 3,5%
- Pensions : 11%

La cotisation totale s'élève à 21,5% des rémunérations dont 5,5% à la charge du salarié et 16% 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 FCFA (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 FCFA (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 trimestriels pour ceux ayant 1 à 19 employés. L'Etat contribue en tant qu'employeur pour les employés du secteur public qui ne sont pas fonctionnaires.

L'Etat, pour sa part, cotise en tant qu'employeur pour les agents contractuels ou temporaires de l'Etat. Une couverture est également fournie par l'Etat lorsque la Caisse se retrouve dans une situation déficitaire (ISSA, 2009).

Tableau 14 : Ressources de la CNSS

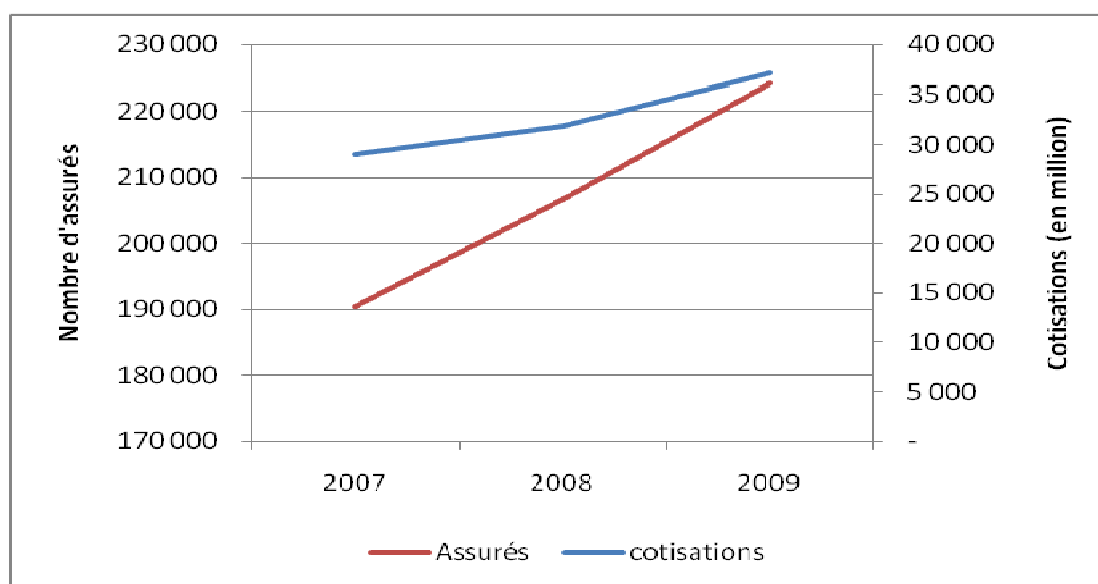
	2007	2008	2009
I. Pensions	26 609 015 321	23 621 409 148	24 148 049 217
cotisations	14 600 853 046	16 116 717 728	18 949 456 094
Activités annexes	346 490 240	400 927 618	404 827 451
Produits financiers	2 548 804 978	3 041 658 659	3 227 291 068
Autres	9 112 867 056	4 062 105 143	1 566 474 603
II. Accidents du travail	5 519 912 573	6 222 052 563	7 225 440 503
Activités annexes	9 560 685	12 239 240	11 730 305
Produits financiers	638 179 837	754 878 932	800 949 189
Autres	113 635 078	140 706 433	386 749 222
III. Prestations familiales et maternité	11 361 940 633	12 422 927 524	14 815 747 209
cotisations	9 678 259 397	10 454 394 762	12 207 402 610
Activités annexes	20 316 527	23 068 054	23 224 326
Produits financiers	1 418 151 831	1 644 085 371	1 744 423 891
Autres	245 212 878	301 379 337	840 696 382
Total	43 490 868 527	42 266 389 235	46 189 236 929
cotisations	29 037 649 417	31 885 340 448	37 182 870 491
Activités annexes	376 367 452	436 234 912	439 782 083

	2007	2008	2009
Produits financiers	4 605 136 646	5 440 622 962	5 772 664 148
Autres	9 471 715 012	4 504 190 913	2 793 920 207

Source : BIT (2010b)

Une comparaison entre la croissance du nombre d'assurés et celle des cotisations montre que ces dernières évoluent plus lentement, ce qui traduit le fait que, outre l'évasion sociale, la CNSS est confrontée à d'importants problèmes de recouvrements des cotisations. En 2008, les arriérés de cotisations s'élevaient ainsi à 18 milliards de FCFA (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). Ces taux évoluent négativement en s'éloignant, de 2006 à 2009, de la norme fixée par la CIPRES à 65%. Ils traduisent un réel problème d'efficacité de la gestion des prestations. Cette situation résulte de l'importance des coûts administratifs de la CNSS, mais elle s'explique également 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 (million)		29 038	31 885	37 183
Prestations (million)		11 685	12 746	13 361
taux de transformation	42%	40.24%	39.97%	35.93%

Sources : (1) Faye, 2010 ; (2) BIT (2010b)

Tableau 16 : Dépenses de la CNSS

	2007	2008	2009
I. Pensions	21 418 018 328	21 577 706 430	19 183 731 871
I.1 Pensions Vieillesse	5 907 018 885	6 815 105 316	7 176 937 682
Rente vieillesse	5 755 691 324	6 695 248 053	7 050 716 872
Allocation vieillesse	151 327 561	119 857 263	126 220 810
I.2 Pensions invalidité	32 176 707	30 908 451	32 549 465
I.3 Pensions survivants	1 997 915 414	2 042 183 016	2 150 608 033
Conjoint	1 087 543 596	1 125 529 824	1 210 793 952
Orphelin	854 404 948	864 343 592	884 727 223
Allocations	55 966 870	52 309 600	55 086 858
I.4 Administration	13 480 907 322	12 689 509 647	9 823 636 691
II. Accidents du travail	2 655 717 793	3 257 161 517	3 277 337 093
II.1 Incapacité temporaire	90 064 757	89 230 089	100 390 196
II.2 Incapacité permanente	380 361 725	395 862 141	444 409 008
II.3 Prestations en nature ou médicales AT/MP	242 929 966	198 785 777	223 648 136
II.4 Décès	171 396 908	196 265 727	220 812 902
Rente conjoint	95 727 843	110 576 919	127 084 063
Rente orphelin	75 206 495	84 916 853	92 860 334
Allocation funéraire	462 570	771 955	868 505
II.5 Administration	1 770 964 437	2 377 017 783	2 288 076 851
III. Prestations familiales et maternité	6 800 058 658	8 154 672 405	7 880 916 737
III.1 Allocations Familiales	2 318 953 485	2 294 698 089	2 320 515 056
III.2 Prénatal	13 664 856	16 191 783	16 373 952
III.3 Maternité	530 559 857	666 766 288	674 267 877
Indemnités journalières	505 159 231	632 958 539	640 079 767
Frais de maternité	25 400 626	33 807 749	34 188 110
III.4 Administration	3 936 880 460	5 177 016 245	4 869 759 852
Total	30 873 794 779	32 989 540 352	30 341 985 701
Prestations	11 685 042 560	12 745 996 677	13 360 512 307
Administration	19 188 752 219	20 243 543 675	16 981 473 394

Source : BIT (2010b)

Tableau 17 : Budget consolidé de la CNSS

	2007	2008	2009
Ressources	43 490 868 527	42 266 389 235	46 189 236 929
Dépenses	30 873 794 779	32 989 540 352	30 341 985 701
solde	12 617 073 748	9 276 848 883	15 847 251 228
mise en réserve	12 617 073 748	9 276 848 883	15 847 251 228
Pensions	5 190 996 993	2 043 702 718	4 964 317 346
accidents du travail	2 864 194 780	2 964 891 046	3 948 103 410

	2007	2008	2009
prestations familiales et maternité	4 561 881 975	4 268 255 119	6 934 830 472

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 chargé 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 portant de retraite applicable aux fonctionnaires, militaires et magistrats étendu aux agents contractuels de la Fonction public par la loi n°006/2001/AN du 17 mai 2001.
- Régime de prévention et de réparation des risques professionnels institué par la loi n°022/2006/AN du 16 novembre 2006 portant régime de prévention et de réparation des risques professionnels applicables aux agents de la fonction publique aux militaires et aux magistrats.
- Tout autre régime qui viendrait à être créé par la loi.

Elle est administrée par un Conseil d'administration de 16 membres, composés pour moitié de 8 représentants de l'État et pour l'autre moitié de représentants des organisations professionnelles des travailleurs dont un représentant le personnel de la CARFO.

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

Les travailleurs retraités sont représentés au Conseil d'administration de la CARFO en qualité de membres observateurs sans voix délibérative à raison de 2 membres.

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 migrer la couverture actuelle des agents contractuels de la fonction et des collectivités territoriales ainsi que des travailleurs des Société d'Etat, actuellement par la CNSS, vers la CARFO.

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

Années	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,
- la pension de survivant (veuves et orphelins),

La loi n°22-2006 étend ses prestations sociales à la prise en charge des risques professionnels et accidents de travail. Ainsi dès 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 ;
- la prise en charge du transport et des frais de séjours pour soins

Les prestations vieillesse, invalidité et 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 compter au moins 15 ans de service et atteindre la limite d'âge prévue par leurs statuts. Globalement, la pension de retraite est égale à 2% du dernier salaire mensuel pour chaque année de couverture, dans la limite de 80% de ce dernier salaire, avec des variantes de calcul pour les militaires et les magistrats concernant le 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 cependant des exceptions notables pour les militaires (bonifications de services pour campagne ou services accomplis en période de guerre, etc.)

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

- **La pension d'invalidité :** Le fonctionnaire, le militaire ou le magistrat mis dans l'impossibilité définitive et absolue de continuer ses fonctions par suite de blessure ou de maladie non liées au service bénéficie d'une pension d'invalidité, ou de retraite anticipée. Cette pension est égale à 2% du dernier salaire pour chaque année de service dans la limite de 80% de ce dernier salaire mensuel avec toujours des variantes pour calcul des pensions pour les magistrats et les militaires.

Lorsqu'un assuré nécessite des soins constants, et lorsque ces soins sont nécessaires à la réalisation de ses tâches quotidiennes, il bénéficie d'une pension égale à 25% 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 :
 - 50% pour le conjoint. En cas de pluralité de veuves, ce montants est réparti à parts égales ;
 - 10% pour chaque orphelin jusqu'à l'âge de vingt 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 qui est de 50% de la rente annuelle d'incapacité versée en une seule fois.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 réalisation d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle comprennent :

- **Des prestations en natures** : Elles comprennent les soins médicaux, chirurgicaux, dentaires, l'hospitalisation, la fourniture de produit pharmaceutiques et appareils de prothèse et d'orthopédie, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et la reconversion de la victime, le transport de l'assuré du lieu de l'accident à la formation sanitaire ou à sa résidence et éventuellement le transport du corps en cas de décès.
- **La rente d'incapacité permanente** : Cette incapacité liée au travail peut être permanent ou temporaire. Lorsque l'incapacité est permanente, l'assuré reçoit une pension égale à 85% de son salaire moyen des trois derniers mois de services précédant le début de l'incapacité. Lorsque l'invalidité est partielle et atteint au moins 15%, 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%, l'assuré reçoit une allocation d'incapacité forfaitaire. La rente d'incapacité peut être accompagnée 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% 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 détaillées plus haut.
- **L'incapacité temporaire** : Le salaire est payé par l'employeur à partir du jour suivant l'accident jusqu'à 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. Toutefois, peu, sinon aucune, activités n'est encore réalisé dans ce domaine.

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% du salaire de base répartis dont 8% à la charge de l'employé et 12% à la charge de l'Etat employeur. Dans le cas des en position de détachement, ce taux de cotisation s'élève à 22% avec 14% à la charge de l'employeur (Soulama et Zett 2008, p. 18).

Tableau 19 : Ressources de la CARFO

	2007	2008	2009
I. Pensions	23 930 888 316	25 877 273 606	28 659 181 384
cotisations	21 885 379 991	23 643 359 037	25 488 180 976
Activités annexes	7 078 390	16 983 640	-
Produits financiers	2 038 429 935	2 208 081 295	3 154 370 173
Autres	-	8 849 634	16 630 235

Source : BIT (2010b)

L'Etat étant l'employeur direct de la plupart des assurés de la CARFO, celle-ci reçoit un financement important de l'Etat qui explique en partie le fait que pour un nombre d'assurés inférieur, elle reçoit presque autant de cotisations que la CNSS. Cependant, la CARFO connaît des difficultés de recouvrement de ses cotisations en raison des lourdeurs administratives ainsi que de la réticence de certaines institutions de 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%). Ce taux s'élevait en effet à 64,3% en 2007, 64% en 2008 et 65,6% en 2009. Toutefois, certains coûts de fonctionnement ne sont pas pris en compte ici, la CARFO utilisant les services du Trésor public pour payer ses prestations dans plusieurs régions du pays.

Tableau 20 : Dépenses de la CARFO

	2007	2008	2009
I. Pensions	14 932 296 397	16 063 679 744	17 938 153 144
I.1 Pensions Vieillesse	10 379 532 074	11 225 199 382	12 644 712 900
Rente vieillesse	10 379 532 074	11 225 199 382	12 640 317 761
Allocation vieillesse	-	-	4 395 139
I.2 Pensions invalidité	56 098 630	59 026 087	60 214 650
I.3 Pensions survivants	3 646 170 201	3 854 176 068	4 016 303 206
Conjoint	2 700 131 858	2 922 144 572	3 108 245 729
Orphelin	877 539 217	876 331 522	853 246 179
Allocations	68 499 126	55 699 974	54 811 298
I.4 Administration	850 495 492	925 278 207	1 216 922 388
II. Accidents du travail			120 878 500
II.1 Incapacité temporaire			
II.2 Incapacité permanente			
II.3 Prestations en nature ou médicales AT/MP			120 878 500

	2007	2008	2009
II.4 Décès			
Rente conjoint			
Rente orphelin			
Allocation funéraire			
II.5 Administration			0

Source : BIT (2010b)

Tableau 21 : Budget consolidé de la CARFO

	2007	2008	2009
Ressources	23 930 888 316	25 877 273 606	28 659 181 384
Dépenses	14 932 296 397	16 063 679 744	18 059 031 644
Solde/ Accumulation de réserves	8 998 591 919	9 813 593 862	10 600 149 740

Source : BIT (2010b)

3.3. Une analyse de la performance des régimes 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 par conséquent en déphasage avec un contexte l'essentiel de l'économie est tirée par les exploitants agricoles (70% de la population active) et les travailleurs du secteur informel (90% de la population non agricole).

De ce fait, les régimes légaux de sécurité sociale ne couvrent qu'à peine 7% de la population, mais ce chiffre doit être pondéré par le taux important d'évasion sociale estimé à près de 65% 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 on a pu le souligner plus haut, la CNSS déploie cependant des efforts d'adaptation importants qui ont permis une très forte progression de la pénétration du marché du travail entre 1980 et 2006.

Avec 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 des contributions de ces derniers restent cependant 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 le partenariat avec les organisations professionnelles de l'économie informelle. Des

exemples dans ce sens se développent dans la sous région (mutuelle des transporteurs au Sénégal, Mutuelle de Sécurité Sociale au Bénin) et montrent qu'il est possible d'atteindre des taux de recouvrement et de fidélisation importants pour des 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 cotisation ainsi que d'un schéma de transferts sociaux permettant l'accessibilité financière de ces régimes.

3.3.2. Les prestations servies

Les régimes légaux ne couvrent actuellement que les trois branches techniques qui constituent les normes minimales fixées par la Convention 102 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) : les prestations familiales (couvertes par le budget national pour les agents de l'Etat, les magistrats et les militaires), les pensions et les 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 bas, l'Etat réfléchit actuellement à la mise en place d'un schéma d'assurance maladie.

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, avec des arrières importants pour la CNSS comme on l'a vu plus haut. C'est en effet l'employeur (privés et Etat) qui est débiteur des cotisations (part travailleur et part employeur).

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

- Lourdeurs administratives,
- Respect des dispositions liées à la production des procédures de déclaration,
- Fiabilité des comptes de cotisants des employeurs,
- Rigueur des procédures contentieuses,
- Contrôle performant,
- Et de système d'information efficace.

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 certains services tels que ceux du Trésor public dans le cadre de son fonctionnement. La

maîtrise de ces coûts de fonctionnement constitue un défi important pour ces régimes légaux, surtout 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 tutelle des régimes légaux ; cette implication de l'Etat dans la gestion courante des régimes légaux, notamment en ce qui concerne l'utilisation et l'investissement des réserves, l'amène à être juge et partie.

L'Etat, de part ses fonctions tutélaires, opère en effet un contrôle à priori et à 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 participent aux grandes décisions 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 importante pour atteindre un niveau de couverture sociale conforme au principe plus globale 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

Il n'existe pas aujourd'hui un dispositif d'assurance sociale en charge du risque maladie au Burkina Faso. Pourtant les dépenses de soins de santé constituent un risque important ressenti tant par les ménages du secteur formel que celles 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, comme on le verra plus bas.

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

Ce chapitre propose une revue des différents mécanismes existant 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 ainsi que 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. Il est chargé de la médecine du travail et intervient sous la tutelle technique du ministère en charge de la Santé et financière du ministère chargé des finances.

L'OST a pour mission de promouvoir et 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 privés et parapublics deux types de prestations : les soins curatifs et la visite annuelle. Concernant les soins curatifs, la prise en charge des dépenses de soins des employés est couverte à 80% dans les structures sanitaires de l'OST, avec ou sans plafonnement suivant les entreprises.

Pour la réalisation des examens obligatoires, l'OST a mis en place des infirmeries d'entreprise et interentreprises, dans lesquelles sont basés une soixantaine d'infirmiers diplômés d'Etat sous la charge de l'Etat. Les examens de la médecine du travail concernent au premier lieu le patron des salariés selon le Code du travail, mais l'OST a passé convention avec l'Etat pour couvrir aussi les fonctionnaires. Une subvention publique est associée à cette convention. En 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 tous les services ambulatoires. Sont accessibles des consultations généralistes et spécialisées (ORL, cardiologie, ophtalmologie, dermatologie), un cabinet dentaire, un service de radiologie et un laboratoire d'examens. La clinique est, en réalité, ouverte à tous et doit offrir des tarifs bas en principe.

La faiblesse actuelle du plateau technique et l'insuffisance de personnel ne permettent cependant pas aujourd'hui l'exercice de la Médecine du Travail et l'OST tend à s'écarter de sa mission première en fournissant des services de santé payant 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 013/98/AN d'avril 1998 portant régime juridique applicable aux emplois et aux agents de la fonction publique fixé 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% des dépenses d'hospitalisation des fonctionnaires hors ordonnances pharmaceutiques.

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

Pour pallier aux 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 aussi appelées mutuelles, avec un volet santé se sont développées 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 FCFA par mois avec parfois des ressources supplémentaires apportée par l'entreprise. Elles se distinguent des mécanismes d'assurance et de micro assurance par le fait que l'aide en cas de sinistre n'est pas garantie car dépendante des montants disponibles au moment où un membre sollicite une aide.

Les prestations offertes par ces caisses couvrent 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 n'est pas forcément en correspondance avec les besoins des membres ;
- L'accord de prêts.

Dans certaines entreprises, dans une optique de politique sociale interne, les employeurs 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, avec les premières mutuelles d'entreprises et au sein des administrations. Le secteur de la micro assurance santé au sein de l'économie informelle est plus récent et a surtout émergé à partir des années 1990, sous l'impulsion des ONG nationales et des partenaires extérieurs. Il a connu depuis un développement important en nombre de schémas mis en place mais il se caractérise aujourd'hui toutefois par une couverture encore faible 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 systèmes reposent généralement sur les principes de l'économie sociale tels que la solidarité, la non lucrativité, l'adhésion libre et la gestion démocratique et autonome (Fonteneau, 1999).

Les mutuelles de santé sont souvent associées à l'économie informelle, pourtant le plus gros des effectifs mutualistes se situent dans le secteur formel où interviennent des mutuelles de santé d'entreprises ou administrations, comme le montre le tableau suivant qui synthétise le dernier recensement de ces systèmes.

Tableau 22 : Inventaire des mutuelles de santé en 2005

	Nb de mutuelles	Nb Bénéficiaires
Mutuelles du secteur formel	25	41.800
Mutuelle 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 du point de vue de leur localisation urbaine ou rurale. Comme le montre le tableau suivant, cette localisation génère effectivement des différences en termes d'affiliation, 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 laboratoires, radio... Evacuations vers des centres de référence	Consultations curatives Soins préventifs et promotionnels Accouchement Médicaments génériques Petites hospitalisation 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	Couverture des petits risques (services des postes et centres de santé) à 80% ou par

	Mutuelles urbaines	Mutuelles rurales
	50% Consultations spécialisées 50% Examens médicaux 75% Hospitalisations ou Définition d'un forfait /an/assuré ou bénéficiaire	forfait Evacuation 100%
Population cible	Mutuelles du secteur formel : homogène (entreprise, administration, étudiants, etc.). Mutuelles de l'économie informelle : hétérogène (différentes catégories socio professionnelles)	Adhésion sur la base géographique (village, etc.) ou de l'appartenance à une organisation préexistante (groupements de cotonniers, etc.)

Source : Soulama et Zett (2008, p. 42)

4.4.2. La combinaison micro assurance et micro finance

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, 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 faire des paiements régulier de cotisations à une mutuelle de santé. Les membres qui sont principalement des femmes bénéficient également des 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 mécanisme a notamment été expérimenté dans la zone de Houndé à Bouhaoun. Il s'agit système volontaire proposé par les formations sanitaires, en particuliers celles situées au premier échelon (CSPS) du premier niveau de soin (District sanitaire) de la pyramide sanitaire. Le prépaiement vise à 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 formation sanitaire. Le fonds constitué, cogéré par le prestataire de soin et le comité de cogestion de la formation sanitaire, permet aux participants 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 sur plusieurs acteurs : usagers, prestataires de soins, collectivités locales, Etat et partenaires extérieurs. Le partage de 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 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 au sein 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 (AQUASSOU 2003-2005) avec pour objectif la réduction de la mortalité et de 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, étaient notamment identifiées (Soulama et Zett 2008) :

- Le Programme STEP (Stratégies et Techniques pour l'Extension de la Protection sociale) 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 bas).
- 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 micro finance.
- La Coopération belge a appuyé, à travers 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 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 au Mutuelles de Santé du Burkina Faso (RAMS/BF).
- Le réseau d'Appui au Mutuelles de Santé du Burkina Faso (RAMS/BF) avec notamment le soutien de la Mutualité Chrétienne de Belgique, appui 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 d'un cadre de concertation appelé « Cadre National de concertation des structures d'appui aux mutuelles de santé » (CCSAM) afin de coordonner leurs actions, réaliser un plaidoyer commun, appuyer le renforcement des capacités des acteurs nationaux, etc.

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

La protection sociale de la santé constitue une préoccupation de l'Etat burkinabé qui se résumait ainsi dans son document de Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté au Burkina Faso en 2004 : « *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 04 Août 2008. Un comité de pilotage national incluant 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 et supervise 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 adapté à chaque catégorie socioprofessionnelle. Il vise également à combiner différents mécanismes de financement :

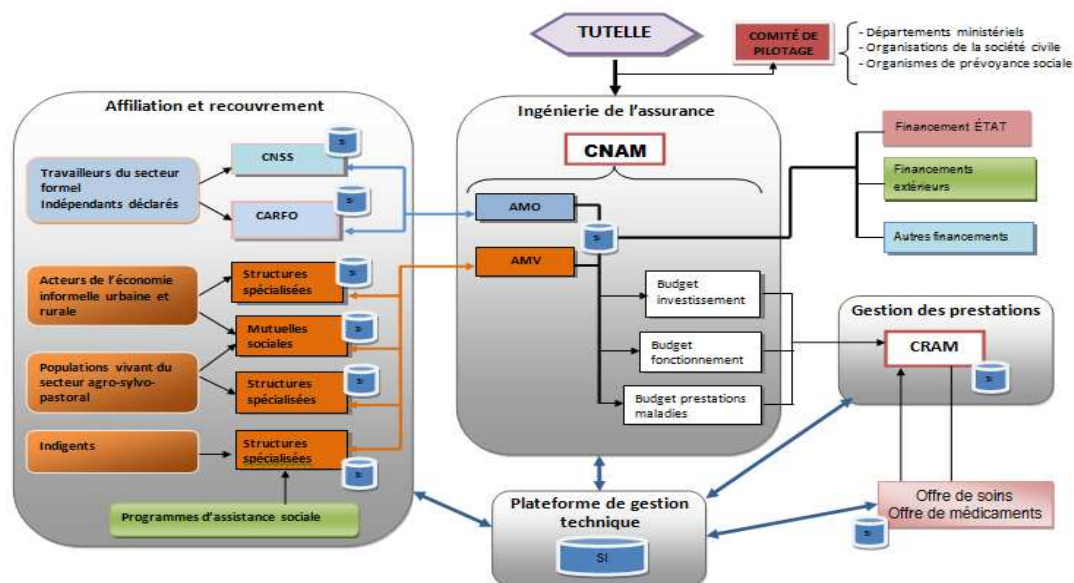
- Prélèvement sur les revenus des travailleurs du secteur formel public et privé à travers un régime obligatoire ;
- Cotisations des populations de l'économie informelle à travers un régime d'abord volontaire (ou automatique) mais devant évoluer progressivement vers l'obligatoire ;
- Fiscalité générale, l'Etat organisant une redistribution verticale (transferts sociaux) en faveur des populations les plus pauvres ;
- 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.
- Financements internationaux pour des programmes verticaux de santé et de transferts sociaux pour l'inclusion des 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 viendra en appui au système et sera orienté 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, illustrée ci-dessous, envisagée repose sur la création d'une structure nationale qui concentrera l'ingénierie d'assurance et la gestion financière. L'originalité du schéma repose sur le fait, considérant qu'une telle structure nationale ne peut seule déployer des mécanismes adaptés à la diversité des catégories de populations à couvrir, elle délègue les fonctions de gestion techniques d'affiliation et de recouvrement à des acteurs spécialisés déjà existant et intervenant en matière d'assurance sociale. Pour les travailleurs

du secteur formel, actifs et retraités, ces fonctions sont être déléguées à la CNSS et la CARFO.

Figure 1 : Architecture de l'assurance maladie

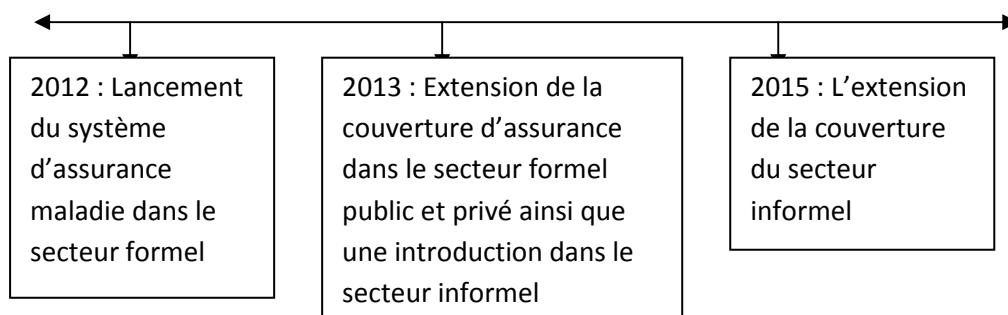


Source : Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, 2009

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, mais dont l'impact actuel en termes de couverture des populations reste limité. Aussi d'autres acteurs sont-ils identifiés tels que les institutions de micro finance, 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'enregistrement 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 au Burkina Faso, dont les études de faisabilité sont en cours depuis 2009.

Figure 2 : Etapes de mise en œuvre de l'assurance maladie



Source : à partir du rapport du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (2011)

4.7. Le budget de la santé

Le budget national de la santé au Burkina Faso 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
	220		254,24	

Sources : Ministère de la Santé, 2010

La part des dépenses publiques en santé dans le budget national s'élevait à 8,3 % en 2007 et 8,4% 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% de leur budget national au secteur de la santé. Selon les comptes nationaux de la santé, cette part tend à progresser positivement, passant de 7,4% à 8,4% de 2004 à 2008 soit une progression de 7,4%, plus forte que celle du budget national durant cette même période qui n'a augmenté que de 6,4% (Ministère de la santé, 2010).

Les fonds privés proviennent à environ 98% des dépenses de santé des ménages, le reste provenant des assurances privées. Les ménages, dont les achats directs de services représentent près de 39% des ressources du budget de la santé, sont par conséquent les principaux bailleurs du budget de la santé. Toutefois, ces ménages ne supportent pas l'intégralité du coût de la santé, puisque que les fonds publics et extérieurs interviennent pour 61% de la dépense national de santé, et 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 reste 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,
- d'autre part, les dépenses qui ne relèvent pas du champ de la protection sociale, à savoir :
 - Education et formation du personnel de santé
 - Formation à l'étranger
 - Formation du capital des établissements prestataires de soins de santé
 - Formation nationale
 - Recherche et développement dans le domaine de la santé

Le budget de la santé revue sur cette base - qu'on désignera dans les lignes suivantes par le terme « budget de la santé (PS) » - s'élevait à respectivement 112,2 et 126,4 milliard de FCFA en 2007 et 2008.

Les ressources

La principale caractéristique concernant les sources de financement du budget de la santé (PS) est la dépendance de ce dernier vis-à-vis des aides extérieures qui représentaient en 54% et 56% des ressources totales en 2007 et 2008. Celle-ci représente une dépendance risquée pour le secteur de la santé qui est soumis aux aléas des financements extérieurs et rend difficile de planifier des développements, des investissements et des réformes pour l'Etat qui n'est pas en mesure de déterminer à l'avance la somme d'aide internationale qui leur sera octroyé.

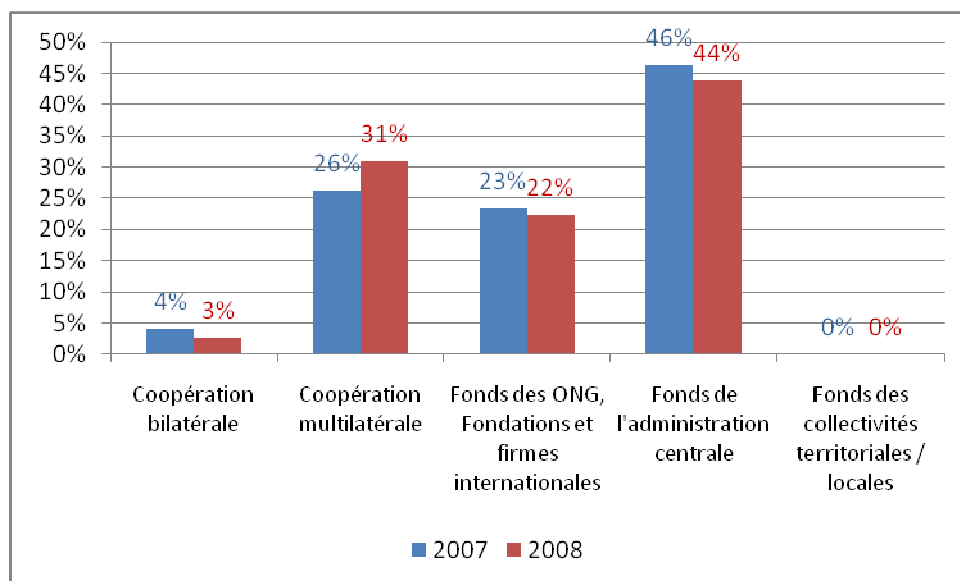
La fluctuation des ressources issues de la coopération bilatérales entre 2007 et 2008 illustre ce risque. Le taux de financement de la coopération bilatérale est en effet passé de 4% en 2007 à 2,7% en 2008 comme indiquent les graphiques ci-dessous. Cette baisse a cependant été compensée par une hausse des apports de la coopération multilatérale ainsi que les fonds provenant des ONGs, les fondations et les firmes, passant de 55,6 milliards de FCFA en 2007 à 67,4 milliards de FCFA en 2008.

Tableau 25 : Sources de financement de santé au Burkina Faso – Budget de la santé (PS)

	2007	2008
Aide internationale	60 231 295 306	70 834 061 337
Coopération bilatérale	4 580 873 523	3 418 101 222
Coopération multilatérale	29 447 544 864	39 099 369 154
Fonds des ONG, Fondations et firmes internationales	26 202 876 919	28 316 590 961
Dépenses publiques	52 054 681 067	55 629 087 673
Fonds de l'administration centrale	51 996 929 722	55 549 788 122
Fonds des collectivités territoriales / locales	57 751 344	79 299 551
Total	112 285 976 373	126 463 149 010

Source : BIT (2010b)

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 divisées parmi plusieurs services, les services de prévention et de santé publique, les services soins curatifs suivi des frais administratifs reliés aux soins de la santé étant les principaux bénéficiaires. Le tableau suivant indique la répartition de ces dépenses.

Tableau 26 : Répartition des dépenses de santé (FCFA)

	2007	2 008
Administration de la santé	18 743 336 531	16 217 637 908
Administration générale de santé publique sauf sécurité sociale	18 743 336 531	16 217 637 908
Biens médicaux dispensés aux patients ambulatoires	430 746 554	1 997 720 471
Moustiquaires imprégnées	330 428 000	1 969 335 346
Produits pharmaceutiques. et autres biens médicaux non durable	100 318 554	28 385 125
Fonctions sanitaires connexes	573 346 465	518 492 000
Contrôles sanitaires (denrées alimentaires, hygiène)	573 346 465	518 492 000
Service de prévention et de santé publique	44 023 260 142	59 759 924 928
Médecine du travail	785 489 000	822 561 000
Prévention des maladies transmissibles	42 275 935 920	58 311 488 740
Service de santé maternelle et infantile	961 835 222	625 875 188
Services auxiliaires	759 574 644	1 123 692 529
Laboratoires d'analyse médicale pour patients externes.	759 574 644	1 123 692 529
Services de réadaptation	18 637 120	79 712 353
Réadaptation en mode ambulatoire	18 637 120	79 712 353
Services de soins curatifs	47 737 074 917	46 765 968 821
Soins curatifs ambulatoires	12 084 324 404	735 312 400
Soins curatifs en milieu hospitalier	35 652 750 513	46 030 656 422
TOTAL	112 285 976 373	126 463 149 010

Source : BIT (2010b)

4.8. Performances des mécanismes de couverture du risque maladie

Les ménages supportent une part importante du budget de la santé et restent par conséquent soumis à un risque financier important liés aux dépenses de soins. Outre l'accessibilité financière, se posent également les problèmes de disponibilité d'une offre de soins de qualité. Le risque maladie est pourtant considéré comme prioritaire par l'ensemble des acteurs au Burkina Faso. De même, les textes constitutionnels, des engagements internationaux du Burkina Faso ainsi que 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 ; l'Etat, les partenaires extérieurs, les ménages et les assurances. La mise en commun de ces fonds vise à permettre à tous individus d'avoir 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 quelque soit leur situation socioéconomique. Cette couverture doit cependant être pondérée d'une part par la disponibilité géographique de services de santé de qualité et d'autre part 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 les milieux urbains et ruraux. Selon la dernière enquête ménages, près de 43% des ménages habitent à plus d'une heure d'une formation sanitaire et ce sont dans les zones où vivent les ménages les plus pauvres et où les moyens de transports 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 de protection sociale en santé au Burkina Faso est aujourd'hui encore embryonnaire et constitué par un ensemble hétérogène de mécanismes destinés chacun à différents groupes de population :

- Régime spéciale pour les agents de l'Etat et mutuelles de santé au sein de certaines administrations,
- Régimes d'entreprise et mutuelles de santé dans le secteur formel privé,
- Micro assurance santé au sein de l'économie informelle,
- Mécanismes de gratuité pour certains groupes de population et certains services de santé et pathologies (voir filets sociaux plus bas).

Malgré tout, la couverture par ces différents systèmes reste faible, notamment concernant les mutuelles de santé qui ne couvriraient que 3% de la population en 2003 selon le Ministère du travail et de la Sécurité sociale.

4.8.2. Prestations servies

Comme indiqué plus haut, les systèmes de micro assurance santé orientent leurs prestations surtout 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 et dépassant la capacité contributive de la plupart des ménages au sein de l'économie informelle, les mutuelles sont-elles confrontées au défi de trouver un juste équilibre entre leurs prestations et leur niveau de cotisations. Dans d'autres pays de la sous région, la réponse à cet équilibre est recherchée dans les mécanismes de financement des mutuelles de santé avec l'introduction de transferts sociaux de l'Etat, et parfois de partenaires extérieurs, afin de subventionner les cotisations et permettre aux

mutuelles d'offrir une couverture importante des risques ainsi que de se doter d'un bon niveau de gestion technique.

Ce dernier point, la gestion technique, est un autre facteur de limitation des prestations des mutuelles de santé notamment en milieu rural où il s'agit pour ces dernières de gérer des relations techniques et financières avec des hôpitaux distants.

Le projet d'assurance maladie vise à apporter une réponse à ces limites d'une part en organisant des transferts sociaux et d'autre part en réaménageant le rôle des mutuelles de santé et en redistribuant les métiers d'assurance entre différents acteurs tels que l'organisme national d'assurance maladie, les régimes de sécurité sociale et les 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 du budget de la santé vis-à-vis de ces ressources mais aussi de la politique nationale de la santé qui est fortement conditionnée par les stratégies des bailleurs de fonds qui accompagnent ces financements. Ceci 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 publiques et dont la verticalité et la centralisation de la gestion peuvent constituer un frein à la dynamique de décentralisation du système de santé par ailleurs entrepris par le Burkina Faso (Banque Mondiale, 2003)

Par ailleurs, ces fonds extérieurs financent en grande partie l'appui technique, l'organisation d'ateliers, etc. En final, le financement direct des services de santé est réalisé en majeure partie par les fonds privés.

Un autre aspect de la gestion des ressources est le déséquilibre de la répartition de ces dernières, d'une part, entre celles consacrées au niveau secondaire et celles pour le niveau primaire et, d'autre part, entre les zones urbaines et celles rurales (Banque mondiale, 2003). Des efforts importants ont cependant été réalisés pour l'extension et le renforcement des infrastructures de base ont permis de réduire le rayon d'action moyen théorique des Centres de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) a ainsi été réduit 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 aux services de santé pour les ménages.

4.8.4. Gouvernance

Concernant les mutuelles de santé, le manque de personnel qualifié pour la conception, la gestion et le monitoring de produit d'assurance maladie au sein des mutuelles constitue un frein important au développement de ces mutuelles. En effet la qualité de la gestion technique doit être considérée comme une source d'explication de la faible pénétration des mutuelles tout aussi importante que 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 avec généralement des lacunes dans la maîtrise des outils de gestion et d'administration (Soulama et Zett 2008). Il importe de souligner à ce niveau que ces mutuelles reposent sur le concept de micro assurance santé qui qualifie l'adaptation des pratiques d'assurance classique aux spécificités socioéconomiques des ménages de l'économie informelle. Toutefois, il s'agit toujours d'assurance maladie avec toute la complexité de sa gestion technique pour laquelle les mutuelles au sein de l'économie informelle ne peuvent 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 redistribuer les fonctions de gestion de l'assurance, les mutuelles ayant un rôle de délégataires de gestion en 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 toutes 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 schéma aux organisations de l'économie informelle. Cette approche peut être considérée comme injuste sur le plan social, mais 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. Cette approche permet par ailleurs d'organiser une solidarité entre les différents groupe socio-économique, 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 reposer également 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 à tous les résidents qui n'ont pas de revenus du travail suffisants et qui ne sont pas couverts (ou pas suffisamment couverts) par d'autres mécanismes de protection sociale. L'assistance sociale implique des transferts non contributifs aux personnes dont la société juge qu'elles réunissent les conditions d'attributions 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, la santé, etc.

L'origine de l'assistance sociale se trouve en partie dans le fait 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 pour 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 à travers la relation emploi-assurance sociale.

Plusieurs expériences existent au Burkina Faso, en partie financées par les 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 Social Safety Nets, Report 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 les populations les plus pauvres et vulnérables de différentes manières, notamment sous formes de prestations universelles, conditionnelles ou non. Cette assistance sociale peut se définir comme un ensemble d'allocations publiques ciblant certains groupes vulnérables afin d'assurer un revenu minimum et garantir l'accès à des services essentiels tels que la santé, l'éducation, la nutrition, etc. Ces transferts sociaux s'organisent, au Burkina Faso, sous différentes formes :

- Les transferts monétaires qui regroupent notamment la pension universelle, les indemnités pour handicapés et les allocations familiales.
- Les transferts en nature regroupent par exemple les cantines scolaires, les rations sèches, 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.
- Les subventions des prix et les exemptions de frais qui visent à promouvoir l'accès aux produits de première nécessité, l'accès aux services sociaux de base et soutenir la consommation pour les groupes vulnérables en générale. Les subventions des prix,

interviennent sur les produits alimentaires en situation de crise. Les exemptions de frais sont focalisées sur les services essentiels pour en favoriser l'accès pour les plus pauvres : services de santé, scolarité, transport, eau, électricité, etc.

Chaque filet social ne peut à lui seul apporter une réponse complète et l'assistance sociale doit pouvoir mettre en œuvre un ensemble de programmes de transferts se complétant mutuellement et qui complètent également les politiques nationales de santé, éducation, emploi, logement, etc. ainsi que 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 d'identifier divers programmes existants au Burkina Faso. Ces programmes viennent compléter les stratégies de réduction de 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, fournir des aides à ceux qui ne peuvent pas participer aux progrès économique et sociaux. Ils sont également essentiels pour la mise en place de programmes d'urgences en période de crise, catastrophes naturelles, etc. (Banque Mondiale 2010).

Le tableau suivant 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 les programmes concernant les cantines scolaires, les programmes de filets sociaux sont récents, avec une mise en œuvre pour la plupart dans la seconde moitié des années 2000, motivée par l'impact des nombreux chocs économiques, alimentaires, énergétiques et climatiques subis par le pays. Cette multiplication de programmes ainsi que d'opérateurs montre l'importance croissante accordée aux filets sociaux afin de lutter contre la vulnérabilité croissante résultant des crises et accélérer les efforts pour l'atteinte des OMD. Toutefois, Elle ne s'est pas accompagnée 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 initiée.

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 cash transfert (conditionnels/non conditionnels - Allocations au père / à la mère)	Le Conseil National de Lutte contre le Sida (CNLS) avec l'appui de la Banque Mondiale	Orphelins et enfants vulnérables dans la province du Nahouri. 6500 enfants bénéficiaires en 2009

Programmes	Objectifs	Institutions	Population Ciblée et bénéficiaires
Coupons alimentaires	Sécurité alimentaires des individus et ménages les plus pauvres et vulnérables	Programme Alimentaire Mondiale (PAM) avec le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN), la croix rouge burkinabé, Catholic Relief Services Catholic Relief Services et Organisations Catholiques pour le Développement et la Solidarité (OCADES) Catholic Relief Services et OCADES	Ménages extrêmement pauvres en milieu urbain 195 500 personnes dans 31 533 ménages en 2009 Femmes et enfants infectés par le VIH 2 220 personnes en 2009 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 Nationale de Sécurité Alimentaire (CNSA), Conseil Nationale 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 Education	Relever le taux d'alphabétisation des adultes	Le 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	Le Catholic Relief Service (CRS) et Centres de Renutrition et d'Education Nutritionnelle (CREN)	Personnes vivants avec le VIH (PVVIH), orphelins, enfants malnutris, veuves, femmes âgées sans assistance, filles ayant fuis leur domicile, les handicapés physiques. 14 850 personnes en 2008
Nutrition	soutien nutritionnel aux personnes et groupes vulnérables	PAM et partenaires PAM et partenaires UNICEF et partenaires Médecins Sans Frontières-France et Centres de santé et de Promotion Sociale (CSPS)	Enfants et femmes enceintes et allaitantes groupes vulnérables et PVVIH 12.200 personnes en 2009 Enfants de moins de 3 ans sévèrement malnutris et femmes enceintes et allaitantes 17.000 enfants en 2009 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
		Croix rouge burkinabé et belge	180 Villages dans 3 régions Femmes enceintes et allaitantes et enfants.
		Terres des Hommes et Helen Keller International	4 Districts Femmes enceintes et enfants malnutris
		Action contre la faim	1 District Enfants de 6 à 59 mois sévèrement malnutris
		Save the Children UK	1 District Enfants de 6 à 59 mois sévèrement malnutris
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) Ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique CRS et partenaires CRS, TIN TUA et FAWE PAM et partenaires	Elèves des écoles primaires publiques (cantines scolaires endogènes) dans 22 provinces Etudiants des établissements publics du secondaire National – 295.200 étudiants dans 287 écoles en 2008-2009 Elèves des écoles primaires publiques, privées et communautaires 19 Provinces – 245.900 élèves dans 1.328 écoles en 2008-2009 Filles fréquentant les écoles BRIGHT (projet Burkinabe Response to Improve Girls Chances to Succeed) 10 Provinces, 132 écoles 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

Programmes	Objectifs	Institutions	Population Ciblée et bénéficiaires
Vivres contre Infrastructure	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
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 enceinte indigentes National
Dispenses de frais pour les indigents		Ministère de la santé Organisation Communautaires de base	Indigents et PVVIH National
Prise en charge des patients sous ARV		Fonds National de Solidarité	Patients sous ARV indigents National 200 personnes (année ?)
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 Frontière		
Dispense de frais scolaire			
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 : La Banque Mondiale (2010b)

5.1.2. Financement et dépenses en filets sociaux

Le financement des filets sociaux repose sur les fonds publics et les fonds extérieurs, les fonds privés n'intervenant pas puisqu'il s'agit de mécanismes non contributifs. Les dépenses en filets sociaux ont connus une progression sensible sur la période observées, passant de 45 à 65 milliards de FCFA de 2007 à 2009. Le tableau ci-dessous regroupe ces dépenses sur la base de la revue faite par la Banque Mondiale et l'UNICEF et certaines données complémentaires collectées dans le cadre de ce SPER. Il importe de souligner que le déficit

de production d'information et de système de suivi au niveau de certains programmes et au niveau central fait qu'il s'agit bien souvent d'estimations. De même, les coûts administratifs des programmes sont parfois inclus, et parfois non, dans ces dépenses. En d'autres termes, ces dépenses ne correspondent pas forcément aux bénéfices 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)		67.5	270.0
Coupons alimentaires (PAM et CRS)		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 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 Frontière-France avec CSPPS - depuis août 2008		49.0	49.0
Dispense de frais scolaires			
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 scolaires : 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 au rapport de cette revue pour plus de détails (Burkina Faso Social Safety Nets, Report n° 54491-BF, Banque Mondiale, 30 nov. 2010).

5.2.1. Couverture de la population

Le tableau 27 plus haut donne une indication des populations touchées par les différents programmes de filets de sécurité, mais qui reste incomplète faute de données de suivie 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 de filets en 2009 (subventions généralisées exclues), soit environ 18 % de la population totale. Par rapport à cette estimation, l'impact des filets sociaux apparaît donc limité, avec pour sources d'explication issues de la revue :

- Les difficultés de ciblage des bénéficiaires, identifiées au niveau des différents programmes qui ne semblent, pour la plupart, ne pas disposer de stratégie précise de définition des ménages et/ou individus éligibles, avec pour conséquence des erreurs d'inclusion et d'exclusion.
- Le ciblage géographique des programmes qui, comme le montre le tableau 25 plus haut, se concentrent pour certains dans des zones géographiques limitées. On notera cependant que ce ciblage géographique cherche dans la plupart des cas à intervenir dans les zones les plus défavorisées.
- 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 conçus souvent à titre pilote et sans perspective de pérennisation.

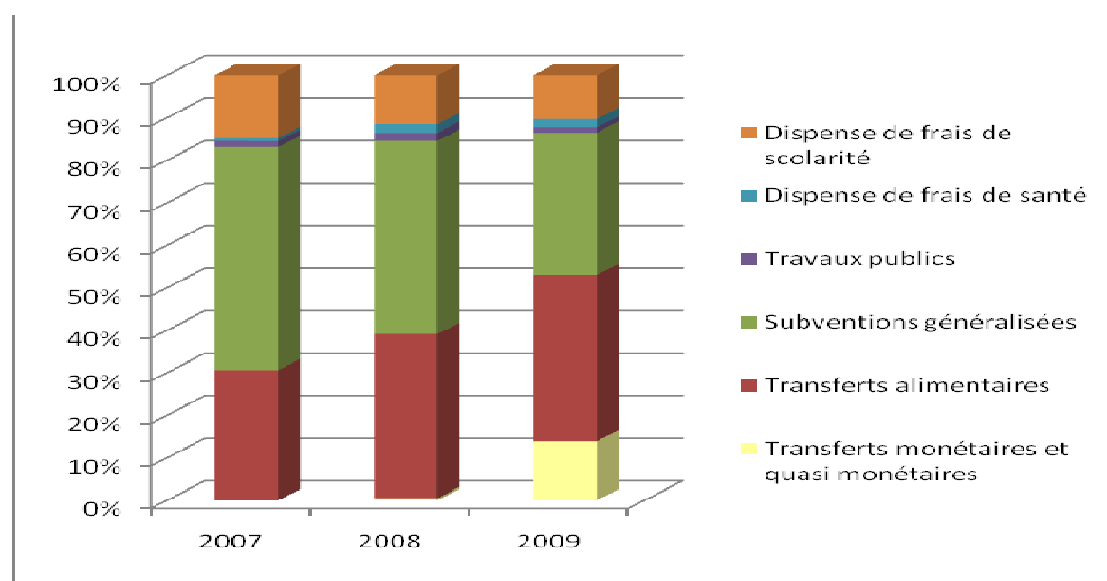
5.2.2. Prestations servies

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

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% des enfants Burkinabés souffrent de malnutrition chronique, résultant à un taux de mortalité très élevé parmi les enfants de moins de cinq ans, avec deux sur dix enfants mourant avant l'âge de cinq ans (Banque Mondiale 2010b).

Les subventions généralisées ont été mises en place afin d'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 montrées d'une part très coûteuses et d'autre part 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% du PIB en 2007 et en 2008, mais avec plus de 84% des bénéficiaires dirigés vers les non pauvres (Banque Mondiale 2010b). L'évolution des dépenses en filets sociaux montre l'interruption de ces mesures entamée à partir de 2009.

Graphique 9 : Répartition des dépenses en filets sociaux (en %)



Concomitamment, Les programmes de coupons alimentaires, initiés par le PAM et le CRS, ont connu une augmentation remarquable entre 2008 et 2009, passant de 216 à 8 751 million de FCFA. La revue de la Banque Mondiale souligne les succès en termes de consommation mais aussi le fait que ces programmes sont très ciblés vers les très pauvres dans les villes de Ouagadougou/Bobo-Dioulasso pour le PAM et des ménages identifiés sur base de questionnaires pour le CRS (Banque Mondiale 2010b). Ils ne s'agit donc pas de programmes universels pouvant apporter une réponse face à l'insécurité alimentaire pour l'ensemble des populations pauvres et vulnérables.

Les programmes de nutrition représentent le second poste important de dépenses d'assistance sociale avec une augmentation sur les trois années de 5,8 milliards de FCFA en 2007 à 13,7 milliards de FCFA 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, identifiés généralement 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, malgré l'importance des montants engagés, ceux-ci ne suffisent pas à répondre au problème de malnutrition sévère qui règne au Burkina Faso. En effet, ce sont plus d'un million d'enfants qui souffrent de malnutrition sur l'ensemble du territoire (Banque Mondiale 2010b) dont une proportion encore importante n'est pas touchée par ces programmes, malgré les efforts du gouvernement et de ses partenaires tels que l'UNICEF, la Banque mondiale, la PAM, ECHO et les ONG depuis 2003.

Les cantines scolaires, autres grandes ligne de dépenses en filet sociaux, concurrencent également à la lutte contre la malnutrition. Une évaluation menée par le PAM a montré un impact positif des cantines notamment sur le taux de scolarisation des filles et la nutrition des frères et sœurs de 16 à 60 mois des filles recevant une ration sèche à emporter à la maison. Cette évaluation a également estimé le coût moyen du programme de cantine scolaire du PAM à 21.000 FCFA par élève et par an (MEF, 2010).

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

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

5.2.3. Mobilisation et gestion des ressources

Le tableau ci-dessous cumule les budgets des programmes de filets sociaux (hors dispenses des frais scolaires) avec ceux des services sociaux détaillés dans le chapitre suivant. Ces derniers ne représentant que 3% du total en 2007 puis 2% en 2008 et 2009 et n'ont pu être distingués précisément des sources globales de financement de l'assistance sociale.

La mobilisation de ressources pour les filets sociaux est encore fortement dépendante des financements extérieurs.

Si l'on excepte de ces calculs les subventions généralisées, le financement extérieur est prépondérant et atteint 76% en 2009. Toutefois, la fin des subventions généralisées devraient 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 se dégageant sur ces trois années pourrait amener dans les années suivantes à une dépendance de plus en plus forte vis-à-vis des bailleurs de fonds.

Tableau 29 : Budget total Assistance Sociale (incluant les services d'action sociale et hors dispenses des frais scolaires) (en million 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)

Comme signalé plus haut, on renverra vers la revue de la Banque Mondiale et de l'UNICEF pour une analyse plus fine du financement des filets sociaux. On notera cependant que cette analyse est rendue difficile et parfois approximative par le manque d'informations et de données de suivi. Cette absence constitue un handicap tant concernant la mesure de l'impact des programmes que 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.

Les programmes existants étant 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 également 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 individus en difficulté en vue de favoriser leur bien être, leur insertion sociale et leur autonomie. L'existence des services d'aide social au Burkina Faso datent d'avant l'indépendance. 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 évolués. 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.

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'économie et des finances.

Le Centre d'éducation spécialisée et de formation a pour vocation d'aider les enfants et jeunes à jouer un rôle constructif et productif dans la société à travers 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 jeunes en difficultés sociale, familiale, scolaire et /ou comportementale ou en conflit avec la loi faisant l'objet de placement judiciaire ou administratif ;
- la prévention de la déviance et de la délinquance juvénile en encadrant les enfants et jeunes en situation de risque social;
- la réinsertion scolaire et/ou professionnelle des enfants en fin de séjour au CESF ;
- la réalisation de toutes activités directement ou indirectement liée à ses missions.

Le Centre d'éducation spécialisée et de formation reçoit des enfants et jeunes en difficultés sociale, familiale, scolaire, comportementale ou en conflit avec la loi.

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

Années	Effectif total	Effectif école primaire	Effectif ateliers de formation professionnelle	Taux de succès au CEP	nombre de jeunes sortis
2005	146	72 dont 05 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 02 externes	16/17 soit 93,75%	30
2008	169	97 dont 44 externes	72 dont 07 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 09 externes	-	-
Total	1021	563 dont 222 externes	458 dont 30 externes	-	186

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

Source : Rapports d'activités du CESF de 2005 à 2010 in Ganemtoire (2010)

Les ressources du Centre d'éducation spécialisé et de formation sont constituées des subventions de l'Etat, des ressources propres et de rares subventions de partenaires. Le CESF estime disposer d'un budget insuffisant pour une bonne réalisation de ses activités et 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

Années	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	173 725 000	180 235 000	190 423 250	224 648 750	219 711 000
Partenaires					4 400 000
Ressources propres	8 042 400	5 098 775	6 427 950	8 138 887	10 174 785
Total annuel	181 767 400	185 333 775	196 851 200	232 787 637	234 285 785

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

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

Créée le 13 février 1956 par arrêté n° 168/AS sur initiative de Feu Monseigneur André DUPONT, Evêque 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 jeunes placés ;
- la prévention de la déviance et de la délinquance juvénile par l'accueil en régime d'externat des enfants et jeunes en situation de risque social ;
- l'appui au processus de réinsertion sociale et/ou professionnelle des enfants et 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, des attitudes, des connaissances, des compétences nécessaires pour une bonne intégration dans la société ;
- **la formation scolaire et l'alphabétisation fonctionnelle** : pallier les difficultés scolaires des pensionnaires dans une approche intégratrice.
- **la formation professionnelle et la production** : dispenser aux pensionnaires une certaine somme de 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 jeunes placés à la MEADO.
- **le suivi post cure** : activités d'accompagnement à la vie sociale ou d'insertion socioprofessionnelle. Ceci intègre notamment une dotation en matériel professionnel afin d'aider les jeunes à débiter leur activité économique.

D'une capacité d'accueil de 420 places (soit 120 à l'internat et 300 à l'externat), la MEADO reçoit des enfants et jeunes en difficultés sociale, familiale, scolaire, comportementale ou en conflit avec la loi. Les tranches d'âge d'admission sont de 12 à 17 ans pour l'internat et 7 à 17 ans pour l'externat.

Les sources de financement de la MEADO proviennent essentiellement de l'Etat, des partenaires et aussi des activités génératrices de revenus au niveau de l'agriculture, de l'élevage et des ateliers. Ces ressources sont en diminution de 2005 à 2009 concernant les financements de l'Etat (-9%) et les aides extérieures (-35%). Les ressources propres sont stables mais ne représentent que 5% en 200 des sources de financement.

Tableau 32 : Sources de financement et dépenses annuelles de la MEADO de 2005 à 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	256 145 000	268 473 000	265 650 000	243 500 000	233 890 000
Partenaires	82 071 050	77 501 050	36 400 530	58 000 000	53 350 000
Ressources propres	14 085 000	15 105 000	16 000 000	16 500 000	14 200 000
Dons et legs	-	-	-	-	-

Total annuel	352 301 050	361 079 050	318 050 530	318 000 000	301 440 000
---------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

Sources : *Rapports financiers de la MEADO, 2005-2009*

Cette diminution des ressources entraîne un accroissement des difficultés, notamment du manque de moyens matériels, humains et financiers : matériel et matière première insuffisants pour la formation des jeunes, ratio enfant/éducateur très élevé, vétusté des infrastructures, etc.

Malgré cela, la MEADO connaît des résultats positifs. Les interventions de la MEADO ont permis l'insertion socioprofessionnelle de certains et également de favoriser le rattrapage scolaire d'autres et la reprise des études pour d'autres. De 2005 à 2009, le taux de réussite au CEP de la MEADO cumule à un taux de 70 à 95% avec par moment 100%. Parmi les élèves ayant réussi, plus de 70% poursuivent leur scolarité et certains sont admis à des tests de recrutement. Durant cette même période, la MEADO a appuyé 235 jeunes en matériel professionnel (mécanique auto, menuiserie bois, soudure et maçonnerie) ; et parmi ces jeunes, 75% sont installés à leur propre compte, 15% font des contrats avec le matériel reçu (les mécaniciens surtout, car ayant des difficultés pour ouvrir un garage) et 5% 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 socioéconomique des jeunes filles et garçons déscolarisés par la formation aux arts ménagers. Les apprenants y sont admis pour une formation de 9 mois dont 7 de théorie et 2 de stage pratique. Trois types de prestations sont fournis par le Centre :

- **Les activités de formation** représentent la majorité des prestations fournies aux bénéficiaires du centre et visent à :
 - élaborer les modules de formation ;
 - élaborer 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 ;
 - organiser une évaluation finale pour apprécier les acquis de la formation.
- **Le placement des filles** auprès des familles qui ont besoin des services de ces dernières pour :
 - recevoir une aide dans l'exécution des travaux domestiques ;
 - combler l'insuffisance de temps consécutive aux multiples tâches du couple, notamment leur activité professionnelle ;
 - suppléer l'absence de la maîtresse de maison pour l'exécution des tâches courantes dans la maison ;
 - entretenir la maison.
- **Les activités de supervision et de suivi** des filles formées et placées dans les familles

Le public cible du Centre de formation des aides familiales sont les filles, et de façon marginale les garçons, déscolarisés de 15 à 18 ans et qui ont un niveau minimum du primaire cours moyens (CM). Ainsi, le centre recrute un effectif annuel moyen de quarante

(40) jeunes filles de 15 à 18 ans et leur fourni une formation dans le domaine de l'art ménager.

Tableau 33 : Effectif annuel du Centre de formation des aides familiales de 2005 à 2009

Années	2005	2006	2007	2008	2009	Total
Filles	50	38	38	34	16	176
Garçons	0	0	0	6	12	18
Total annuel	50	38	38	40	28	194

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 de 2005 à 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	0	0	0	2 000 000	3 000 000
FNS	0	2 000 000	2 000 000	0	0
AEC	0	1 756 900	0	0	0
UNESCO	5 000 000	0	0	0	0
UNICEF	0	0	2 150 000	3 839 000	0
CMLS/MASSN	0	0	0	2 200 000	2 200 000
Total annuel	5 000 000	3 756 900	4 150 000	6 039 000	5 200 000

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 (y inclus le MASSN), si elle se poursuit, devrait 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 et indirectement à favoriser l'accès à l'emploi pour les 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 structures d'accueil et d'insertion sociale pour enfants abandonnés et filles-mères en détresse. Les services offerts aux pensionnaires sont de plusieurs ordres :

- les activités relatives à l'hébergement des enfants 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 se centrent sur les causeries, counselings et les entretiens ;
- les **activités socio culturelles 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 se composent de la recherche de familles, les renouements des liens familiaux, le retour en famille et le placement en institution spécialisée ;
- les **activités nutritionnelles** qui sont 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 ;
- Le **placement des enfants dans des familles d'adoption** : recherche de familles adoptives, enquêtes sociales, préparation à l'adoption et suivi des enfants dans les familles

Ces activités sont menées par une équipe pluridisciplinaire composée par 19 agents affectés par l'Etat et 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 fugués ;
- les filles -mères ou en grossesse rejetées par leur famille ;
- les filles victimes de mariage forcé.

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

Tableau 35 : Situation des enfants et 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	09	54
	garçons	13	21	22	09	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 œuvre de cet établissement a entièrement été 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 assuré en majorité par l'Etat complété par un apport continu de l'ARAI.

Tableau 36 : Sources de financement et dépenses annuelles de l'hôtel maternel de 2007 à 2009

	2007	2008	2009
Etat	-	30.000.000	30.000.000
Partenaires (ARAI)	19.678.710	19.678.710	19.678.000
Ressources propres	250.000	1.500.000	1.500.000
Total annuel	19.928.710	51.178.710	51.178.710

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

Depuis son ouverture le 22 juillet 2007 jusqu'à la date du 31 mars 2010, l'hôtel maternel a accueilli 1053 enfants en difficultés dont :

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

Après plus 3 ans de fonctionnement, l'hôtel maternel reste confronté à différentes 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 :

- Le renforcement des capacités préparation et de prévention de 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, à amoindrir la vulnérabilité en vue de minimiser les pertes lorsque survient le désastre.

- L'assistance humanitaire et les secours d'urgence qui consistent à répondre aux besoins et à assurer l'approvisionnement des victimes afin d'apaiser voire atténuer les souffrances pendant le désastre.
- La réhabilitation par la réinsertion socioéconomique des sinistrés et la construction et/ou reconstruction des infrastructures communautaires.
- La réhabilitation par la réinsertion socioéconomique 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 ;
- les acteurs terrain chargés de gérer les catastrophes sur le terrain.

Le SP/CONASUR réalise plusieurs activités entrant dans le cadre de la gestion des catastrophes et crises humanitaires. Ceci comprend les activités de formations en prévention et gestion des catastrophes au profit des démembrés, l'aide aux populations victimes de catastrophes et la réinsertion socioéconomiques des rapatriés.

Tableau 37 : Sources de financement et dépenses annuelles de la CONASUR

		2006	2007	2008	2009	Total
Formations en prévention et gestion des catastrophes et crises humanitaires de	Etat et partenaires	21 603 931	17 283 144	4 320 786	21 603 931	64 811 792
Aides aux populations victimes de catastrophes et autres crises humanitaires						1 388 587 000 (1)

(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 de la 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, Kouritenga et du Koulpelgo en 2005).
- **La formation pour les femmes rapatriées** de Côte d'Ivoire résidant au Kéné Dougou, en 2006. Cette formation assurée par 05 membres de l'Association Teeg Taaba, a porté sur les techniques de transformation des produits agroalimentaires. Cinquante (50) 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 initiées en faveur de cent (100) femmes issues de six (06) 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 deux projets en 2008 pour les ménages sinistrés suites aux inondations de 2007, financés par la FAO.
- 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 FCFA (période non précisée).

- L'aide alimentaire et en matériel de survie.
- La formation des membres des structures déconcentrées du CONASUR afin de renforcer leur capacité d'intervention

La CONASUR est confrontée 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 à travers la fourniture de l'aide aux sinistrés des catastrophes et (iii) la réhabilitation à travers les actions de relèvement et de reconstruction susceptible de contribuer à l'autonomisation des victimes et à la lutte contre la pauvreté.

Entre 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 la gestion des catastrophes ;
- l'insuffisance de moyens d'intervention (financiers, logistiques et matériels) ;
- 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 a été formalisé par le décret n° 2008-715/PRES/PM/MEF/MASN du 17 novembre 2008. Le FNS 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 à travers 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 à travers des subventions et l'appui pour l'accès aux crédits ;
- le financement des secours d'urgence aux sinistrés ;
- 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 ;
- **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 aux critères suivants, confirmés par une enquête sociale :

- les personnes défavorisées, qui sont des personnes défavorisées sur le plan social et/ou économique. Il s'agit : (i) des personnes vulnérables qui sont des personnes exposées à des risques divers (physique, social, environnemental) ayant besoin d'une aide sociale ponctuelle ; (ii) des personnes nécessiteuses ou indigentes, qui sont des personnes démunies, ne disposant pas de ressources financières ou matérielles pour subvenir aux 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 trouve 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 association et officiellement reconnue ;
- les victimes de catastrophes naturelles, qui sont des personnes ou groupes de personnes ayant subi des dégâts lors d'un désastre naturel comme les inondations, la sécheresse, la famine et ayant par conséquent besoin d'être secourues ;
- les victimes de crises humanitaires qui sont des personnes ou groupe de personnes victimes de perturbations de la société affectant cruellement leur vie telles que les conflits armés.

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

Tableau 38 : Sources de financement et dépenses annuelles du FNS de 2005 à 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat (1)	121 275 000	193 063 000	197 108 000	100 539 250	235 000 000
Partenaires	0	0	0	0	2 500 000
Dons et legs	57 325 779	14 669 397	11 842 717	55 381 077	72 120 801
Total annuel	178 600 779	207 732 397	208 950 717	155 920 327	309 620 327

Sources : Rapports financiers 2005 - 2009 du FNS

(1) Le financement de l'Etat comprend la dotation pour le fonctionnement du FNS et la dotation pour les aides et secours divers.

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 prothèses ;
- 229 personnes ont pu améliorer leur situation socio-économique à travers la réalisation d’activités génératrices de revenus.

Plusieurs difficultés sont rencontrées dans la mise en œuvre de ses activités par le fonds national de solidarité. Les principales sont :

- l’insuffisance des ressources pour l’exécution des activités et faire face aux sollicitations et aux besoins des personnes. Seulement 30% des requêtes reçoivent une suite favorable ;
- la non maîtrise des techniques d’élaboration des microprojets par les bénéficiaires ;
- 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 a pour mission essentielle la coordination et la réalisation des activités de prise en charge psychosociale, socioéconomique et spirituelle des agents et de leurs familles, du Ministère de l’action sociale et de la solidarité nationale et des autres ministères;

Le CMLS, cible : les Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) et les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Quant aux cibles indirectes, on peut noter : les Directions provinciales de l’action sociale et de la solidarité nationale, les Direction régionale de l’action sociale et de la solidarité nationale, le réseau des ONG et associations. Le tableau ci-après recense les bénéficiaires des activités du CMLS/MASSN durant la période 2005-2010.

Tableau 39 : Bénéficiaires annuels du CMLS de 2005 a 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				18.424	23.500	
▪ Appui alimentaire				5.551		
▪ Appui économique				1.475		
▪ Appui psychosocial				7.146	19.884	
▪ Appui spirituel				229		
▪ Appui juridique				1.073		
▪ Appui sanitaire				1.062		

Total	34.960
Autres bénéficiaires	
▪ Veuves et veufs	10.431
▪ groupes de parole	1.492

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 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 05 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 socioéconomique des PVVIH. Ainsi, des conventions de partenariat sont signées et une TASK FORCE OEV est mise en place et est fonctionnelle. Le nombre de ses Partenaires Techniques et Financiers s'est accru.

Tableau 40 : Sources de financement et dépenses annuelles du CMLS/MASSN de 2005 à 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat	-	-	-	-	1 000 000
Fonds mondial	-	-	360 000 000	360 000 000	360 000 000
Panier commun SIDA	-	-	50 000 000	150 000 000	150 000 000
FSMOS	-	-	-	17 000 000	-
MEF (Filets sociaux)	-	-	-	-	150 000 000
UNICEF	-	-	-	32 000 000	-
Total annuel	-	-	410 000 000	559 000 000	661 000 000

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 les cas de stigmatisation et de discrimination. La socialisation des Orphelins et autres Enfants Vulnérables est effective grâce à leur scolarisation et le placement en apprentissage. Beaucoup de familles de PVVIH répondent au mieux aux besoins de leurs membres. En matière de suivi évaluation, on note l'amélioration de la qualité des prestations des acteurs de terrain grâce aux sorties de suivi des activités et de supervision des ceux-ci. Aussi, des études réalisées ont permis de cibler davantage les interventions (Ganemtoire, 2010)

Ces résultats ne doivent pas masquer les difficultés rencontrées par le CMLS :

- Déblocage 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 ;
- 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)

Appelé également « Projet mille jeunes filles », les centres de production ont été initiés 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 divers langues nationales ;
- l'approche focalisée sur l'apprentissage d'un métier (agriculture, maraîchage, transformation et conservation des produits de pêche, élevage, couture, tissage, teinture locale, restauration/pâtisserie locale) ;
- la création et la gestion de micro entreprises ;
- 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.) ;
- l'initiation aux rôles de relais communautaires.

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

Les CPFJF ciblent les jeunes filles de 14 à 18 ans en situation particulièrement difficile ou en voie de l'être, notamment les non scolarisées désœuvrées ou les déscolarisées. Les bénéficiaires indirects sont les proches parents de ces jeunes filles ainsi que leurs communautés respectives.

Les ressources allouées pour le financement des activités des Centres de production et de formation pour jeunes filles de Niassan et Débé proviennent globalement pour moitié de la République de Chine Taiwan et pour moitié de l'Etat sur la période de 2005-2009. Le tableau ci-dessous indique cependant un passage progressif d'un financement externe à un financement national du CPF/JF sur cette période.

Tableau 41 : Dépenses annuelles du CPF/JF de 2005 à 2009

	2005	2006	2007	2008	2009
Etat		43 222 150	150 000 000	40 500 000	40 000 000
République de Chine	50 000 000	49 653 273	100 000 000	60 000 000	-
Total annuel	50 000 000	92 875 423	250 000 000	100 500 000	40 000 000

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 Débé ont formés 497 filles âgées de 14 à 18 ans. Ces filles installées mènent des activités génératrices de revenus et sont autonomes. En outre, on relève une amélioration des conditions de vie des familles et des communautés des 497 filles formées. Aussi, on note une réduction des grossesses et des mariages précoces chez les adolescentes formées ainsi que les bénéficiaires des activités de sensibilisation qu'elles mènent.

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

- au coût élevé de la formation en régime d'internat ;
- 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 la CONASUR empêche une répartition plus fine que celle présentée dans le tableau ci-dessous. Cependant ce dernier permet un aperçu des sources de financement de l'action sociale qui proviennent essentiellement de l'Etat et des partenaires. On notera que certains services sociaux sont susceptibles de générer des ressources propres, bien que celle-ci restent faibles.

Tableau 42 : Budget globale de l'action sociale

	2007	2008	2009
Dépenses publiques	614 758 000	418 739 250	695 090 000
MEADO	265 650 000	243 500 000	233 890 000
CFAF	2 000 000	4 200 000	5 200 000
Hôtel maternel de Ouagadougou		30 000 000	30 000 000
FNS	197 108 000	100 539 250	235 000 000
CMS			151 000 000
CPF/JF	150 000 000	40 500 000	40 000 000
Aide internationale	568 229 240	700 517 710	585 528 000
MEADO	36 400 530	58 000 000	53 350 000
CFAF	2 150 000	3 839 000	
Hôtel maternel de Ouagadougou	19 678 710	19 678 710	19 678 000
FNS			2 500 000
CMS	410 000 000	559 000 000	510 000 000

	2007	2008	2009
CPF/JF	100 000 000	60 000 000	
Ressources propres	16 250 000	18 000 000	15 700 000
MEADO	16 000 000	16 500 000	14 200 000
Hôtel maternel de Ouagadougou	250 000	1 500 000	1 500 000
Dons et legs	11 842 717	55 381 077	72 120 801
FNS	11 842 717	55 381 077	72 120 801
CONASUR	364 429 894	351 467 536	368 750 681
Total	1 575 509 851	1 544 105 573	1 737 189 482

Source : BIT (2010b)

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

Globalement, le manque de ressources humaines, matérielles et financières sont les principales difficultés annoncées par ces services sociaux.

Concernant les ressources humaines, les structures sont confrontées à un manque de personnel, notamment d'éducateurs, spécialisés ainsi que d'agents de terrain qualifiés, avec pour conséquences un encadrement insuffisant des enfants formés et un manque de suivi de ces derniers une fois quitté leur centre d'accueil. Ces problèmes ne concernent pas que les centres de formation des jeunes : 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 des procédures des achats publics, l'équipe de suivi et d'identification des OEV du CMLS connaît un fort turn-over, etc.

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

Les difficultés rencontrées au niveau des ressources financières sont de deux ordres : insuffisances des financements et déblocages irréguliers et souvent partiels des subventions de l'Etat.

Le rôle des ONG et des services sociaux des communes devraient également faire l'objet d'une revue dans ce domaine, leur intervention étant importante face à l'ampleur et l'hétérogénéité des missions de l'action sociale, aux besoins grandissant et aux insuffisances des structures rattachées au MASSN.

Une simple parcours de l'annuaire des ONG aux Burkina Faso donne une idée du nombre d'intervenants privés (mais pas de la qualité des interventions). De la même façon que pour

la couverture du risque maladie et pour les filets sociaux, l'ensemble des interventions menées dans le domaine de l'action sociale se situent dans un cadre hétérogène et dispersés, même si des plateformes entre acteurs existent notamment au niveau des localités.

7. Les fonds pour l'emploi

Depuis plusieurs années, le Burkina s'est résolument engagé en faveur de l'emploi. Cet engagement s'est concrétisé par la mise en place d'importantes réformes et initiatives : 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. Finalement, une Revue des Dépenses Publiques et un budget-programme ont été réalisés afin de davantage intégrer les priorités en matière d'emploi dans le processus budgétaire.

La Politique nationale de l'emploi (PNE) offre une vision et un cadre recouvrant les différents domaines d'actions 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. Parmi les principaux programmes figurent 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 était la création d'emplois de court terme en faveur des personnes actives en situation d'exclusion et de pauvreté à la suite d'un choc (perte d'un emploi, fermeture d'entreprises, crise économique). Ils ont initialement été mis en place pour répondre de façon rapide aux problèmes de transition occasionnés par les Programmes d'Ajustement Structurels, en ciblant notamment 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 par 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 intensives en emploi qui présentent un fort potentiel de création d'emplois pour la main d'œuvre non qualifiée et qualifiée des campagnes et des villes. En tant que programmes visant à fournir une source de revenu aux actifs vulnérables aux chocs (catastrophes naturelles, période de soudure, sécheresse, crise économique), les programmes HIMO sont particulièrement appropriés dans les situations de grande vulnérabilité tout en contribuant 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 90 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) est mis en place en 2003, puis le Fonds d'Appui aux Initiatives des Jeunes (FAIJ) est créé 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 le décret n°2005-557/PRES/PM/MFB du 27 octobre 2005 portant statut général des fonds nationaux de financement. Au terme de cette loi, les Fonds sont des Etablissements publics national 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 à travers 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'activités 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 l'ensemble des quatre fonds de promotion de l'emploi et de la formation professionnelle, il a été mis en place entre 2007 et 2008 des guichets uniques dans les régions en vue de mutualiser les moyens des Fonds au service de leurs cibles. Il est attendu que la création des Guichets uniques permette d'augmenter le nombre de projets financés de 5% en moyenne par an et de 10% le nombre d'emplois créés par an et 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'emploi	Lutter contre le chômage et la pauvreté par la promotion de l'emploi indépendant et l'émergence de micro entreprises.	Financer la formation professionnelle continue et la formation par apprentissage
Objectifs opérationnels	Former 5000 jeunes en entrepreneuriat par an, répartis proportionnellement à	Octroyer 700 millions de Francs de crédit par an pour le financement de 1 500 micro	Octroyer le financement de x projets par an par ex. 240 pour 2010 ; 183	Satisfaire 50 à 60% des demandes de formations reçues des associations et

	FAIJ	FASI	FAPE	FAFPA
Publics cibles	taille de la région Les jeunes de 15 à 35 ans de niveau 3 ^{ème} ayant reçu la formation en entrepreneuriat du programme de formation de 5000 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	entreprises Les personnes physiques ou morales de nationalité burkinabé exerçant ou désirant exercer dans les domaines d'intervention du FASI, dont les personnes handicapées	projets pour 2011) -Personne physique âgée de 18 ans au moins et de soixante ans au plus jouissant de ses droits; -Les associations, - Les groupements; -Les personnes morales; - Les personnes handicapées.	entreprises -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 recouvrement des créances	Services financiers : (i) création de projets, (ii) fonds de roulement ; (iv) crédit d'équipement ; (v) 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 F CFA 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 filles et 4%	Crédits de 1 500 000 F pour une durée de 5 ans Les taux d'intérêt sont de (i) 13% pour le commerce, prestation de services, artisanat ; (ii) 10% pour l'agriculture et l'élevage ; (iii) 4% pour	Crédits de 1 500 000 FCFA à 10 000 000 FCFA pour une durée de 5 ans Les taux d'intérêts sont de (i) 8% pour l'agro-pastoral, (ii) 10% pour l'artisanat ; (iii) 12% pour le	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

FAIJ	FASI	FAPE	FAFPA
pour les hommes.	les personnes handicapées	commerce & prestations de services ; (iv) 4% pour les personnes handicapées	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 par le Ministère des Finances au MJE 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 relativement stables au cours des dernières années, avec une légère augmentation de près de 20% entre 2007 et 2009. Toutefois, leur part dans le budget total du MJE est resté relativement stable (10,4% à 12,5%). L'exécution des dépenses des Fonds est très bonne, avec des taux d'exécution de près de 90%. Les services financiers des Fonds sont fournis sous forme de crédits, dont le recouvrement atteint en moyenne un niveau de 80%, permettant une certaine capacité d'auto-financement. 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 auto-financement ne sont pas incluses).

Tableau 44 : Evolution des allocations initiales pour les Fonds emploi et formation

<i>en millier de Fcfa</i>	2007	2008	2009*
FAIJ (Fonds Appui Insertion Jeunes)	93 000	95 000	110 000
FAPE (Fonds Appui Promotion Emploi)	130 000	145 000	160 000
FASI (Fonds Appui Secteur Informel)	108 000	120 000	138 000
FAFPA (Fonds Appui Formation Professionnelle et Apprentissage)	350 000	350 000	416 600
Guichets Fonds Uniques	-	120 000	-
TOTAL Fonds d'Appui	681 000	830 000	824 600
Total budget MJE	6 540 000	6 640 000	6 610 000

Source: MEF/Loi de finances initiale (in RDP MJE, 2010). *Hors enveloppe exceptionnelle.

Les Fonds d'appui sont cependant confrontés à l'incertitude quant à la disponibilité à temps des ressources budgétaires dues au retard de décaissement au niveau du Ministère des Finances voire, dans le contexte de la régulation budgétaire centrale du budget de l'Etat, l'annulation d'une partie des engagements inscrits dans la Loi des 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	48000	98.6%	80000	100%	82500	83.3%
Montant total régulé						
FAPE	119000	100%	118750	98.9%	120000	95.6%
FASI	108000	99.1%	120000	100%	123000	43.5%
FAFPA	350000	100%	310000	100%	221600	100%

Source : DAF/MJE, selon Loi de Finance Rectifiée (in RDP 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 en termes de (voir le tableau récapitulatif pour 2006-2008 en annexe 3) :

La répartition des bénéficiaires des Fonds

L'analyse des bénéficiaires montre 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 avec environ 52% de bénéficiaires constitué de femmes entre 2007 et 2009.
- Les déséquilibres jouent en faveur des plus de 35 ans (à l'exception du FAIJ, dont les 20-30 ans représentent 72%). 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 analphabètes
- Les tendances dans la répartition par région des bénéficiaires 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% 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% 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, soit 210 pour le FAPE, 1330 pour le FASI et 1297 pour la FAIJ.
- Le nombre d'emploi créés ou consolidés par projet financé par les Fonds d'appui varient de 5 pour le FAPE à 2,5 pour le FASI et 1 pour le FAIJ.
- L'analyse de l'orientation sectorielle des financements des Fonds indique que la majorité des montants sont destinés aux activités de commerce général pour lesquelles les

potentialités de création d'emplois sont relativement limitées (47% pour le FAPE et 72% pour le FASI) ou les services dans le cas du FAIJ (51%). Les activités productives à forte potentialités d'emplois, en particulier agropastorales et l'artisanat de production, sont plus faiblement concernées.

Création et de consolidation des emplois

- En 2008, le nombre d'emplois directs créés et consolidés par les Fonds d'appui est estimé à 3 313. Il est de 5 286 en 2009, dont 666 pour le FAPE ; 3 323 pour le FASI et 1 297 pour le FAIJ. Au total, en 2009, près de 9 000 emplois rémunérés directs et indirects ont été créés ou consolidés par ces 3 Fonds. En ce qui concerne le FAFPA, le nombre de bénéficiaires est passé de 2 787 en 2007 à 3 100 en 2010. Le nombre de formés par an est en moyenne de 2 700.
- De façon générale, les Fonds ont un impact positif pour la promotion de l'emploi, mais qui demeure limité par rapport aux besoins du marché du travail. Le nombre d'emplois créés entre 2006 et 2009 représente environ 1,5% du nombre de chômeurs au Burkina Faso et le nombre d'emplois consolidés au cours de cette période correspond à 0,85% du nombre des actifs sous-employés. Ainsi, le dispositif de financement pour la promotion de l'emploi touche directement 0,9% 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% 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 Fcfa par emploi créé ou consolidé au FASI ; 630 000 Fcfa au FAPE et 980 000 Fcfa au FAIJ³. Si on prend en compte, le taux moyen de recouvrement (79% pour le FAIJ, 90% pour le FASI et 87% pour le FAPE), le coût par emploi créé et consolidé peut être estimé entre 10 à 20% de ces coûts unitaires selon les Fonds. Le coût par bénéficiaire des formations du FAFPA se situe entre 91 600 et 100 900 Fcfa entre 2007 et 2008.
- 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 passé de 5 186 emplois en 2006 à 3 313 emplois en 2008, pour un montant global des financements qui est resté relativement stable (autour de 1,1 milliard Fcfa 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 avec en particulier une influence sur la durée de travail (baisse du travail journalier au profit du travail à la semaine et au mois), une augmentation des emplois rémunérés et une hausse des revenus, qui auraient notamment triplé pour les travailleurs journaliers. Les bénéficiaires constatent par ailleurs une amélioration de leurs conditions de vie et de leur famille (alimentation, accès au logement, éducation et santé).

³ Etant donné que les informations nécessaires au calcul des coûts par emplois créés/consolidé ne sont pas toutes disponibles, le montant fourni ici est approximatif. Il a été réalisé sur la base des données disponibles et ne prend pas en compte certaines données comme les frais administratifs, les délais de paiement des prêts, etc qui permettrait de calculer le coût exact des emplois créés et consolidés

7.1.4. Défis pour les Fonds d'appui

Malgré leur impact positif pour la création de l'emploi, les Fonds d'appui demeurent confrontés à un certain nombre de contraintes et doivent encore 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 procèdent à une approche centrée sur la demande, induite par des priorités d'interventions trop générales et des populations cibles mal définies/ajustée. A la lumière des éléments mentionnés ci-dessus et pour une meilleure efficacité à terme, il apparaît nécessaire d'inverser la tendance en procédant par une approche par l'offre et de mieux cibler les bénéficiaires des Fonds en favorisant les femmes ou encore les actifs ruraux et les régions les plus pauvres et en orientant les actions vers les secteurs productifs les plus porteurs d'emplois.
- 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 Guichet unique dans les régions reste limité : tout est 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 ce qui concerne le volume que les délais. Il est nécessaire de renforcer le dispositif de financement des Fonds afin d'accroître son impact sur les populations visées ;
- Il y a peu de suivi et évaluation des Fonds d'appui 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 des leçons des expériences actuelles et d'investir dans les mesures ayant des résultats avérés et de changer ou abandonner celle qui sont inefficaces. Il s'agit d'une condition essentiel pour le passage à l'échelle supérieure ;
- Finalement, 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, éducation, 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 favorisant la complémentarité avec d'autres programmes, en particulier de protection sociale.

7.2. Travaux à haute intensité de main-d'oeuvre

Dans l'optique de formuler une nouvelle génération de programmes HIMO, le Ministère de la Jeunesse et de l'Emploi en 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	Nombre d'emplois		Ratios main d'oeuvre	Fixation du salaire	Nature et régularité	Temps travail/Durée travaux	Respect des normes
		Hommes	% des femmes					
PSTP/HIMO (1982-1987)	2 milliards	50.430 dont 37.815 emplois indirects	35%	45 %	½ du SMIG	En espèces/mois	7 h -15 h/8mois	Casques / gants
Infrastructures de Kaya (1994-1999)	474 956 \$	607 permanents et 1821 emplois indirects	25%	42%	SMIG	Espèces/mois	7 h -15 h/8mois	Casques / gants
Faso Baara (1991- fin 2002)	salaires: 10,3 milliards	107 300 emplois dont 2 150 emplois permanents	-----	20%	SMIG	-----	-----	-----
PDVM				40-50 %	SMIG			
FICOD	7,2 milliards	50-100 personnes par jour	22-30%	30%	SMIG et à la tâche	Espèces/15 jours/tournante	7 h -16 h /7 mois	Casques/ gants
Pistes rurales de l'Est/KFW	4,366 milliards	900 personnes/mois	30%	20 à 25%	SMIG et à la tâche	Espèces/15 jours/tournante	7 h -14 h/5 à 6 mois	Casques/ gants
BKF/94/06-Appui au développement des Capacités locales (1996-2002)	1 200 millions	40889	-----	57 millions		Espèces	7h- 15h/ 3 mois	Casques/g ants

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%) 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 (micro barrages, routes pavées, puits, pistes rurales) ;

- L'approche HIMO a un effet positif direct sur un volume important de création d'emploi et offre des opportunités de formation dans les zones les plus pauvres. La masse salariale a représenté en moyenne 30% 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% moins chère que l'option à forte intensité d'équipement). Les bénéficiaires ont pu obtenir des revenus moyens variant de 27 000 CFA à 150 000 CFA par mois. Le système de paiement privilégié est le paiement à la tâche, en espèces, selon le SMIG et par quinzaine. La durée des chantiers est en moyenne de 5 à 6 mois. Les femmes représentent environ 30% 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 a également fait face à une série de contraintes et un certain nombre de défis demeurent:

- A ce jour au Burkina, 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 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 soutenabilité des programmes HIMO existants et à venir représente donc un défi pour l'État ;
- D'autre part, les initiatives HIMO sont organisées isolément sans ancrage territorial structuré autour du processus de décentralisation en cours. La création d'un grand nombre de communes rurales ces dernières années au Burkina doit encore être exploité dans ce contexte, au regard de 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 avec comme principal objectif de soutenir la formation, de nouvelles opportunités d'emploi et contribuer à la réduction de la pauvreté, il n'y a pas de réels outils de ciblage permettant d'inscrire les individus les plus pauvres dans les programmes. Les comités villageois de développement sont responsables de choisir les bénéficiaires, sans aucun jeu de critères spécifiques sur le plan national (critère de pauvreté ou de genre) ;

Le Ministère de la Jeunesse et de l'emploi envisage de concevoir deux nouveaux projets pilotes un en milieu urbain, 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). Sur la base des leçons tirées des expériences au Burkina 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 qui puisse fournir l'assistance nécessaire aux familles pauvres et vulnérables ; (ii) accordant davantage d'attention aux méthodes de ciblage, la durée et le chronogramme des travaux, les 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 de la protection sociale qui ont été examinées séparément dans les pages précédentes afin de proposer une analyse globale de l'architecture actuelle de la protection sociale et du budget sociale du Burkina Faso.

8.1. Budget social

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

Tableau 47 : Budget social condensé 2007-2009

	2007	2008	2009
RESSOURCES			
I. PENSIONS	50 539 903 637	49 498 682 754	54 007 522 754
CARFO	23 930 888 316	25 877 273 606	29 859 473 537
CNSS	26 609 015 321	23 621 409 148	24 148 049 217
II. ACCIDENTS DU TRAVAIL	5 519 912 573	6 222 052 563	7 225 440 503
CNSS	5 519 912 573	6 222 052 563	7 225 440 503
III. ASSISTANCE ET ACTION SOCIALE	46 853 425 873	59 485 962 450	66 599 598 679
Aide Internationale	46 853 425 873	39 647 264 013	66 599 598 679
Dépenses publiques		18 294 592 864	
IV. PRESTATIONS FAMILIALES ET MATERNITE	11 361 940 633	12 422 927 524	14 815 747 209
CNSS	11 361 940 633	12 422 927 524	14 815 747 209
V. SANTÉ ET SOINS MEDICAUX	112 285 976 373	126 463 149 010	nd
Aide internationale	60 231 295 306	70 834 061 337	
Dépenses publiques	52 054 681 067	55 629 087 673	
TOTAL RESSOURCES	226 561 159 089	254 092 774 301	nd
DEPENSES			
I. PENSIONS	36 350 314 725	37 641 386 174	37 121 885 015
CARFO	14 932 296 397	16 063 679 744	17 938 153 144
CNSS	21 418 018 328	21 577 706 430	19 183 731 871
II. ACCIDENTS DU TRAVAIL	2 655 717 793	3 257 161 517	3 398 215 593
CARFO			120 878 500
CNSS	2 655 717 793	3 257 161 517	3 277 337 093
III. ASSISTANCE ET ACTION SOCIALE	46 853 425 873	59 485 962 450	66 599 598 679
Filets sociaux	45 277 916 022	57 941 856 877	64 862 409 197

Services d'action sociale	1 575 509 851	1 544 105 573	1 737 189 482
IV. PRESTATIONS FAMILIALES ET MATERNITE	6 800 058 658	8 154 672 405	7 880 916 737
CNSS	6 800 058 658	8 154 672 405	7 880 916 737
Budget Etat (fonctionnaires)			
V.SANTÉ ET SOINS MEDICAUX	112 285 976 373	126 463 149 010	-
VI Accumulation de réserves régimes légaux	21 615 665 667	19 090 442 744	27 768 571 621
TOTAL DEPENSES	226 561 159 089	254 092 774 300	-

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 où les ressources doivent être supérieures à leur utilisation de façon à maintenir des réserves pour les prestations futures.

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

Les dépenses

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

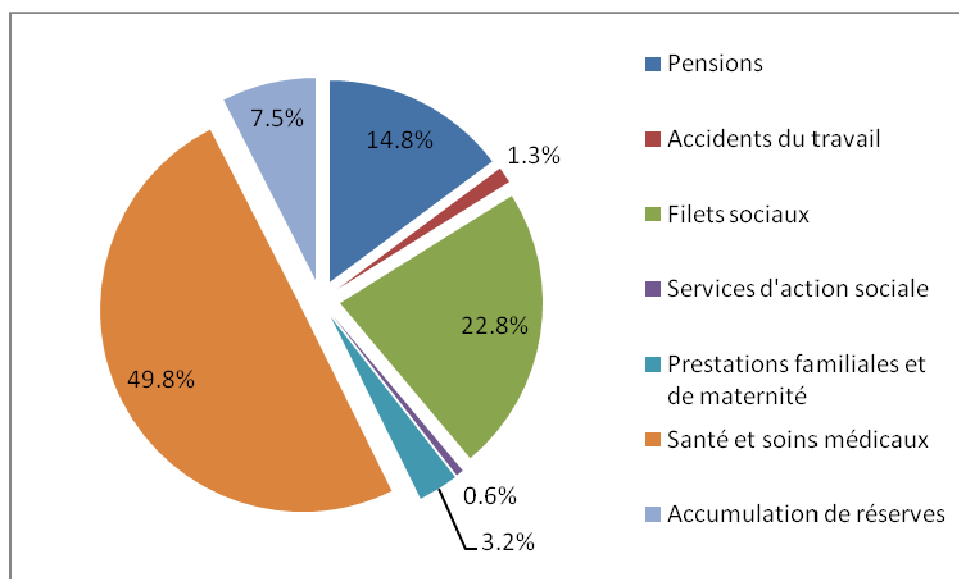
De 2007 à 2008, le montant des dépenses a augmenté de 12%, passant de 227 à 254 milliards de FCFA. Toutefois, en proportion du PIB, ces dépenses globales sont restées stables. La croissance économique, sur ces deux années, n'a donc pas donné lieu à un investissement globalement plus important dans la protection sociale hormis pour les filets de sécurité qui ont connu une augmentation importante sur la période.

50% Du budget social est consacré à la santé avec pour objectif d'accroître l'accès de tous aux soins de santé publics. 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 revient schématiquement à :

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

On soulignera, au regard des évaluations faites, qu'une part importante de ces filets (45% des dépenses en 2008), à savoir les subventions généralisées, profitent en fin de compte aux catégories plutôt aisées de la population et ratent par conséquent leur cible. D'où un plaidoyer 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 sociale par fonction en 2008, en % du total des dépenses



Source : BIT (2010b)

Cette présentation de la répartition des dépenses de protection sociale ne revient pas à construire un plaidoyer en faveur d'une diminution des acquis des travailleurs du secteur formel au profit de bénéficiaires 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 contributions des travailleurs et des employeurs auxquels on ne peut demander de payer pour tout le reste de la population.

En revanche, cette répartition montre la faiblesse des dépenses en protection sociale pour les plus pauvres. Elle montre également l'absence de dépenses pour une proportion importante de la population, les travailleurs de l'économie informelle urbaine et rural 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

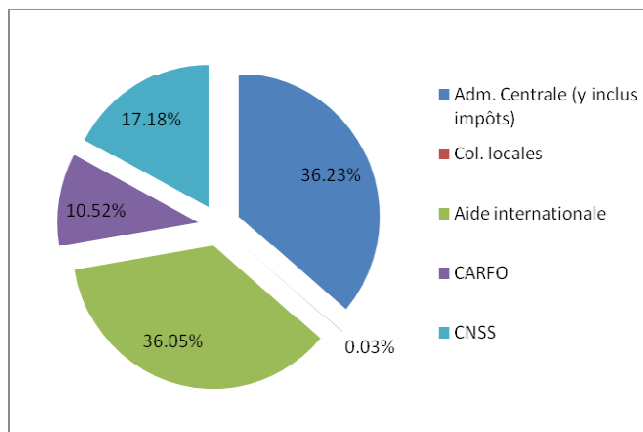
La répartition des sources de financement du budget social en 2008, qui a été reconstitué ici sur la base des données collectées pour ce SPER ainsi que dans le cadre de la revue des filets de sécurité de la Banque Mondiale et de l'UNICEF, montre une quasi égalité entre le financement par le budget de 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 cependant que pour la CARFO, les cotisations proviennent en partie de l'Etat en tant qu'employeur.

Tableau 48 : Sources de financement du Budget sociale en 2008 (millions de FCFA)

	2008
Administration centrale	89 162
Col. 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 % du total



Source : BIT (2010b)

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

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

Cette répartition montre 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 part 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 existant 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 population. Ces risques sont multiples 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 qui ont été détaillées précédemment. On s'intéressera ici à une rapide évaluation de 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.

Sur la base des enquêtes ménages et des données statistiques de l'INSD, 6% de la population du Burkina Faso vit au sein du secteur formel. Les 94% restant comprennent les indépendants, les employeurs et travailleurs du secteur non structuré, les agriculteurs et les inactifs. Les individus les plus pauvres et vulnérables représentent 43% 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 socio-économiques suivant une estimation de l'incidence de la pauvreté (proportion de ménages vulnérables à la pauvreté) et en définissant la vulnérabilité comme le risque pour un ménage de tomber dans la pauvreté au moins une fois dans les années futures. L'INSD aboutissait ainsi à la distinction de 4 grands ensembles :

- Ensemble très vulnérable : Agriculteurs vivriers, inactif et agriculteurs de coton
- Ensemble vulnérable : Aides familiaux, bénévoles, apprentis, chômeurs, salariés du secteur non structuré
- Ensemble peu vulnérable : Indépendants, employeurs non agricoles
- Ensemble moins vulnérable : salariés du public et du privé

Outre les facteurs socio-économiques, d'autres influent également sur la vulnérabilité comme le montre le tableau page suivante.

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. Toutefois, on se limitera ici aux risques sociaux faces auxquels s'organisent les mécanismes de protection sociale et qui ont été définis dans le chapitre introductif :

- la santé comprenant la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- la vieillesse et la survie comprenant la vieillesse, la survie ;
- la famille comprenant la maternité et la famille ;
- l'emploi comprenant l'insertion et la réinsertion professionnelle, le chômage ;
- le logement ;
- la pauvreté et exclusion sociale.

Tableau 49 : Incidences de vulnérabilité et de pauvreté, seuils de vulnérabilité et ratios de pauvreté

	Incidence de la pauvreté (en %)	Vulnérabilité à la ligne de pauvreté VPL(0,5 ; n; PL; CV*Rm)	Incidence de la vulnérabilité (% de ménages vulnérables)	Ratio vulnérabilité à la pauvreté
Ensemble Burkina Faso	45,3	95 681	62,6	1,38
Milieu de résidence				
Urbain	16,5	122 080	37,3	2,26
Rural	51,0	90 394	65,9	1,29
Niveau d'éducation				
Aucun	49,2	90 960	64,6	1,31
Primaire	27,2	105 269	45,3	1,67
secondaire	6,6	145 913	20,6	3,13
Supérieur	1,8	206 962	12,4	6,91
Type de ménage				
Monogame	36,7	100 629	57,5	1,57
Polygame 2 femmes	53,6	89 703	66,5	1,24
Polygame 3 femmes et +	60,0	87 445	72,5	1,21
Célibataire	24,7	125 717	48,8	1,97
Femme de facto	23,0	109 095	46,2	2,01
Femme de juré	26,3	107 165	49,8	1,89
Veuf	36,5	99 557	49,0	1,34
Homme séparé/divorcé.	48,8	92 641	66,0	1,35
Groupes Socio-Economiques				
Salarié du public	5,9	145 140	19,4	3,29
Salarié du privé structuré	1,1	164 211	19,4	17,64
Salarié du privé non structuré	16,2	118 642	42,3	2,61
Indépendants ou employeurs non agri	12,7	122 842	34,2	2,69
Agriculteurs de coton	42,4	93 242	57,1	1,35
Agriculteurs vivriers	53,4	88 760	67,8	1,27
Aides familiaux, Bénévoles et apprentis	29,3	107 955	49,0	1,67
Chômeurs	30,1	102 740	47,3	1,57
Inactifs	41,3	98 936	63,8	1,55
Régions économiques				
Ouest	33,5	102 033	52,9	1,58
Nord-Ouest	49,3	91 841	64,6	1,31
Sahel	42,0	92 045	59,2	1,41
Est	46,6	91 353	64,8	1,39
Sud-ouest	46,3	91 003	61,6	1,33
Centre-Nord	58,1	87 913	73,5	1,26
Centre-ouest	44,9	94 187	61,5	1,37
Centre	35,8	106 413	54,6	1,53
Nord	60,9	88 392	75,4	1,24
Centre-est	51,1	93 351	69,2	1,35

W

Source : INSD, 2003

Le tableau suivant illustre la disponibilité des différentes composantes de protection sociale pour les différents groupes socio-économiques de 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 50 : 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	Rég. Ent.			
		Budget Etat	OST	Mutuelles sociales		
		Dépenses nationales de santé - Dispense de frais				
	Indemnités de maladie	CARFO	CNSS			
	Prestations en cas d'accidents de travail et 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					

		Fonctionnaires	Salariés du secteur privé	Travailleurs du secteur non structuré	Travailleurs agricoles ruraux, de la pêche et de l'élevage	Personnes vulnérables Familles démunies
	Fonds pour l'emploi			FAIJ, FASI, FAPE et FAFPA		
Pauvreté – Exclusion sociale	Transferts monétaires					CNLS
	Sécurité alimentaire	Subventions généralisées			(1)	
	Education	Dispense de frais scolaires 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 contributif, 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 population :
 - les ménages du secteur formel bénéficient le plus de mécanismes de couverture, y compris certains filets de sécurité (subventions généralisées et dispenses de frais scolaires). Il faut toutefois rappeler que concernant les régimes légaux de sécurité sociale, en 2008, le taux d'évasion sociale au sein du secteur formel était estimé à 65%, soit seulement un salarié sur trois environs 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 que représentant la part la plus importante de la population. Leur situation les classe pour une majorité dans les groupes vulnérables et peu vulnérables, avec pour conséquence qu'ils échappent aux filets de sécurité qui cibles la catégorie des plus vulnérables, avec les mêmes exceptions (subventions généralisées et dispenses des frais scolaires) 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 ainsi que des dispenses de frais de santé et de scolarisation, les filets bénéficient à plus de 2,8 millions

d'individus, soit 18% 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, avec des erreurs de ciblage possibles. 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, d'une part, 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 ménage 2003, l'accès géographique aux services de santé est variables suivants les lieux d'habitation : 70% des ménages en milieu urbain vivent à moins de 30 minutes d'une structure sanitaire. En revanche ce taux descend à environ 20% en milieu rural où au problème de distance s'ajoute celui des la disponibilité des transports. D'autre part, les régimes d'entreprises 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 (suivant la terminologie de la réglementation de l'UEMOA sur la mutualité adoptée en 2009) ne couvrent qu'une part très faible de la population, estimée à environ 4% de la population 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**. Toutefois, on peut remarquer que les cash transferts 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 regarder 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. De même il n'existe pas de mécanismes de protection contre la perte d'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 malgré 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, d'autant plus que la Politique nationale de l'Emploi vise à promouvoir les travaux HIMO dans le cadre des investissements en infrastructures publiques.
 - **Pauvreté et exclusion sociale** constitue aujourd'hui la catégorie de risques qui concentre le plus grand nombre de dispositifs et de programmes mais avec des moyens encore 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 en période de crise.

Enfin, l'architecture actuelle de la protection sociale au Burkina Faso montre que les trois logiques (assurance sociale, assistance sociale et couverture universelle) autour desquelles cette dernière s'organise sont en place, quelque soit leur impact.

8.2.2. En termes de mobilisation et de gestion des ressources

L'Etat burkinabé consacrait en 2008 14% de ses ressources budgétaires (y inclus les appuis budgétaires des partenaires extérieurs) à la protection sociale, ce qui ne représentait que 2,4% du PIB. Comme le montre le graphique 15, cette contribution de l'Etat ne représente que 36% du financement de la protection sociale, le reste provenant pour également 36% des partenaires extérieurs et 28% des contributions 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 permis un impact important en matière d'accès à la santé, surtout en prévention, et la mise en œuvre de filets sociaux, leur volatilité ne favorise pas la capacité de l'Etat à mettre en œuvre des initiatives durables. A cela s'ajoute le fait que les priorités des partenaires extérieurs et celle de l'Etat ne sont pas souvent les mêmes, les priorités de l'Etat ces dernières années portaient sur les subventions universelles, celles des partenaires 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 bien que la décentralisation d'affirmation des communes et des régions dans la perspective de promotion de pôles régionaux de croissance et d'accélérer le processus d'atteinte des OMD soit une priorité nationale. 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).
- 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 contributions collectées par les mutuelles sociales au sein de l'économie informelle, ces dernières 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 depuis au moins deux décennies, montre en effet qu'il y a souvent confusion entre la capacité contributive et la volonté à payer.

Un dernier aspect important est celui des 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 visent 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 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 programmes qui démultiplie d'autant les coûts de fonctionnement.

8.2.3. En termes d'organisation et de cadrage institutionnel

Le constat commun à travers les différents chapitres est la dispersion des dispositifs et programmes tant en matière d'assurance que d'assistance et 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, avec pour conséquence 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. Une autre conséquence est également la démultiplication des coûts administratifs des programmes ainsi que l'absence d'un monitoring globale.

Un autre constat qui ressort à travers cette revue 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 en fonction des risques sociaux à couvrir.

Le secteur de la santé illustre bien ce point : Comme on a pu le voir, le système de protection sociale en santé est constitué de différents mécanismes d'assurance, de micro assurance et de gratuité ciblant chacun un groupe de population précis. Les mutuelles de santé sont également organisées dans ce sens avec d'un côté les mutuelles au sein du secteur formel et d'un autre côté les mutuelles de l'économie informelle, généralement appelées mutuelles communautaires, sans qu'il existe de liens entre elles. Pourtant toutes ces mutuelles fonctionnent suivant les mêmes principes désormais régis par la réglementation UEMOA sur la mutualité sociale et un regroupement au sein d'un mouvement mutualiste nationale pourrait permettre de renforcer les mutuelles de l'économie informelle en matière de gestion technique.

L'approche verticale oblige chaque groupe de population à s'organiser en fonction de ses moyens et ne permet par conséquent pas d'organiser une solidarité entre groupes socio-économiques. Le projet d'assurance maladie propose une approche horizontale avec la définition d'un panier de soins commun et une gestion technique centralisée : quelque soit la situation sociale d'individus, celui-ci est alors couvert par la même assurance maladie que les autres. En revanche, les mécanismes techniques de son affiliation et du recouvrement de ses contributions peuvent différer suivant son appartenance 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 financer le fonctionnement technique du système qui bénéficiera ensuite au 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 l'application de certaines pratiques de micro assurance, à l'instar du schéma d'assurance maladie.

Ceci amène à un dernier constat qui est l'absence dans cette revue des organisations socioprofessionnelles, des institutions de micro finance, des ONG locales et autres acteurs

privés dans le schéma et le fonctionnement actuel 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 : des 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 performances de la protection sociale et de l'emploi au Burkina Faso n'a pas pour objectif de proposer une priorisation des composantes de protection sociale ni de reformuler un nouveau budget social. En revanche, elle vise à appuyer le processus de formulation d'une politique nationale de protection sociale intégrée et favorable à l'emploi et, dans ce cadre, apporter des pistes de réflexion afin d'alimenter un nécessaire dialogue national.

Ce revue s'inscrit par ailleurs dans la complémentarité avec celle réalisée concernant les filets sociaux par la Banque Mondiale et l'UNICEF et qui a formulé un certain nombre de recommandations portant sur :

- 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,
- L'amélioration et l'harmonisation des approches de ciblage (Banque Mondiale, 2010b).

Les points suivants s'inscrivent en total accord 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 sont 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 aux moins 5 des 6 groupes de risques sociaux
- Un ensemble d'acteurs nationaux et internationaux interviennent.

L'élaboration d'une politique nationale de protection sociale au Burkina Faso ne part donc pas de rien. Le processus d'élaboration est plus similaire aujourd'hui à un jeu de puzzle où il s'agit d'ajuster, réorganiser et insérer dans une architecture cohérente les composantes actuelles, voire en supprimer certaines et/ou 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 sont 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 et bénéficiant d'un soutien ferme 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 être poursuivi dans les étapes futures.

Définir des objectifs et axes stratégiques précis

Comme on a pu le voir, différents axes sont possibles 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.)

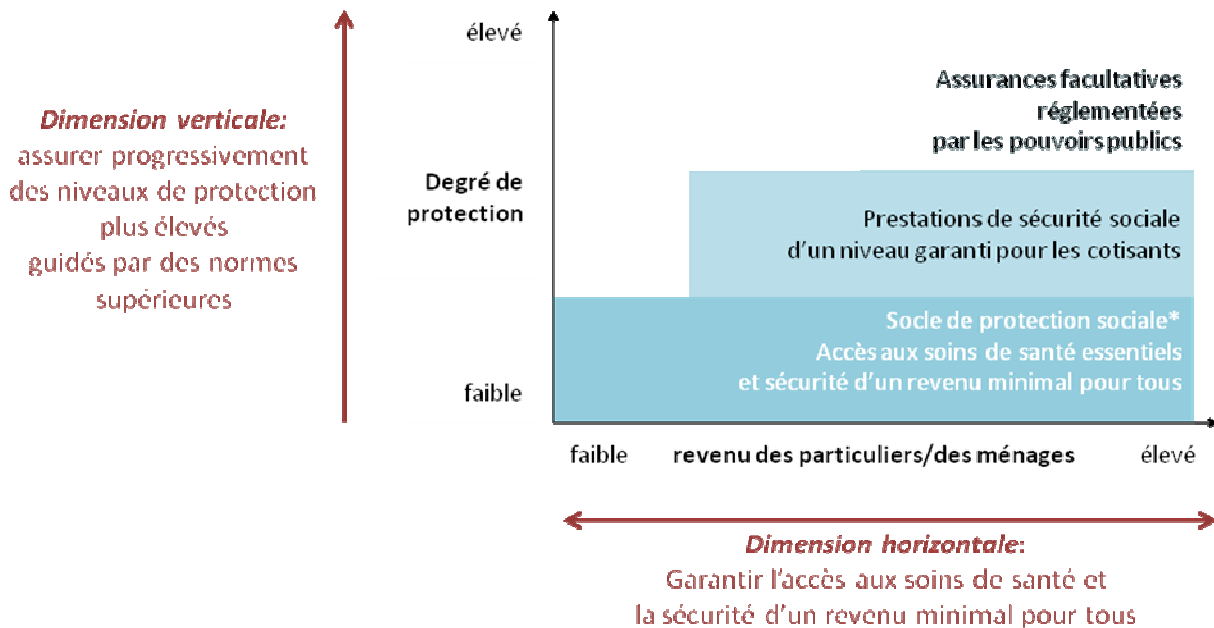
Il s'agit donc d'une réflexion à plusieurs dimensions. Dans ce cadre, le BIT propose une stratégie d'extension de la protection sociale fondée sur le concept du socle de protection sociale, qui repose sur une approche à deux dimensions, axée sur :

- 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.
- La **dimension verticale** 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 (No. 102) de 1952 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 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 de plus de capacité contributive.
- Le programme de dispense des frais scolaires s'apparente à un régime universel, financé par les impôts.

Figure 3 : La stratégie bidimensionnelle de l'OIT



Source : BIT

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 conduire la définition des grands axes de la politique de protection sociale et de sa mise en œuvre. Le rôle de l'Etat est ensuite 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 un engagement de l'Etat dans l'investissement la mise en œuvre des mécanismes de gestion des risques et de suivi et évaluation.

Institutions de sécurité sociale

La CNSS depuis 2006 ouvre ses prestations vieillesse et survie à l'économie informelle. L'Institution dispose de l'expérience et des compétences pour gérer ces prestations. Elle est en revanche peut outillée pour travailler hors du secteur formel en ce qui concerne notamment les fonctions d'immatriculation et d'affiliation, cette limite pouvant être contournée par des partenariats avec des acteurs locaux comme 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 en fonctions des opportunités et des modes lancés au niveau international et 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. Beaucoup, par ailleurs, 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.

Cependant, nombre d'association ont 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 dans ce sens envisagé la possibilité de confier les fonctions d'affiliation et de recouvrement à des ONG locales, au même titre que les mutuelles et autres.

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. Ceci demande cependant l'élaboration de cahiers des charges précis, un système d'agrément et un contrôle important.

Les mutuelles sociales

La situation des mutuelles est différente suivant 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 que celles-ci interviennent en 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 (assurance transport des malades, funérailles, etc.) tout en restant dans les limites de la réglementation UEMOA.

Cette délégation de gestion ne s'applique pas qu'à l'assurance maladie. 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, afin de permettre l'accès des transporteurs au sein de l'économie informelle au régime d'assurance vieillesse.

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

Autres acteurs locaux

Les ONG nationales et les mutuelles sociales ne sont pas les seuls acteurs pouvant intervenir dans des schémas de protection sociale. Les Institutions de Micro Finance (IMF) disposent également de nombreux atouts et sont actifs dans des systèmes d'assurance et de transferts dans d'autres pays. Elles peuvent jouer un rôle important en matière d'immatriculation, de recouvrement et de paiement. Les coopératives peuvent également être des acteurs importants d'entrée des travailleurs dans les différents systèmes. Le rôle des collectivités locales doit également être travaillé et organisé.

Dans tous les cas, un partenariat avec ces acteurs locaux doit permettre aux schémas de protection sociale d'assurer une forte proximité avec les différents groupes cibles notamment concernant les flux de gestions technique et la communication.

Partenaires extérieurs

Les Partenaires Techniques et Financiers (PTF) sont généralement fortement implantés dans un ou plusieurs programmes classiques, régions, modalités de fonctionnement, etc., et interviennent en accords bilatéraux avec leur ministère de tutelle technique de référence. Le poids des PTF est important notamment sur le plan financier mais aussi en termes d'approches. Les interventions des PTF sont par ailleurs canalisées par des documents de références tels que les DSRP et l'UNDAF mais dans lesquels la protection sociale est aujourd'hui dispersées dans différents secteurs. La constitution d'un groupe de travail inter agences du SNU et 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 apparait que l'Etat doit pouvoir coordonner les interventions extérieurs, définir les domaines prioritaires d'intervention et discuter les champs d'interventions des partenaires en matière d'appui technique, financier.

Renforcement des capacités

Quelques soient les domaines, les compétences nationales dans le domaine de la protection sociale sont à renforcer notamment. Les publics cibles sont diverses : 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 développer une expertise technique.

9.3. Financement

Le financement pérenne de la protection sociale constitue un autre grand défi. Classiquement, 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,

- D'autre part, les cotisations sociales patronales et salariales qui permettent de financer les dépenses de la sécurité sociale.

Dans un pays comme le Burkina Faso où le revenu annuel par habitant est faible, les contraintes de financement sont importantes, avec un espace fiscal et une capacité contributive de la majorité de la population réduits, d'où l'importance actuelle des financements extérieurs, avec toutes leurs limites observées 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 :

- Réallocation des dépenses actuelles (exemple des subventions généralisées),
- Rationalisation des dépenses, notamment administratives,
- Ciblage des groupes cibles
- Priorisation des programmes
- Elargissement de l'espace budgétaire

Le BIT et l'UNICEF ont développé un outil simplifié de budgétisation sociale afin d'appuyer cette réflexion. Cet outil a été adapté dans le cadre du projet BIT/Union Européenne 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 sociale et l'assistance sociale. Appelé « rapid Assessment Protocol » (RAP), il s'agit d'un outil de calcul prospectif des coûts de financement et de l'impact budgétaire (% des dépenses publiques, % 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 :

- D'évaluer les coûts des options politiques.
- D'évaluer la viabilité financière à long terme.
- De reconsidérer les mesures existantes en fonction de l'estimation des coûts.
- De 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 n'est pas un acte isolé mais doit 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^{ème} 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 pour doter les travailleurs des compétences dont ils ont besoin.

La spécificité de cette relation emploi et protection sociale au Burkina Faso tient notamment du fait que les dispositifs de protections sociale ont été conçus à l'époque où l'on s'attendait à une formalisation progressive et, à terme, quasi-total 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 moins de 10% de la population, les 90% restant étant exclus des dispositifs de sécurité sociale.

Le lien entre emploi et protection sociale est pourtant important au sein de l'économie informelle et présente deux faces étroitement liées :

- 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 contribution, directes ou indirectes, et donc 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 des services de formation et d'accès à l'emploi comme des services sociaux essentiels et leur renforcement ;
- L'inclusion de la protection sociale dans les formations pour les micro-entrepreneurs ;
- L'appui à l'extension des régimes de pensions et accidents du travail aux travailleurs de l'économie informelle et agricoles ruraux avec l'identification de mesures de coercition afin de rendre ces régimes obligatoires à termes ;
- 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 déléguataire 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 contribution des assurés à leur capacité contributive.
- L'identification de mesure de coercition afin de rendre ces régimes obligatoires à termes. Des mesures incitatives devraient également être mises en œuvre, notamment en lien avec les institutions de financements pour la micro entreprise.

Bibliographie

Banque Mondiale (2010a) World Bank Data, Country Information
<http://data.worldbank.org/country/burkina-faso>

Banque Mondiale (2010b) Burkina Faso Social Safety Nets, Report No. 54491-BF, Human Development Department, Social Protection Unit, African Region.

Banque Mondiale (2010c) World Bank National Accounts data, GDP Current, disponible:
<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD>

Banque Mondiale (2003), Santé et pauvreté au Burkina Faso : Progresser vers les objectifs internationaux dans le cadre de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

Bégin, M. (2009) Le trou noir de l'équité en santé, La revue de gestion du secteur public, Optimum Online, Volume 9, Numéro 1.

Braveman (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 International du Travail (2009) Tendances mondiales de l'emploi, Genève.

Bureau International du Travail (2009) Analyse intégrée des indicateurs. Emploi, OMD et des indicateurs clefs de la politique nationale de l'emploi 1998-2008 au Burkina Faso, Genève.

Bureau International du Travail (2010a) Feuille de route pour l'élaboration d'un socle de protection sociale au Burkina Faso :
<http://www.ilo.org/public/english/protection/spfag/download/briefs/burkinafaso.pdf>

Bureau of African Affairs (2010) Burkina Faso: Profile, disponible:
<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2834.htm>

Cazal, R. (2000) Système de prépaiement en zone cotonnière, Projet HCK, Bobo-Dioulasso

Comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale (CISPNS), *Commission spécialisée chargée de l'assurance sociale (2011), rapport final.*

Code de Sécurité Sociale (2006) Loi n°015-2006 du 11 mai 2006 portant régime de sécurité sociale applicable aux travailleurs salariés et assimilés au Burkina Faso, disponible :
<http://www.droit-afrique.com/images/textes/Burkina/Burkina%20-%20Code%20securite%20sociale.pdf>

Conseil national de Prospection et de Planification Stratégie (CNPPS)(2005), Etude nationale prospective « Burkina 2025 », Rapport général.

Ministère de la Santé (2010) Comptes Nationaux de la Santé Années 2007 et 2008, Sous comptes Tuberculose et Paludisme de 2007 et 2008

De Maeseneer, J., Willems, S., De Sutter, A., Van de Geuchte, I. & Billings, M. (2007) Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review, commissioned by the Health Systems Knowledge Network

Dahlgren, G., et Whitehead, M. (1991). Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health, Stockholm: Institute for Futures Studies.

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 : <http://www.imf.org/external/pubs/ft/survey/fre/2008/073108f.pdf>

Ganemtoire (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.

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.

Initiative Conseil Internationale (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 utilisations des ressources documentaires, études et données nationales,

INSD, 1998. Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages 1998. Institut National de la Statistique et la Démographie, Ouagadougou.

INSD (2003) Enquête prioritaire sur les conditions de vie des ménages, Institut National de la Statistique et la Démographie, Ouagadougou.

INSD (2005). Enquête annuelle du questionnaire unique des indicateurs de base du bien-être -2005. Institut National de la Statistique et la Démographie, Ouagadougou.

INSD (2007). Enquête annuelle du questionnaire unique des indicateurs de base du bien-être -2007. Institut National de la Statistique et la Démographie, Ouagadougou.

INSD, Annuaire statistique. Edition 2008 et IPA-2009

INSD 2010 <http://www.insd.bf/fr/>

INSD (2010b) http://www.insd.bf/fr/IMG/pdf/Annuaire_2009_VF2.pdf

International Social Security Association (2009) Social Security Programs Throughout the World : Africa 2009, Social Security Observatory, Geneva.

International Social Security Association (2008-2011) Comprendre la Sécurité Sociale, disponible :

<http://www.issa.int/fre/Themen/Ueber-soziale-Sicherheit#>

International labour Organisation (2010) ILO Social Security Inquiry, Geneva

Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD)(2003), Pauvreté et vulnérabilité au Burkina Faso, Rapport final.

Kouraogo et Dianda (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.

Ministère de l'Agriculture de l'Hydraulique et des Ressources Halieutiques (2006) l'Evolution des performances agricoles et des conditions de vie des ménages au Burkina Faso, Burkina Faso.

Ministère de l'Economie et du Développement (2004) Poverty Reduction Strategy Paper, Burkina Faso.

Ministère de l'Economie et du Développement (2007) Burkina Faso : Un Pays qui Progresse, Base de données socio-économiques, Burkina Faso.

Ministère de l'Economie et des Finances (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 l'Economie et des Finances (2011) Building a social protection floor in Burkina Faso, General Directorate for the Economy and Planning, in collaboration with the International labour Organisation (Unpublished paper)

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.

Ministère de la Santé (2000) Plan de Développement Sanitaire 2001-2010, Burkina Faso.

Ministère de la Santé (2010) Comptes Nationaux de la Santé, Sous compte Tuberculose et paludisme de 2007 et 2008, Direction générale de l'information et des statistiques sanitaires, Burkina Faso, disponible :

http://www.who.int/nha/country/bfa/b_faso_nha_report_2007_2008.pdf

Ministère de la Jeunesse et de l'emploi (2009) Analyse intégrée des indicateurs des OMD et des indicateurs clefs de la politique nationale de l'emploi 1998-2007, Rapport Provisoire, BIT Genève, décembre 2009, Burkina Faso

Ministère de la Jeunesse et de l'emploi (2010), Etude sur les tendances de l'emploi et de la pauvreté, Burkina Faso, 2010.

Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale (2009) Note Conceptuelle : Assurance Maladie à Vision Universelle, avec l'appui du Bureau Internationale du Travail, 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.

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, No. 2, pp.237-256.

Organisation Mondiale de la Santé (2008b) Comblant le fossé en une génération : Instauration de l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, OMS, Genève.

Ouedraogo, L. et Zerbo, A. (2010) Secteur de l'Emploi, Document de travail de l'Emploi no. 50, Les politiques du marché du travail et de l'emploi au Burkina Faso, Unité des recherches et analyses sur l'emploi, Département de l'analyse économique et des marchés du travail, Burkina Faso

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 et Badini-Kinda (2007) La Sécurité sociale des femmes âgées et les hommes au Burkina Faso, disponible : <http://translate.google.ch/translate?hl=fr&langpair=en|fr&u=http://home.eckerd.edu/~lucastle/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, World Health Organisation, Geneva.

SCADD (2010) Stratégie de Croissance Accélérée et de développement durable 2011-2015, Version Provisoire, Burkina Faso

Soulama et Zett, S. et Zett, J.B. (2008) Diagnostic des Dispositifs de Protection Sociale au Burkina Faso, Version provisoire, Laboratoire d'Economie Publique Sociale et Solidaire (LEPSS), Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, Burkina Faso, Ouagadougou

Traore, O. (2009) Analyse, Efficacité, Equité 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.

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

UNDP (2010) Revue de la Protection Sociale dans quelques pays d'Afrique de l'Ouest

Varenne, B., Savadogo, G. 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 couverture maladies, services ou soins peu accessibles, Secretariat Assurance Maladie, Rapport Provisoire, Tome 1, Initiatives Conseils International, Ouagadougou, Burkina Faso

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 socio sanitaires SimIns, Rapport Provisoire, Tome 2, Initiatives Conseils International, Ouagadougou, Burkina Faso

WHOSIS (2008) Burkina Faso : Health Profile, disponible :

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 Internationale du Travail, Genève

Zenga (2009) Organisation Nationale des Syndicats Libres, Comité Syndical de la RACGAE, Turin-Montreal.

Annexes

Annexe 1 : Des systèmes d'assurances maladies au Burkina Faso

Types d'assurances maladies	Caractéristiques	Cotisations	Prestations Couvertes	Conditions
Mutuelles de santé communautaire: Ce type de mutuelle est l'Assurance maladie à base communautaire (AMBC) de Nouma	Evoluant en milieu urbain et semi urbain et concerne 15% de la population adhérente tandis que 5% d'entre elle est composée de salariés des secteurs public et privé qui résident essentiellement en ville. La population adhérente : ruraux (85%), urbains (10%) et semi urbains (5%) originaires La majorité de cette population (80%) ont 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 définit 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.
La 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'adhésions sont de 500 FCFA et donnent droit à une carte de membre La mutuelle pratique une cotisation annuelle qui est de 2000 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 %	Ce n'est que dans les CSPS conventionnés que les mutualistes peuvent se faire soigner.

Types d'assurances maladies	Caractéristiques	Cotisations	Prestations Couvertes	Conditions
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) et reçoit toute personne du secteur informel qui voudrait y adhérer	Les frais d'adhésion sont de 1000 FCFA. La cotisation est de 2000 FCFA par an et par personne. Les bénéficiaires ont droit à la prise en charge de 2 épisodes de maladies. 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 06 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 maladies. Le transport des patients, les hospitalisations niveau CMA, les examens médicaux, les consultations spécialisées ne sont pas pris en charge par la mutuelle.
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 800FCFA. 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 pris en charge. Les consultations de cardiologie et d'autres spécialités sont	Les prestations non couvertes sont : les consultations et prothèses dentaires, les consultations en ophtalmologie, les scanners, les médicaments en spécialisés.

Types d'assurances maladies	Caractéristiques	Cotisations	Prestations Couvertes	Conditions
			aussi couvertes.	
MUTRAF des travailleurs du Fisc	<p>Le personnel de la DGI constitue la population d'adhérent 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.</p>	<p>Le montant de la cotisation à régler pour chacun des bénéficiaires est de 2000 FCFA par mois. La cotisation est la même pour toutes les catégories de salariés.</p>	<p>un plafond de remboursement est fixe par année et par adhérent à 200 000 FCFA. Le bénéficiaire paye 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'évènements 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).</p>	<p>Un délai de 3 mois d'observation est respecté avant que le bénéficiaire puisse profiter d'une prise en charge par la MUTRAF.</p>
MUNASEB des étudiants	<p>chaque étudiant boursier une couverture afin de le prémunir des difficultés à se soigner. L'adhésion est réservée aux étudiants et elle est volontaire.</p>	<p>L'adhésion est subordonnée au versement d'une cotisation non remboursable. Le montant annuel de la cotisation est de 5000 FCFA par adhérent et bénéficiaire.</p>	<p>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 000FCFA.</p>	<p>Les bénéficiaires font l'avance des frais médicaux et demande un remboursement au CENOU chaque fin de mois.</p>

Types d'assurances maladies	Caractéristiques	Cotisations	Prestations Couvertes	Conditions
Allianz Burkina Assurances (Assurances Privées)	L'adhésion figure essentiellement en milieu urbain. Le secteur formel(100% des souscripteurs), Le privé à travers principalement des entreprises de services (95%) Quelques ONG (5 %) sont aussi des clients de la branche maladie chez <i>Allianz Burkina Assurances</i> .	180 000 FCFA / an et par assuré	Le taux de remboursement étale 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 a 1500 bénéficiaires la prime peut s'établir à 100 000 FCFA / an / 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.	Taux de remboursement qui peut s'étendre de 50 % à 100 %. Pour chaque module, il existe un plafond global réparti entre le ou les modules souscrits. Il variera en fonction de la taille du groupe souscripteur. Les taux de couverture varient aussi entre 70 % à 100%. Un taux de remboursement maximum particulier de 80% est fixé pour la	La période d'observation est de 6 mois pour les maladies chroniques et de 15 jours pour celles infectieuses les maladies graves et extrêmement coûteuses telles par exemple l'insuffisance rénale, ne sont pas couvertes par aucun module.

Types d'assurances maladies	Caractéristiques	Cotisations	Prestations Couvertes	Conditions
			lunetterie / optique	
LUDIC LYDIA Burkina	Les adhérents sont tous salariés de l'entreprise travaillant dans 35 localités du pays. 99 % de l'effectif sont des hommes et 82 % d'entre eux ont 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 avoir un bilan médical annuel via les services de l'OST dans le cadre du contrat obligatoire qui lie Ludic Lydia Burkina et l'OST.	Au moment de la souscription du contrat, chacun des salariés a eu à remplir un questionnaire médical en y précisant s'il souffrait de certaines pathologies (maladies chroniques ou passagères). La couverture maladie concerne uniquement le salarié. Sa famille n'est pas concernée par ce système.
BOLLORE AFRICA LOGISTICS	Les 314 salariés du groupe sont les principaux bénéficiaires du système ainsi que leurs ayants droits directs (époux(es) et enfants légitimes). Les salariés quelque soit leur statut (cadres, maitrises ou employés) sont sous le même		Les consultations (générale ou spécialisées) et soins ambulatoires et les soins dentaires sont pris en charge à 100%. Les frais d'hospitalisation et les produits pharmaceutique	Il n'y a pas de plafond maximal pour la prise en charge. Aucun frais n'est pris en charge au de là des prestations mentionnées (à l'exception de la Lunetterie (réservée aux seuls salariés) pour 2 ans à la

Types d'assurances maladies	Caractéristiques	Cotisations	Prestations Couvertes	Conditions
	régime de couverture.		s sont remboursés à 80% et les examens médicaux à 70%.	hauteur de 50000 FCFA et une prime de pharmacie sur salaire mensuelle / salariés à 600 FCFA.
ONATEL SA	Les quelques 1 300 salariés d'ONATEL SA sont les principaux bénéficiaires du système avec leurs ayants droits directs (époux/es) et enfants légitimes). Les salariés quelque soit leur statut (cadres, maîtrises 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'y a pas de système de prélèvement sur salaires 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 et les examens de laboratoire et 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 puis les présente au niveau de la DRH. Un système de bons de prise en charge pour les médicaments existent 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, Année (s)	Agence de mise en œuvre (s)	Groupe cible (s)	Zone géographique (s)	Nombre indicatif de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles	Source (s) de Financements
Transferts en Espèces ou quasi-espèces						
Les 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 la Banque mondiale pour la recherche	OEV	la région de Nahouri	6,500 enfants (2009)	268m FCFA (2009)	La Banque Mondiale
Programme de bons urbain (EMOP 10773.0) - Jan 2009 to Juin 2010	WFP avec la MASSN, CRS, BRC	Habitants Urbain extrêmement pauvres	Ouagadougou & Bobo-Dioulasso	338,915 personnes (2009)	8,501m FCFA (2009)	Multilaterale
Coupons alimentaires aux femmes infectées par le VIH et les enfants) - décembre 2008-août 2009	CRS et OCADES	Les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 infectées par le VIH	Les régions du Centre, Centre Sud, Centre Est, Centre Ouest, les bassins secondaires, Cascades	2,220 personnes (2009)	242m FCFA (2008-2009)	Global Fund
Coupons de nourriture vers les zones urbaines pauvres - septembre	CRS et OCADES	Les ménages urbains pauvres	Ouagadougou & Bobo-Dioulasso	3,809 ménages (2008-2009)	209m FCFA (2008-2009)	Gates Foundation

Titre du programme, Année (s)	Agence de mise en œuvre (s)	Groupe cible (s)	Zone géographique (s)	Nombre indicatif de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles	Source (s) de Financements
2008-février 2009						
Transferts alimentaires						
Ciblés aux ventes de produits alimentaires subventionnées						
Stock d'intervention	SONAGES avec la CONASUR	Suivant les critères définies par la COPROSUR / CODESUR	Zones d'insécurité alimentaire		1.9 milliards de FCFA (2008-2009)	L'Etat
Les distributions alimentaires ciblées						
Secours général	CRS et les partenaires	PVVIH, les orphelins, les enfants malnutris, personnes âgées, veuves, etc	23 régions	14,850 personnes (2008)	482m FCFA (2008-2009)	USAID
L'aide alimentaire aux populations vulnérables et les ménages touchés par des catastrophes	MASSN avec la CONASUR	Les populations vulnérables et les ménages touchés par des catastrophes	Au niveau national	1,500 personnes (2002-2008)	31m FCFA(2002-2008)	L'Etat
Programme d'Education et d'Alimentation (CP10399.0 composante 1: ii alphabétisation) - 2006-2010	WFP avec des partenaires	Les personnes qui fréquentent les centres d'alphabétisation	11 régions (Sahel, Est, Centre et Centre Nord)	20,300 femmes et 16,348 hommes (2009)	224m FCFA (2009)	L'Etat et les multilatéraux
Nutrition						

Titre du programme, Année (s)	Agence de mise en œuvre (s)	Groupe cible (s)	Zone géographique (s)	Nombre indicatif de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles	Source (s) de Financements
Complément nutritionnel aux enfants mal nourris et les femmes enceintes et les mères allaitantes (IPSR 10541.0 2007-2009 et IPSR 20054 2010-2011)	WFP avec des partenaires	Enfants modérément malnutris et des mères enceintes et allaitantes	Sahel, Nord, Est, Sud-Ouest, Centre-Nord et du Centre-Sud	312,000 personnes	3,059m FCFA (2009)	L'Etat et les multilatéraux
Le soutien nutritionnel aux groupes vulnérables et des 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, des Cascades, bassins secondaires, Mouhoun)	20,500 personnes (2009)	2,175m FCFA (2009)	L'Etat et les multilatéraux
Traitement et prévention de la malnutrition aiguë pour le développement et la survie des enfants - 2006-2010	UNICEF avec des partenaires	Les enfants sévèrement malnutris de moins de 3 et les mères enceintes et allaitantes	5 régions les plus touchées par la malnutrition	17,000 enfants (2009)	2,900m FCFA (2007-2008)	Les multilatéraux
Le 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 Loroum	18,000 enfants	1,968m FCFA (2010)	MSF, ECHO

Titre du programme, Année (s)	Agence de mise en œuvre (s)	Groupe cible (s)	Zone géographique (s)	Nombre indicatif de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles	Source (s) de Financements
Réduction de la mortalité infantile et la malnutrition - 2007-2010	La Croix-Rouge Burkinabé et Belge	Les femmes enceintes et allaitantes et les enfants	180 villages dans le Nord, Sahel et Sud-Ouest		601m FCFA (2008)	ECHO
Réduction de la malnutrition aiguë et la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes et allaitantes - 2007-2010	Terres des Hommes et Helen Keller International	Les femmes et les enfants souffrant de malnutrition	Les districts de Tougan, Séguénéga, Gayéri et Fada		823m FCFA (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		544m FCFA (2008)	ECHO
Urgence nutritionnelle pour les enfants - 2008-2010	Save the Children UK	Enfants sévèrement malnutris âgés de 6-59 mois	Districte de Kaya et la région Centre-Nord		472m FCFA (2008)	ECHO
Alimentation Scolaire (et repas à emporter)						
L'école endogène d'alimentation dans les écoles primaires - depuis 1988	MEBA	Les élèves des écoles primaires publiques	22 régions	711,000 élèves dans 3,565 écoles (2008-2009)	4.5 milliards FCFA (2008-2009)	Etat, CAST et les Communautés
Alimentation scolaire endogène dans les écoles secondaires	MESSRS	Les élèves dans les écoles publiques secondaires	Niveau National	20,700 étudiants dans 310 schools (2008-2009)	750m FCFA (2008-2009)	Etat et les Communautés

Titre du programme, Année (s)	Agence de mise en œuvre (s)	Groupe cible (s)	Zone géographique (s)	Nombre indicatif de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles	Source (s) de Financements
Alimentation Scolaire (et repas à emporter)						
Alimentation scolaire dans les écoles primaires assistée - depuis 1962	CRS et les partenaires	Les élèves des secteurs public, privé, communautaire et les écoles primaires	19 régions	245,900 étudiants dans 1,328 écoles (2008-2009)	2.3bn FCFA (2009)	USAID et les Communautés
Alimentation scolaire assistée dans bisongo	CRS et les partenaires	Les enfants qui fréquentent bisongo		4,029 enfants dans les 41 bisongo (2009)	48m FCFA (2009)	USAID et les Communautés
Alimentation scolaire dans les écoles de très hauts niveaux	CRS avec le Tin Tua et la FAWE	Les filles qui fréquentent les écoles de très hauts niveaux	10 régions	13 écoles	13m FCFA (2009)	USAID et les Communautés
Alimentation scolaire assistée (1 composante CP10399.0) - depuis 2002	WFP et les partenaires	Les élèves des écoles primaires	4 régions du Sahel	86,000 étudiants dans 640 écoles (2009-2010)	864m FCFA (2009)	Les Multilatéraux, l'Etat et les Communautés
Les Subventions destinées à l'alimentation et le carburant						
Soutien universelle et indirect des prix des denrées alimentaires						
Stock national de sécurité	SONAGES	n/a	n/a	n/a	n/a	L'Etat et les bailleurs de fonds
Impôt et exonérations de droits	MEF/DGD	n/a	Niveau National	n/a	4.3 milliards de FCFA (2008)	L'Etat
Les Subventions destinées à l'alimentation et le carburant						
Soutien universelle et indirect des prix du carburant						

Titre du programme, Année (s)	Agence de mise en œuvre (s)	Groupe cible (s)	Zone géographique (s)	Nombre indicatif de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles	Source (s) de Financements
Les exonérations fiscales sur les carburants	Les autorités douanière avec la SONABEL, la SONABHY et les détaillants privés	n/a	Niveau National	n/a	21.7 milliards FCFA (2009)	L'Etat
Les Travaux Publics						
PrEst (Program de désenclavement de l'Est) – 2002-2011	Helvetas et le MIS	Jeunes en priorité	9 communes au Gnagna, Gourma et les régions de Tapoa	865 personnes (2005-2007)	478m FCFA (2002-2011)	La coopération suisse
Alimentation pour les actifs (CP10399.0 composante 3) - 2006-2010	WFP et les partenaires	La population des villages ciblés	18 régions	30,800 femmes et 31,400 hommes (2009)	294m FCFA (2009)	Les multilatéraux et l'Etat
Dispenses des frais de la santé						
Subvention supplémentaire de soins obstétricaux d'urgence et néonataux pour les femmes indigentes (SONU) - depuis 2006	Ministère de la Santé	Les femmes enceintes indigentes	Niveau national	n/a	500m FCFA (attribué, non dépensés)	L'Etat et la Banque Mondiale (CASRP)
Les dispenses de frais pour les indigents - depuis 2007	Ministère de la Santé et les CBOs	Indigents PVVIH	Niveau national	n/a	37m FCFA (y compris IGA)	L'Etat
Traitement des patients ART	Fonds de Solidarité Nationale	Patients ART indigent	Niveau national	200 personnes	40 m FCFA	L'Etat

Titre du programme, Année (s)	Agence de mise en œuvre (s)	Groupe cible (s)	Zone géographique (s)	Nombre indicatif de bénéficiaires	Indicatif des dépenses annuelles	Source (s) de Financements
Traitement gratuit pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 - depuis septembre 2008	HELP	Les enfants de moins de 5 enceintes et allaitantes et les femmes	Districts de santé Seba et Dori dans le Sahel	100,000 personnes	500m FCFA	ECHO
Traitement gratuit pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5	Terre des Hommes	Les enfants de moins de 5 ans	Régions de Tougan et Séguénéga	n/a	640m FCFA	ECHO
La gratuité des soins pour les PVVIH - 2001-2009	Médecins Sans Frontière-Luxembourg	Les personnes vivant avec le VIH	Le District de Ouagadougou	n/a	n/a	n/a
Le traitement gratuit du paludisme (2008-2009)	Médecins Sans Frontières-France et le CSPS	Les personnes souffrant du paludisme	La région de Titao	40,000 cas	98m FCFA (2008-2009)	MSF et ECHO

Source : Banque Mondiale, 2010b

Annexe 3 : Les fonds d'appui

Tableau 1. Les 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
<i>dont femmes</i>	366	181	322	869
Nombre d'emplois consolidés	4 143	4 165	2 204	10512
<i>dont femmes</i>	1 362	1 347	727	3436
Total des emplois créés ou consolidés	5 186	4 736	3 102	13024
<i>dont femmes</i>	1 728	1 528	1 049	4305
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/nbr de chômeurs (%)	0,61	0,33	0,52	1,47
Total des emplois consolidés/nbr de sous-employés (%)	0,33	0,34	0,18	0,85

Source : A partir des annuaires statistiques de l'ONEF

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

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

Source : A partir des annuaires de l'ONEF