



# Analyse de la situation de la pauvreté et de la vulnérabilité de l'enfant et de la femme au Burkina Faso

---

**UNICEF**  
**Décembre 2010**

Ce document est le résultat de réflexions et de planification à l'UNICEF Burkina Faso en 2010 dans le cadre de la planification pour le nouveau programme 2011-15. Il a été rédigé par une équipe comprenant Lacina BALMA (chercheur indépendant), John COCKBURN (Université de Laval), Sarah HAGUE (UNICEF), Samuel KABORE (Université de Ouagadougou), Luca TIBERTI (Centre de Recherche d'Innocenti) et Claude WETTA (Université de Ouagadougou). Les opinions exprimées ici sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles des institutions concernées, y compris l'UNICEF. Les auteurs sont reconnaissants pour les nombreuses contributions faites par le personnel du programme de l'UNICEF Burkina Faso à ce jour, dans le cadre de la réalisation de ce document.

## Table des matières

<b>Sigles et abréviations</b> .....	<b>iii</b>
<b>Contexte et objectifs de l'étude</b> .....	<b>1</b>
<b>1. Les caractéristiques de la pauvreté de l'enfant et de la femme</b> .....	<b>3</b>
1.1 Pauvreté monétaire des enfants .....	3
1.2 La Santé.....	6
1.2.1 La survie de l'enfant et la femme.....	6
1.2.1 Les causes du décès.....	9
1.2.3 L'utilisation des services.....	10
1.3 La nutrition des enfants.....	13
1.4 L'eau et l'assainissement.....	16
1.5 VIH/SIDA.....	18
1.6 Éducation.....	20
1.7 La protection des enfants.....	24
1.7.1 Le travail des enfants .....	24
1.7.2 Autres aspects de la protection des enfants.....	25
<b>1.8 Indice de développement de l'enfant</b> .....	<b>28</b>
<b>2. Déterminants de la pauvreté et de la vulnérabilité de l'enfant et de la femme</b> .....	<b>29</b>
2.1 Les déterminants secondaires de pauvreté de l'enfant.....	31
2.1.1 Les déterminants de la morbidité et de la mortalité des enfants.....	31
2.1.2 Les déterminants de la malnutrition des enfants. ....	36
2.1.3 Les déterminants de la scolarisation des enfants .....	37
2.1.4 Les déterminants du travail des enfants .....	42
2.2 Les déterminants sous-jacentes de la pauvreté de l'enfant. ....	46
2.2.1 Une dépendance rurale avec des fondations faibles .....	47
2.2.2 Les changements démographiques.....	49
2.2.3 L'environnement et le changement climatique.....	53
2.2.4 L'influence de l'économie mondiale et nationale .....	55
<b>3. Les conséquences de la pauvreté et de la vulnérabilité des enfants :</b> <b>l'argument économique</b> .....	<b>59</b>
<b>Conclusions et implications</b> .....	<b>61</b>
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>63</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>66</b>

## Sigles et abréviations

APAIB	Association pour la Promotion de l'Allaitement Infantile au Burkina
APD	Aide publique au développement
BCG	Bacille, Calmette et Guérin
CDI	Indice de Développement de l'Enfant
CDMT	Cadre des dépenses en moyen terme
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CVC	Couverture Vaccinale Complète
DS	District Sanitaire
DTC	Diphtérie-Tétanos-Cocqueluche (vaccination)
DTC3	Diphtérie-Tétanos-Cocqueluche (vaccination, 3ième dose)
DTCP	Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, Polio
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EICVM	Enquête Intégrale sur les conditions de vie des ménages
ENIAM	Enquête Nationale sur l'Insécurité Alimentaire et la Malnutrition
ENTE	Enquête Nationale sur le Travail des Enfants
EP	Enquête Prioritaire
ENSEA	École Nationale de Statistiques et d'Économie Appliquée d'Abidjan
FAO	Fond Alimentaire Mondial
FCFA	Franc de la Communauté Française pour l'Afrique
GTI	Global Transparency Index
MAHRH	Ministère de l'agriculture, de l'habitat et des ressources halieutiques
MIMAP	Microeconomic Impact of Macroeconomic and Adjustment Policies
MITH	Ministère de l'Infrastructure, des Transports et de l'Habitat
IGME	Groupe Inter-agences des Nations-Unies pour l'estimation de la mortalité
INSD	Institut National de Statistiques et de la Démographie
IPEC	Programme international pour l'élimination du travail des enfants
MEBA	Ministère des Enseignements de Base et de l'Alphabétisation
MEG	Médicaments Essentiels Génériques
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey, 2006
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONEA	Office national de l'eau et de l'assainissement
ONU	Organisation des nations unies
PADS	Programme Africain de Développement Sanitaire
PNDS	Programme National de Développement Sanitaire
PAM	Programme alimentaire mondial
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PDDEB	Plan Décennal de Développement de l'Éducation de Base
PN-AEPA	Programme National d'Approvisionnement d'Eau Potable et Assainissement
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
QUIBB	Questionnaire sur les Indicateurs du Bien Être au Burkina
SCADD	Stratégie de croissance accélérée et de développement durable
SMART	Mesure de la Mortalité, du Statut Nutritionnel et de la Sécurité Alimentaire
SONU	Soins obstétricaux et néonatal d'urgence
SNA	Stratégie nationale d'assainissement
TBS	Taux Brut de Scolarisation
TNS	Taux Net de Scolarisation
UNDA	Plan Cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
UNESCO	Organisation des nations unies pour la l'éducation, la science et la culture
UNICE F	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
VAA	Vaccin anti-mariol
VAR	Vaccin antirougeonleux
VAT2	Vaccin anti-tétanos (2ème dose)

## Contexte et objectifs de l'étude

L'agenda du développement a beaucoup changé dans le monde au cours de la dernière décennie. Les approches micro-macro, basées sur la lutte contre la pauvreté et prises en compte dans les Stratégies de réduction de la pauvreté, ont connu un certain succès dans le monde. Cependant, en Afrique sub-saharienne le nombre absolu de pauvres n'a cessé d'augmenter, passant du simple au double au cours de ces 20 dernières années. Le plus inquiétant est que les couches les plus pauvres en Afrique sont de plus en plus laissées à la traîne car de nouveaux risques ont commencé à se faire jour. Il y a 25 ans, l'Afrique sub-saharienne abritait environ 1 sur 10 des couches extrêmement pauvres – les personnes vivant avec moins de 50 cents par jour – dans le monde. Aujourd'hui, cette proportion a enflé pour se situer à 3/4 de cette population mondiale<sup>1</sup>.

Au Burkina Faso, la population estimée à 14 millions d'habitants se caractérise par des taux élevés de vulnérabilité et de pauvreté, ainsi que par une forte croissance démographique qui se situe à 3,1% par an<sup>2</sup>. Le Burkina Faso est non seulement un pays enclavé avec une densité démographique croissante et un environnement fragile, mais il a aussi très peu de ressources naturelles et un capital humain faible. Il a connu une urbanisation rapide au cours de ces dernières années dont le taux de croissance se situe à 5% par an entre 1996 et 2006, même si 80% de la population continuent de vivre essentiellement du secteur agricole.

Malgré la croissance économique soutenue et régulière au cours de la dernière décennie - le taux moyen annuel avoisine 5% - la proportion de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté est restée supérieure à 40%, et la majorité des cibles des Objectifs du Millénaire pour le Développement ne seront pas atteints, voir Annexe A. Avec une croissance démographique persistante, la population du pays a plus que doublé depuis 1980 et le nombre de pauvres a sensiblement augmenté. La proportion de la population vivant dans la pauvreté dans les zones urbaines a doublé entre 1994 et 2003. Cependant, 90 pour cent des pauvres vivent encore dans les zones rurales<sup>3</sup>. On constate également une aggravation de la profondeur et de la sévérité de la pauvreté, surtout dans les zones urbaines<sup>4</sup>.

A l'inverse, les indicateurs non-monétaires de la pauvreté ont montré une certaine amélioration, même si celle-ci reste très faible. Par exemple, le taux brut de scolarisation au primaire a doublé entre 2000/01 et 2008/09, bien qu'il reste encore en dessous de 75%. L'émaciation a baissé de moitié en six ans passant de 21% des enfants de moins de cinq ans affectés en 2003 à 11% en 2009, avec des progrès plus notables dans les zones rurales<sup>5</sup>.

Par ailleurs, les statistiques nationales montrent une légère diminution dans l'inégalité des revenus selon l'indice de Gini<sup>6</sup>. Par contre, l'inégalité des revenus dans les zones urbaines est forte et ne cesse d'augmenter. Inversement, pour les indicateurs non-monétaires de la pauvreté, nous constatons une légère aggravation des inégalités: les enfants les plus pauvres ont eu 144% plus de malchance que leurs homologues les plus riches de mourir avant l'âge de cinq ans en 2003 (EDS), mais en 2006 ce chiffre a augmenté à 177% (MICS). Ceci est largement dû, tout comme d'autres indicateurs, à une amélioration plus rapide du bien-être des groupes les plus riches, ce qui prouve que, pour atteindre les OMD, un travail substantiel reste encore à faire dans les groupes les plus pauvres.

<sup>1</sup> IFPRI; The World's Most Deprived. 2007

<sup>2</sup> Période 1996-2006. Recensement de 2006

<sup>3</sup> Banque mondiale (2004)

<sup>4</sup> Institut National des Statistiques et de la Démographie. 2003

<sup>5</sup> EDS 2003 et SMART 2009

<sup>6</sup> Institut National des Statistiques et de la Démographie. 2003

L'analyse de la vulnérabilité vient généralement en complément de l'analyse de la pauvreté en donnant une compréhension aussi bien de la situation de la pauvreté actuelle que celle à venir. Selon une analyse récente de la vulnérabilité, deux tiers des pauvres du Burkina Faso sont vulnérables (courent le risque de devenir plus pauvres) et un tiers de la population non-pauvre court un risque de devenir pauvre<sup>7</sup>.

Le facteur qui explique souvent la vulnérabilité est l'exposition d'un pays aux chocs et le Burkina Faso a été exposé à plusieurs chocs pendant les dernières décennies, internes et externes. Les fluctuations des cours mondiaux du coton, l'instabilité régionale, les caprices de la pluviométrie et les grandes vulnérabilités des ménages – telles que le mauvais état de santé, le taux élevé de l'analphabétisme, une prévalence en hausse du VIH dans les zones urbaines et certaines pratiques culturelles – se conjuguent pour augmenter de manière évidente la vulnérabilité des enfants pauvres, en particulier des filles, et pour compromettre l'efficacité des stratégies de lutte contre la pauvreté mises en œuvre.

Au cours de ces dernières années, le nombre et la gravité des chocs qui affectent les ménages n'ont cessé d'augmenter. La hausse des prix des denrées alimentaires et la crise économique accompagnées par une urbanisation galopante et une aggravation de la dégradation de l'environnement poussent d'avantage à l'enracinement de la pauvreté intergénérationnelle.

Dans ce contexte économique et social, il est essentiel d'avoir une compréhension approfondie de la pauvreté des enfants au Burkina Faso. Les acteurs nationaux ont besoin d'analyses plus détaillées pour une meilleure programmation et formulation des politiques. En outre, le pays manque actuellement d'une telle analyse du bien-être de l'enfant et de la femme.

L'objectif général de cette étude est de fournir une compréhension plus fine de la situation des enfants et des femmes au Burkina Faso à travers une évaluation du bien-être et de la vulnérabilité de l'enfant et de la femme. Plus spécifiquement, elle fait une revue et une analyse du bien-être, de la vulnérabilité de l'enfant et des inégalités dans le pays à travers une approche holistique et multidimensionnelle (économique, sociale, culturelle, politique) basée sur les droits fondamentaux, en mettant en exergue le cadre des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Les auteurs tentent de faire une analyse qui va au-delà des indicateurs immédiats de la pauvreté des enfants, pour en examiner les causes secondaires et sous-jacentes, y compris un bref examen du rôle des politiques.

En outre, au sein de l'UNICEF, l'étude a servi de base, d'une part, pour un moment de réflexion sur la stratégie globale de l'UNICEF au Burkina Faso et aussi pour la planification du nouveau programme 2011-15, et d'autre part comme un véhicule du dialogue politique et de plaidoyer au sein du Gouvernement et les partenaires, en vue de donner une meilleure visibilité aux questions relatives à la pauvreté de l'enfant dans l'agenda politique national;

En termes de processus, cette étude a été réalisée par une équipe mixte composée de spécialistes nationaux et internationaux, ainsi que des chercheurs de l'UNICEF et de l'extérieur. Alors que l'espoir initial de promouvoir les capacités nationales par une meilleure compréhension de la pauvreté de l'enfant était peut-être trop ambitieux, le très long processus de développement que l'étude a traversé à au moins permis de réfléchir sur un très large éventail d'indicateurs et d'analyse qui a fait défaut dans des publications antérieures.

---

<sup>7</sup> World Bank (2004)

L'analyse repose sur un certain nombre d'enquêtes existantes sur le bien-être au Burkina Faso, y compris l'Enquête des conditions de vie des ménages de 2003, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2003, le MICS 2006, l'Enquête Nationale Nutritionnelle SMART, et le dernier recensement de 2006. Une gamme d'autres données et de documents multisectoriels sont utilisés, tel que cité le cas échéant. En outre, il convient de noter que cet examen des données et de documentation existante de la pauvreté et le bien-être des enfants n'est qu'une première étape dans un processus plus long qui est nécessaire pour mieux comprendre la vie des enfants au Burkina Faso. Les prochaines étapes clé dans ce processus seront de faire un profil de la pauvreté de l'enfant et de la femme à partir de la nouvelle enquête nationale des ménages (EICVM 4) en 2011 et une analyse causal des déterminants du bien-être sur la base de la quatrième Enquête démographique et de santé (EDS 4) en 2012.

La section suivante présente les résultats en termes des caractéristiques de la pauvreté monétaire et non monétaire des enfants. Il s'agit également dans cette section de mettre à jour l'indice de développement de l'enfant pour le Burkina Faso. Dans la section 2, nous examinons les déterminants de la pauvreté des enfants, y compris les déterminants secondaires et le contexte politique, dans la sous-section 2.1. La sous-section 2.2 fait l'objet des déterminants sous-jacents de la pauvreté de l'enfant. La section 3 est consacrée à faire des commentaires sur les conséquences de la pauvreté de l'enfant, avant que le document ne se termine par quelques conclusions et des recommandations dans la dernière section.

## **1. Les caractéristiques de la pauvreté de l'enfant et de la femme**

### ***1.1 Pauvreté monétaire des enfants***

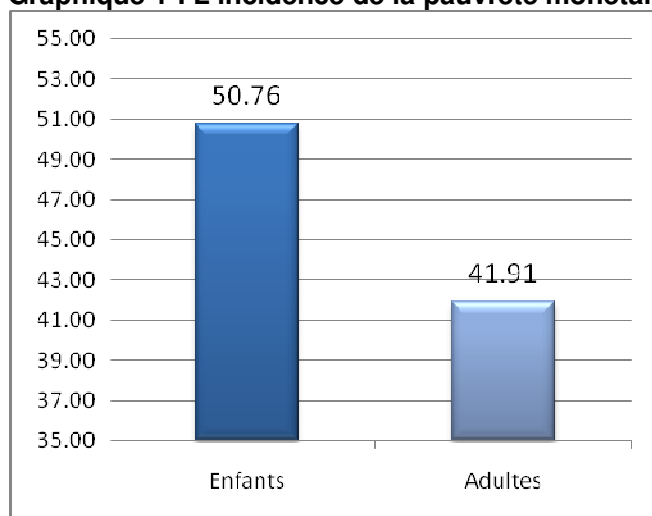
L'analyse de la pauvreté au Burkina Faso a beaucoup évolué au cours de ces dernières années. Cette évolution a été possible grâce aux données des trois enquêtes nationales sur les conditions de vie des ménages (de 1994, 1998 et 2003) et aussi grâce au développement de nouveaux outils d'analyse. Cependant, aucun effort en matière d'analyse de l'évolution de la pauvreté de l'enfant n'a été fait à ce jour. L'analyse de la pauvreté monétaire des enfants dans cette étude a été réalisée en utilisant la dernière enquête nationale disponible, celle de 2003. Cette enquête ne fournit pas une base séparée pour les enfants. Ainsi, cette analyse a d'abord constitué la population d'enfants - les individus de moins de 18 ans - pour calculer la proportion qui habite dans les ménages pauvres. De toute évidence, cette approche est limitée par le fait que nous partons du principe que la pauvreté d'un ménage est un proxy de la pauvreté d'un enfant, ce qui n'est pas nécessairement vrai. Un ménage pauvre pourrait encore être en mesure de favoriser un(e) enfant et veiller à ce qu'il/elle ne vive pas dans la pauvreté, de même les ménages non-pauvres pourraient négliger un(e) enfant qui y vit. La variable de bien-être utilisée ici est la consommation réelle par tête, calculée au niveau du ménage par l'Institut National de Statistiques et de la Démographie (INSD). Celle-ci est comparée au seuil officiel de pauvreté qui se situe à 82 672 FCFA par adulte et par an. Il est calculé à partir d'un panier de biens alimentaires et non-alimentaires jugé nécessaire pour couvrir les besoins minimaux du ménage.

Suite à cette analyse, et pour la première fois au Burkina Faso, la proportion des enfants vivant dans la pauvreté monétaire a été déterminée. Comme le montre le graphique 1, l'incidence de **la pauvreté des enfants de moins de 18 ans, selon l'enquête sur les conditions de vie des ménages de 2003, est égale à 50,76% contre une incidence de 41,9% pour les adultes**<sup>8</sup>. Les enfants sont donc beaucoup plus susceptibles de vivre dans

<sup>8</sup> L'application du seuil de pauvreté international de 1.25 USD par jour en termes de 2005, généralement reconnu comme un niveau minimal de comparaison, fournirait un niveau beaucoup plus

la pauvreté que les adultes, ce qui attire l'attention sur la stratégie nationale de développement, étant donné que le taux national de pauvreté a été calculé à 46,4%. Nous n'avons pas examiné en détail les changements de la pauvreté monétaire au fil du temps compte tenu des difficultés que de nombreuses études ont mis en évidence dans la comparaison des conditions de vie des ménages à partir des trois enquêtes - elles ont été réalisées à des périodes différentes de l'année (par rapport aux récoltes), font usage de périodes de rappel pour la consommation plus ou moins longues et couvrent un nombre de produits consommés différent.

**Graphique 1 : L'incidence de la pauvreté monétaire de l'enfant et de l'adulte (%)**



Source : Construit par les auteurs à partir de l'EICVM, 2003

En ce qui concerne la pauvreté régionale, l'analyse montre **une grande disparité régionale** de l'incidence de la pauvreté de l'enfant (Tableau 1). Les régions où l'incidence est la plus faible sont les Hauts Bassins (37,99%), le Centre Nord (36,75%) et le Centre (26,85%). Pour ce qui est des régions les plus touchées, on note la région du Nord (73,45%), du Centre Sud (69,79%), de la Boucle du Mouhoun (64,01%), du Sud Ouest (61,82%), et du Centre Est (60,58%). Le graphique ci-dessous illustre les différences dans la profondeur de la pauvreté par région, ce qui montre la distance en dessous du seuil de pauvreté que la moyenne des ménages est situé. De toute évidence, les régions où la pauvreté est pire, soit plus profonde, sont ceux qui méritent une attention particulière en suivant une approche pro-pauvre. Cependant, même l'examen de ces disparités se cache les variations et la vulnérabilité à la pauvreté, ce qui signifie que même les ménages non pauvres courent un risque de devenir pauvre d'un mois ou d'une saison à l'autre. En effet, une récente étude menée par le CEDRES et le CPRC a montré que près de 80% des ménages ont connu au moins une période de pauvreté au cours des cinq années examinées, ce qui prouve que la pauvreté n'est pas un état statique.<sup>9</sup>

---

élevé de la pauvreté au Burkina Faso. A ce seuil le taux de pauvreté des enfants s'établirait à 62% ou 68.6%, respectivement, en prenant ou non en compte un déflateur des prix régionaux. On en déduit qu'une révision du seuil officiel de pauvreté serait peut-être nécessaire.

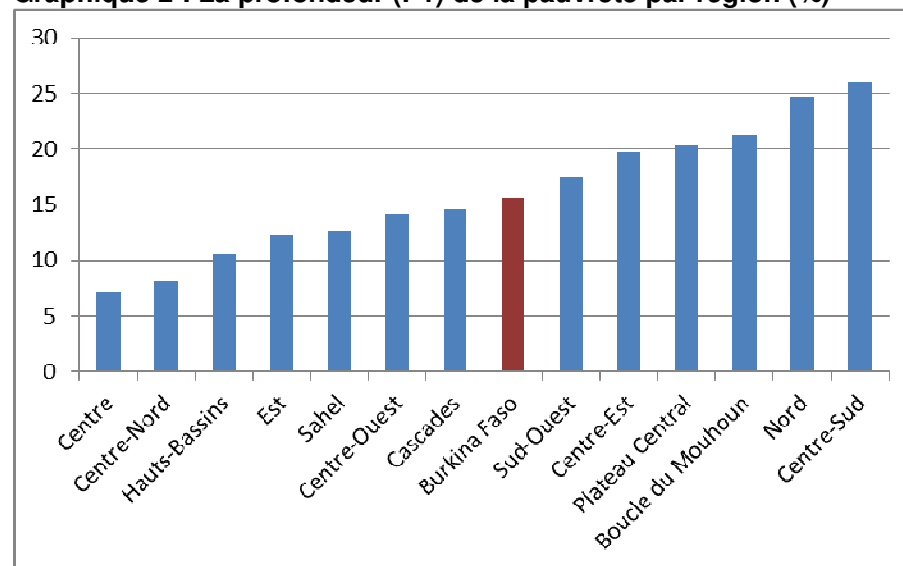
<sup>9</sup> Pauvreté chronique et transitoire au Burkina Faso : une analyse de la dynamique à partir de données agricoles. 2010. CEDRES et le Centre de Recherche sur la Pauvreté Chronique (CPRC)

**Tableau 1 : l'incidence de pauvreté des enfants au niveau régional**

	Pourcentage de la population des enfants de moins de 18 ans	Taux de pauvreté des enfants de moins de 18 ans, P0 (%)	Taux de pauvreté des adultes, P0 (%)	écart = P0 (enfants)-P0 (adultes)
Centre	8,47	26,85	18,90	7,96
Centre nord	8,37	36,75	31,09	5,66
Hauts Bassins	10,13	37,99	31,91	6,09
Cascades	3,67	41,77	36,32	5,44
Sahel	5,71	42,04	32,36	9,67
Centre Ouest	8,88	44,36	37,91	6,44
Est	9,16	44,42	36,64	7,78
Plateau central	6,23	59,56	57,64	1,92
Centre Est	8,35	60,58	49,31	11,27
Sud Ouest	5,18	61,82	50,59	11,23
Boucle du Mouhoun	12,57	64,01	56,55	7,46
Centre Sud	4,17	69,79	62,59	7,20
Nord	9,13	73,45	63,04	10,40
Total	100,00	50,76	41,91	8,86

Source : Construit par les auteurs à partir de l'EICVM, 2003

**Graphique 2 : La profondeur (P1) de la pauvreté par région (%)**



Source : INSD EICVM 2003

Une bonne stratégie de développement national en faveur des enfants pauvres nécessite l'identification non seulement des régions où l'incidence de la pauvreté des enfants est plus élevée mais aussi ce qui pourrait caractériser ces dernières. Ces régions sont généralement rurales et où la principale activité est l'agriculture, donc basée sur **le secteur primaire**. Ces activités se caractérisent par des rendements faibles et précaires et donc les effets retours sont très variables et incertains. De plus, les régions telles que le Plateau Central, la Boucle du Mouhoun, le Centre-Sud, le Nord et le Sud-Ouest, qui pratiquent des activités essentiellement agricoles, ont des contraintes liées au retard de livraison des intrants ou de ramassage, et aux aléas climatiques.

Les régions pastorales ont une incidence de pauvreté plus faible que les autres régions. En effet, les activités pastorales sont moins affectées par les aléas climatiques donc moins vulnérables que les activités purement agricoles. La demande intérieure forte et croissante des villes pour le bétail et la viande permet aux éleveurs d'obtenir un prix intéressant dans l'écoulement de leur production, ce qui leur procure un revenu plus permanent et stable. À cette demande domestique s'ajoute une demande sous régionale substantielle, surtout vers le Ghana, le Bénin et la Côte d'Ivoire.

La région du Mouhoun, région cotonnière par excellence, possède la 3ème plus élevée proportion de la pauvreté de l'enfant. Un tel résultat semble paradoxal car le coton offre des opportunités de revenu et donc en principe un potentiel de sortie de pauvreté monétaire. La main d'œuvre implique une proportion importante des enfants. En effet, 49,1% des enfants de 5-17 ans dans cette région travaillent contre 47,4% au niveau national (INSD, 2003). Ceux-ci sont généralement privés d'une éducation nécessaire à leur bien-être futur. Par conséquent, ces enfants risquent de perpétuer la pauvreté intergénérationnelle.

De toute évidence, bien qu'il y ait une corrélation majeure entre la situation monétaire d'un ménage et le bien-être de ses membres, cela n'explique pas tout et cache d'autres facteurs. C'est pourquoi, pour mieux comprendre le bien-être des enfants, nous devons aller au-delà d'une simple analyse de la pauvreté monétaire pour mieux examiner la pauvreté non-monétaire, ce qui fait l'objet des prochaines sections.

## 1.2 La Santé

La politique nationale de santé, mise en place en 2000, a permis de faire des progrès considérables en matière d'accès aux soins de santé, notamment en raison de l'augmentation du nombre de centres de santé et de personnel qualifié (Zonon, 2004, Evaluation du PNDS 2001-10, 2010). En conséquence, certains indicateurs de base des soins de santé se sont améliorés, bien que de nombreux autres restent bien en deçà des moyennes africaines et les OMD liés à la santé.

### 1.2.1 La survie de l'enfant et la femme

La situation de la santé de la mère et de l'enfant reste préoccupante au Burkina Faso (Ministère de la santé, 2008). Malgré des progrès significatifs dans plusieurs domaines ces dernières années, plus d'un enfant sur six meurent avant l'âge de cinq ans au Burkina Faso ; 125.000 décès chaque année. La grande majorité des enfants meurent encore à la maison (70%) et de maladies qui sont en grande partie évitables. En générale, le risque qu'un enfant va mourir sur son premier jour de vie est 500 fois plus élevé qu'après un mois.

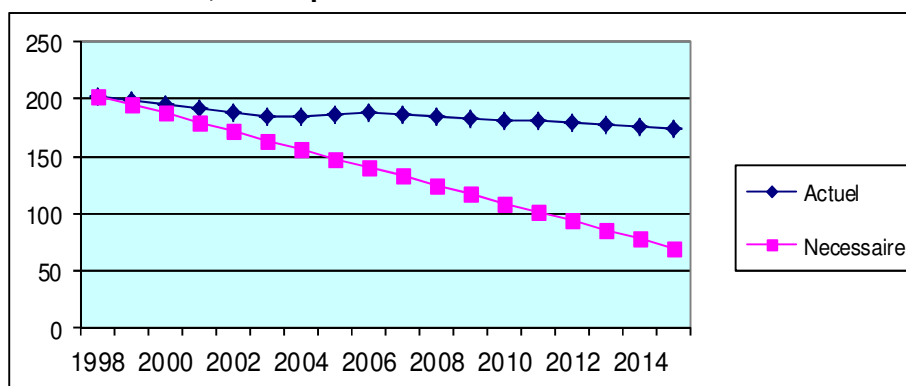
**Tableau 2 : Indicateurs de mortalité infantile depuis 1960 (pour 1000 naissances vivantes)**

	EDS	RGPH	RGPH	ED	EDS 1	RGPH	EDS 2	EDS 3	RGPH	MICS	IGME
	1960	1975	1985	1991	1993	1996	1998/99	2003	2006	2006	2009
Mortalité Infanto-juvénile (0 à 5 ans)	360	269	216	184,9	204,5	174,2	219,1	184	142	188	166
Mortalité infantile (0 à 1 ans)	182	167	134	114,6	93,7	107,1	105,3	81	91,7		
Mortalité juvénile (1 à 4 ans)	217	123	95	79,4	108,7	75,1	127,1	111	55,3		

Source : INSD (1960 à 2006), et IGMA (2009)

Les Objectifs du Millénaire liés à la survie des enfants et des femmes, les OMD 4 et 5, sont peu susceptibles d'être atteints. Comme le montre le graphique 2, l'objectif de réduire de deux tiers le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans exigerait une baisse de plus de 200 pour 1000 naissances au début des années 1990 à 68 pour 1000 naissances en 2015. Toutefois, le taux s'établissait à 184 selon l'EDS de 2003, mais tel qu'il ressort dans le tableau des taux de mortalité ci-dessus, les données ne sont pas toujours cohérentes et de ce fait les résultats de l'EDS 4 en cours sont attendus avec impatience. Néanmoins, il y a clairement eu une baisse dans la mortalité depuis les années 1990s. Le Groupe inter-agences des Nations Unies chargé de l'estimation de la mortalité de l'enfant (IGME) passe en revue la disponibilité et la qualité de l'ensemble des données pour arriver à des estimations acceptées au niveau mondial. Il a estimé que le taux de mortalité des moins de cinq ans a diminué au Burkina Faso pour se positionner à 166/1000 en 2009, loin au dessus du taux de 61/1000 ciblé pour 2015 (voir tableau 2)<sup>10</sup>.

**Graphique 3: Les tendances de la mortalité des enfants de moins de 5 ans pour atteindre OMD 4, décès pour 1000**



Source : UNICEF Burkina Faso 2010

Selon les EDS 2 et 3, la mortalité néonatale a diminué de manière plus marquée, en termes proportionnels, passant de 47‰ en 1998 à 31‰ en 2003. L'indicateur de la mortalité infantile (105/1000 en 1998 à 81/1000 en 2003) a suivi globalement la même tendance.

En ce qui concerne la **mortalité maternelle**, le dernier chiffre couramment utilisé fournit une estimation de 484 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1998 (l'EDS 2), ce qui représente une baisse importante par rapport à 566 décès pour 100.000 en 1993 (EDS 1). Le taux encore élevé témoigne, entre autres, d'une prise en charge insuffisante des soins obstétricaux, en raison de barrières diverses à l'accès, et d'une faible implication des agents de santé dans le suivi des grossesses. Il est à remarquer que les chiffres du recensement de 2006 sur la mortalité de l'enfant et la mortalité maternelle, sont nettement inférieurs à ceux de la dernière EDS (2003) réalisée seulement trois années plutôt. Encore une fois, on espère que l'EDS 4 en cours de finalisation, nous permettra de faire la lumière sur toutes ces estimations.

#### *L'équité de la mortalité de l'enfant*

La notion d'équité mérite une attention particulière pour apprécier les indicateurs de plusieurs dimensions définies selon le niveau de revenu, le genre, le milieu de résidence, etc. Ainsi, en considérant une distinction par quintiles de revenu, il ressort que le ratio du taux de mortalité des enfants du quintile de revenu le plus pauvre et celui des enfants du quintile de revenu le plus riche est 1.4 et ne s'est pas amélioré depuis les années 90 (EDS 1994 et 2003). En réalité, les barrières dues aux coûts toujours élevés d'accès aux services

<sup>10</sup> IGME Estimations Note. Septembre 2010.

sociaux de base constituent unes des causes principales d'exclusion des groupes les plus pauvres et leur exposition à toute sorte de vulnérabilité.

Le tableau 3 montre que la mortalité de l'enfant est nettement plus faible en milieu urbain (136‰) qu'en milieu rural (202‰), en utilisant les données de la dernière EDS. Ces disparités viennent, entre autres, d'un plus haut revenu moyen dans les villes, alors que les zones rurales ont un moins bon accès aux services sociaux, à l'eau potable et à l'assainissement. Les taux élevés d'analphabétisme, en particulier chez les femmes, et la poursuite des pratiques traditionnelles telles que le sevrage précoce dans le milieu rural jouent également un rôle. Il existe aussi d'énormes disparités entre régions et milieu de résidence en ce qui concerne la couverture vaccinale (voir tableau 6 et 7).

**Tableau 3 : Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans par région et milieu de résidence**

Milieu/région de résidence	Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (par 1000 naissances vivantes)
Nationale	188
Ouagadougou	119
Autres villes	151
Milieu urbain	136
Milieu Rural	202
Ouagadougou	119
Centre-Sud	135
Centre (sans Ouagadougou)	151
Plateau central	154
Centre-Est	167
Est	176
Boucle du Mouhoun	188
Hauts bassins	194
Centre-Nord	198
Sud-Ouest	203
Cascades	211
Centre-Ouest	213
Nord	231
Sahel	285

Source : INSD à partir de l'EDS (2003)

Le taux de mortalité infanto-juvénile (Tableau 4), c'est-à-dire pour les moins de cinq ans, diminue de manière significative pour les enfants qui vivent dans les ménages nantis. En effet, les taux de mortalité infanto-juvénile parmi les quatre quintiles les plus pauvres varient peu, mais elle diminue de manière sensible seulement parmi les enfants du quintile plus riche. En outre, comme dans la majorité des pays en développement, l'inégalité dans la probabilité de survie des enfants n'est pas améliorée – le ratio entre le groupe le plus pauvre et celui le plus riche étant de 1,3 au début des années 1990 et de 1,4 dix ans plus tard.

**Tableau 4 : Taux de mortalité infanto-juvénile**

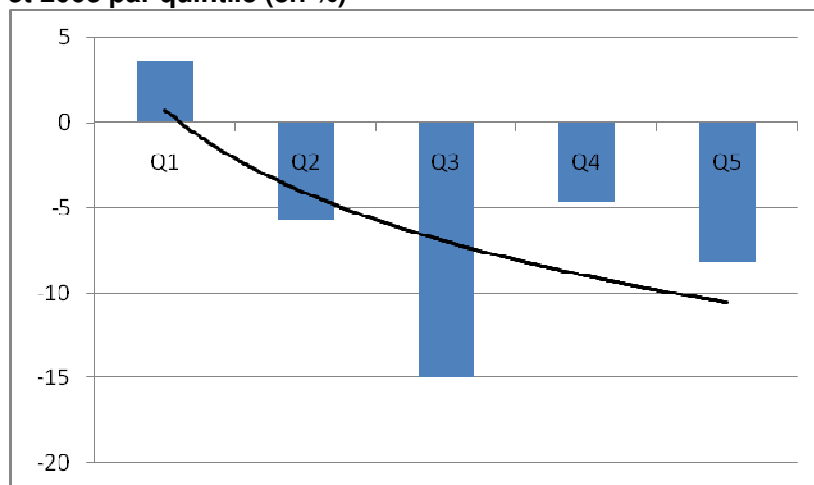
An	Ratios par quintile (per 1,000 enfants nés)					Ratio 1/5	Différence 1-5 (Valeurs absolues)	Indice de concentration Value
	1ere (pauvre)	2eme	3eme	4eme	5eme (riche)			
1992/93	199.1	226.0	230.3	201.9	156.9	1.3	42.2	-0.03902
1998/99	246.8	232.3	236.9	233.6	148.9	1.7	97.9	-0.05736
2003	206.3	213.1	195.7	192.5	144.1	1.4	62.2	-0.05105

Source : Gwatkin et al. (2007) à partir des données EDS.

Note : l'indice de concentration varie entre -1 (inégalité extrême au détriment du quintile plus pauvre) et +1 (au détriment du quintile plus riche). 0 est la valeur de parfaite égalité.

Un examen plus approfondi de cette situation est présenté à travers le graphique ci-dessous, qui montre le taux d'amélioration de la mortalité pour les moins de cinq ans au cours de la décennie dans chaque quintile. Bien que la tendance soit loin d'être concluante et que la nouvelle EDS fournira une confirmation de la tendance, les données disponibles suggèrent que l'amélioration de la mortalité infantile au Burkina Faso est loin d'être pro-pauvres. La courbe de tendance dans le graphique nous amène à conclure que les efforts pour lutter contre la mortalité infantile sont plus favorables à une réduction des taux de mortalité dans les groupes aisés plutôt que chez les groupes les plus pauvres où le taux a semble-t-il même augmenté.

**Graphique 4 : Taux de variation du indicateur de mortalité infanto-juvénile entre 1993 et 2003 par quintile (en %)**



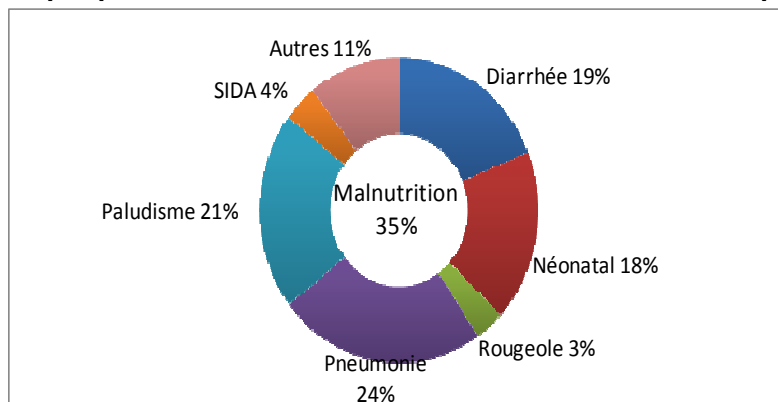
Source: A partir de l'EDS 1998 et 2003

### 1.2.1 Les causes du décès

Selon des sources sanitaires, 7 enfants sur 10 meurent de maladies évitables : les infections respiratoires aiguës, le paludisme, et la diarrhée. Les principales causes de la **mortalité infanto-juvénile** sont la pneumonie (24%), le paludisme et autres infections (21%), la diarrhée (19%), les causes néonatales (18%), le VIH/SIDA (4%) et la rougeole (3%) (Graphique 5). Toutefois, selon le Lancet, la malnutrition est considérée comme une cause sous-jacente d'un tiers des décès des enfants<sup>11</sup>.

<sup>11</sup> Black, R. et al. *Maternal and Child Undernutrition*. Le Lancet. 2008.

**Graphique 5 : Les causes de décès chez les moins de cinq ans au Burkina Faso**



Source : Ministère de la Santé, 2009

Les décès néonataux sont dus aux infections sévères (32%), à la prématurité/faible poids (22%), à l'asphyxie (21%), au tétanos néonatale (12%), et aux affections congénitales (5%), la diarrhée (2%) et autres causes (6%) (Ministère de la Santé, 2008).

Pour ce qui est de la mortalité maternelle, les causes principales au Burkina Faso sont l'hémorragie (30%), l'infection puerpérale (23%), l'obstruction du travail (14%), le paludisme (12%) et l'avortement compliqué (10%) (Plan d'investissement pour l'atteinte des OMD en Santé au Burkina Faso, 2008).

### 1.2.3 L'utilisation des services

Comme conséquence de l'augmentation dans la prestation de services ces dernières années, certains indicateurs d'utilisation des services ont montré une amélioration (Tableau 5). Le taux d'accouchement assisté, par exemple, a augmenté de 34% en 2004 à 71% en 2009 selon le Système Nationale d'Information Sanitaire de 2010, une amélioration significative par rapport à la moyenne régionale de l'Afrique de l'Ouest et centrale (44%<sup>12</sup>). Le taux de participation à la première consultation prénatale a augmenté, à un peu plus de 84% en 2010<sup>13</sup>. Toutefois, vers un tiers des femmes ne sont pas encore vues pour leur deuxième consultation prénatale, et plus de 50% ne sont pas vues pour une consultation postnatale<sup>14</sup>.

Étant donné le taux élevé de croissance de la population, calculée à 3,1% par an dans le dernier recensement, la persistance d'un faible taux d'utilisation des contraceptifs est un sujet de préoccupation. Les taux dans le Sahel et la région Centre-Ouest sont particulièrement faibles avec seulement une femme sur cinq utilisant les méthodes modernes de contraception.

Dans l'ensemble, une attention particulière devrait être accordée au faible taux de consultation continue de seulement 0,63 par habitant par an, dont l'amélioration est l'un des objectifs centraux de la politique nationale de santé.

<sup>12</sup> State of the World's Children. 2009. UNICEF

<sup>13</sup> Tableau de bord statistiques de santé. 2009. Ministère de la Santé

<sup>14</sup> Ibid.

**Tableau 5 : Évolution des indicateurs sanitaires de 2004 à 2010 (en %)**

Indicateurs	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Taux d'utilisation des contraceptifs	-	23,00	18,6	19,7	22,1	26,9	30
Taux d'accouchement assisté (districts et hopitaux)	33,5	42,9	47,1	58,4	66,5	73,2	74,7
Taux de couverture en consultation postnatale	34,00	29,00	43,8	38,3	39,9	43,1	46,1
Taux de couverture Consultation Prénatal 1	82,00	80,00	80,00	86,9	87,9	90,5	84,6
Taux de couverture Consultation Prénatal 2	62,00	63,00	57,4	64,9	69,9	73,8	71,7
Taux d'utilisation des soins curatifs (contact par habitant et par an)	0,34	0,34	0,37	0,43	0,50	0,56	0,63
Taux de couverture BCG	100	100	100	100	108,5	108,1	104
Taux de couverture DTC3	87,7	96,3	-	-			
Taux de couverture DTC-Hep-Hib3 (Penta 3)*	-	-	95,3	100	108	102,8 9	103,2 4
Taux de couverture VAR	77,8	84	88,1	94	100	99,42	99,29
Taux de couverture VAA	75,5	84,1	88,1	94	100	99,38	99,26
Taux de couverture VAT2	65	71	81	89	95	93,87	96,20

Source : DPV, annuaires statistiques DEP/DGISS

Note : \* = introduction du penta 3 en 2006. La baisse de certains indicateurs entre 2005 et 2006 est due à la reprise par la DGISS du mode de calcul des indicateurs à partir de 2006

Les taux de vaccination ont également augmenté de façon significative, bien qu'en grande partie due à une programmation verticale de cette intervention, le PEV. Cependant, malgré des taux de couverture actuellement de plus de 90%, le Burkina Faso continue de connaître des flambées de maladies comme la polio et la méningite, soulignant une préoccupation dans l'efficacité des programmes de vaccination et de leur suivi. Le Tableau 6 ci-dessous donne un aperçu des indicateurs de vaccination par région selon les carnets des enfants, et en dessous de cela, les mêmes statistiques pour les doses valides. Pour ce qui concerne le taux des enfants complètement vacciné (ECV en tableau 7), Sahel, le Nord, le Boucle de Mouhoun, le Centre-Ouest, et les régions ont des taux de couverture inférieurs à 50%, ce qui est nettement en deçà de ceux des régions centrales. La nouvelle Enquête du gouvernement sur les vaccins de l'année 2010 a révélé une couverture nettement améliorée à travers le pays avec des niveaux variant entre 87-97%. Néanmoins, le taux de couverture effective montre que les horaires de livraisons de vaccination sont moins bien respectés, ce qui produit un taux de couverture vaccinale complète de seulement 54%.

**Tableau 6 : Couverture vaccinale des enfants dans les régions sanitaires selon les carnets et les déclarations de la mère, 2010 (Revue du PEV 2010)**

N° d'ordre	Région	BCG	VPO0	VPO1	VPO2	VPO3	DTC-HepB-Hib1	DTC-HepB-Hib2	DTC-HepB-Hib3	VAR	VAA
1	Boucle Mouhoun	99,5	93,2	99,2	98,6	97,9	99,3	98,4	97,9	93,8	93,9
2	Cascades	96,8	91,5	96,8	94,6	92,4	97,2	94,7	92,4	90,6	90,4
3	Centre	99,6	98,9	98,9	98,6	98,1	99,5	98,8	98	95,7	95,4
4	Centre Est	99,6	98,4	99,1	98,7	98,1	99,3	98,7	98,2	96,3	96,3
5	Centre Nord	99,9	92,4	99	98,7	98	99,2	98,7	98	97	97
6	Centre Ouest	99,4	97,5	98,9	98,2	97	99,2	98,3	96,9	94,6	94,6
7	Centre Sud	99,8	99,5	99,2	98,9	98,3	99,5	99,1	98,3	96,3	96,3
8	Est	99	98,5	98,5	97,8	95,9	99	98,1	96,1	93,5	93,4
9	Hauts Bassins	98,8	93,3	98	97,4	95,6	98,2	97,4	95,8	92,7	92,6
10	Nord	99,4	96,2	98,7	97,9	96,4	98,8	98,2	96,7	93,3	92,9
11	Plateau Central	99,8	99,1	99,7	99,1	98,2	99,8	99,1	98,2	95,6	95,4
12	Sahel	97,1	60,6	97,4	95,6	91,4	97,9	95,7	91,5	86,8	86,6
13	Sud Ouest	99	97,3	98,7	97,5	96,9	98,7	97,8	96,9	94,3	94,2
<b>MOYENNE PAYS</b>		<b>99,1</b>	<b>93,9</b>	<b>98,6</b>	<b>97,9</b>	<b>96,5</b>	<b>98,9</b>	<b>98</b>	<b>96,6</b>	<b>93,9</b>	<b>93,8</b>

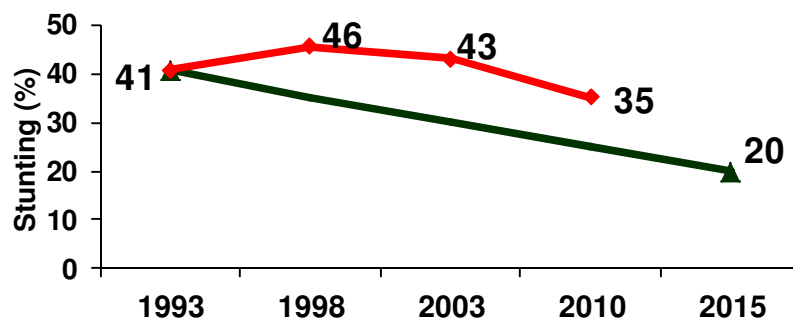
**Tableau 7 : Couverture vaccinale des enfants dans les régions sanitaires avec doses valides, 2010 (Revue du PEV 2010)**

N° d'ordre	Région	BCG	VPO 0	VPO1	VPO2	VPO3	DTC-HepB-Hib1	DTC-HepB-Hib2	DTC-HepB-Hib3	VAR	VAA	ECV
1	Boucle Mouhoun	94,4	45,2	91,7	84,9	78,7	91,0	84,1	77,8	59,1	82,1	48,00
2	Cascades	88,6	42,7	88,3	83,0	78,1	89,3	83,5	77,7	67,7	79,6	59,00
3	Centre	91,7	76,3	89,1	86,0	80,9	90,0	85,9	81,0	72,9	82,3	64,00
4	Centre Est	96,5	72,8	94,8	91,5	86,3	94,6	91,4	86,3	70,8	89,6	63,00
5	Centre Nord	96,2	58,7	93,1	87,3	81,5	93,5	87,6	81,5	70,3	90,1	58,00
6	Centre Ouest	95,8	57,0	83,7	79,2	72,9	93,3	88,2	81,3	62,0	85,2	47,00
7	Centre Sud	95,6	68,6	92,3	87,9	83,9	92,3	88,1	83,2	66,6	87,0	58,00
8	Est	96,5	56,0	93,0	86,2	77,6	93,2	85,7	77,3	61,6	82,9	51,00
9	Hauts-Bassins	94,0	54,1	91,3	86,7	79,9	91,6	87,6	81,5	64,4	84,8	55,00
10	Nord	90,2	47,4	82,8	75,7	68,8	83,6	77,2	70,4	52,6	76,2	42,00
11	Plateau Central	91,0	66,4	89,9	86,4	81,1	90,5	87,9	82,6	62,6	80,5	55,00
12	Sahel	79,0	23,0	76,9	69,7	61,2	77,5	70,2	62,0	48,7	63,9	39,00
13	Sud Ouest	87,9	51,8	86,0	79,8	75,8	86,2	80,5	76,9	63,3	79,8	55,00
<b>MOYENNE PAYS</b>		<b>92,5</b>	<b>55,4</b>	<b>88,9</b>	<b>83,6</b>	<b>77,4</b>	<b>90,0</b>	<b>84,6</b>	<b>78,5</b>	<b>63,1</b>	<b>82,1</b>	<b>54,00</b>

### 1.3 La nutrition des enfants

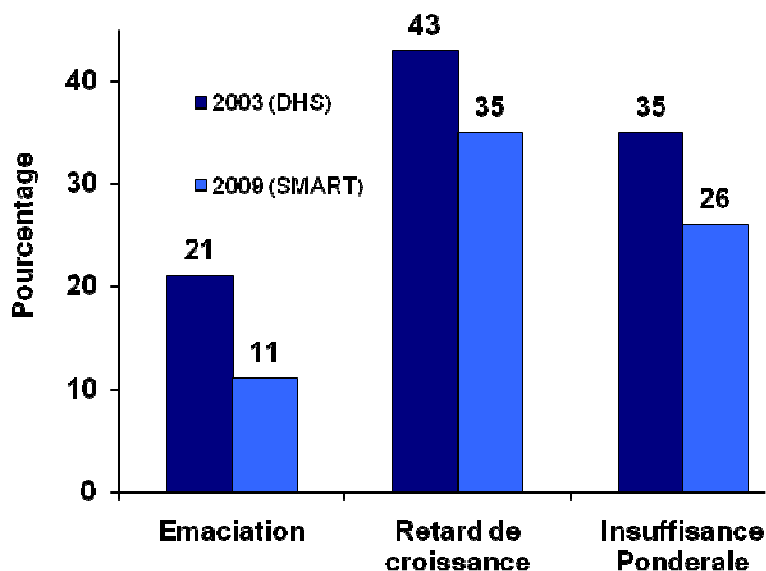
Au niveau national, la tendance de la malnutrition a amorcé un virage et la trajectoire revient sur le « bon chemin » vers le cible du premier OMD, mais il est toujours urgent d'accélérer le rythme de la réduction pour atteindre des OMD en 2015.

Figure 6 : Le progrès national vers l'OMD pour réduire la malnutrition



En 2009, plus d'un tiers des enfants de moins de 5 ans souffraient de **retard de croissance** au Burkina Faso, soit environ 1.000.000 d'enfants<sup>15</sup>, bien que cela représente une baisse sur le taux de 2003 de 43% (graphique 7). Selon le rapport de l'Enquête nutritionnelle, SMART 2009, la prévalence de l'**émaciation** était de 10,7%, représentant une réduction considérable par rapport à celle rapportée par l'EDS 2003 de 21%. Ce chiffre est au dessus du niveau « sévère » de 10%, tel que défini par l'OMS, sans compter les disparités régionales. La proportion des moins de cinq ans souffrant d'**insuffisance pondérale** a diminué de 35% en 1998 et 2003 à 26% en 2009.

Graphique 7 : Progrès dans l'état nutritionnel des enfants, % (EDS 2003 et SMART 2009)<sup>16</sup>



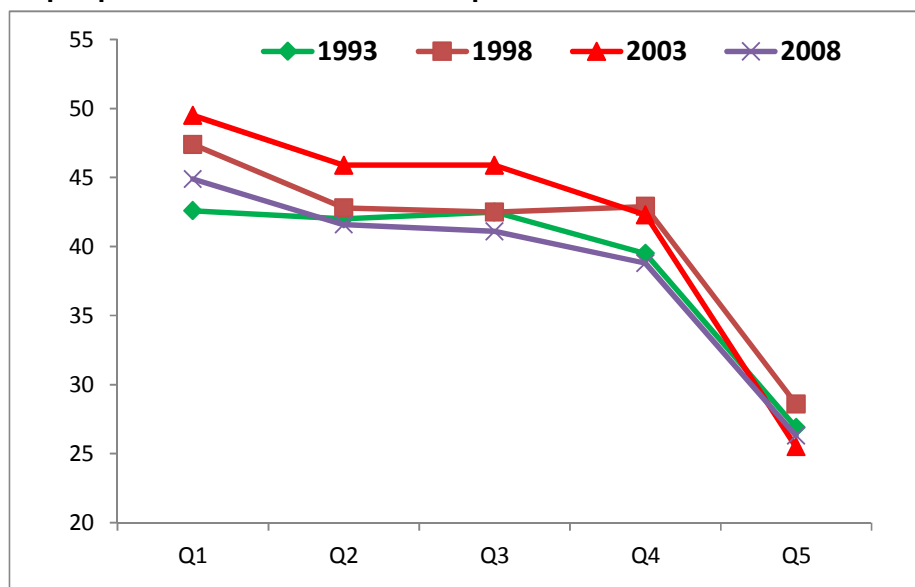
<sup>15</sup> SMART Enquête. 2009.

<sup>16</sup> «Insuffisance pondérale» désigne le pourcentage d'enfants âgés de 0 à 59 mois, qui sont inférieures à moins 2 écarts-types du médian *poids pour âge*. « Retard de croissance » se réfère à une faible *taille pour âge*, et «émaciation» à un faible *poids pour taille*.



En ce qui concerne les groupes de revenu, les plus pauvres 20% de la population souffrent les plus hauts niveaux de malnutrition chronique. Ce qu'il est aussi important de noter, et qui est pertinent également de considérer pour beaucoup des indicateurs de bien-être au Burkina Faso, est que les niveaux de privation de nutrition sont relativement similaires dans les quatre quintiles les plus pauvres et que l'amélioration ne se trouve que dans le quintile le plus riche, voir le graphique ci-dessous. De toute évidence, cela a des implications pour la programmation et les politiques dans lesquels un appel pour une focalisation sur les plus pauvres est fait de plus en plus fréquemment.

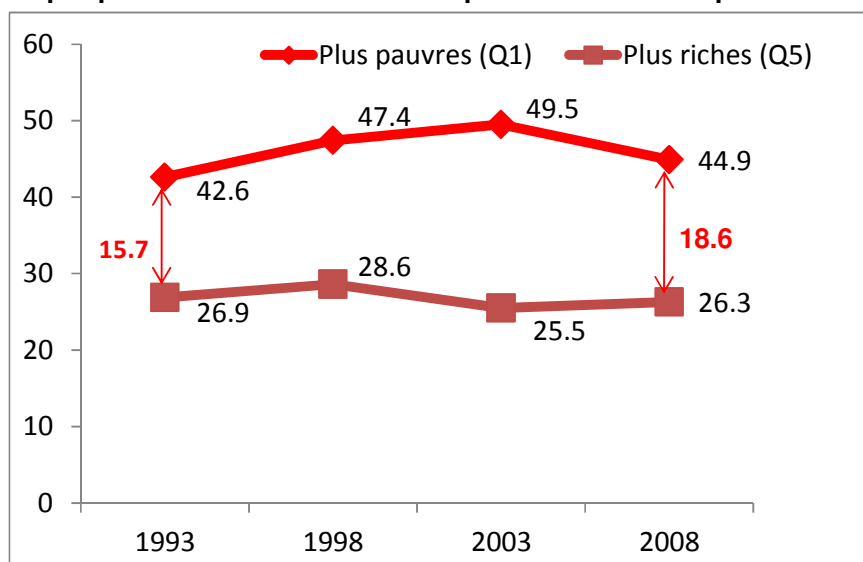
**Graphique 9 : Retard de croissance par niveau de revenu**



Source : EDS 1993, 1998, 2003, et ENIAM 2008

En regardant de plus près l'évolution de la malnutrition chronique entre les groupes dans le graphique ci-dessous, on constate que peu, voire négative, des progrès ont été accomplis depuis les années 1990 pour réduire la disparité entre riches et pauvres.

**Graphique 10 : La tendance des disparités de revenu pour la retard de croissance**



Source : EDS 1993, 1998, 2003, et ENIAM 2008

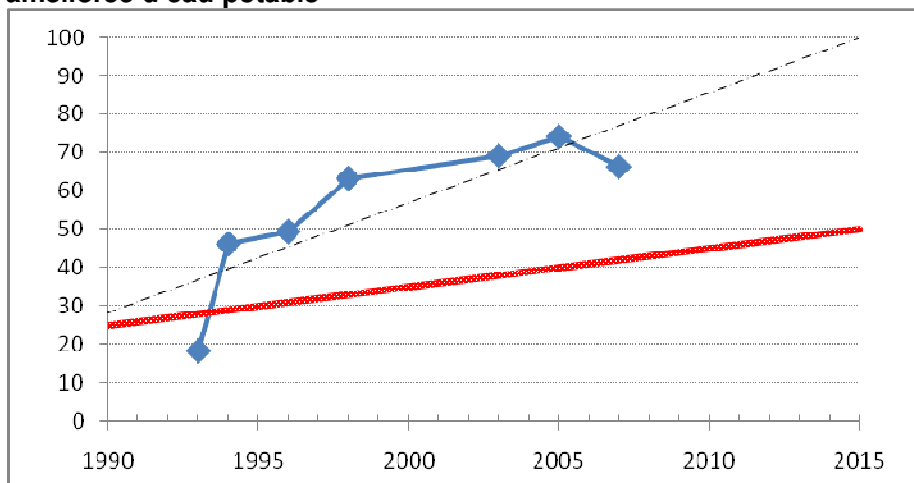
En ce qui concerne l'équité de l'allaitement maternel exclusif, l'enquête ENIAM (2006) a révélé, ce qui peut-être surprenant, qu'il n'y a pas de différences significatives de taux entre les zones rurales et urbaines, mais les taux varient considérablement entre les régions du pays. Le taux d'allaitement maternel exclusif pour les enfants de 0-6 mois est seulement de 0,5% dans le Plateau Central et 10,8% dans les Hauts Bassins.

## 1.4 L'eau et l'assainissement

L'accès à l'eau et l'assainissement ne constituent pas un secteur en soi, mais plutôt une question importante et transversale de la santé et de bien-être en générale. Plusieurs ministères sont chargés des divers aspects de sa gestion. Le ministère de l'Agriculture (MAHRH) s'occupe de l'accès à l'eau potable. La gestion de l'eau de pluie dans les zones urbaines est la préoccupation du Ministère de l'Infrastructure, des Transports et de l'Habitat (MITH). Le Ministère de la santé est responsable pour la promotion de l'hygiène et l'éducation sanitaire sur l'ensemble du pays, et l'Office National de l'Eau et l'Assainissement (ONEA) a le monopole en tant qu'agence opérationnelle sur la prestation en milieu urbain.

Le rapport de l'ONU sur les OMD montre que le Burkina Faso est en effet susceptible d'atteindre l'indicateur 7.8 de doubler l'accès à l'eau potable. Le graphique 11 montre que le niveau de couverture pour l'eau potable a été supérieur à la ligne de tendance (en rouge) nécessaire pour atteindre l'objectif fixé.

**Graphique 11 : La tendance de la proportion de la population utilisant une source améliorée d'eau potable**



Source : Rapport pays OMD: Burkina Faso 2000-2008. 2010. Nations Unies.

A partir des données Multiple Indicator Cluster Survey de 2006 (MICS3), on trouve que 77,3% de la population a accès à l'eau potable (Tableau 8). On note cependant une différence significative entre les zones urbaines (94,4%) et celles rurales (71,8%), et les chiffres entre les quintiles de revenu reflètent cette même différence (77,7% des ménages les plus pauvres ont accès à une source d'eau améliorée par rapport à 94,5% des ménages les plus riches). Seulement 2,4% des ménages ont une source d'approvisionnement en eau potable dans l'habitation (9,9% en milieu urbain et 0% en milieu rural). Pour les ménages qui n'ont pas de l'eau potable sur place (dans l'habitation ou dans la cour), le temps moyen pour aller chercher et ramener l'eau est de 35,7 minutes, mais il faut au moins une heure pour un cinquième des ménages.

**Tableau 8 : Indicateurs des sources d'eau et installations sanitaires améliorées**

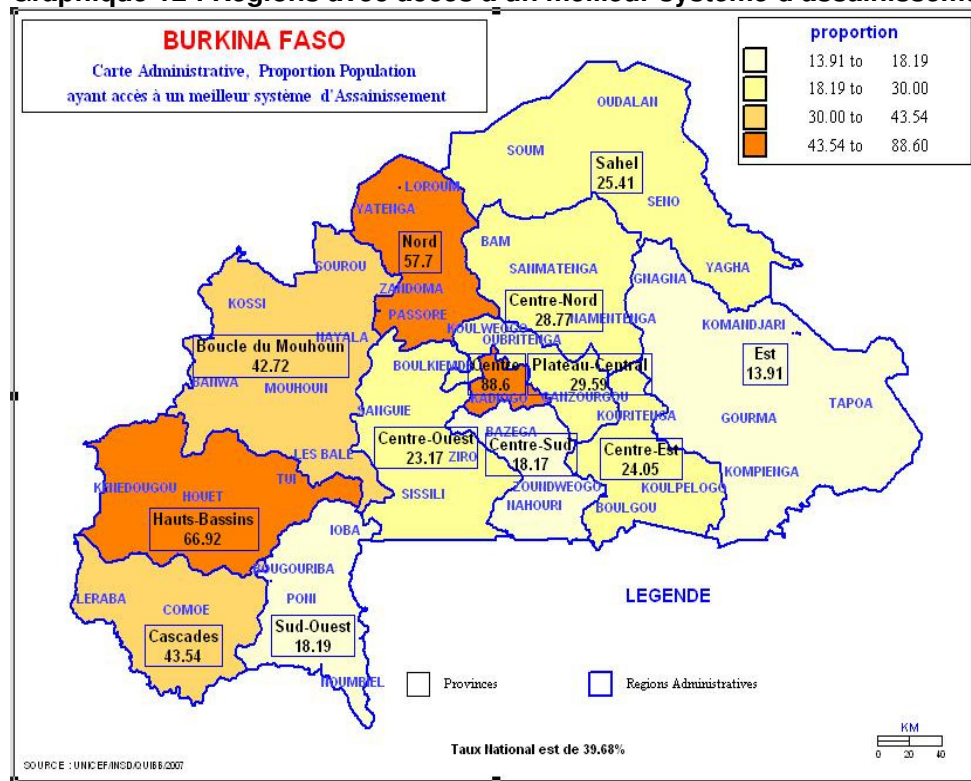
	Source d'eau améliorée (%)	Eau courante dans l'habitation (%)	Temps moyen pour puiser l'eau de boisson (en min)	% de la population utilisant des sanitaires pour l'élimination des excréta
Urbain	94.4	9.9	29.4	94.1
Rural	71.8	0	37.4	18.5
National	77.3	2.4	35.7	36.9

Source : MICS3 (2006) ; Note : pourcentages calculés sur la population totale

Quand la source d'approvisionnement en eau de boisson ne se trouve pas sur place, ce sont les femmes adultes qui vont chercher l'eau dans 85% des cas, les jeunes filles de moins de 15 ans dans 4,8% des cas (mais presque 8% dans les zones rurales), tandis que les jeunes garçons le font dans 1,5% des cas (MICS 2006).

Pour ce qui concerne l'assainissement, en regardant le MICS encore, seulement 36,9% de la population vit dans des ménages disposant de toilettes appropriées (Tableau 5). De nouveau, il y a des différences extrêmement évidentes entre le milieu urbain (94,1%) et le milieu rural (18,5%). En outre, les différences entre les groupes de revenus sont encore plus évidentes avec, en moyenne, aucun ménage du tout dans les deux quintiles les plus pauvres ayant accès à des installations sanitaires appropriées, comparé à 97,5% dans le quintile le plus riche. Les estimations JMP présente une image pire de l'accès à l'assainissement, estimant qu'en 2008 seulement 11% de l'ensemble des ménages avaient accès à des installations sanitaires améliorées<sup>18</sup>.

**Graphique 12 : Régions avec accès à un meilleur système d'assainissement**



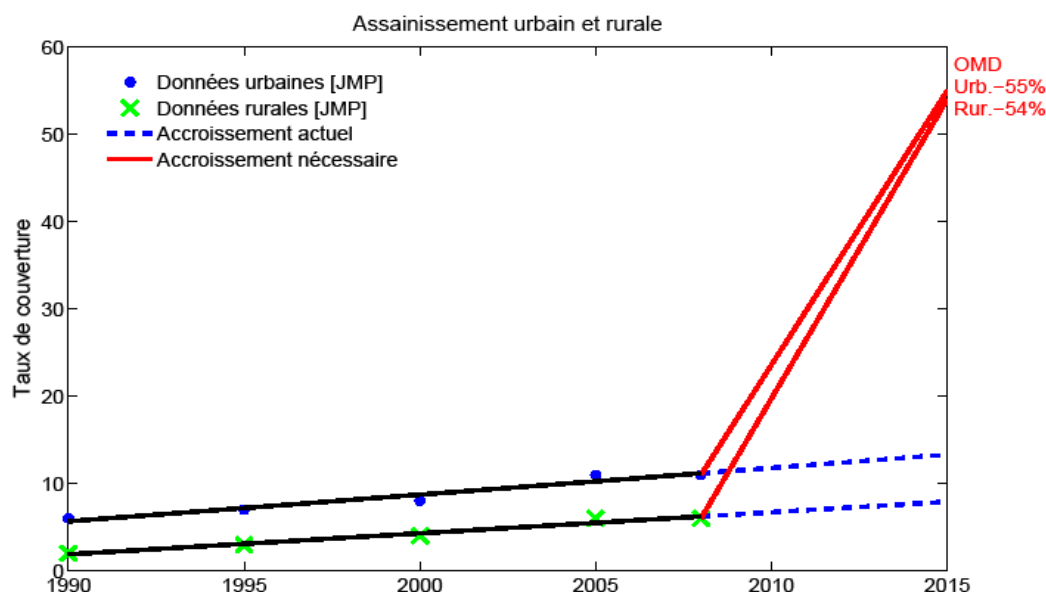
Source : DevInfo, 2010

<sup>18</sup> JMP (Joint Monitoring Programme) pour l'eau et l'assainissement au Burkina Faso 2009

Au niveau régional, le graphique 12 ci-dessus illustre des inégalités importantes entre les régions dans le domaine d'accès à l'assainissement. Le taux d'accès à un meilleur système d'assainissement varie d'une couverture négligeable de 14% à l'Est à 67% dans les Hauts Bassins et 89% dans la région du Centre.

En effet, le taux global de couverture d'assainissement dans le contexte urbain, estimé à 17 pour cent en 2008, apparaît largement en deçà des attentes (Revue à mi-parcours du CSLP, juin 2008). Le graphique 13, en utilisant les chiffres de l'Observatoire de projet conjoint de l'eau et l'assainissement, montre que la réalisation de la cible de l'OMD pour l'assainissement est très peu probable. En outre, l'urbanisation croissante crée une pression supplémentaire sur la gestion des déchets et le bien-être social, en particulier dans la capitale.

**Graphique 13 : Assainissement urbain et rural**



Source : JMP pour l'eau et l'assainissement au Burkina Faso 2009

L'assainissement et l'hygiène sont au stade embryonnaire au Burkina Faso compte tenu des problèmes environnementaux dus à la mauvaise gestion des déchets solides et liquides. Malgré la mise en place d'une Stratégie nationale d'assainissement (SNA) en 1996 et d'un cadre légal en 1997, en général la promotion de l'assainissement et de l'hygiène a très peu progressé jusqu'à ce jour. C'est pourquoi les efforts engagés par le gouvernement à travers le Programme National d'Approvisionnement en Eau Potable et Assainissement à l'Horizon 2015 (PN-AEPA 2015) et la Campagne Nationale de Plaidoyer et de Mobilisation Sociale pour l'Accès à un Assainissement Adéquat lancée par le Chef de l'Etat seront très importants pour une meilleure prise en compte de cet enjeu.

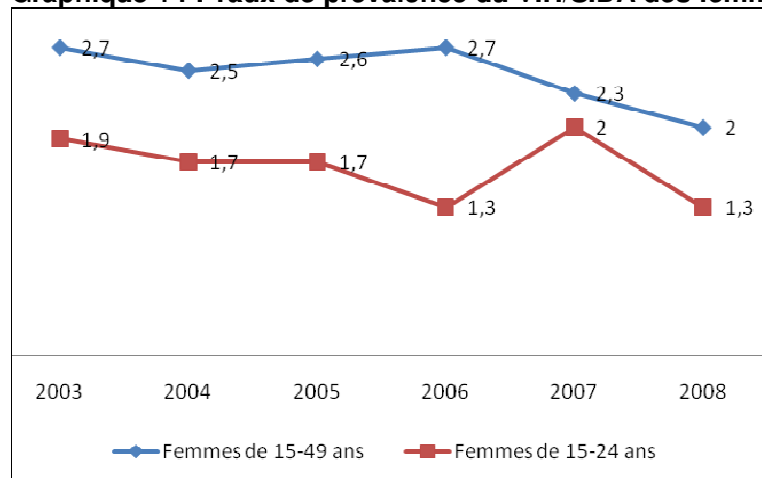
### 1.5 VIH/SIDA

Le VIH/SIDA constitue une menace pour le développement du Burkina Faso. Toutefois, les efforts fournis par le gouvernement pour intensifier les mesures de prévention et promouvoir les changements de comportement semblent donner des résultats dans la lutte contre le VIH/SIDA (Ponty et al. 2008). En effet, selon les données de l'ONUSIDA<sup>19</sup> à partir de sites

<sup>19</sup> Le rapport a été cité par Ponty et al., 2008. Malheureusement, la référence du rapport n'a pas été indiquée clairement.

sentinelles, il est noté un recul du taux de prévalence qui est passé de 2,7% en 2003 à 2,0% en 2008 pour les femmes de 15-49 ans (Graphique 14). Les données des Enquêtes démographique et de santé (EDS) confirment ce niveau avec un taux de prévalence du VIH/SIDA qui a baissé à 1,8% en 2003. Mais l'infection est plus que deux fois plus élevée dans les zones urbaines, atteignant environ 4% à Ouagadougou.

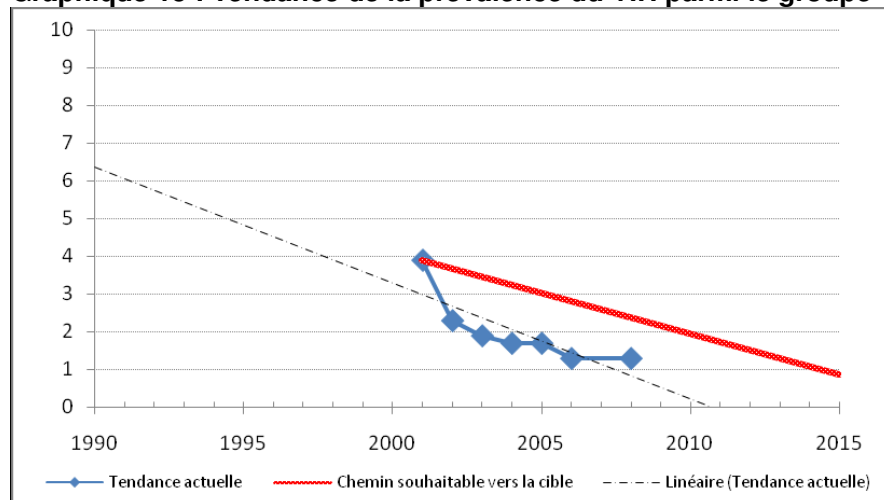
**Graphique 14 : Taux de prévalence du VIH/SIDA des femmes (en %)**



Source : ONU-SIDA 2009

Lorsque l'on compare ces taux avec les données antérieures, il semble que nous assistons à une baisse significative des taux d'infection qu'a mis le Burkina Faso sur la bonne voie pour atteindre le cible 6A des OMD d'inverser l'augmentation de la prévalence du VIH.

**Graphique 15 : Tendence de la prévalence du VIH parmi le groupe 15-24 ans**



Source : Rapport pays du Suivi des OMD. 2010. PNUD et MEF

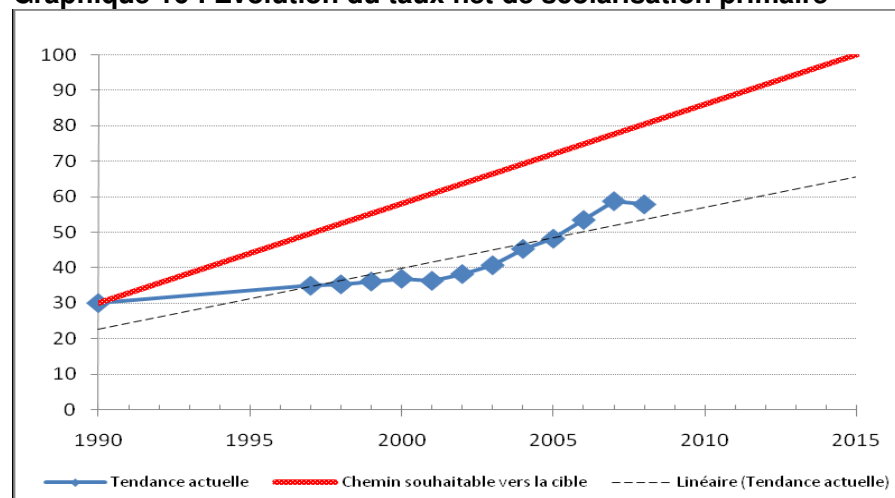
Des facteurs clé dans la transmission du VIH sont à chercher dans l'accès aux services de planification familiale, le comportement de la population, la sensibilisation des jeunes, et les niveaux des compétences de vie qui commencent à s'améliorer. Toutefois, seulement 43% des jeunes de 15-24 ans disent avoir utilisé un préservatif lors de leur premier rapport sexuel (ONU-SIDA). Dans l'ensemble, l'enquête MICS de 2006 montre que seulement 13,3% des femmes (âgées de 15-49 ans et dans une relation) utilisent une forme moderne de contraception, ce qui est juste une femme sur dix pour celles qui n'ont pas un niveau

d'éducation, mais plus de 1 sur 3 pour les femmes qui ont au le niveau de moins l'enseignement secondaire.

## 1.6 Éducation

Dans l'ensemble du Burkina Faso, la grande majorité (90%) des ménages burkinabè est portée à scolariser moins d'un enfant de 6 à 17 ans sur quatre<sup>20</sup>. Toutefois, le taux net de scolarisation primaire (TNS) est passé de 34,9% en 97/98 à 57,9% en 2008/2009 (Tableau 9), soit une augmentation d'environ 23 points de pourcentage. De même, les derniers chiffres montrent que le taux brut de scolarisation primaire a atteint 74,9% en 2009/10, en hausse par rapport au taux de 44% en 2000/01. Cet accroissement est en partie dû au Plan Décennal de Développement de l'Éducation de Base entrepris par le Gouvernement avec l'aide de partenaires. Malheureusement, ce n'est toujours pas suffisant pour atteindre la deuxième cible des OMD de l'éducation primaire pour tous, comme le graphique ci-dessous montre.

**Graphique 16 : Evolution du taux net de scolarisation primaire**



Source : Rapport pays du Suivi des OMD. 2010. PNUD et MEF

**Tableau 9 : Évolution des taux brut et net de scolarisation des enfants de 7 à 12 ans**

Année scolaire	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02	02/03	03/04	04/05	05/06	06/07	07/08	08/09
TBS	43,2	44,1	44,7	45,9	46,5	48,7	53,3	57,7	61,4	67	71,8	72,4
TNS	34,9	35,3	36,1	36,9	36,3	38,2	40,7	45,3	48,2	53,5	58,8	57,9

Note – TBS: taux brut de scolarisation; TNS: taux net de scolarisation

Source : MEBA, 2009

Un examen des données montre que la scolarisation des filles rencontre des obstacles particuliers (Tableau 10). Le taux net de scolarisation des filles au primaire est de 54,5%, par rapport à 61,3% pour les garçons, en 2008/2009.

**Tableau 10 : Taux brut et net de scolarisation au primaire en 2008/2009**

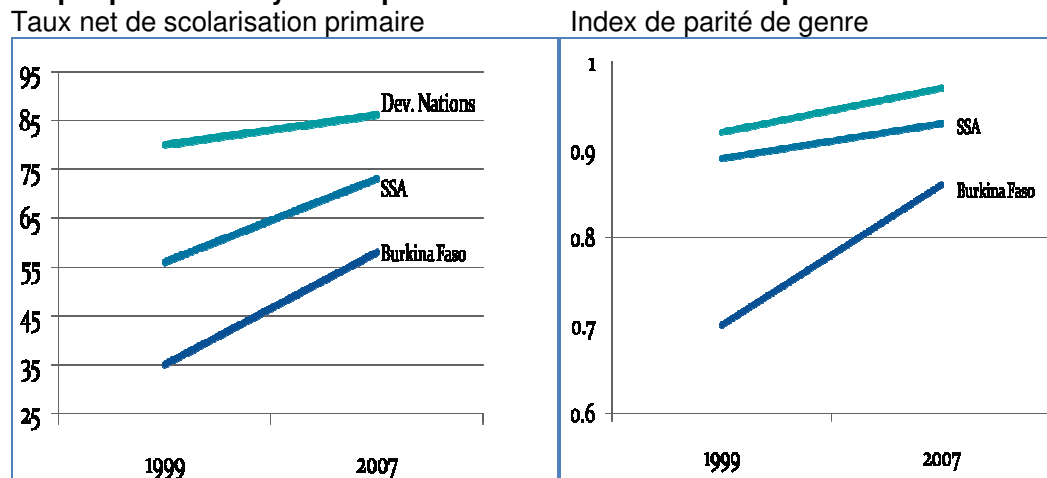
	Garçon	Fille	Total
TBS au primaire	77,1	67,7	72,4
TNS au primaire	61,3	54,5	57,9

Source : MEBA, 2009

<sup>20</sup> Diagnostic de la SCADD. 2010.

Ces résultats montrent que les efforts consistants déployés par le gouvernement et ses partenaires se traduisent par un processus de rattrapage progressif du retard qu'enregistrait le Burkina Faso par rapport à la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne comme mis en évidence dans les graphiques ci-dessous. Le taux de rattraper le retard pour le ratio de genre a été particulièrement plus forte que la moyenne ailleurs.

**Graphique 17 : Analyse comparative Burkina Faso et l'Afrique Sub-saharienne**



Source : State of the World's Children 2009

Une typologie par région du pays montre que les taux bruts de scolarisation les moins élevés se situent dans les régions du Sahel et de l'Est (Tableau 11). Le Sahel est connu pour ses activités essentiellement d'élevage et où l'enfant est souvent très tôt impliqué dans la gestion du patrimoine, ce qui rend difficile la scolarisation des enfants.

**Tableau 11 : Les taux de scolarisation primaire des 7 à 12 ans par région, 2009**

Région	Taux net de scolarisation en %	Taux brut de scolarisation en %
Hauts Bassins	62,0	80,0
Boucle du Mouhoun	55,7	69,0
Sahel	34,0	40,8
Est	42,1	50,4
Sud Ouest	56,5	68,8
Centre Nord	52,3	64,8
Centre Ouest	66,3	83,7
Plateau Central	63,7	80,5
Nord	76,0	93,1
Centre Est	57,8	70,8
Centre	66,3	84,8
Cascades	51,3	67,7
Centre sud	64,7	83,6
National	57,9	72,4

Source : MEBA, 2009

Les régions où les TBS et TNS au primaire sont les plus faibles sont aussi les régions où les TBS et TNS au premier cycle du secondaire sont aussi les plus faibles (Tableau 12).

**Tableau 12 : Les taux de scolarisation au premier cycle du secondaire des 13 à 16 ans par région, 2003**

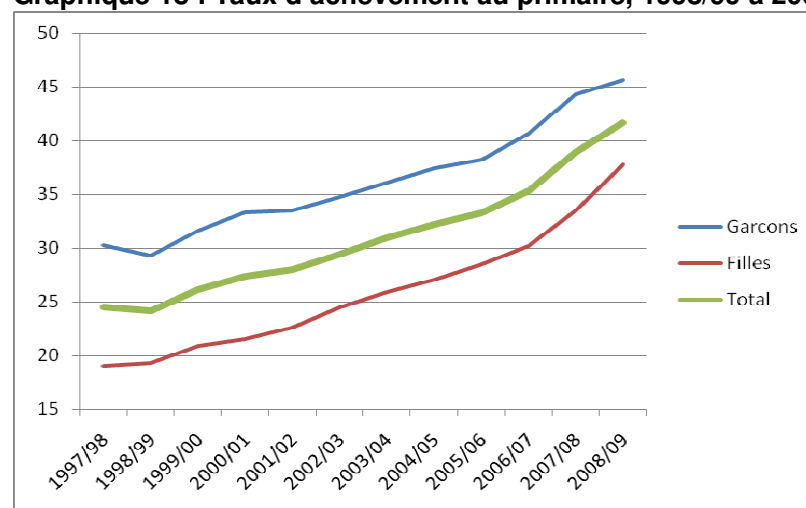
Région	TNS au secondaire premier cycle	TBS au secondaire premier cycle
Hauts Bassins	20,67	35,25
Boucle du Mouhoun	7,73	15,27
Sahel	4,18	5,93
Est	3,27	6,68
Sud Ouest	5,93	4,18
Centre Nord	9,26	5,18
Centre Ouest	21,34	8,38
Plateau Central	12,95	5,27
Nord	13,87	7,35
Centre Est	15,26	7,33
Centre	61,29	33,79
Cascades	14,51	8,04
Centre sud	9,51	4,91
National	10,96	20,61

Source : Calculé par les auteurs à partir de l'EICVM, 2003

En ce qui concerne le pré-primaire, les niveaux de scolarisation demeurent très faibles. En plus, ce sont plus les garçons et ceux qui vivent dans les zones urbaines qui fréquentent le préscolaire (7,9% des enfants âgés 3 à 5 ans en milieu urbain fréquentent un programme préscolaire, comparativement à seulement 0,9% dans les zones rurales, MICS 2006).

Au-delà des simples chiffres de l'inscription, nous voyons que la rétention des élèves est clairement un problème, car le taux d'achèvement au niveau primaire continu d'être faible. En moyenne, seulement 4 enfants sur 10 âgés de 11 ans arrivent au CM2 en 2008/09 (Graphique 10). Bien que cela représente une augmentation par rapport au taux de 24,6%, de 1997/98, c'est moins que proportionnelle à l'augmentation observée du taux net de scolarisation, ce qui suggère que la capacité du système d'accueillir des élèves et de les maintenir dans le système ne s'est pas améliorée aussi rapidement que sa capacité à simplement les inscrire le premier jour de l'école.

**Graphique 18 : Taux d'achèvement au primaire, 1998/99 à 2008/09**



Source : MEBA 2009

En observant la proportion totale des enfants de 6 à 17 ans scolarisée au Burkina Faso (Tableau 10), on constate qu'elle est relativement faible au niveau national avec seulement

un peu plus d'un enfant sur quatre inscrits (28,4%). L'analyse au niveau régional révèle que les régions comme le Centre, les Hauts bassins et le Centre Ouest ont des taux plus élevés que les régions de l'Est, du Sahel et du Centre Nord. Zonon (2006) montre qu'il existe de grandes disparités entre les régions en matière d'offre de services sociaux de base.

**Tableau 13 : Proportion des enfants entre 6 et 17 ans fréquentant l'école, 2003**

Région	Proportion des enfants fréquentant, %
Centre	63,29
Hauts Bassins	37,31
Centre Ouest	34,59
Nord	26,92
Centre Est	26,19
Boucle du Mouhoun	25,13
Cascades	22,95
Plateau Central	22,92
Sud Ouest	21,67
Centre sud	21,35
Centre Nord	17,66
Est	15,60
Sahel	12,88
<b>National</b>	<b>28,40</b>

Source : Calculé par les auteurs à partir de l'EICVM, 2003

En ce qui concerne les écoles au niveau de l'éducation primaire, le nombre a augmenté entre 2000/01 et 2008/09 passant de 5.131 écoles à 9.127. Toutefois, le Burkina Faso est actuellement confronté à des défis démographiques considérables. Le pays est de plus en plus jeune au point où les enfants constituent plus de la moitié de la population (52,13%)<sup>21</sup>. Ces évolutions posent des défis importants. Par exemple, entre 2005 et 2020, la population en âge scolaire va plus que doubler pour atteindre 6 millions<sup>22</sup>, mettant une pression certaine sur le système éducatif, qui lutte déjà pour faire face à la nouvelle politique de l'éducation gratuite. Une telle expansion rapide et substantielle, exploré dans la section 2.1.3., signifie que les augmentations précédentes du nombre de salles de classe seront inadéquates.

En plus, il existe d'énormes disparités entre régions quant au rapport nombre d'habitants par école (Tableau 14). Les infrastructures primaires sont moins représentées dans la région du Centre-Est. Elles semblent mieux présentes dans la région du Nord et Sud-ouest.

**Tableau 14 : Population et nombre d'écoles et habitants par école en 2006**

Région	Population en 2006	Nombre d'écoles primaires en 2006	Nombre d'habitants par école en 2006
Boucle du Mouhoun	1 478 392	866	1707
Cascades	430 677	299	1440
Centre	1 338 138	717	1866
Centre-Est	1 054 955	553	1908
Centre-Nord	1 154 952	668	1729
Centre-Ouest	1 116 631	802	1392
Centre-Sud	643 391	397	1621
Est	1 137 744	707	1609
Hauts-Bassins	1 389 258	696	1996
Nord	1 176 701	968	1216

<sup>21</sup> A partir des données de l'EICVM 2003

<sup>22</sup> Base de données sur la population des Nations Unies. 2008

Plateau Central	729 041	537	1358
Sahel	936 612	533	1757
Sud-Ouest	530 654	439	1209
<b>Nationale</b>	<b>13 117 147</b>	<b>8182</b>	<b>1603</b>

Source : Direction des Études et de la Planification, MENA

Pour l'éducation secondaire, le nombre de salles a augmenté considérablement de 2000/2001 à 2007/2008, passant de 2.955 à 5.610 pour l'enseignement général. Mais seuls trois enfants sur dix ont accès à l'éducation au-delà du niveau primaire.

**En ce qui concerne l'éducation non formelle**, le sous-secteur comprend selon le MENA: (i) l'éducation non formelle des jeunes et des adultes âgés de plus de quinze ans, dispensée dans les Centres Permanents d'Alphabétisation Fonctionnelle (CPAF); (ii) l'éducation non formelle des adolescents âgés de neuf à quinze ans, donnée dans les Centres d'Education de Base Non Formelle (CEBNF) ; et (iii) l'éducation non formelle de la petite enfance administré dans les Espaces d'Entraide Communautaire pour l'Enfance (EECE) ou les Bisongo<sup>23</sup>. Cela signifie que l'éducation non formelle va bien au-delà de la question de l'analphabétisme des adultes, qui affecte 71.7% de la population<sup>24</sup>, afin d'inclure le développement de l'éducation de base non formelle au profit des enfants non scolarisés ou déscolarisés précocement, prenant en compte les aspects de genre et de l'handicap. Cependant, le domaine souffre d'un financement faible (il reçoit seulement 0,7% du budget de l'éducation<sup>25</sup>) et une absence de passerelle entre éducation non formelle et formelle.

## **1.7 La protection des enfants**

La question de la protection de l'enfant est une question complexe et transversale qui est fondée dans une série de considérations sociales, culturelles et juridiques. C'est une question souvent négligée dans le domaine de la recherche et des politiques publiques. Par conséquent, peu d'informations existent sur les liens entre la pauvreté et les questions de protection de l'enfant. Les questions spécifiques à la protection de l'enfant ne sont souvent prises en compte que sur une petite échelle et sont rarement intégrées dans l'ensemble des stratégies de développement national. Un aspect qui est souvent traité comme un sujet spécifique en soi, c'est l'enjeu des enfants orphelins ou vulnérables (OEV). Les données, bien que légère, ne soutiennent pas nécessairement que cette catégorie d'enfants – les OEV – est moins favorisée que les non-OEV; par exemple les enfants qui ne sont ni orphelins ni vulnérables, âgés de 10 à 14, ont un taux de scolarisation de 41,8% dans la dernière enquête MICS, alors que les OEV du même âge ont un taux de 43,5%. Les niveaux de malnutrition sont également comparables entre les OEV et les non-OEV. Il semble qu'une analyse plus approfondie est nécessaire sur les déterminants de la protection de l'enfant, qui pourrait faire avancer le dialogue au-delà d'une méthode plus simpliste de la catégorisation.

Dans la section suivante, on examine les questions du travail de l'enfant et ensuite les enfants en situation de rue, l'excision des filles, le mariage précoce, la violence, et l'enregistrement des naissances.

### **1.7.1 Le travail des enfants**

Après le Mali, le Burkina-Faso fait partie des pays de la sous-région qui a le plus haut taux du travail des enfants (BOURSIN, 2002). Le travail des enfants au Burkina Faso n'est pas un phénomène nouveau ni nécessairement nuisible, mais certaines formes actuelles méritent

<sup>23</sup> La Cadre des dépenses à moyen terme du MENA 2011-13. Novembre 2010. MENA

<sup>24</sup> QUIBB 2007. INSD

<sup>25</sup> Rapport sur l'Etat du Système Educatif National (RESEN). 2006. Banque Mondiale

une attention particulière : les situations d'exploitation et de traite des enfants à des fins économiques et/ou sexuelles. Pour la majorité des enfants, pour qui le travail est tout simplement une façon de survivre, il semble que le cadre de travail des enfants s'extériorise puisque près de 55% des enfants travaillant dans l'agriculture et l'élevage travaillent à l'extérieur de l'unité familiale, même s'ils résident toujours chez leurs parents. Environ 15,2% des enfants qui travaillent en ville ne vivent pas avec leurs parents contre seulement 9,6% en milieu rural (BOURSIN, 2002). Cette différence est la résultante de l'éloignement des infrastructures scolaires surtout celles du secondaire, qui ont été longtemps concentrées dans les villes, et de la plus faible incidence de la pauvreté et la plus grande opportunité en milieu urbain. Les causes du travail des enfants sont à rechercher non seulement dans la pauvreté des ménages et dans la nature des travaux agricoles dans la plupart des régions du pays, mais aussi dans l'inadéquation entre la formation scolaire et les besoins du marché du travail, ce qui amène certains parents à ne pas envoyer leurs enfants à l'école et à s'assurer plutôt qu'ils aient un métier.

Les résultats de l'Enquête Nationale sur le Travail des Enfants (ENTE) de 2006 montrent que 41,1% des enfants de 5 à 17 ans sont économiquement actifs, soit 44,1% en milieu rural et 23,2% en milieu urbain, avec des taux régionaux variant de 17,3% dans les Hauts Bassins à 64,2% dans le Sud-Ouest (INSD, 2008). Parmi les enfants effectuant un travail, 93,6% sont non rémunérés, 3,1% sont rémunérés et 3,3% sont indépendants. Sur les sept secteurs d'activités considérés dans l'analyse<sup>26</sup>, le plus gros employeur est le secteur agriculture/pêche/chasse, où travaillent 69,2% des enfants de 5-17 ans, suivi du secteur des activités domestiques (20%), bien que le travail des enfants dans ce dernier secteur soit souvent particulièrement sous-estimé. Les autres secteurs emploient chacun moins de 5,1% des enfants.

Dans une autre étude, Lachaud (2003) montre que 44% des enfants entre 5 et 14 ans ont une activité économique (Tableau 12). Il n'y a pas de différence importante de taux d'activité entre les garçons et les filles, mais le travail des enfants est beaucoup plus répandu en milieu rural.

**Tableau 15 : Taux d'activité des enfants (%)**

	Garçons		Filles		Ensemble
	5-9 ans	10-14 ans	5-9 ans	10-14 ans	
Rural	41.7	58.6	42.6	63.7	50.2
Urbain, central	1.4	7.6	5.3	10.6	6.4
Urbain, autre	10.7	16.9	12.2	14.8	13.5

Source : Lachaud (2003).

### 1.7.2 Autres aspects de la protection des enfants

Concernant les **enfants en situation de rue**, le Recensement de 2010<sup>27</sup> sur les enfants vivant dans la rue dans les zones urbaines a révélé que le pays possède 5721 de ces enfants en totale, dont la majorité (87%) sont des garçons. Cette population représente moins de 0,0008% des enfants dans le pays, et bien que beaucoup aient probablement un meilleur accès aux biens et services que leurs homologues dans les zones rurales isolées, leur nombre augmente rapidement - plus que doublé depuis 2002. La plupart de ces enfants (83%) dorment sous un toit pendant la nuit plutôt que sur la rue, avec 40% dormant dans un foyer coranique et un sur cinq dort chez leurs parents. Juste un quart des enfants de la rue ont reçu au moins l'enseignement primaire, tandis que 8% ont été éduqués dans une forme d'une école islamique et 60% n'ont jamais reçu aucune éducation. Ce qui est plus

<sup>26</sup> Les 7 secteurs sont : agriculture/pêche/chasse, activités extractives, eau/électricité/gaz, construction, commerce/réparation, autres services, et activités domestiques.

<sup>27</sup> Analyse des résultats du recensement des enfants en situation de rue dans les 49 communes urbaines du Burkina Faso. 2011. MASSN

remarquable est que plus de 82% d'entre eux sont musulmans, ce qui est une proportion significativement plus élevée que pour la population générale (60%, INSD 2006). Un quart des enfants en situation de rue se retrouve à Ouagadougou, près de la moitié ont plus de 13 ans, et un quart ont perdu leur mère ou leur père ou les deux. Leur situation n'a généralement pas un caractère temporaire, comme plus de 60% sont dans la rue depuis plus d'un an. Environ la moitié survit à travers la mendicité, tandis qu'un sur trois vend des articles ou pratique un petit métier. La minorité d'eux (17%) ont quitté leur foyer à cause de la violence ou des conflits à la maison, tandis que la majorité (70%) ont cité des raisons économiques. Dans l'ensemble, ces enfants sont 2,5 plus susceptibles de vouloir faire un métier ou une activité génératrice de revenus dans l'avenir que de retourner à domicile ou aller à l'école. Seuls 509 enfants, presque tous des garçons, sur le total de 5721 ont déclaré avoir déjà été reçu un pris en charge par une organisation.

Concernant l'**excision**, on peut espérer que la pratique est en baisse avec un taux de 28% pour les femmes de moins de 15 ans par rapport à 77,8% pour les femmes de la tranche d'âge 15-49 ans<sup>28</sup>. La principale raison évoquée pour justifier la pratique de l'excision est le respect des coutumes (80% de la population concernée). Cependant, l'éducation joue clairement un rôle très important; on observe que chez les femmes qui ont reçu au moins une éducation secondaire seulement 2,6% sont favorables que l'excision continue alors que le niveau est 12% chez les femmes qui n'ont aucun niveau d'éducation, même si aucune baisse sensible ne se manifeste chez les femmes avec le niveau primaire (MICS 2006). Inversement, il est intéressant de noter que le niveau de revenu du ménage n'a aucun impact sur les chances que sa fille soit excisée (22,7% en Q1 et 27,1% en Q5, MICS 2006). En outre, il est possible que les lois contre l'excision aient diminué la probabilité d'en faire le rapport aux autorités, ce qui entraîne une sous-estimation du problème.

La proportion des enfants de 12 à 17 ans **mariés** est de 6,5% au niveau national, avec des valeurs régionales variant de 2,1% au Centre à 16,4% au Sahel. Toutefois, l'enquête MICS de 2006 précise que plus de la moitié des femmes déclarent se marier avant l'âge de 18 ans. En outre, presque une femme sur 25 affirme être mariée avant l'âge de 15 ans. De toute évidence le mariage précoce est un phénomène particulier pour les femmes et filles (11,2% pour les filles contre 1,9% chez les garçons); un quart des filles âgées de 15-19 ans sont dans des unions où leurs conjoints sont plus d'une décennie plus âgés qu'elles, même si la statistique est peut être beaucoup plus élevé parce que la moitié des femmes ne connaissaient pas l'âge de leur conjoint. Le Recensement général de la population et de l'habitation (RGPH) de 2006 dénombre 43.250 **filles mères**, soit 1,2% de la population totale des filles, dont 5.420, soit 12,5% de l'ensemble des filles mères, sont célibataires. Le RGPH dénombre 552.739 enfants **orphelins**, représentant presque 1 sur 13 enfants dans la population totale des enfants (Sié Tioye et Bahan, 2009). De même, selon le recensement 2006, plus d'un enfant sur 150 enfants âgés de 12 à 17 ans est **chef de ménage**.

Dans la plupart des pays en développement, en particulier en Afrique sub-saharienne, le **handicap** est une facette intégrante de la pauvreté, agissant presque toujours comme une cause de l'extrême pauvreté, mais souvent aussi comme un résultat de celui-ci, en raison du mauvais état de santé et de la nutrition ou l'environnement de travail dangereux. De toute évidence, des questions d'inclusion pour les groupes particulièrement exclus, comme les personnes vivant avec un handicap, ne sont souvent pas prises en comptes dans les stratégies de développement. Le handicap n'est jamais spécifiquement mentionné dans les 8 objectifs ou les indicateurs des OMD. L'objectif 2 du millénaire qui consiste à assurer l'éducation primaire pour tous ne sera pas atteinte s'il n'inclut pas les enfants handicapés dont 95% ne sont pas scolarisés<sup>29</sup>. Il en est de même pour l'objectif 4 qui consiste à réduire de moitié la mortalité de l'enfant, le taux de mortalité des enfants handicapés étant très

---

<sup>28</sup> CNLPE, 2006.

<sup>29</sup> Handicap International. 2009.

élevé. Le recensement national estime qu'un enfant sur 200 vit avec un handicap mais ce chiffre est probablement très sous-estimé, voir encadré ci-dessous.

#### **Encadré 1 : Les chiffres sur le handicap au Burkina Faso**

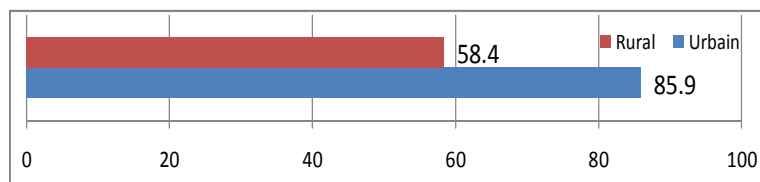
- 1,2% de la population (168 094 personnes) vivent avec un handicap selon le dernier RGPH, 2006 ; mais cette estimation est bien en deçà de la réalité. Si l'on se réfère aux estimations de 10% de l'OMS, on a 1 401 726 personnes handicapées au Burkina, ce qui signifie environ 730.000 enfants handicapés.
- 66% n'ont aucun niveau d'instruction et seulement 16,5% ont atteint le niveau du primaire ;
- 60% à 80% ont des difficultés pour accéder aux soins de santé (accessibilité, communication) ;
- 76,8% sont au chômage avec comme raison majeure évoquée : le manque de qualification professionnelle ;
- 43,7% ont le sentiment d'être exclus socialement ;
- 15,5% pratiquent la mendicité ;

Source: FEBAH 2009

En ce qui concerne la prolifération et l'attitude envers **la violence**, l'Etude nationale sur les violences contre les enfants, réalisée en 2008, a révélé que les violences sont répandues ; 72% des adultes reconnaissent avoir déjà exercé la violence contre les enfants. 80,2% des enfants affirment avoir été déjà victimes de violences (75,4% dans le MICS), dont 68,3% l'ont été au moins cinq fois dans leur vie. Jusqu'à deux personnes sur cinq pensent recourir à la punition physique (27% en milieu urbain et 40% en milieu rural) pour « discipliner » les enfants, et seulement 6% des enfants enquêtés dans le MICS n'ont connu que les formes non violentes de la punition. De même, 71,4% des femmes trouvent légitime qu'un mari batte sa femme (59,3% en milieu urbain et 76,3% en milieu rural), notamment lorsqu'elle argumente avec lui, néglige les enfants, sort sans lui informer, ou refuse les rapports sexuels. Une femme sur cinq pense qu'un homme peut battre sa femme si elle brûle la nourriture.

Bien que n'étant pas strictement limitée au domaine de protection de l'enfant, **l'enregistrement des naissances** est crucial pour la reconnaissance et l'exécution des droits de l'enfant, en particulier l'accès aux services de base. Bien qu'en augmentation, l'enregistrement des naissances était faible dans les zones rurales avec seulement 58,4% des enfants enregistrés en 2006 (Graphique 19). En analysant les données, nous voyons que ces faibles taux d'enregistrement des naissances sont en grande partie dus à un manque des connaissances et l'accès à l'information ; seulement 6 enfants sur 10 dont la mère n'a aucun niveau d'éducation sont enregistrés, comparativement à environ 9 enfants sur 10 dont les mères sont instruites. La raison principale qui est déclarée pour ne pas enregistrer les enfants est le manque d'intérêt ou de motivation, ce qui suggère que les gens ne comprennent pas entièrement l'importance de l'acte. De récents rapports en 2010 après la campagne nationale d'enregistrement qui suggère que le taux national d'inscription a augmenté rapidement à plus de 90% n'ont pas encore été confirmés par l'enquête, mais on peut espérer que cet obstacle central à l'enregistrement des naissances est maintenant cerné.

**Graphique 19 : Enregistrement de naissances (%) en 2006 par milieu**



Source : Construit à partir de la MICS 2006

## 1.8 Indice de développement de l'enfant

L'indice de développement des enfants est un indicateur synthétique simple du bien-être des enfants à travers trois indicateurs et est similaire à l'Indice de développement humain (IDH), sauf qu'il s'applique uniquement pour les enfants<sup>30</sup>. L'indice est une combinaison du taux net de non-scolarisation au primaire, un indice du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans et le taux des enfants de moins de cinq ans ayant une insuffisance pondérale. L'indice est calculé en utilisant une moyenne arithmétique simple et se mesure sur une échelle de 0 à 100 (voir Annexe 3). Lorsque la valeur de l'indice tend vers zéro, cela implique que les enfants connaissent un faible niveau de privation et quand il est proche de 100, ils sont très privés.

Au Burkina Faso, l'indice de développement de l'enfant est égal à 50,18 dans la dernière publication de l'Indice de 2008 (Tableau 16). Le score moyen pour l'Afrique sub-saharienne était de 36,5 pour la même période, montrant un niveau moyen inférieur de la privation. A travers le continent, comme au Burkina Faso, beaucoup de progrès ont été accomplis dans les composantes santé et éducation de l'indice, tandis que l'élément nutrition continue de freiner les progrès.

**Tableau 16 : Publication originale de l'Indice de développement de l'enfant (2006)**

Indice du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Taux des enfants de moins de 5 ans en dessous du poids normal	Taux net de non scolarisation primaire	L'indice de développement de l'enfant
60,07	37,40	53,06	<b>50,18</b>

Source : Save the Children, 2008.

En utilisant des données plus récentes pour le Burkina Faso, nous recalculons l'indice et examinons sa valeur dans toutes les régions (tableau 17). Tout d'abord, on peut noter que, au niveau national il y a eu une amélioration substantielle de l'Indice de 50,18 à 40,7; c'est à dire 20% de réduction par rapport au CDI publié en 2008. Pour mettre cela en contexte, c'est le même niveau de progrès que l'Afrique subsaharienne a fait en moyenne sur une décennie entière depuis le début des années 1990. Cependant, le score continue de démontrer un niveau de pauvreté de l'enfant plus élevé au Burkina Faso que la moyenne pour l'Afrique sub-saharienne dans son ensemble.

<sup>30</sup> Hague, S. 2008. L'indice de Développement de l'enfant. Save the Children ; [www.savethechildren.org.uk/childindex](http://www.savethechildren.org.uk/childindex). Le CDI de 2008 a été calculé en utilisant des données disponibles pour l'année 2006.

**Tableau 17 : Mise à jour 2010 de l'Indice de développement de l'enfant**

Région	Indice du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Pourcentage des enfants de moins de 5 ans en dessous du poids normal	Pourcentage des enfants non scolarisés au primaire	Indice de développement de l'enfant
Année et Source	EDS, 2003	SMART, 2009	MEBA, 2009	Année 2003-2009
Hauts Bassins	57,1	27,0	38,0	40,7
Boucle du Mouhoun	55,3	29,9	44,3	43,2
Sahel	83,8	36,7	66,0	62,2
Est	51,8	37,9	57,9	49,2
Sud Ouest	59,7	37,2	43,5	46,8
Centre Nord	58,2	32,0	47,7	46,0
Centre Ouest	62,6	31,7	33,7	42,7
Plateau Central	45,3	31,9	36,3	37,8
Nord	67,9	36,5	24,0	42,8
Centre Est	49,1	37,1	42,2	42,8
Centre	39,7	22,6	33,7	32,0
Cascades	62,1	32,4	48,7	47,7
Centre Sud	39,7	26,6	35,3	33,9
National	54.1	26.0	42.1	<b>40.7</b>

Source : EDS 2003, EICVM 2003 et SMART 2009

L'analyse du tableau 17 montre une forte disparité du CDI au niveau régional. En partant de la moyenne nationale de 40.7, on note que sur un total de 13 régions, seulement trois présentent les niveaux supérieurs à la moyenne : le Centre, le Centre Sud et le Plateau central. Par contre, le Sahel, avec un taux particulièrement élevé de 62.2%, de même que l'Est, les Cascades et le Sud Ouest constituent les régions qui ont enregistré les pires scores.

## 2. Déterminants de la pauvreté et de la vulnérabilité de l'enfant et de la femme

La pauvreté des enfants est principalement déterminée par celle des ménages dans lesquels ils vivent, et ensuite par le niveau de vie de la communauté de l'enfant et le pays tout entier<sup>31</sup>. Nous avons vu, dans la section 1, qu'une plus grande proportion d'enfants que d'adultes se trouve dans des ménages pauvres puisque ces dernières ont généralement une plus grande proportion d'enfants. Il est également probable qu'il existe d'importantes inégalités dans l'allocation des ressources au sein des ménages, mais aucune analyse de cette répartition n'a encore été effectuée au Burkina Faso, en partie à cause de l'absence de données au niveau individuel. En outre, il faut noter que les variations inter-temporelles des déterminants et des conditions socioéconomiques exposent les ménages et les enfants à des chocs communs ou spécifiques pouvant induire une vulnérabilité des conditions de vie si les ménages n'ont pas les moyens et/ou les stratégies efficaces pour y faire face.

Cette section va au-delà de la description des principales caractéristiques de base du bien-être de l'enfant et de la femme faite à la section 1, et tente de faire une analyse plus approfondie de certaines des principales causes de ces indicateurs – les causes secondaires et les causes sous-jacentes. Les causes secondaires comprennent des

<sup>31</sup> Le concept de pauvreté existe bien dans les cultures burkinabés, et il est symbolisé par des expressions comme *taalga* chez les Mossé et *fantaya* chez les Dioula.

éléments tels que l'accès aux services, l'éducation de la mère, le milieu de résidence, etc. Nous nous attardons sur les déterminants secondaires de la mortalité, de la malnutrition, de la sous ou non-scolarisation et du travail des enfants. Les causes sous-jacentes et plus profondes que nous considérons couvrent un large éventail de facteurs : les effets de l'économie rurale, le changement climatique et les facteurs démographiques, la croissance économique et la gouvernance. Un élément clé derrière le développement d'un pays est clairement l'efficacité et l'efficience de ses politiques nationales et sectorielles. Ci-dessous, nous considérons brièvement le cadre politique nationale ainsi que ceux de la santé, de la nutrition et de la protection sociale plus tard dans la section.

## **Encadré 2 : Le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté**

Le Burkina Faso est l'un des premiers pays du monde – et le premier de la région – à avoir adopté un Document de Stratégie de Réduction de la pauvreté (DSRP), connu sous le titre de *Cadre stratégique de Lutte contre la Pauvreté* (CSLP). Le CSLP de « première génération » couvrait la période 2000-2003, tandis que le deuxième CSLP, initialement prévu pour la période 2004-2006, a été prorogé jusqu'en 2010. Le gouvernement a utilisé activement le processus des CSLP comme cadre de coordination des programmes de développement.

Les quatre axes stratégiques du CSLP I consistaient à : (1) accélérer la croissance équitable ; (2) garantir l'accès des populations pauvres aux services sociaux de base ; (3) accroître les activités génératrices de revenus ; et (4) promouvoir la bonne gouvernance. Deux des sept « principes directeurs » consistaient à réduire les disparités régionales et de genre. Le CSLP I donnait une forte priorité à l'éducation de base, à travers l'amélioration de la qualité et la couverture, ainsi que l'amélioration du rapport coût-efficacité. La santé des enfants a également été mise en exergue, tout comme des mesures spécifiques pour rendre abordables les coûts des services de soins de santé. Malgré ces ambitions clairement affichées, les résultats du CSLP I se situaient en deçà des attentes non seulement en terme d'accès aux services sociaux mais également en terme d'efficacité voire d'équité des services. Dans le CSLP II, le deuxième axe stratégique a été révisé afin de « promouvoir l'accès aux services sociaux de base et la protection sociale pour les pauvres ». Les principes directeurs ont été renforcés par l'inclusion du principe de la « promotion de l'emploi et des jeunes ». Le CSLP II s'est focalisé aussi sur les trois premières années de l'enseignement secondaire, et préconise la gratuité des frais de scolarité dans l'enseignement primaire. Le CSLP II est également ambitionné de faciliter l'accès aux soins de santé aux populations les plus pauvres, en subventionnant quelques frais, et de définir des politiques de lutte contre le VIH/SIDA.

Une évaluation indépendante du CSLP a été réalisée en 2010 (ADE, 2010). Parmi les résultats touchant globalement la pauvreté et la situation des enfants, on note les principaux éléments suivants : (1) des efforts ont été faits pour orienter les dépenses vers les plus pauvres mais ils se sont révélés insuffisants, (2) il y a eu peu de créations d'emplois malgré une croissance forte, (3) une amélioration des indicateurs d'accès des enfants à l'éducation, avec cependant la persistance de certaines inégalités, (4) une amélioration des indicateurs d'accès des enfants à la santé et à la nutrition avec cependant la persistance de certaines endémies et inégalités, (5) une amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement mais il sera difficile d'atteindre les OMD sauf par le biais d'efforts importants. L'examen à mi-parcours du CSLP en 2008 a également cité l'insuffisance des efforts entrepris pour atteindre les plus pauvres de la population par le biais de la protection sociale.

Un processus de révision du CSLP est mis en œuvre par le Gouvernement et devrait aboutir à un « document de stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) » en octobre 2010. La phase de diagnostic de ce processus de révision devrait approfondir les connaissances des effets des actions du CSLP sur les différentes facettes et

les causes de la pauvreté des enfants afin d'alimenter les mesures correctives nécessaires pour assurer un plus grand impact de la future SCADD sur les conditions de vie des enfants.

## 2.1 Les déterminants secondaires de pauvreté de l'enfant.

### 2.1.1 Les déterminants de la morbidité et de la mortalité des enfants.

Selon le Plan National de Développement Sanitaire 2011-2020, les déterminants de la santé les plus importants sont entre autres, « l'environnement (social, économique et physique), les facteurs biologiques, le niveau d'instruction, les habitudes de vie et capacités d'adaptation, les facteurs démographiques et le système de santé. Ainsi, la santé de la femme reste affectée par son statut socio économique et sa position sociale qui l'expose à des pratiques culturelles telles que l'excision, le mariage précoce, le lévirat et leurs corollaires. »

En examinant les données de l'EDS 2003, les déterminants socioéconomiques suivantes sont pertinents pour la survie des enfants : la faible couverture en infrastructures sanitaires, l'assistance de l'accouchement par du personnel qualifié, l'espacement des naissances, l'âge de la mère à la naissance de l'enfant, les naissances multiples, le rang de naissance de l'enfant, le niveau d'éducation des parents, notamment de la mère, ainsi que le niveau de vie du ménage. Ci-dessous, nous nous attardons sur certains de ces déterminants. Le cadre politique autour de la santé est également crucial dans la détermination du taux de progrès et de l'équité dans le secteur. Pour cela, on fait une vue d'ensemble du cadre politique dans l'encadré à la fin de cette section.

#### *L'infrastructure des soins de santé*

Suite à la mise en place de la PNDS, des actions importantes ont été entreprises pour élargir l'infrastructure des soins de santé – les cibles de la vaccination ont été largement dépassées et le nombre de centres de santé et de personnel qualifié a rapidement augmenté.

**Tableau 18 : La couverture des services de santé au Burkina Faso, 2001 à 2010**

Indicateurs	Situation en 2001	Niveau en 2005	Niveau en 2008	Niveau attendu en 2010
Rayon moyen d'action des CSPS	9,18	8,2	7,5	7,2
Ratio habitants/CSPS	14177	10079	9692	7500
Nombre Nouveaux Cas/habitant/an	0,21	0,33	0,50	0,5*
Taux des césariennes réalisées	13,08%	18,58%	34,04%	50%
Couverture vaccinale VAR	69%	84%	100%	96%

Source : PNDS 2011-15

L'accessibilité géographique aux soins de santé s'améliore ; il y a eu une diminution du rayon moyen d'accès des Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) de 9,1 km en 2002 à 7,5 km en 2008 selon le PNDS 2011-15. Toutefois des disparités régionales sont évidentes dans le tableau ci-dessous, certains districts avaient un rayon moyen d'environ 18 km en 2007 (Ministère de la Santé 2008). Certaines zones ont plus que deux fois le nombre des habitants par CSPS que d'autres, comme le Sahel, l'Est et le Centre Nord. L'impact du changement démographique est aussi pertinent - dans certaines régions, comme les Haut Bassins, le nombre de CSPS a nettement augmenté réduisant ainsi la distance à la clinique la plus proche, mais le nombre d'habitants par CSPS a à peine amélioré compte tenu de

l'accroissement de la population. Une étude publiée dans le « American Journal of Epidemiology » montre que la distance d'un CSPA est significativement liée à la mortalité de l'enfant - dans l'ensemble, la mortalité des moins de cinq ans ajusté a été 50% plus élevé si la clinique était quatre heures à pied, plutôt que dans le village<sup>32</sup>.

**Tableau 19 : Evolution du ratio d'habitants par CSPA et rayon d'action de CSPA par région de 2001 à 2009**

Regions sanitaires	INDICATEURS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Boucle du Mouhoun</b>	Ratio habitants par CSPA	11503	11145	10170	10151	9851	9584	9475	8624	8525
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	9.9	9.6	9.1	9	8.8	8.6	8.4	7.9	7.8
<b>Cascades</b>	Ratio habitants par CSPA	10289	8134	8065	7632	7871	7423	7671	8098	8079
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	12.1	10.5	10.2	9.7	9.7	9.2	9.1	9.2	9
<b>Centre Est</b>	Ratio habitants par CSPA	12584	12617	12353	11103	10851	10530	9907	9565	9488
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	7.8	7.7	7.5	7	6.8	6.6	6.4	6.1	6.1
<b>Centre Nord</b>	Ratio habitants par CSPA	12126	12301	12920	12384	12173	11749	11608	11743	11564
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	8.5	8.5	8.6	8.3	8.1	7.9	7.7	7.7	7.4
<b>Centre Sud</b>	Ratio habitants par CSPA	9317	9196	8823	7840	7890	7748	7626	7320	7130
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	7.7	7.6	7.3	6.8	6.8	6.7	6.6	6.3	6.2
<b>Centre</b>	Ratio habitants par CSPA	18478	16651	18636	18798	19243	17648	17462	17439	18785
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	3.7	3.4	3.5	3.4	3.3	3.1	3	2.9	3
<b>Centre Ouest</b>	Ratio habitants par CSPA	9250	10284	9275	8615	8490	8625	8834	8530	8377
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	7.8	8.2	7.7	7.3	7.2	7.1	7.1	6.9	6.8
<b>Est</b>	Ratio habitants par CSPA	15136	14781	13565	13215	13528	13090	12472	11020	12029
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	15	14.6	13.7	13.3	13.2	12.8	12.3	11.3	11.3
<b>Hauts Bassins</b>	Ratio habitants par CSPA	10705	10358	10224	10040	10401	9891	10115	10001	10628
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	8.5	8.2	8	7.8	7.8	7.5	7.4	7.2	6.8
<b>Nord</b>	Ratio habitants par CSPA	8356	8151	7967	7591	7603	6016	6000	5907	7384
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	6.4	6.3	6.2	5.9	5.9	5.2	5.1	5	5.7
<b>Plateau Central</b>	Ratio habitants par CSPA	9616	9514	9156	7534	7513	7336	7489	7460	6887
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	6.5	6.4	6.2	5.6	5.5	5.4	5.4	5.3	5
<b>Sahel</b>	Ratio habitants par CSPA	15988	13792	13778	14216	13393	13430	14269	13939	14209
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	15	13.7	13.5	13.5	12.9	12.7	12.9	12.6	12.5
<b>Sud Ouest</b>	Ratio habitants par CSPA	10227	9416	9038	8843	8929	7478	7766	7809	7764
	Rayon moyen d'action des CSPA en km	9.9	9.4	9.1	8.9	8.8	8	8	7.9	8.1
<b>National</b>	<b>Ratio habitants par</b>	<b>11461</b>	<b>11138</b>	<b>10852</b>	<b>10345</b>	<b>10351</b>	<b>9732</b>	<b>9762</b>	<b>9498</b>	<b>9835</b>

<sup>32</sup> The Effect of Distance to health-Care Facilities on Childhood Mortality in Rural Burkina Faso. 2010. American Journal of Epidemiology, Vol. 173, No.5.

CSPS										
Rayon moyen d'action des CSPS en km	9.2	8.9	8.7	8.3	8.2	7.8	7.7	7.5	7.5	

Source : Annuaire Statistiques et Tableaux de Bord, Ministère de la Santé. Note : CSPS inclut aussi les maternités et les dispensaires médicaux

De toute évidence, la force, capacité et responsabilité des **ressources humaines** du système de santé sont cruciaux. Une étude sur les déterminants des disparités dans la couverture vaccinale identifie clairement le leadership au niveau du district, en particulier de la part du Médecin Chef de District, comme déterminant clé dans la promotion des opérations en douceur des services de vaccination<sup>33</sup>.

#### *Espacement des naissances*

Les enfants dont l'intervalle avec la naissance précédente est inférieur à deux ans courent des risques de décéder très largement supérieurs aux autres<sup>34</sup>. Pour l'ensemble de la mortalité infanto-juvénile, par exemple, un enfant né à moins de deux ans d'intervalle court un risque de mourir avant son cinquième anniversaire de 278‰, alors que celui dont la mère a observé un espacement de deux ans court un risque de 205‰, et de 156‰ lorsque l'espacement est de trois ans, soit un risque de mortalité de 78% plus élevé pour un espacement de moins de deux ans par rapport à un espacement de trois ans. Quant à la mortalité infantile, le risque de décès est près de trois fois plus élevé pour les enfants nés à moins de deux ans d'intervalle par rapport à ceux nés après trois ans (143‰ contre 59‰).

#### *Age de la mère et naissances multiples*

En ce qui concerne l'âge de la mère au moment de l'accouchement, on constate que les enfants nés d'une mère âgée de moins de 20 ans courent un risque de mourir avant le premier anniversaire de 27% supérieur par rapport à ceux dont la mère a 20-29 ans au moment de la naissance (114‰ contre 87‰ respectivement). Par ailleurs, les naissances de rang supérieur à 6 courent des risques de mortalité infantile nettement plus élevés que ceux des naissances de rang inférieur, en particulier celles de rangs 2 ou 3 (110‰ contre 81‰ respectivement)<sup>35</sup>.

#### *Poids à la naissance*

On relève aussi que les petits bébés à la naissance (y compris éventuellement les prématurés) ont une mortalité néonatale de 33% plus élevée que les bébés moyens ou gros (42‰ contre 28‰ respectivement). Il convient de rappeler que le poids d'un enfant à la naissance est largement déterminé par l'état de santé, de maturité biologique et l'état nutritionnel de la mère au cours de la grossesse. C'est ainsi que les grossesses peu espacées et/ou trop répétées, ainsi que celles qui sont précoces sont considérées comme favorisant la naissance d'un enfant de faible poids.

#### *Caractéristiques du chef du ménage*

L'état de la couverture vaccinale joue aussi un rôle important dans la dynamique des causes de mortalité et de morbidité. Dans les ménages dirigés par une femme, 80% des enfants sont vaccinés contre la Rougeole tandis que 76,9% des enfants dans les ménages dirigés par un homme le sont. Ce constat ne se limite pas seulement à la Rougeole. Selon le QUIBB, 2007, le taux de couverture de DPTCOQ 2 au sein des ménages dirigés par un homme est de 84,4% contre 87,1% pour les ménages dirigés par une femme.

<sup>33</sup> Déterminants systémiques des disparités de couverture vaccinale entre districts sanitaires du Burkina Faso : une étude de cas multiple. 2009. BMC International Health and Human Rights, 9.

<sup>34</sup> EDS 2003

<sup>35</sup> EDS 2003

Les ménages dont le chef est un salarié du privé ont des taux de couverture vaccinale plus élevés pour la Rougeole et la Polio 1 (88,06% et 95,52%) que ceux dont le chef de ménage est inactif (64,75% et 86,89%) ou en chômage (75,53% et 87,71%) (Tableau 20). De toute évidence, malgré les campagnes nationales de vaccination dans les régions rurales pauvres, les niveaux de revenus et de l'éducation jouent un rôle important dans la détermination de la vaccination. (Wetta et Yerbanga, 2007).

**Tableau 20 : Groupe socio-économique du chef de ménage et vaccination des enfants**

Groupe socio-économique	Taux couverture Rougeole	Taux couverture Polio 1
Salarié du public	82,40	94,17
Salarié du privé	88,06	95,52
Salarié du privé informel	74,81	89,15
Indépendants	76,99	89,15
Agriculteurs de coton	77,77	88,94
Autres agri	76,85	88,69
Bénévole	81,43	88,57
Inactifs	64,75	86,89
Chômeurs	75,53	87,71

Source : QUIBB, 2007

#### *L'accès financière aux soins de sante*

Selon les Etats généraux de la santé en 2010, environ un tiers de toutes les dépenses de santé au Burkina Faso vient de l'État, un tiers des partenaires extérieurs, et un tiers des ménages. Les dépenses publiques de santé, exprimées en proportion du budget de l'état, ont augmenté au cours des dernières années, passant de 7,7% en 2000 à 11,5% en 2008 (MS 2009). Les dépenses de santé par habitant sont passées de 10 972 FCFA en 2003 à 17 259 CFA en 2008 soit 18 et 35 dollars US<sup>36</sup>. Ces ratios continuent à être en dessous du niveau minimum de dépenses par habitant recommandé par la Commission macro-économie et santé de l'OMS de 34 USD en 2001, ainsi que les estimations plus récentes par le Groupe de travail sur les financements innovants, qui a constaté que, en moyenne 44 USD par habitant serait nécessaire en 2009 pour renforcer le système de santé ainsi que de fournir des services essentiels, s'élevant à 60 USD en 2015. L'aide publique au secteur de la santé représente environs 15% du total (sans compter les fonds VIH) et est en grande partie versés sous forme de projet, plutôt que les programmes budgétaires qui représentent moins d'un tiers de l'aide. Le secteur est organisé à travers une Approche sectorielle, ce qui favorise une approche coordonnée de financement autour d'une stratégie commune de santé, le PNDS, voir l'encadré 3. Certains de ces financements sont canalisés à travers un panier commun, le PADS, où les fonds sont reçus en forme d'appui budgétaire général ou ciblés aux domaines spécifiés, dont le dernier peut créer la «balkanisation» de financement et des sur-financements de certains domaines au détriment des autres<sup>37</sup>. La distribution de ces ressources est encore déséquilibrée en faveur des niveaux centraux et des zones urbaines.

Concernant les dépenses privées, les ménages paient toujours une part important des coûts de la santé, à environ 40% des dépenses totale<sup>38</sup>. Une étude de Haddad et Nougara (2004) sur « L'équité du financement de la santé au Burkina Faso » montre que la morbidité constitue un facteur d'appauvrissement monétaire des ménages Burkinabè. Selon leurs calculs, l'appauvrissement moyen des populations démunies est 2,4% du seuil de pauvreté. En outre, la plus grande partie des dépenses privées (91% en 2008, OMS) sont les dépenses « out-of-pocket », ce qui signifie que la grande majorité des dépenses sanitaires

<sup>36</sup> PNDS 2011-15

<sup>37</sup> Etats généraux de la santé. 2010. Ministère de la Santé

<sup>38</sup> 39% en 2006 dans les Comptes Nationaux de la Santé pour 2006, et 43,9% selon l'OMS pour 2007

sont payées au moment de la nécessité, ce qui dénote la faiblesse des mécanismes d'assurance maladie au Burkina Faso.

Il est utile de noter à ce point, que le gouvernement a introduit, dans divers secteurs, une large gamme de transferts sociaux. Dans le secteur de la santé, il s'agit des différentes gratuités pour l'utilisation de certains services spécifiques de prévention et un programme de subventions de soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Ces subventions ont permis de réduire les coûts d'accouchement pour la femme de 80% dans les centres de santé. Bien que peu d'informations soient actuellement disponibles sur l'impact de cette subvention, certaines études ont montré l'impact positif de la réduction des coûts des services sur leur demande et l'équité d'accès (voir l'encadré sur la protection sociale). Compte tenu de l'ampleur croissante et le nombre de ces programmes de transferts sociaux au Burkina Faso, le gouvernement a entrepris l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale (voir l'encadré 5).

### **Encadré 3 : La Plan national de développement sanitaire (PNDS) 2001-10**

Le PNDS s'est fixé comme objectif général de réduire la morbidité et la mortalité au sein des populations. La récente évaluation du PNDS (2010) a souligné les progrès importants vers la réalisation des 8 objectifs spécifiques, comme suit:

**Objectif 1 : accroître la couverture sanitaire nationale** : le rayon moyen s'est amélioré, passant de 9,18 km en 2001 à 7,5km en 2008, mais il y'a la persistance des inégalités dans l'offre de services entre districts sanitaires

**Objectif intermédiaire 2 : Améliorer la qualité et l'utilisation des services de santé** : une amélioration du nombre de nouveaux contacts/habitant mais il y'a peu d'indications sur les effets des mesures prises en matière de qualité des soins en raison d'une insuffisance de suivi et d'évaluation;

**Objectif intermédiaire 3 : Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles**: amélioration continue des taux d'accouchements assistés et de la contraception, réduction de la létalité liée au paludisme grave, mais les performances observées en matière d'utilisation des services de santé par les pauvres restent faible ;

**Objectif intermédiaire 4 : Réduire la transmission du VIH** : la prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH connaît une avancée notable mais le continuum des soins entre les services de santé et le niveau communautaire n'est pas encore suffisamment assuré pour garantir une bonne observance des traitements;

**Objectif 5 : Développer les ressources humaines en santé** : une amélioration continue de la production et de la disponibilité des ressources humaines notamment pour les services de santé de base et les hôpitaux régionaux mais les normes en personnel notamment au niveau des CSPS en zones rurales sont inadaptées en terme de nombre et de profil;

**Objectif intermédiaire 6 : Améliorer l'accessibilité financière des populations aux services de santé** : de nombreuses initiatives ont été prises pour améliorer la demande de soins notamment en ce qui concerne les groupes spécifiques que sont les femmes et les enfants de même que pour certaines pathologies (VIH/SIDA, ARV, SONU, initiatives locales de partage de coûts), mais la prise en charge effective des indigents n'est pas assurée malgré la prévision systématique de budget ;

**Objectif intermédiaire 7 : Accroître les financements du secteur de la santé** : le PADS a permis de mobiliser plus de ressources financières au profit du secteur de la santé mais la part du budget de la santé dans le budget national reste encore en dessous des 15% préconisés par les instances internationales ;

**Objectif intermédiaire 8 : Renforcer les capacités institutionnelles du ministère de la santé** : les efforts consenti dans l'adaptation de l'organigramme du Ministère, comme la création de la direction de nutrition, mais les directions régionales de la santé n'ont pas connu un renforcement effectif.

Globalement la persistance de taux élevés de mortalité et morbidité est imputable à une insuffisance quantitative et qualitative des services et des soins de santé et de nutrition, notamment au niveau communautaire ; une faible accessibilité financière particulièrement pour la population pauvre ; et une absence de mesures incitatives à l'endroit des prestataires de soins pour une amélioration de la qualité des offres de soins.  
Source : L'évaluation finale de la PNDS 2001-10 et l'Etats généraux de la sante

### 2.1.2 Les déterminants de la malnutrition des enfants.

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) présentent une occasion unique pour se focaliser sur les interventions nutritionnelles et leur importance en tant que déterminant du développement (Gross, 2004). Les indications sont de plus en plus claires que plusieurs OMD ne seront pas atteints sans réduction de la malnutrition. De même, l'existence de solutions pratiques éprouvées pour le problème de malnutrition, a conduit à l'appel de la Banque Mondiale à repositionner la nutrition comme une clé de développement (World Bank, 2006). La malnutrition est la cause sous-jacente d'un tiers de décès d'enfants âgés de moins de cinq ans chaque année<sup>39</sup>. Elle est généralement liée à la pauvreté, un manque de pouvoir d'achat pour la nourriture, l'insuffisance de l'allaitement maternel et le mauvais état de santé qui limite l'absorption nutritive, ainsi que divers facteurs sociaux tels que l'éducation de la mère. Des aspects importants d'information, de sensibilisation, de culture et de comportements alimentaires et nutritionnels sont prépondérant aussi. Beaucoup de ces facteurs sont à 'double sens', et déterminer la mesure dans laquelle chaque facteur détermine l'état nutritionnel ou est elle-même déterminée par l'état nutritionnel constitue une affaire compliquée.

Selon des études sur les déterminants de la malnutrition des enfants au Burkina Faso, **l'éducation** des deux parents confère un gain important en termes de réduction de la malnutrition chronique des enfants (Ilboudo 2008, Lachaud, 2006). Comme l'ont suggéré Thomas, Strauss et Henriques (1991), l'influence de l'instruction maternelle peut s'interpréter par une meilleure compréhension et réception de l'information nécessaire à améliorer la santé de son enfant.

Les résultats de la même étude suggèrent qu'un mois supplémentaire **d'espace de naissance** se traduit par une augmentation de la taille pour âge de 0.01 z-score, toutes choses égales par ailleurs. Autrement dit, plus l'intervalle séparant la naissance d'un enfant de la naissance précédente est grand, moins cet enfant est susceptible de souffrir de malnutrition chronique. En outre, parce qu'on sait que l'état nutritionnel de l'enfant se détériore surtout durant les mois 0 à 13 de vie avant de se stabiliser par la suite, les enfants issus de **naissances multiples** ont des désavantages en terme de malnutrition chronique par rapport à ceux issus de naissances simples (Ilboudo, 2008).

En termes de priorité nationale, la nutrition a gagné du terrain récemment dans les politiques publiques. Cependant, la revue des dépenses publiques de 2009 ainsi que le rapport d'évaluation indépendantes du CSLP de 2010 concluent à l'existence d'un biais dans l'allocation des ressources propres de l'État en faveur des secteurs sociaux au détriment des secteurs productifs notamment agricoles. En particulier les domaines comme l'élevage, l'irrigation, et la recherche agricole n'ont pas reçu suffisamment d'attention, ce qui limite la croissance de la productivité agricole. Par conséquent, cela est possible d'avoir un impact sur l'accès à la nourriture principalement à travers ses effets sur les revenus et l'emploi des ménages étant donné que les plus pauvres dépendent presque entièrement de l'agriculture pour leur survie.

---

<sup>39</sup> Lancet 2008, ibid.

### 2.1.3 Les déterminants de la scolarisation des enfants

Comme le secteur de santé, le secteur d'éducation a connu une amélioration impressionnante ces dix dernières années qui coïncident également avec la mise en œuvre du Plan décennal de développement de l'éducation de base (PDDEB) 2001-2010, que nous examinons dans l'encadré à la fin de cette section. Les principaux facteurs déterminants que nous considérons ici sont le revenu du ménage, le milieu de résidence, et la distance à l'école. Nous examinons également la relation entre l'éducation et le travail des enfants, et la relation à double sens entre l'éducation et la pauvreté. Les pratiques culturelles et sociales jouent clairement un rôle important pour décider d'envoyer un enfant à l'école ou non, même si des données détaillées sur les attitudes à l'égard de l'éducation sont limitées. Un exemple est contenu dans l'enquête MICS, qui portait sur le soutien des parents à l'éducation préscolaire et estime que seulement un enfant sur dix âgés de moins de cinq ans bénéficie d'un soutien familial dans une activité d'apprentissage, telle que la lecture.

La recherche montre que le taux brut de scolarisation des enfants, tant au niveau primaire que secondaire, est lié positivement au **niveau de vie des ménages** (Banque mondiale 2003). En effet, au niveau secondaire, la disparité est particulièrement forte dans les villes au Burkina Faso où un enfant sur huit va à l'école dans les ménages les plus pauvres contre la moitié des enfants dans les familles les plus riches (Tableau 21 et Graphique 20). En milieu urbain, la scolarisation secondaire augmente avec le revenu tant pour les filles que pour les garçons, alors que, dans les zones rurales, il est intéressant de noter que les augmentations de revenu sont beaucoup plus susceptibles de favoriser la scolarité des garçons que des filles. Cela indique qu'il existe toujours l'influence importante de l'accès physique ainsi que les considérations traditionnelles sur la scolarisation des filles. Au niveau du primaire, les ménages pauvres ont la moitié de chances de scolariser leurs enfants que les ménages riches.

Les disparités entre ménages **urbains/ruraux** sont encore plus prononcées. Le TBS en milieu urbain est plus du double au primaire et six fois supérieur au secondaire par rapport au TBS en milieu rural. Les plus désavantagés sont évidemment les filles rurales des ménages les plus pauvres dont 1 sur 33 va à l'école secondaire selon l'enquête nationale de 2003.

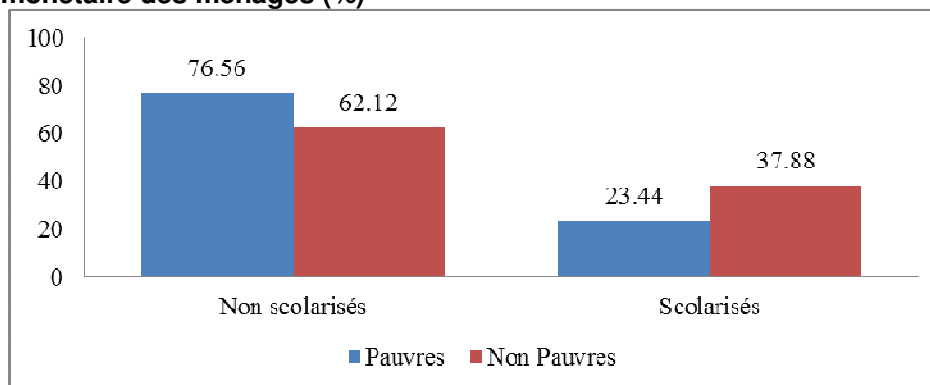
**Tableau 21 : Taux brut de scolarisation des enfants selon le niveau de vie**

TBS dans le secondaire	Plus				
	pauvres	Q2	Q3	Q4	Plus riches
Rural Total	4	4	6	5	8
Garçons	5	5	8	6	12
Filles	3	4	4	3	4
Urbains Total	13	15	30	34	50
Garçons	13	19	27	37	55
filles	12	11	32	32	46
Total national	5	5	10	12	27
Garçons	6	6	11	14	33
Filles	5	5	9	10	23
<b>TBS dans le primaire</b>					
Rural Total	21	27	28	28	32
Garçons	28	31	33	31	38
filles	14	23	22	26	26
Urbains Total	60	65	69	79	84
Garçons	61	62	76	81	89
Filles	59	68	62	76	80
Total national	23	30	34	37	53

Garçons	29	34	39	39	57
Filles	16	26	28	35	48

Source : Calculé par les auteurs à partir de l'EICVM, 2003

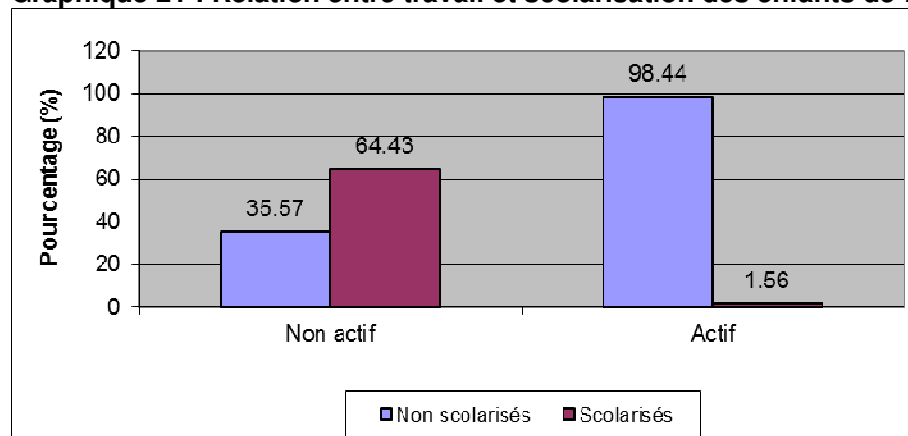
**Graphique 20 : Scolarisation des enfants de 7-17 ans selon le statut de pauvreté monétaire des ménages (%)**



Source : Nos calculs à partir des données de l'EICVM de 2003.

Lachaud (2004) met en évidence une relation inverse entre la fréquentation scolaire et la **participation des enfants au marché de travail**. Le graphique 21 montre que, pour l'année 2003, chez les enfants actifs, seulement 1,56% ont été scolarisés, tandis que chez les non actifs, 64,43% ont été scolarisés.

**Graphique 21 : Relation entre travail et scolarisation des enfants de 7-17 ans (%)**



Source : Nos calculs à partir des données de l'EICVM de 2003.

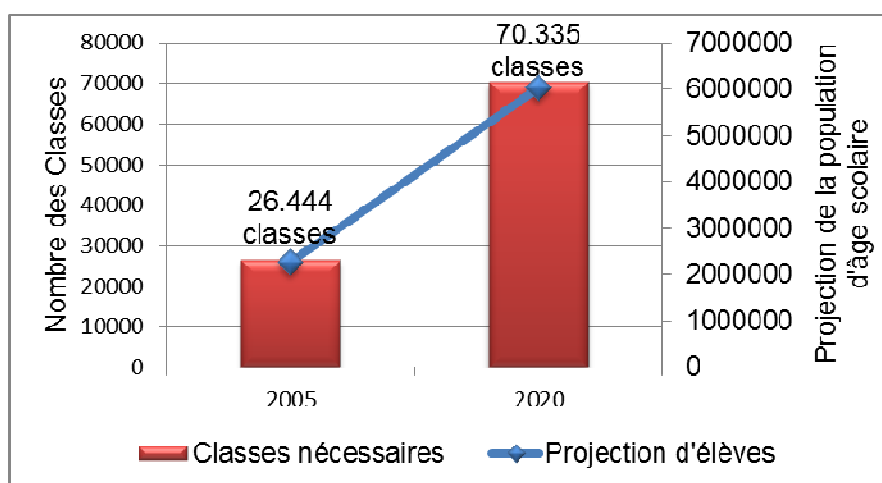
Une analyse des données de l'EICVM 2003 par la Banque mondiale a montré que dans les zones rurales la **distance à l'école** la plus proche est l'un des principaux facteurs affectant la scolarisation. En moyenne, dans les zones rurales, 45% des enfants fréquentant les écoles primaires et 75% des enfants fréquentant les écoles secondaires doivent marcher plus de 30 minutes pour atteindre leur école. Il y a aussi des grosses différences entre régions quant à l'accessibilité des écoles.

Près d'une famille sur quatre ayant des enfants en âge d'aller à l'école se dit insatisfaite du système éducatif. Dans toutes les catégories, les grandes raisons de cette insatisfaction sont le manque de manuels et d'équipements scolaires, la pénurie d'enseignants et l'insuffisance de la qualité de l'enseignement et l'infrastructure scolaire. Le Laboratoire Citoyennetés affirme que, derrière ces insuffisances, ce sont les enseignants qui sont mal payés, peu

reconnus, et coincés dans les postes ruraux avec peu d'espoir de voir progresser leur carrière<sup>40</sup>.

Un autre enjeu majeur du secteur éducatif réside dans sa capacité d'adaptation pour faire plus, voire beaucoup plus, compte tenu de l'impact de la croissance démographique, dans un espace budgétaire restreint (faible pression fiscale, forte compétition sur les espaces budgétaires créés, impact de crise économique globale, etc.). Nos calculs montrent que, pour maintenir le même ratio global d'élèves par classe en 2005, le nombre de classes devrait augmenter de près de 44.000 d'ici 2020 – soit un taux de construction de près de 2.200 salles de classe par an, comparé à la moyenne de 1.600 construits par an durant la dernière décennie.

**Graphique 22 : L'augmentation prévue de la population d'âge scolaire entre 2005 et 2020 avec l'augmentation du nombre de classes nécessaires pour maintenir le ratio élèves par classe de 2005.**



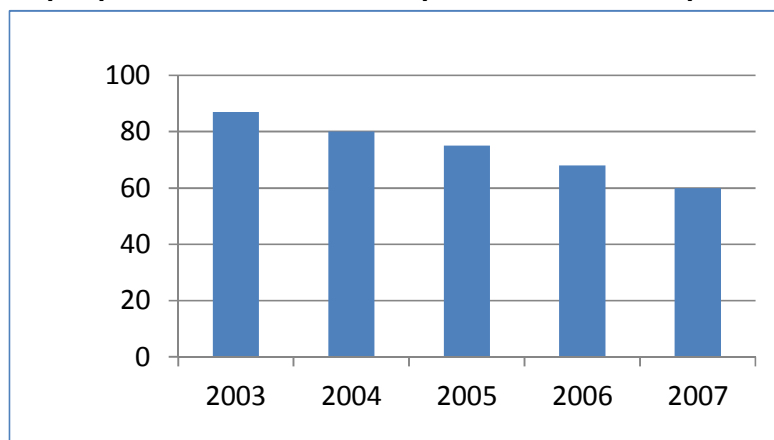
Source : Projections des auteurs utilisant les Projections Démographique Aout 2009 de l'INSD (page 65) et le Recueil d'indicateurs actualisés de l'éducation de base 1997 à 2008, MEBA 2009 (page 123).

Le Burkina Faso a en effet produit des efforts très importants en matière de budgétisation pour le secteur de l'éducation (et de la santé). En termes de cible, le Burkina est proche de l'objectif international de 20% du budget alloué à l'éducation (18,2% en 2008). Mais malgré ces efforts budgétaires, la revue de dépenses publiques 2009, montre que la moyenne des dépenses d'éducation de base par tête ne cesse de diminuer depuis 2003 et que les ratios maître-élèves ont à peine changé<sup>41</sup>, conséquence directe de l'enrôlement massif d'enfants dans le système scolaire combiné à une pression démographique importante (examiné dans la section 2.2). L'adoption de stratégies visant l'amélioration de la qualité et l'efficacité de la dépense doit donc être un déterminant clé du prochaine CDMT.

<sup>40</sup> Laboratoire Citoyennetés. 2009. L'offre et la demande d'éducation en Afrique de l'ouest.

<sup>41</sup> La Revue des Dépenses Publique : Education. 2009. Banque Mondiale

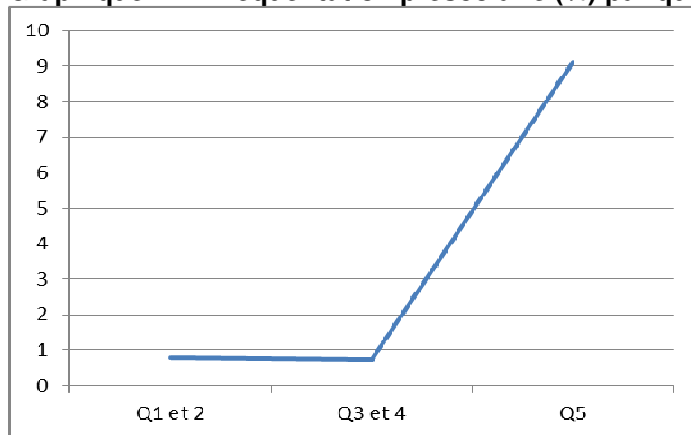
**Graphique 23 : Évolution des dépenses d'éducation par tête (en milliers CFA)**



Source : Revue des Dépenses 2009

Dans le tableau 21, nous avons observé une disparité légèrement supérieure entre les groupes de revenus pour la scolarisation que pour les autres indicateurs de bien-être (comme la couverture des soins de santé ou la nutrition), ce qui suggère qu'il y a un problème d'équité et d'atteinte des plus pauvres particulièrement dans ce secteur. Toutefois, cette variation n'est pas autant reflétée au niveau préscolaire où les niveaux de scolarisation sont très faibles pour l'ensemble des quatre quintiles les plus pauvres en général (voir graphique ci-dessous).

**Graphique 24 : Fréquentation préscolaire (%) par quintile des enfants 3 à 5 ans**



Source : MICS 2006

Enfin, l'éducation est également un déterminant même de la pauvreté, illustrant la relation cyclique entre la pauvreté et ses déterminants. Des études faites par la Banque mondiale ont révélé que l'éducation est fortement corrélée avec la pauvreté<sup>42</sup>. Ainsi différentes régressions sur les données des trois enquêtes prioritaires de 1994, 1998 et 2003 montrent que la probabilité pour un ménage d'être pauvre décroît avec le nombre d'années d'études du chef de famille. Lachaud (2003) estime qu'une famille ayant pour chef une personne sans éducation a trois fois plus de probabilité d'être pauvre qu'un ménage dont le chef a fait au moins des études secondaires.

<sup>42</sup> Balma et al. 2010.

#### Encadré 4 : Le cadrage politique pour l'éducation de base

Au niveau de l'éducation de base, le Plan décennal de développement de l'éducation de base (PDDEB) 2001-2010 vise les objectifs suivant : (i) améliorer le taux d'encadrement au niveau de l'enseignement préscolaire comme cadre d'éveil et de préparation à l'enseignement primaire ; (ii) accroître, à un coût raisonnable, le taux brut de scolarisation (TBS) au primaire pour atteindre le niveau de 70% en 2010, en particulier pour les enfants et les filles en milieu rural et améliorer la qualité et l'efficacité du système ; (iii) développer et diversifier les actions et les formules d'alphabétisation pour amener le taux d'alphabétisation à 40% en 2010 (en particulier des femmes et des habitants des zones défavorisées) ; (iv) améliorer la qualité des apprentissages et de l'enseignement afin de réduire les gaspillages dus aux niveaux élevés de redoublement et d'abandon ; (v) renforcer la capacité de gestion des écoles, des inspections et des régions ainsi que la capacité de pilotage du MEBA compatible la politique de décentralisation et de déconcentration du pays.

Le diagnostic sectorielle et thématique de l'éducation 2000-2009 a identifié les résultats du PDDEB en trois domaines. *Dans le domaine de l'accès*, les mesures portaient principalement sur l'accroissement de l'offre éducative en réponse à la demande sans cesse croissante par (i) la construction d'infrastructures éducatives adéquates et de centres de formation, (ii) la mise à disposition d'équipements nécessaires, (iii) le recrutement conséquent de personnel enseignant et de formateurs, et (iv) le lancement de vastes opérations de formations des jeunes aux métiers et à l'entrepreneuriat. L'effectif total des élèves a doublé sur la période passant de 938 238 (dont 41,49% de filles) en 2001/2002 à 1 906 279 (dont 46,1% de filles) en 2008/2009. *Dans le domaine de la qualité*, en dépit des efforts fournis, le système éducatif présente encore un certain nombre d'insuffisances dont notamment : le non respect du volume horaire d'enseignement tant au primaire qu'au secondaire ; et l'insuffisance de l'offre de formation initiale et continue des enseignants. Deux études menées sur l'effectivité du volume horaire au primaire et au secondaire sont arrivées aux mêmes conclusions : environ 40% du volume horaire imparti à l'enseignement n'est pas effectivement utilisé. En matière de *gestion et pilotage du système éducatif de base*, la recherche de cohérence dans la planification des activités du programme et de la garantie de leur financement a été beaucoup améliorée à cause de l'élaboration d'un CDMT.

Le rapport d'évaluation indépendante du CSLP (ADE, 2010) a mis en évidence les principales forces suivantes de la PDDEB : (1) la politique volontariste initiée dans le cadre du PDDEB a permis une évolution positive des indicateurs globaux, (2) l'élargissement vers le post primaire a été une décision stratégique importante pour le secteur, (3) les disparités régionales et de genre ont été sensiblement réduites. Parmi les faiblesses, on peut noter : (1) le niveau élevé des disparités de genre au niveau secondaire, entre milieu urbain et rural, et l'accès limité des plus pauvres ; (2) l'efficience du secteur éducation est limité du fait des coûts élevés comparativement à ceux de la sous région ; (3) la qualité du système et de l'encadrement des élèves ainsi que la gouvernance financière sont aussi des dimensions faibles du système.

Les questions liées à l'accès financier et des mécanismes d'incitation dans l'éducation ont besoin d'une analyse plus approfondie. Les cantines scolaires par exemple, sont de plus en plus répandues, ce qui semble attirer plus d'élèves, bien qu'ils aient peu d'effet sur l'apprentissage<sup>43</sup>.

<sup>43</sup> Educational and Health Impacts of Two School Feeding Schemes. 2009. World Bank

## 2.1.4 Les déterminants du travail des enfants

Un certain nombre d'études ont abordé les déterminants du travail des enfants au Burkina Faso et ont mis en évidence plusieurs facteurs touchant les caractéristiques individuelles de l'enfant, du ménage et du milieu de résidence

Une analyse économétrique conduite dans le cadre d'une étude de l'INSD (2008) montre que le **sexe** masculin de l'enfant accroît significativement la probabilité d'être économiquement actif, mais le travail ici défini exclut le travail domestique qui est davantage fait par des filles. En fait, comme l'indique le Tableau 22, tiré d'une étude de Lachaud (2003), le taux d'activité des filles est plus que celui des garçons dans les tranches d'âge. L'étude montre aussi que l'âge de l'enfant augmente la probabilité qu'il participe aux activités économiques. La nature physique des travaux, notamment agricoles, expliquerait l'augmentation de la propension à travailler avec l'âge. La **relation de l'enfant au chef du ménage** est aussi importante ; comparativement aux enfants confiés, les enfants du chef de ménage présentent des chances plus faibles de travailler (INSD, 2008).

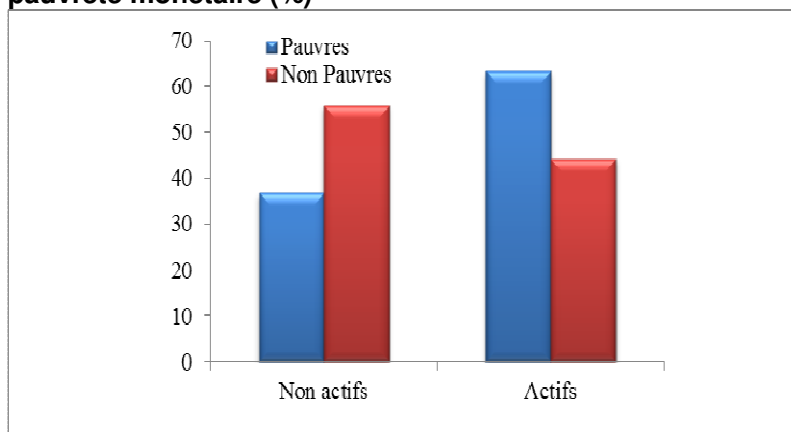
Le travail des enfants étant une source de revenu pour les ménages<sup>44</sup>, **les ménages pauvres** seront plus enclins à ce que leurs enfants travaillent. Selon Lachaud (2003), la probabilité de travailler des enfants des familles pauvres est deux fois plus forte (51,9%) que celle des enfants des familles non pauvres (25,5%) (Tableau 22), bien que nous trouvons un écart un peu moins prononcé si l'on considère une gamme plus large d'âge (graphique 25)<sup>45</sup>. Dans une autre étude, Lachaud (2004) trouve que la **variabilité** du niveau de vie des ménages augmente la probabilité de travail des enfants, ce qui est un point important lorsque l'on considère l'impact de la vulnérabilité sur le bien-être.

**Tableau 22 : Taux d'activité des filles et des garçons (%)**

	Garçons		Filles		Ensemble
	5-9 ans	10-14 ans	5-9 ans	10-14 ans	
Pauvres	43.6	58.9	45.1	65.3	51.9
Non pauvres	19.2	31.7	22.0	30.7	25.5

Source : Lachaud (2003).

**Graphique 25 : Incidence de l'activité économique des enfants de 7-17 ans selon la pauvreté monétaire (%)**



Source : Nos calculs à partir des données de l'EICVM de 2003.

La **composition démographique du ménage** est aussi pertinente. La probabilité du travail des enfants diminue avec la taille du ménage, mais augmente avec le nombre d'enfants de

<sup>44</sup> [http://www.rsenews.com/public/dossier\\_social/travail\\_enfants.php?rub=2](http://www.rsenews.com/public/dossier_social/travail_enfants.php?rub=2)

<sup>45</sup> Voir également la discussion du tableau 22 plus loin.

5-17 ans (INSD, 2008). Ceci est probablement dû au fait que la taille d'un ménage reste petite si celui-ci est mieux nanti.

L'**âge du chef de ménage** et le fait qu'il soit de **sexe masculin** augmentent les probabilités de travail des enfants (INSD, 2008). Par contre, les probabilités de travail des enfants baissent avec le **niveau d'éducation du chef de ménage**. Selon Lachaud (2003) et nos propres calculs (tableau 22), des parents ayant fait des études sont davantage portés à envoyer leurs enfants à l'école et donc à ne pas les faire entrer tôt dans la vie active que les parents n'ayant pas fait des études. Nos propres calculs à partir de l'EICVM, 2003 confirment ce constat de l'INSD, 2008. Toute chose égale par ailleurs, la probabilité de travail prédite pour les enfants de la tranche d'âge de 5 à 17 ans est de 52%. Les effets de quelques variables pertinentes nous donnent les observations suivantes : la probabilité de travailler des enfants baisserait de l'ordre de 19 points de pourcentage pour le niveau primaire complet par le chef de ménage et de 42 points pour le niveau post secondaire. Quant à la **distance à l'école**, elle augmente la probabilité de travailler des enfants de l'ordre de 7 points de pourcentage. Notre analyse confirme aussi que le **revenu réel** a un impact négatif important (-7 points) sur le travail des enfants.

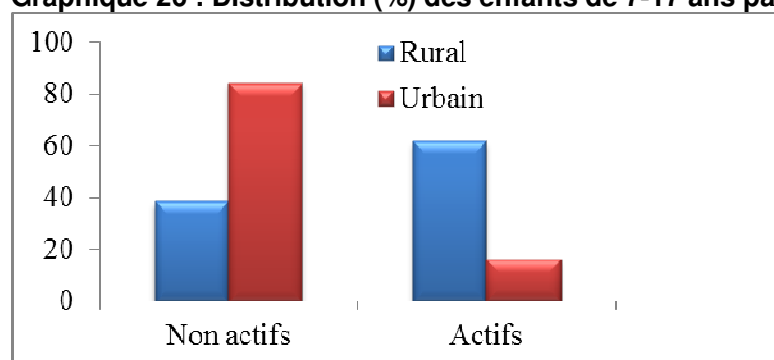
**Tableau 23 : Impacts de caractéristiques de ménages sur le travail de l'enfant 5-17 ans**

Variables	Effets marginaux point de pourcentage*
Niveau d'éducation du chef du ménage	
- Primaire partiel	-19
- Primaire complet	-33
- Secondaire partiel	-37
- Secondaire complet	-40
- Post secondaire	-42
Genre du chef du ménage (1=homme; 0=femme)	10
Nombre d'enfants dans le ménage	2
Revenu réel	-7
Distance à l'école en km	7

\* (Dy/Dx), significatif à 1% ; y = Pr (sans école, travail) (predict) = 52%  
 Source : calculs des auteurs à partir des données de l'EICVM de 2003.

Les enfants du milieu rural courent plus de risques de travailler que leurs homologues urbains. La moitié des enfants ruraux travaillent dans l'exploitation familiale contre seulement 14% des enfants urbains (Lachaud 2003). Selon nos propres calculs, le graphique 20 montre que 61,66% des enfants ruraux de 7-17 ans sont économiquement actifs contre seulement 15,86% pour le milieu urbain.

**Graphique 26 : Distribution (%) des enfants de 7-17 ans par milieu de résidence**



Source : Nos calculs à partir des données de l'EICVM de 2003.

L'**inadéquation entre formation et besoin du marché du travail** amène certains parents à ne pas envoyer leurs enfants à l'école. Ils préfèrent leur trouver de « petits métiers » dans le domaine de la mécanique, de la couture, de la soudure, etc. L'idée est qu'ils aient une formation plus professionnelle que théorique. Ces derniers arrivent à développer des activités dans le secteur informel, ce qui leur permettrait d'avoir des revenus monétaires et de venir en aide à leur famille. Pour certains auteurs, les **techniques de production** agricoles rudimentaires majoritairement utilisées dans le secteur agricole expliqueraient en partie la participation élevée des enfants ruraux au marché du travail. En effet, bon nombre de parents pensent que la force de travail des enfants compensera le manque de moyens modernes de production.

Les activités agricoles et les mines d'or constituent les pires formes de travail des enfants. En 2010, l'UNICEF a mené une étude qui a identifié 186 mines de petite échelle dans les cinq régions ciblées, et, dans seulement la moitié de ces mines qui ont été enquêtées, 19.881 enfants ont été identifiés, dont presque la moitié sont des filles. L'étude a aussi constaté que les enfants sont aussi jeunes que 5 ans, que 4 enfants sur 5 d'eux n'ont jamais été à l'école, et que les deux-tiers travaillent pour plus de 10 heures par jour<sup>46</sup>.

#### **Encadré 5 : Une absence de cadre pour la protection sociale**

La protection sociale couvre toute une gamme de programmes et de politiques visant à réduire la vulnérabilité et la pauvreté chronique des ménages en assurant un niveau de vie minimal. Elle comprend (i) l'extension de l'accès financier aux services sociaux de base à tous, (ii) les transferts sociaux directs aux ménages, (iii) les assurances sociales, et (iv) la fourniture d'un environnement protecteur pour les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables. Jusqu'ici il n'y a pas une politique nationale de protection sociale au Burkina Faso. Cependant, la réduction de la vulnérabilité et de la pauvreté font partie des axes prioritaires de stratégies du gouvernement, tel que reflété dans le CSLP. Face aux crises (économique, prix d'alimentaire, et des inondations), qui se sont accélérées et accentuées depuis les trois dernières années, et à la pauvreté chronique persistante, il devient essentiel pour le Burkina Faso de se munir d'un cadre de protection sociale. La Revue à mi-parcours du CSLP menée en octobre 2008 a conclu que son succès a été mitigé, car celui-ci n'avait pas intégré une politique de protection sociale en faveur des plus pauvres. En conséquence, la décision en 2010, suite à l'Atelier national sur la protection sociale<sup>47</sup>, d'élaborer une politique nationale de protection sociale et d'intégrer cet enjeu dans la nouvelle stratégie de croissance accélérée et de développement durable (la SCADD) est fondamentale. En outre, la décision d'intégrer un volet de protection sociale dans le Plan d'action national pour faire face à la crise économique, suite à l'étude de l'UNICEF sur ses effets, a changé l'élaboration des politiques au Burkina Faso grâce à l'intégration de la politique sociale avec la politique économique.

En plus de l'absence actuelle de politique, il y a aussi peu de données et de coordination sur la protection sociale au Burkina Faso, ce qui rend très difficile un examen du secteur. Cependant, en 2010 la Banque Mondiale et l'UNICEF ont mené une étude d'inventaire des filets sociaux de sécurité, trouvant plus de 40 programmes dans plusieurs domaines différents<sup>48</sup>.

Dans le secteur de **l'éducation**, les principaux programmes de protection sociale incluent la réduction du coût de l'accès, la gratuité des manuels et des fournitures, et les cantines

<sup>46</sup> Le travail des enfants dans les mines et les carrières artisanales dans cinq régions du Burkina Faso. 2010. UNICEF

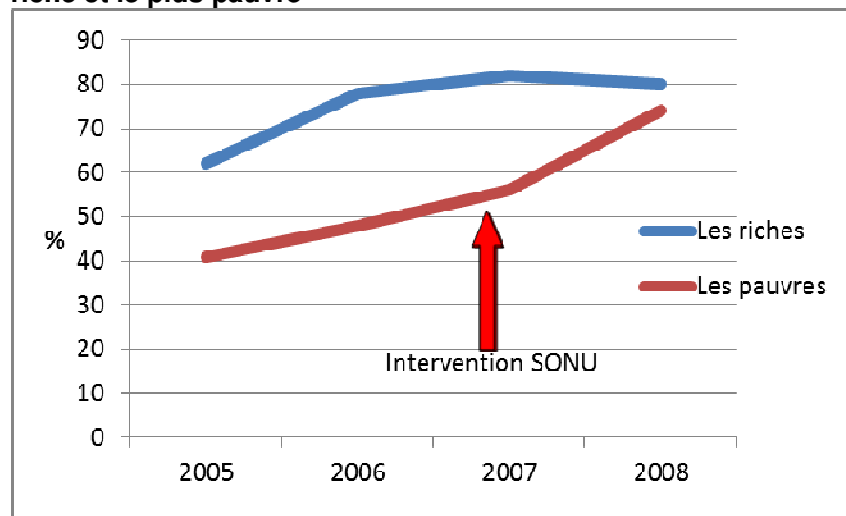
<sup>47</sup> Toute documentation disponible : <http://sites.google.com/site/protectionsocialeauburkinafaso/>

<sup>48</sup> Savadogo K. 2010. Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso : Inventaire et analyse des programmes et filets sociaux existants. La Banque Mondiale et l'UNICEF

scolaires. La gratuité de l'éducation primaire est très importante pour l'accès, même si des questions difficiles ne sont pas résolues sur la portée réelle de cette politique et son impact sur la qualité. Cependant, sa mise en œuvre inégale, l'existence continue des cotisations aux associations de parents d'élèves et l'extrême pauvreté de nombreux ménages signifient que beaucoup d'enfants ne participent pas encore à l'école primaire. Une analyse comparative de l'impact de la suppression des frais scolaires devrait être entreprise. La fourniture de kits et de manuels scolaires gratuits à tous les élèves constituent également est une politique importante pour l'amélioration de l'accès et la qualité de l'éducation ; la fourniture aux écoles privées reflète un principe universel plutôt que ciblé. Les cantines scolaires ont un impact discutable, étant donné que leur couverture effective et les coûts encourus par la communauté varient considérablement et ne sont pas complètement connus. Globalement, une récente étude au niveau régional, a montré qu'un parent sur cinq paie toujours les frais de scolarité, trois sur cinq paie pour les cantines scolaires, et près d'un élève sur cinq n'a pas reçu les manuels scolaires gratuits<sup>49</sup>.

Dans le secteur de la **santé**, les principaux programmes de protection sociale concernent les gratuités pour certains services (la traitement de paludisme grave, les ARV...) et les subventions aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). En principe, ces programmes ont une couverture nationale et ils coûtent à l'Etat plus de 535 millions de francs CFA par an. Dans la pratique, leur mise en œuvre effective n'est pas assurée car plusieurs franges de la population ne savent rien quant aux exemptions et les subventions auxquelles elles ont droit (Ridde et Bicaba, 2009). La définition des exemptions pour les plus pauvres souffre aussi d'un manque d'orientations claires sur l'éligibilité. En effet, au niveau national, il n'a pas été convenu des orientations sur le ciblage de ces programmes. L'évaluation de l'impact des SONU sera effectuée en 2011 par le Ministère de la santé et sera au centre du dialogue actuel sur l'élargissement de ces subventions à d'autres groupes, à savoir les très jeunes enfants. Ailleurs, des nouvelles études sont en cours concernant l'impact des SONU sur l'équité. Comme il apparaît dans le graphique 27 à partir d'une étude dans le district de Nouna réalisée par Ridde et al.(2009), les pauvres sont ceux qui en bénéficient.

**Graphique 27 : Le taux d'accouchement assisté à Nouna dans les quintiles le plus riche et le plus pauvre**



Source : Ridde V et al. Présentation des effets de la stratégie SONU sur les accouchements dans le district de Nouna. 2010.

<sup>49</sup> L'effectivité de la gratuité de l'éducation au Burkina Faso. Coalition Nationale pour la Education Pour Tous. 2011

Plusieurs programmes de protection sociale existent afin de promouvoir la **sécurité alimentaire** du côté de l'offre, y compris la vente à prix social et de la distribution de biens alimentaires, ce qui coûte beaucoup, ne sont pas bien ciblées, et peut compromettre les marchés locaux. Par ailleurs, un nouveau programme de distribution de bons d'alimentation à Ouagadougou et Bobo Dioulasso a été mis en place et financé par le Programme alimentaire mondial (PAM) en 2009 et 2010. Ce programme a mis l'accent sur la demande des ménages en augmentant leur pouvoir d'achat. Toutefois, les résultats préliminaires révèlent que même si 30.000 ménages y ont bénéficié au cours de la dernière année, l'effet attendu reste mitigé en raison de la vulnérabilité croissante dans les zones urbaines. Concernant les subventions des prix alimentaires, un examen par le FMI a montré que les subventions sur les produits alimentaires de 2008 ont surtout bénéficié largement au groupe le plus riche de la population<sup>50</sup>. L'analyse de l'UNICEF en 2011 a confirmé cette nature non-pro pauvre des subventions alimentaires<sup>51</sup>.

Il n'y a aucun programme de transferts monétaires au Burkina Faso. Le programme pilote de transfert monétaire dans le district du Nahouri couvrirait 8.000 enfants et il sera important de le suivre son évaluation en 2011 de près<sup>52</sup>.

Les simulations de politiques sociales (subvention de prix de céréales et transferts en cash) de l'étude UNICEF sur la crise mondiale ont révélé qu'une politique de subvention alimentaire est moins efficace qu'une politique de transfert en espèces qui rétablit les tendances hors crise de la pauvreté monétaire, engendre une tendance à la baisse de la pauvreté calorique et donne les meilleures atténuations des effets pervers de la crise sur la scolarisation, le travail des enfants et l'accès des enfants malades aux services modernes de santé<sup>53</sup>. Par exemple, un programme de transfert monétaire régional visant la Boucle du Mouhoun (fortement frappée par des inondations en septembre 2009), avec un budget égal à 0,4% du PIB de 2008, permettrait une réduction importante de la pauvreté atteignant 6,5 points de pourcentage dans cette région.

La revue de la Banque Mondiale et l'UNICEF des filets sociaux nous a permis de constater que la grande majorité de ces programmes ne fournisse qu'un appui ponctuel aux personnes pauvres et vulnérables, sans perspective de pérennisation et avec une couverture faible et peu systématique, et que l'Etat devrait jouer un rôle d'organisation et de consolidation des différents volets des filets sociaux et protection sociale.

## ***2.2 Les déterminants sous-jacents de la pauvreté de l'enfant.***

Après avoir examiné les causes directes de la pauvreté de l'enfant, ses caractéristiques, et ses causes secondaires, nous passons maintenant à certains déterminants sous-jacents du bien-être des enfants au Burkina Faso. Nous examinons brièvement les implications de l'économie rurale caractérisée par une base de ressources marginale, les impacts du changement démographique, les effets du changement climatique, et l'influence de la croissance économique nationale et internationale.

<sup>50</sup> Staff Report du FMI. Juillet 2010

<sup>51</sup> PEP et UNICEF Briefing Note. L'impact des politiques de réponse à la crise économique sur les enfants au Burkina Faso. 2011

<sup>52</sup> Recherche Action sur la Prise en Charge Communautaire des OEV dans Les Provinces de Nahouri et Sanmatenga. Sep 2008. SP/CNLS

<sup>53</sup> Analyse d'impact des effets de crise économique et des politiques de réponse sur les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre : Cas du Burkina Faso. 2010. Balma L. et al. UNICEF

### 2.2.1 Une dépendance rurale avec des fondations faibles

Au niveau structurel, il est un fait de base inévitable mais souvent ignoré que les enfants au Burkina Faso sont pauvres parce que leurs familles et les communautés vivent principalement dans les zones rurales pauvres et dépendent de façon significative de l'agriculture, un secteur faiblement productif avec une croissance erratique. Même si le statut individuel de chaque ménage varie selon plusieurs caractéristiques, certains éléments de cette dépendance rurale sont d'une telle importance pour le bien-être des enfants qu'ils doivent être mentionnés.

Tout d'abord, le secteur agricole, la base fondamentale de l'économie, est de faible productivité, produisant peu d'effets de retour sur les ménages les plus pauvres et leurs familles qui en dépendent. Bien que plus de 8 personnes sur 10 au Burkina soient actives dans le secteur agricole, il ne contribue que pour 33% à la formation du PIB (INSD 2003). Le secteur est aussi dominé par le coton dont la production a augmenté significativement depuis les années 1990 mais de façon très variable, qui crée des vulnérabilités importantes pour les ménages connectés à cette culture. La production céréalière, qui représente les trois-quarts de la production totale, a aussi doublé depuis 1990, mais en générale, le rendement de céréale représente en moyenne environ la moitié du rendement dans d'autres pays en développement.

Le capital physique joue un rôle central dans la productivité et donc dans la détermination du bien-être des ménages et les enfants qui y vivent. Le faible niveau d'équipement des ménages et des entreprises en zones rurales en moyens d'investissement, de production, de transformation, de communication, et de transport affectent négativement la capacité des ménages à se prémunir contre les chocs et à investir dans leur avenir, à travers l'éducation par exemple. Avec l'augmentation du capital physique, la pauvreté a baissé (Kaboré 2004), mais sur un total de 886 600 ménages agricoles burkinabé, plus des 2/3 des exploitants agricoles travaillent toujours avec des instruments manuels (CSAO-CILSS, 2008). Les ménages ont également une capacité limitée pour investir dans les engrais et semences améliorées, deux intrants clés pour la productivité ; les engrais chimiques sont principalement axés sur le coton avec moins de 10 kg par hectare appliqués aux cultures céréales comparé à 50kg en moyenne pour les pays en développement (Revue des Dépenses, 2010). La croissance du secteur reste donc davantage sur l'expansion des superficies, ce qui pose des problèmes d'impact environnemental. Un autre élément clé est que le secteur souffre d'une faible intégration au marché ; même si les céréales représentent en moyenne entre 74% et 85% des superficies cultivées ils sont peu vendues mais destinées principalement à la consommation familiale. Le taux de mise en marché indique que seulement 10% de la production céréalière est vendue sur le marché (DGPSA, 2007) ; les 90% de la production sont destinés à la consommation familiale et en communauté, à la constitution de stocks de sécurité, et à d'éventuels dons et échanges.

Les investissements publics dans l'agriculture sont largement ciblés vers les régions qui produisent du coton. Cependant, le coton profite directement seulement à un cinquième des ménages ruraux. La production de cultures vivrières, dont la grande majorité des ménages pauvres dépendent (soit par le travail ou la production propre) reçoit très peu d'investissements publics<sup>54</sup>. En outre, le financement du secteur est largement dominé par des fonds extérieurs (80%), qui vont en grande partie à des projets spécifiques, et ne sont pas répartis équitablement en fonction des besoins ou de potentiel entre les régions du pays. Par exemple, le Nord, l'une des régions les plus pauvres, ne reçoit que 2% du budget sous-national pour l'agriculture, ce qui équivaut à 800CFA par personne, par rapport à un étonnant 29%, ou 10.370CFA par habitant, qui va au Centre-Est, malgré le fait que le Nord contribue pour un tiers de plus que le Centre-Est aux revenus agricoles nationales (Revue des Dépenses 2009). En plus, bien que peu d'analyses soient disponibles sur le sujet, il est

<sup>54</sup> Grimm G. et Gunther I. 2004. Opérationnaliser la croissance pro-pauvre : Le cas du Burkina Faso.

également clair que le manque d'informations facilement utilisables sur les débouchés commerciaux et des prix est un frein au développement rural. En générale, dans un pays enclavé comme Burkina Faso qui doit dépendre de manière significative du transport et de la communication pour promouvoir le commerce et le travail, les investissements dans l'infrastructure rurale restent importants pour l'ouverture des communautés aux marchés, et l'investissement mais aussi pour l'accès aux services sociaux.

L'amélioration de l'accès au financement du capital demeure un défi important à relever. L'accès effectif au crédit réduit la probabilité d'être pauvre chez les agriculteurs vivriers du Burkina Faso (Kaboré, 2004) mais les évaluations de l'accès des agriculteurs au crédit montrent que seulement 11% des agriculteurs pauvres ont un accès effectif au crédit et ce taux se décompose en 10% au profit des producteurs de coton contre 1% pour les agriculteurs des produits vivriers (Kaboré, 2009). En outre, les difficultés de la sécurisation du foncier agricole, qui touchent particulièrement les femmes, sont aussi importantes pour améliorer les incitations à investir.

Au-delà de l'impact des dotations économique et physique limitées des ménages ruraux en général sur leurs membres et sur les enfants en particulier, le capital humain d'un ménage est en soi un facteur déterminant de sa capacité de sortir de la pauvreté et de se protéger contre les chocs. Le faible niveau d'éducation du chef de ménage est structurellement associé à une pauvreté élevée. L'éducation améliore les chances de se sortir de la pauvreté (Lachaud, 2001b). Cela se reflète dans l'analyse du tableau 24 qui montre que 53,1% des enfants vivant dans les ménages où le chef de ménage n'a aucun niveau d'éducation sont pauvres. Cette proportion d'enfants pauvres n'est que de 20,1% dans les ménages dont le chef de ménage a un niveau d'éducation secondaire.

**Tableau 24 : le niveau d'éducation du chef de ménage et la pauvreté de l'enfant**

Niveau d'éducation chef ménage	Pourcentage de la population des enfants de moins de 18 ans	Incidence de pauvreté des enfants (%)
Aucun	82,0	53,1
Primaire	16,6	41,8
Secondaire	1,4	20,1
Supérieur	0,0	0,0

Source : Construit à partir des données de l'EICVM, 2003

Un autre facteur clé est celui du capital social qui se réfère aux moyens ou capacités dont les individus peuvent bénéficier grâce aux réseaux et relations sociales. Les communautés dans leur ensemble ont des mécanismes de solidarité sociale qui assurent des fonctions «traditionnelles» de l'assurance sociale, le partage d'information, et la résolution des conflits. Bien que peu d'études aient été réalisées sur le capital social dans les communautés du Burkina Faso, beaucoup de spéculation est faite au sujet de sa détérioration progressive, qui met en péril les filets sociaux communautaires qui permet de lisser la consommation et de protéger le bien-être des enfants.

Le manque d'incitation à investir, la faiblesse des infrastructures, et l'accès au crédit et les dépenses nationales limité dans ces zones conduisent à un faible rendement des récoltes, qui fluctuent avec des variations pluviométriques. En retour, cela renforce le cercle vicieux de la pauvreté et de la vulnérabilité, causant des chocs saisonniers et annuels auxquels toutes les communautés rurales sont exposées. C'est ce risque et incertitude, causant les familles à entrer et à sortir de la pauvreté, qui peuvent avoir l'impact le plus sérieux sur le bien-être actuel et futur des enfants, car les dépenses des ménages et le soin aux enfants varie quand ils sont à leur tour plus vulnérables entraînant à long terme les impacts négatifs sur leur survie et le développement et par la suite sur leurs communautés et le pays dans son ensemble.

Bien qu'il n'existe manifestement aucun rôle pour une organisation comme l'UNICEF dans le développement agricole, on ne peut pas ignorer totalement cette base centrale de la pauvreté. Peu importe combien d'écoles ou de cliniques sont construits et équipés, les enfants les plus pauvres continueront d'être exclus si leur famille ne peut pas les soutenir de manière adéquate. Comprendre la nature de la pauvreté rurale peut aussi aider à mieux cibler les programmes. Par exemple savoir où les familles sont plus susceptibles de compter sur les activités nomades, sur le travail quotidien, ou impliquer le travail des enfants est importante dans la conception des programmes, en particulier pour atteindre les plus pauvres.

## 2.2.2 Les changements démographiques

La majorité de la population totale des enfants est trouvée en milieu rural (76,8%) et on sait que la contribution du milieu rural à la pauvreté nationale a régulièrement dépassé 90% entre 1994 et 2003 (INSD, 1996, 2000 et 2003). En plus, cette étude a confirmé qu'une proportion significativement plus grande d'enfants que d'adultes vit dans la pauvreté que ce soit dans les zones rurales (55,5% contre 48,4%) ou urbaines (22,8% contre 17,6%), voir le tableau ci-dessous. Ainsi, la pauvreté monétaire des enfants est surtout un phénomène rural. Toutefois, l'analyse des données démographique peut clarifier d'autres points sur le rôle du changement démographique dans la pauvreté de l'enfant.

**Tableau 25 : Incidence de la pauvreté des enfants selon le milieu de résidence (en %)**

Milieu de résidence	Urbain	Rural
Incidence de la pauvreté des enfants de moins de 18 ans	22,8	55,5
Incidence de la pauvreté des adultes	17,6	48,4
Pourcentage des enfants dans la population totale	44,8	54,7
Répartition de la population globale des enfants parmi les zones	23,2	76,8

Source : Construit par les auteurs à partir de l'EICVM, 2003

Le Burkina reste l'un des pays les moins urbanisés d'Afrique et bien sûr du monde, avec 22,7% de la population habitant dans les zones urbaines en 2006 (contre 15,5% en 1996), ce qui lui donne l'opportunité de tirer des leçons des expériences d'autres pays plus urbanisés. Cependant, il peut être important de noter que la proportion d'enfants vivant dans les zones urbaines était déjà supérieure à cette proportion en 2003 (23,2%), ce qui suggère que le taux de la migration d'enfants vers les zones urbaines est plus élevé que celui des adultes, ce qui soulève d'importantes questions quant à leur vulnérabilité et les facteurs qui les poussent vers cette zone.

L'incidence ainsi que la profondeur de la pauvreté dans les zones urbaines ont doublé en 10 ans en raison d'un fort afflux du monde rural vers les zones urbaines, qui a dépassé ces dernières années la création d'emplois dans les villes (Banque Mondiale 2004). Alors que l'afflux d'abord alimente le développement des petites entreprises et la croissance urbaine, les taux d'urbanisation ne se sont pas suivis par des créations d'emplois. Ces statistiques montrent que, tout en reconnaissant que la pauvreté est à la fois beaucoup plus répandue et beaucoup plus graves dans les zones rurales, nous devons prendre note non seulement que la population urbaine est de plus en plus pauvre, mais qu'elle est aussi de plus en plus sévèrement pauvre (tableau 27).

**Table 26 : Incidence et Profondeur de la pauvreté aux milieux rural et urbain entre 1994 et 2003<sup>55</sup>**

	Incidence 1994	Incidence 2003	Profondeur 1994	Profondeur 2003
Milieu Rural	51	52.3	16.1	17.9
Milieu Urbain	10.4	19.9	2.5	5.5

Source : INSD 1994 et 2003 EICVM

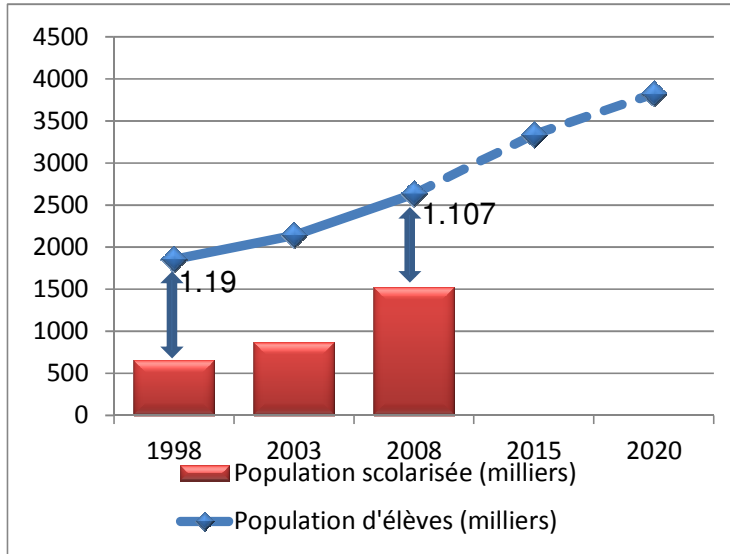
Clairement, les tendances démographiques sont de plus en plus importantes au Burkina Faso. Entre 1960 et le dernier recensement de 2006, la population totale du Burkina Faso a triplé et la population urbaine a augmenté de 15 fois. Selon la Base des données démographiques des Nations Unies, la population du Burkina Faso va doubler au cours des vingt prochaines années pour se situer à près de 25 millions d'habitants en 2025<sup>56</sup>. La population de la capitale est passée d'une population de 59,000 en 1960 à 1,5 million en 2006.

La population du Burkina Faso augmente à un rythme le plus rapide jamais enregistré; passant d'environ 2 pour cent par an dans les années 1970 à 3,1 pour cent par an de 1996 à 2006. En termes des prévisions démographiques de Nations Unies, le Burkina Faso compterait 28 millions d'habitants en 2028. Une telle situation a deux effets principaux sur le bien-être des enfants au Burkina Faso. Le premier, tenant compte du fait que la création d'emplois ne suit pas la croissance démographique, signifie que les ménages déjà majoritairement à faible revenu auront progressivement plus de personnes à soutenir avec des moyens qui augmentent peu et donc potentiellement moins de ressources à consacrer à la survie et au développement des enfants. Deuxièmement, même si les Nations Unies prédisent que le taux de croissance démographique sera bientôt à son pic, diminuant à partir de 2010, quel impact une population qui augmente rapidement a-t-elle sur l'accès aux services de base et sur leur qualité? De 2005 à 2025, la population en âge de scolarisation aura presque doublé, passant à 6,7 millions et exerçant ainsi une pression évidente sur le système éducatif qui lutte déjà pour être en phase avec la nouvelle politique de l'éducation gratuite (voir le graphique ci-dessous). En outre, la forte proportion de jeunes au sein de la population burkinabè – les jeunes de 15 à 24 ans représentent 20% de la population, soit deux fois la moyenne européenne – bien que partiellement un atout pour la croissance et l'innovation, continue de poser un défi à l'éducation, à la création d'emplois et potentiellement à la stabilité sociale du pays.

<sup>55</sup> «Incidence» donne la proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté national ; la «profondeur» donne la différence moyenne entre le seuil de pauvreté et le niveau moyen de bien-être de la population, c'est à dire la personne moyenne vivant dans la pauvreté dans les zones rurales est en fait survivant avec vers de 18% de moins que le seuil de pauvreté.

<sup>56</sup> Selon le scénario de fécondité moyenne

**Graphique 28 : Évolution de la population scolarisée au primaire**



Source : Recueil d'indicateurs actualisés de l'éducation de base 1997 à 2008, MEBA 2009 et les Projections Démographique Aout 2009 de l'INSD

Un facteur supplémentaire est le taux de natalité plus élevé en milieu rural. Selon le Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) de 2006, en milieu rural le taux de natalité est de 48 pour 1000 contre 38 pour 1000 en milieu urbain (Tableau 28). Les résultats du dernier recensement confirment que l'écart entre le taux de natalité dans les zones rurales et urbaines semble s'être creusé entre 1996 et 2006 parce que le taux en milieu rural a à peine ralenti.

**Tableau 27 : Evolution du taux brut de natalité pour mille (1000) selon le milieu**

Année	1996	2006
Urbain	42,0	38,1
Rural	48,9	48,4
National	48,2	45,8

Source : RGPH, 1996; RGPH 2006

La migration est également un phénomène croissant, si peu comprise, que de nombreux ménages utilisent comme stratégie de lutte contre la pauvreté. Contrairement à la croyance populaire, la migration rural-rural peut être plus fréquent que la migration rural-urbain. Les migrations des membres des ménages et les transferts subséquents en faveur du ménage d'origine offrent des opportunités qui peuvent aider à lisser la consommation et même à investir dans leurs membres et leur bien-être, même si ce n'est pas le cas pour les plus pauvres absolus qui n'ont pas souvent beaucoup de main-d'œuvre. De même, le rôle du travail journalier dans les zones rurales est sous-estimé et mal compris – les ménages les plus pauvres dans les zones rurales ne sont pas susceptibles d'être agriculteurs pour eux-mêmes, mais plus susceptibles de louer leur propre travail quand ils le peuvent, ce qui augmente la vulnérabilité des enfants en raison des fluctuations dans le bien-être des ménages<sup>57</sup>. Une autre discussion est celle liée à la question largement discutée aujourd'hui du «travail décent», c'est à dire que la pauvreté ne peut être réduite si les ménages ont accès à un travail qui est d'une norme minimale. Les parents/encadreurs qui devront

<sup>57</sup> Pour une discussion plus approfondie du rôle du travail salarié voir : Sender, J. et al. 2008. Rural Labour Markets in Sub-Saharan Africa. SOAS

travailler dans la pauvreté peuvent fournir peu en termes des ressources ou de soins pour leurs enfants.

Si la migration et le travail journalier sont particulièrement importants pour le bien-être des ménages pauvres et leurs enfants, les ménages extrêmement pauvres sont alors surtout ceux qui sont caractérisés par une incapacité de travail et un rapport de dépendance élevé (avec une proportion élevée de personnes âgées ou handicapées ou des jeunes enfants). Cela se reflète dans les données qui montrent qu'un déterminant démographique de base est la taille du ménage et, particulièrement, la proportion d'enfants de bas âge qui y vivent (Lachaud, 2001b). La probabilité d'être pauvre augmente avec la taille du ménage dans toutes les catégories de ménages du Burkina Faso (Kaboré, 2004). De même le pourcentage des enfants de moins de 10 ans dans le ménage augmente avec la probabilité d'être pauvre dans toutes les catégories de ménages. Ces mêmes effets sont également observés dans d'autres pays comme le Côte d'Ivoire (Grootaert, 1996). Nos calculs, à partir des données de l'enquête EICVM (2003), montrent que l'incidence de la pauvreté augmente avec le nombre d'enfants vivants dans le ménage (Tableau 29). Dans les ménages avec un seul enfant l'incidence de la pauvreté est presque nulle contre 60,7% dans les ménages avec dix enfants et plus.

**Tableau 28 : Pauvreté des enfants selon le nombre d'enfants dans le ménage**

Nombre d'enfants dans le ménage	Taux de pauvreté (%)	Part dans la population des enfants totale (%)
1	0,0	0,001
2	16,3	0,5
3	22,1	3,4
4	30,2	6,6
5	36,0	9,2
6	42,6	10,7
7	49,2	11,2
8	58,7	9,7
9	52,6	8,2
10 enfants et plus	60,7	40,5
Population des enfants	50,76	100,0

Source : Construit par les auteurs à partir de l'EICVM, 2003

La littérature nous apprend qu'avoir une femme comme chef de ménage peut prédisposer le ménage à la pauvreté. Les résultats de Kaboré (2004) montrent que, chez les ménages auto-employés du Burkina Faso, le fait qu'un ménage soit dirigé par une femme augmente ses risques d'être pauvre, mais le résultat est l'inverse pour les ménages pratiquant l'agriculture vivrière. Nos calculs indiquent que, en gros, les enfants qui vivent dans les ménages dirigés par les femmes sont un peu plus pauvres. Le tableau 30 montre que 51,1% des enfants vivant dans ce type de ménage sont pauvres contre 50,5% pour ce qui est des ménages dirigés par un homme. Les résultats d'analyse ne tiennent pas compte de l'allocation *intra-ménage* pour lesquelles les informations ne sont pas disponibles au Burkina Faso, mais qui peuvent sérieusement affecter ces calculs ; comme nous l'avons souligné dans la section 1, les ménages pauvres peuvent contenir des enfants non-pauvres et vice-versa, selon les attitudes et les pratiques de la maison vers leurs plus jeunes membres. Une analyse de la répartition des ressources au sein du ménage serait un ajout important à la littérature.

**Tableau 29 : Pauvreté monétaire des enfants selon le genre du chef de ménage**

Genre du Chef de Ménage	Homme	Femme
Incidence de la pauvreté des enfants	50,5%	51,1%
Proportion des enfants dans le ménage	52,0%	47,8%
Pourcentage des enfants dans la population	94,9%	5,1%

Source : Construit par les auteurs à partir des données d'EICVM, 2003.

Comprendre ces défis démographiques maintenant et adapter les politiques et les programmes pour les prendre en compte pourraient être l'un des ajustements stratégiques les plus importants à entreprendre pour mieux répondre aux questions de vulnérabilité, de bien-être et d'accès aux services sociaux. Il est important d'aborder l'équilibre changeant entre une population urbaine de plus en plus vulnérable d'une part, et un besoin grandissant et encore plus profond dans les zones rurales d'autre part. En outre, il convient de noter que, bien que des facteurs tels que la planification familiale sont certainement très importants dans la croissance de la population, la puissance de la réduction de la pauvreté dans le ralentissement de la croissance démographique n'a pas encore été suffisamment explorée au Burkina Faso.

### 2.2.3 L'environnement et le changement climatique

Le Rapport des Nations Unies sur le Développement Humain de 2008 a décrit les changements climatiques comme étant 'une question déterminante du développement humain de notre génération', estimant que 98 pour cent des personnes affectées par les catastrophes climatiques vivent dans les pays en développement.

Les défis comprennent non seulement des impacts immédiats visibles des changements climatiques tels que les sécheresses, les inondations et les tornades, mais aussi les impacts à long terme liés à l'insécurité humaine croissante, la diminution de la productivité agricole et la dégradation des capacités humaines telles que la santé. Cela est particulièrement important pour les enfants ; étant donné qu'ils sont plus susceptibles d'être plus pauvres que les adultes, ils sont également plus vulnérables face aux effets des catastrophes et à la vulnérabilité grandissante. Comme on le verra dans la section 3, un impact négatif actuel sur l'éducation ou la nutrition d'un enfant peut être irréversible dans l'avenir.

Partout dans le monde, mais surtout dans les pays en développement, l'impact des changements climatiques qui semble amplifier des phénomènes écologiques complexes est déjà évident, même si les effets réels à long terme ne sont pas encore connus. La superficie des terres touchées par la sécheresse augmente chaque année. Le nombre de catastrophes naturelles a augmenté de quatre fois au cours de ces trois dernières décennies. L'OMS a estimé que les changements climatiques ont déjà tué 150.000 personnes depuis les années 1970, surtout en Afrique à travers l'augmentation des cas de diarrhée, de paludisme et de malnutrition. Le nombre moyen d'urgences alimentaires en Afrique par an a presque triplé depuis le milieu des années 1980<sup>58</sup>.

Le Burkina, comme beaucoup de pays en Afrique sub-saharienne, est particulièrement vulnérable aux effets des changements climatiques; cette situation est due à une pauvreté plus enracinée et des niveaux déjà élevés de vulnérabilité ainsi qu'une capacité de réponse limitée. Les enfants sont plus susceptibles d'être blessés ou tués lors d'une catastrophe naturelle, et plus susceptibles de succomber à la malnutrition ou à une maladie au lendemain d'une catastrophe<sup>59</sup>. Au Burkina, nous assistons à un phénomène croissant d'inondations – 110.000 personnes ont été déplacées en 2010, 150.000 en 2009, et 28.000 en 2007 après les pluies torrentielles.

<sup>58</sup> Up In Smoke. 2006. New Economics Foundation

<sup>59</sup> Children and Climate Change. 2007. UNICEF

En outre, nous observons que le désert du Sahara est en train d'avancer inexorablement vers le sud, dévorant le pays au fur et à mesure. Les conséquences de la désertification peuvent aller très loin, amenant même les enfants à entreprendre des activités dangereuses telles que la migration, ou le travail des enfants pour survivre. Comme les points d'eau diminuent et s'assèchent, l'impact sur les enfants et sur leurs communautés augmente. Les filles ont moins de temps pour aller à l'école étant donné qu'elles parcourent de plus longues distances pour chercher de l'eau. Un taux grandissant de l'urbanisation s'accélère à cause de certains impacts des changements climatiques. Le nord du Burkina Faso est la zone la plus pauvre et au fur et à mesure que la désertification augmente et que les opportunités agricoles diminuent, les populations sont obligées d'aller dans les villes dans l'espoir de gagner leur vie. Le taux de croissance de la population urbaine (4,8% entre 1985 et 1996 et 7,1% entre 1996 et 2006) et les besoins subséquents en bois de chauffe et de tout genre, poussent à un défrichement abusif des forêts qui se traduit par un taux de prélèvement supérieur au taux de régénération de la végétation<sup>60</sup>.

Nous voyons également les changements climatiques s'accompagner d'un autre risque important, à savoir la crise des prix des produits alimentaires. Des décennies de sous-investissement dans l'agriculture ont laissé le secteur plus vulnérable aux chocs d'augmentation des prix mondiaux. Au Burkina Faso, la montée des températures due aux changements climatiques (2 à 4°C avant 2025<sup>61</sup>) pourrait réduire les rendements agricoles à long terme, compromettant davantage la sécurité alimentaire des couches les plus pauvres. Les augmentations de l'insécurité alimentaire causées par une baisse de la productivité agricole, l'aggravation de la pauvreté et l'urbanisation constituent une préoccupation particulière pour les enfants. La malnutrition infantile est à la base de la pauvreté et de la mortalité infantile. Les changements climatiques menacent maintenant de freiner les petits progrès en cours. La malnutrition augmente également la sensibilité de l'enfant aux maladies et les changements climatiques aggravent les conditions sanitaires. Par exemple, les facteurs environnementaux tels que la pluviométrie et la température ont une influence sur la propagation du paludisme.

Le Burkina Faso fait déjà face à des défis énormes pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Les défis environnementaux vont compromettre davantage les progrès. Les terres arables, estimées à un potentiel de 9 millions d'hectares naturellement pauvres, sont emblavées annuellement à hauteur de 40%. Sous l'action de la population (pressions démographiques, méthodes agricoles et d'élevages extensifs, surpâturage), ces terres sont soumises à une dégradation continue. Environ 11% des terres du Burkina Faso sont considérées comme très dégradées tandis que le risque de dégradation est élevé sur environ 37% des terres (CSAO-CILSS, 2008). Les régions les plus affectées par la dégradation sont le Sahel (57% des terres sont dégradées), le Nord (29%) et le Centre Sud (29%). La dégradation des terres, parallèlement à la pauvreté, constituent une des principales causes de la faible productivité agricole et alimentaire et est clairement un facteur déterminant pour la migration et la paupérisation des régions du nord.

Le changement climatique est aussi marqué par une nette régression des précipitations pluviométriques. Selon l'IRD, depuis les années 1970s, le Sahel ouest africain subit un déficit pluviométrique sans précédent au vingtième siècle. Les analyses des données pluviométriques suivies montrent une migration des isohyètes caractéristiques de la zone sahélienne de plus de 200km vers le Sud depuis 1960<sup>62</sup>. Cette réduction progressive de la quantité de pluie que cela implique, accompagnée d'une forte variabilité interannuelle et d'une mauvaise répartition spatiale, entraîne une variation significative de la production et de la productivité agricole. Sachant que l'agriculture burkinabè est essentiellement pluviale, ces

---

<sup>60</sup> INSD, RPGH 1985, 1996 et 2006

<sup>61</sup> Projet Adaptation des Forêts Tropicales aux Changements Climatiques. 2006.

<sup>62</sup> Sabrie et L'Hôte. 2003. Sahel: une sécheresse persistante. Fiche Scientifique no. 178. IRD

effets dépressifs de l'évolution climatique fragilisent les bases de revenus et de la sécurité alimentaire d'une large majorité des ménages et leurs familles qui en dépendent. Ces chocs et déstabilisations progressives créent des effets cumulatifs qui peuvent retirer les enfants de l'école, les poussent au travail et les soumet à un niveau de vie de plus en plus précaire.

L'analyse des fluctuations des nappes de l'aquifère montre que depuis plus de 20 ans (1978-1999) la tendance générale des nappes est à la baisse (GIRE, 2001). Par exemple, à Ouagadougou pour la période 1978-1999, la nappe a globalement baissé de près de 3 mètres et cette tendance se retrouve dans les autres régions du pays avec des amplitudes plus ou moins grandes. Cette tendance semble s'expliquer par la dégradation de la pluviométrie et la baisse de l'infiltration due à la déforestation et aux méthodes agricoles extensives et inadaptées qui favorisent le ruissellement et l'érosion. En se référant à l'indice de pénurie d'eau de l'UNESCO et l'OMM, le Burkina Faso, avec un taux de 52,5% en année normale, se situe dans la classe de "stress hydrique élevé" (GIRE, 2001).

En termes d'implication de politique, on peut noter, les défis importants suivants à relever : (i) le besoin de promouvoir un plaidoyer en faveur d'un engagement mondial réel contre le changement climatique et la protection de ces 'biens publics mondiaux', (ii) l'importance de la mise en œuvre de la Stratégie nationale d'adaptation aux changements climatiques ; et (iii) la nécessité de faire le lien entre la vulnérabilité et le changement climatique dans le dialogue politique nationale afin de protéger l'avenir du développement humain et économique, en particulier celle des enfants qui sont les plus vulnérables.

#### **2.2.4 L'influence de l'économie mondiale et nationale**

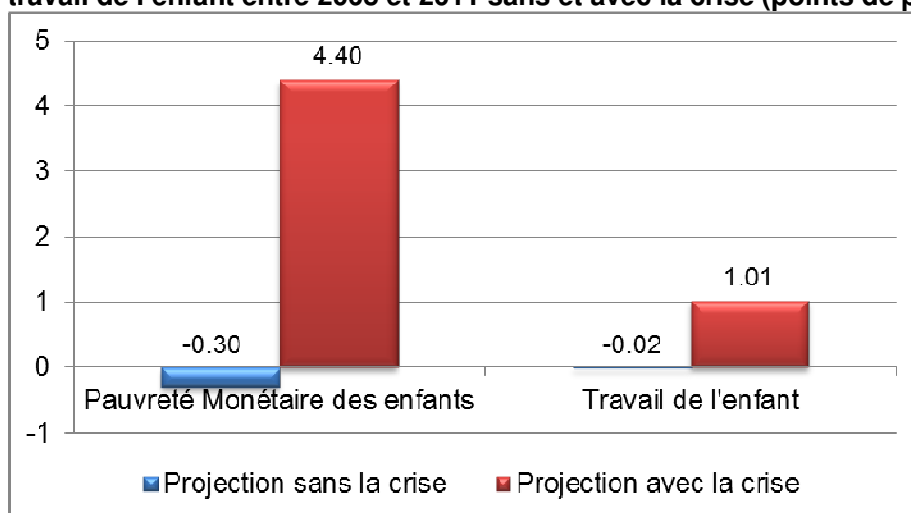
La croissance moyenne du PIB global a été de 5,5% par an pour la période 1995-2008. Selon le mémorandum économique du Burkina Faso (Banque mondiale, 2009), l'activité économique du Burkina a été ralentie en 2009 en raison de la crise alimentaire, économique et financière mondiale ainsi que les sévères inondations de septembre 2009. Les estimations du FMI calculent une croissance réelle du PIB de 3,2% en 2009, soit 2 points de pourcentage de moins que les prévisions avant la crise. La prévision de croissance pour 2010 a été revue à la baisse de 6,0% à 4,4%.

Au delà des crises, trois principales limites au développement économique du Burkina Faso peuvent être identifiées. Tout d'abord, la base étroite de production et d'exportation, est en grande partie basée sur l'agriculture soumise à des facteurs imprévisibles. Cela limite la croissance, cause la vulnérabilité économique et par conséquent de bien-être des ménages. Une telle structure de l'économie implique l'exploitation du travail informel ce qui signifie que trois-quarts des travailleurs dépendent du travail occasionnel ce qui n'est pas réglementé et paie souvent des salaires très bas dans des conditions pénibles qui piègent les familles dans une « pauvreté au travail » (EICVM 2003). Deuxièmement, la collecte des recettes nationales, bien que celles-ci soient passées de 8% du PIB dans les années 1990 à environ 13% en 2009, est encore en deçà de la norme de 17% de l'UEMOA (FMI 1999, 2003), ce qui limite les ressources disponibles pour faire face aux dépenses des programmes de réduction de la pauvreté et implique un niveau élevé d'aide publique. Enfin, l'environnement économique défavorable limite le mouvement des facteurs de production, en partie dû à l'insuffisance des infrastructures, des réseaux de communications et des structures agricoles.

En plus des opportunités limitées de croissance, l'économie souffre également de la croissance imprévisible, causée principalement par la vulnérabilité due aux variations de prix des exportations et des importations, en particulier l'or, les biens alimentaires, et le pétrole, qui représente 30% des importations du pays. Les chocs et crises de l'économie internationale notamment les crises énergétiques, alimentaires, et économiques sont de plus en plus fréquents et sévères, engendrant la pauvreté des ménages et des enfants par le

biais de la contraction du commerce, de l'aide publique, des investissements directs étrangers et autres entrées de capitaux, ainsi que des transferts vers l'économie nationale et vers les ménages . Une étude récente de l'UNICEF sur l'impact de la crise économique au Burkina Faso montre que les effets de la crise se traduiront, pour l'ensemble du pays, par une augmentation de l'incidence de la pauvreté monétaire des enfants pendant la période de 2009 à 2011, franchissant 250.000 enfants additionnels dans la pauvreté en 2010. Une illustration est faite dans le graphique ci-dessous en montrant les changements dans la pauvreté et le travail de l'enfant en points de pourcentage entre 2008 et 2011 (Balma et al., 2009). De même, les dynamiques positives de scolarisation et de travail des enfants de 6-14 ans auraient été inversées à travers une réduction du taux de scolarisation et une augmentation de la proportion des enfants qui participent aux activités économiques. La structure de la demande de santé s'inverse également et se manifeste par une baisse attendue des taux de consultations des enfants malades dans les services modernes de santé.

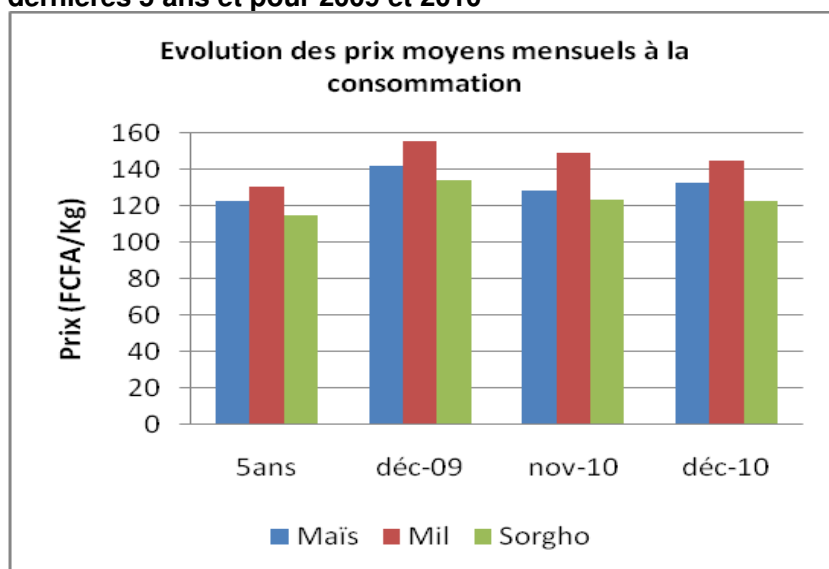
**Graphique 29 : Impact de la crise économique – les projections de la pauvreté et le travail de l'enfant entre 2008 et 2011 sans et avec la crise (points de pourcentage)**



Source : UNICEF. Balma L. et al. 2010

La hausse des prix des denrées alimentaires, tant dans le milieu des années 1990 et qu'au cours des trois dernières années, ont eu d'importantes répercussions négatives en limitant la réduction de la pauvreté. Étant donné que les causes sous-jacentes ne sont pas résolues, la crise des prix des denrées alimentaires n'est pas terminée, et les prix ont augmenté à nouveau vers la fin de 2010. Toutefois, le Burkina Faso est l'un des nombreux pays en Afrique qui est un peu à l'abri de la hausse des prix internationaux par son exposition limitée au marché international des produits alimentaires, en particulier les communautés rurales qui sont plus tournées vers l'autoconsommation et dépendent moins des échanges commerciaux. En fait, depuis la fin des récoltes satisfaisantes en 2010 (la production céréalière est supérieure de 23% par rapport à 2009), les prix alimentaires ont baissé comme prévu. Dans l'ensemble, les prix restent légèrement plus élevés, notamment à Ouagadougou, avec des prix de céréales d'environ 10% supérieurs à la moyenne de 5 ans (les prix à gauche dans le graphique ci-dessous qui sont moins que les prix en 2010 à droite). Les plus marquées augmentations dans les zones urbaines ont créé une vulnérabilité accrue, où 60% des ménages vivent dans l'insécurité alimentaire (VAMU 2008), en hausse de 52% par rapport à l'année précédente.

**Graphique 30 : Evolution des prix moyens mensuels à la consommation pendant les dernières 5 ans et pour 2009 et 2010**



Source : DGPER 2010

La dépendance énergétique, vulnérable aux hausses des prix, est également une préoccupation ; Helio International montre que seulement 6% de la consommation globale d'énergie au Burkina Faso provient de l'énergie hydroélectrique et solaire. La grande majorité de l'énergie consommée (85%) provient du bois et du charbon, accélérant la déforestation et contribuant à la détérioration de la santé et de l'environnement, ce qui affecte en grande partie les femmes et les filles qui devront ramasser le produit et respirer sa fumée<sup>63</sup>.

Malgré une croissance économique assez élevée, plusieurs commentateurs indiquent une croissance qui réduit peu la pauvreté étant donné que la pauvreté monétaire est restée endémique, passant de 44,5% en 1994 à 46,4% en 2003, ensuite à 43,9% selon les résultats préliminaires de l'enquête des ménages 2010. Ceci est en partie dû au niveau élevé de la croissance démographique du pays, ce qui érode l'augmentation des revenus par tête – la croissance économique de 3,2% en 2010, par exemple, combinée avec une croissance démographique à 3,1% entraînerait une stagnation des revenus par habitant, à savoir une augmentation marginale de 0,1% par an. Cependant, la dynamique de la pauvreté monétaire au Burkina Faso est un sujet à controverses dans la littérature. Plusieurs chercheurs soulignent les différences entre les méthodologies des enquêtes des ménages qui affectent leur comparabilité. Des recherches ont été faites pour corriger les biais dans les études qui ont indiqué que la pauvreté monétaire a en fait diminué de manière significative. Une de ces études calcule que la pauvreté monétaire a augmenté de 55,5% en 1994 à 61,8% en 1998, conformément à ce que de nombreux autres pays ont également connu, mais elle est ensuite tombée à 47,2% en 2003<sup>64</sup>. Alors qu'une analyse plus approfondie est nécessaire à partir des résultats de la récente enquête sur les conditions de vie des ménages, il est fort probable que les biais dans la méthodologie aient été corrigés afin que la nouvelle estimation de la pauvreté monétaire de 43,9% représente une réduction constante et importante de la pauvreté depuis le milieu des années 1990.

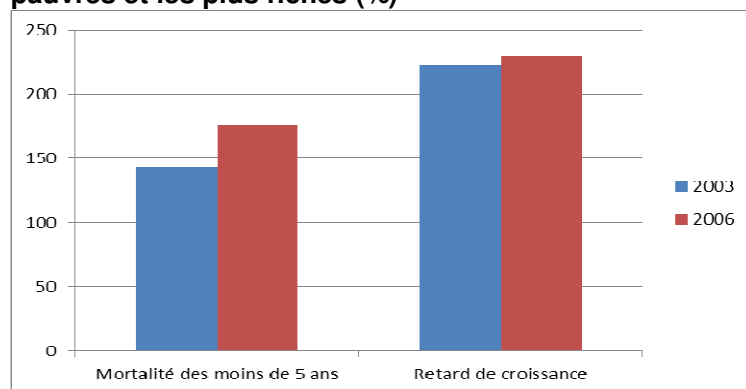
Plusieurs études récentes ont exploré l'impact négatif de l'inégalité sur la croissance économique et le développement. Au Burkina Faso, il semble que l'inégalité des revenus ne

<sup>63</sup> Le VAR Burkina Faso. Helio International.

<sup>64</sup> Grimm G. et Gunther I. 2004. Opérationnaliser la croissance pro-pauvre : Le cas du Burkina Faso.

s'est pas améliorée (ou détériorés) depuis le début des années 1990 (avec un coefficient de Gini assez élevé de 0,45 en 2003<sup>65</sup>), mais que cela masque une dégradation dans les zones urbaines. En outre, il ya une prévalence de fortes inégalités dans la répartition des services sociaux de base entre les régions, entre milieux urbain et rural, entre pauvres et riches. Le coefficient de Gini pour l'éducation au Burkina Faso est 0,63 ce qui fait du Burkina Faso un des pays les moins équitables en termes de distribution des dépenses d'éducation. Le coefficient moyen de Gini pour l'éducation est de 0,56 et de 0,36 respectivement pour les pays francophones et anglophones d'Afrique. En matière de santé, l'égalité de la prestation des services de soins de santé semble s'être améliorée alors que les résultats de l'état de santé sont devenus plus inégaux entre les groupes, les plus aisés améliorant plus rapidement leur état. En utilisant les données de la dernière EDS et MICS, le graphique ci-dessous montre que le quintile le plus pauvre a des chances de plus en plus forte de mourir avant l'âge de 5 ans ou avoir un retard de croissance que ceux des enfants dans le groupe le plus riche. Toutefois, l'égalité des indicateurs pour la vaccination et les accoucheuses qualifiées semblent avoir sensiblement amélioré. C'est un point important, bien que cela doive être validé avec les résultats de la nouvelle EDS, car il souligne que la longue durée produit des décalages entre la mise en œuvre et l'impact.

**Graphique 31 : L'inégalité de santé: la différence des indicateurs entre les plus pauvres et les plus riches (%)**



Source: 2003 EDS et 2006 MICS

**Les questions de gouvernance** et de performance des politiques publiques sont importantes dans la détermination du bien-être des ménages et des enfants, en particulier pour rompre l'emprise des facteurs structurels de pauvreté. Le Burkina Faso a des scores nettement mieux que la moyenne régionale et la moyenne du groupe de revenu dans 5 des 6 indicateurs de gouvernance dans le monde (GTI), bien que les troubles sociaux récents, y compris de violentes manifestations de plusieurs couches de la société sont préoccupants pour la stabilité future. En particulier, ces indicateurs enregistrent un meilleur niveau de contrôle de la corruption, la qualité de la réglementation, et de la juridiction au Burkina Faso. L'indicateur avec le plus faible score dans le groupe GTI est celui de l'effectivité du gouvernement. Dans l'Indice de la perception de la corruption de Transparency International, le Burkina se classe 80ème sur 180 pays, soit une amélioration de 25 places par rapport à 2007, se classant 9ème dans l'ensemble de l'Afrique sub-saharienne en 2010. Le Burkina Faso a également été noté comme la 6ème meilleure améliorant l'environnement des affaires dans le monde dans le rapport de la Banque mondiale «Doing Business 2009». En outre, plusieurs réformes récentes démontrent que le gouvernement progresse dans un certain nombre de domaines pour la réalisation des droits de l'enfant; comme l'élargissement

<sup>65</sup> Le coefficient de Gini est une mesure de l'inégalité dans la distribution. Il varie de 0 (une parfaite égalité où tous les individus obtiennent la même quantité de ressources) à 1 (inégalité parfaite où un seul individu a bénéficié de l'ensemble des ressources). La situation de l'inégalité est intermédiaire entre ces deux valeurs extrêmes.

de l'accès aux services de base, l'élaboration d'un plan national pour la mortalité infantile et maternelle, et prenant l'initiative de la coordination des donateurs et la promotion des principes de la Déclaration de Paris. Toutefois, le récent rapport de la Banque mondiale sur les Indicateurs de développement de l'Afrique a examiné plus spécifiquement la «corruption silencieuse», se référant à la corruption informelle et petite mais souvent envahissants qui peuvent bloquer l'accès des populations et des entreprises aux services. Le rapport a constaté que le Burkina Faso est l'un des pires pays au monde selon de nombreux indicateurs. Il estime que plus de quatre entreprises sur cinq s'attendent à devoir effectuer des paiements informels afin de persuader les fonctionnaires de leur fournir les services dont ils ont besoin.

Il est désormais nécessaire que nous examinons de plus près les effets d'un certain nombre de facteurs mondiaux et régionaux en matière de stabilité économique et sociale qui interagissent pour créer les circonstances qui menacent gravement à accroître la pauvreté et de vulnérabilité de l'enfant. Les troubles sociaux dans de nombreux pays à travers le monde qui suit la hausse des prix, le déclin économique, et la faible gouvernance n'ont pas laissé le Burkina Faso à l'abri. En général, les politiques publiques qui visent à rendre les biens alimentaires artificiellement moins cher bénéficient souvent aux groupes les plus aisés et même affectent négativement les groupes les plus pauvres - les producteurs de denrées alimentaires qui reçoivent moins pour leurs efforts et se découragent d'investir dans un secteur de plus en plus vital. La faiblesse des investissements nationaux dans l'agriculture est également citée comme contribuant à des prix élevés des denrées alimentaires et réduisant la résistance au changement climatique et les pressions démographiques. Les politiques publiques dans d'autres pays ont clairement eu un impact négatif sur les pays en développement comme le Burkina Faso - en termes de prix des denrées alimentaires, la stabilité économique, etc. Une question plus spécifique au Burkina Faso, c'est le commerce international inéquitable ; les subventions pratiquées par les Etats Unis sur le coton causent une dégradation des termes d'échange. A travers une analyse en 2005, Adjovi et al. montrent que l'incidence globale de la pauvreté au Burkina Faso a subi une hausse de 6,25 points de pourcentage suite à la pratique des subventions américaines du coton.

Pour être pro-pauvre, la croissance économique doit nécessairement augmenter le revenu et la dépense par habitant des ménages pauvres. Parmi les conditions qui peuvent améliorer cette propriété de la croissance du PIB burkinabé, on peut citer : (1) une croissance générée par les secteurs de concentration des pauvres qui sont le secteur informel en milieu urbain et le secteur agricole et notamment vivrier en milieu rural, (2) le prélèvement fiscal sur les fruits de la croissance est effectif et efficace, (3) les politiques redistributives, de protection sociale, et de soutien aux secteurs productifs des pauvres sont mises en place et efficaces<sup>66</sup>.

### **3. Les conséquences de la pauvreté et de la vulnérabilité des enfants : l'argument économique**

Il est communément admis qu'assurer les droits des enfants est une obligation juridique, politique, et morale<sup>67</sup>. Toutefois, la pauvreté des enfants continue de représenter également une immense perte sociale et économique pour le développement d'un pays. Ce n'est pas seulement parce que les enfants sont plus susceptibles d'être pauvres que les adultes, comme indiqué dans la première section de ce rapport, mais aussi parce que la pauvreté des enfants a des effets à long terme souvent irréversibles tout au long de leur vie ainsi que

---

<sup>66</sup> Grimm G. et Gunther I. 2004. Opérationnaliser la croissance pro-pauvre : Le cas du Burkina Faso.

<sup>67</sup> Les gouvernements du monde ont signé de nombreuses conventions internationales relatives aux droits et déclarations politiques qui les obligent à respecter les droits des enfants, notamment la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et la Déclaration du Millénaire.

sur celle de leurs futurs enfants. Il est démontré que les enfants pauvres ont une moins bonne santé et ont de moins bons résultats scolaires et auront donc des opportunités sociales et professionnelles moindre à l'âge adulte. En d'autres termes, la pauvreté est transmissible d'une génération à l'autre.

Ces répercussions intergénérationnelles ne se limitent pas à l'enfant lui-même. Elles s'étendent à l'ensemble de la population. La vulnérabilité et la pauvreté de l'enfant réduit de manière significative la croissance économique nationale. Par exemple, la malnutrition chez l'enfant induit des pertes énormes d'acquisition de connaissance de base et de production à l'âge adulte ; ce qui a un impact important sur la croissance économique nationale.

Une étude récente a montré qu'en moyenne, une amélioration de 5 points de pourcentage du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans améliore la croissance économique de 1 point de pourcentage par an au cours de la décennie suivante<sup>68</sup>. Rapporté au contexte du Burkina Faso, cela signifie qu'une baisse de la mortalité infanto-juvénile de 184 pour mille naissances vivantes à 134 entraînerait 1 point de pourcentage supplémentaire de croissance économique par an (cela veut dire 5,4% croissance au lieu de 4,4% pour 2010, par exemple). C'est pourquoi, les efforts en termes de politiques sociales doivent être considérés, non seulement en tant que vecteurs de développement social mais aussi comme contribuant effectivement et prioritaires aux efforts d'accélération de la croissance économique nationale. Il est donc essentiel que la stratégie nationale de développement cible les déterminants clés de la pauvreté de l'enfant.

La malnutrition chez l'enfant de moins de deux ans entraîne des dommages irréversibles en terme de bien-être physique et cognitif, ce qui réduira significativement sa capacité à contribuer de façon productive à la société durant toute sa vie<sup>69</sup>. Les enfants qui souffrent de malnutrition auront à l'âge adulte un quotient intellectuel (QI) plus faible, une capacité de travail réduite, une plus grande susceptibilité à la maladie, et, pour les femmes, des risques majeurs de complications importantes pendant l'accouchement<sup>70 71</sup>. La mise à jour du Consensus de Copenhague sur le rapport coût-efficacité des investissements de développement indique que les investissements dans la nutrition ont potentiellement le plus haut taux de rendement<sup>72</sup>. Ainsi, comme présenté dans l'encadré suivant, parmi les solutions identifiées pour relever les plus grands défis de développement, 5 des 10 meilleurs investissements concernent la nutrition, et 4 autres concernent la santé, l'éducation et la promotion des filles et des femmes.

Ces calculs du Consensus de Copenhague estiment que 1 USD consacré au supplément en vitamine A produit des avantages pour le pays de l'ordre de 100 USD. La lutte contre la malnutrition à un âge précoce réduit les coûts des soins de santé, diminue la mortalité et la maladie, et rend la scolarisation beaucoup plus efficace. Ces impacts positifs stimulent ensuite directement et durablement la croissance économique. Des études solides ont estimé que la malnutrition peut coûter entre 2 et 3 points de pourcentage du PIB par an dans les pays en développement<sup>73</sup>. Pour le Burkina Faso, selon l'analyse sur le *Profile de la*

---

<sup>68</sup> Anderson et Hague. *Returns to Investing in Children*. 2008. ODI Document de Travail

<sup>69</sup> Lancet. Harper, C. 2005. *Breaking poverty cycles: the importance of action in childhood*. Policy Briefing 8. Centre de recherche sur le Politique de la Pauvreté de l'enfant.

<sup>70</sup> UNICEF. 2006. *Progress for children: a report card on nutrition, number 4*. New York: UNICEF.

<sup>71</sup> Grantham-McGregor et Sethuraman. 1999. *Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioural Development in Children in the First Three Years of Life*. Bulletin de la nutrition

<sup>72</sup> *Repositioning Nutrition as Central to Development*. 2006. Banque Mondiale

<sup>73</sup> Voir Wang X. et Taniguchi K. *Does Better Nutrition Cause Economic Growth ? Et The Efficiency Cost of Hunger Revisited*. 2002. Et Arcand, J-L. 2001. *Undernourishment and economic growth: The efficiency cost of hunger*. Document du FAO 147

malnutrition effectuée en 2000, les pertes dues aux différentes formes de malnutrition sont estimées à 675 milliards FCFA sur la période 2001-2010<sup>74</sup>.

#### **Encadré 6 : Consensus de Copenhague : Les dix meilleurs investissements**

1. Supplémentation des enfants en micronutriments (vitamine A & zinc) : **NUTRITION**
2. Agenda de développement de Doha : **COMMERCE**
3. Fortification en micronutriments (fer et iode) : **NUTRITION**
4. Programme élargi de vaccination des enfants : **SANTE**
5. Recherche et développement en agriculture : **NUTRITION**
6. Programmes de nutrition et de déparasitage à l'école : **NUTRITION**
7. Réduction des frais de scolarité : **EDUCATION**
8. Augmentation et amélioration de l'éducation des filles : **EDUCATION/FEMMES**
9. Promotion de la nutrition à base communautaire : **NUTRITION**
10. Soutien aux femmes dans leur rôle de reproduction : **SANTE/FEMMES**

Un autre domaine qui est stratégique non seulement pour les enjeux sociaux qu'il représente mais aussi pour le gisement de croissance qu'il constitue est le secteur de l'éducation. Il est démontré en effet que l'investissement dans l'éducation a aussi une forte rentabilité économique en augmentant la productivité du travail, mais aussi en accélérant la réduction des niveaux de fécondité<sup>75</sup>, deux enjeux clés pour le Burkina Faso. En Afrique subsaharienne, le taux de retour de l'investissement dans l'éducation est de 12%<sup>76</sup>. La dernière étude disponible pour le Burkina Faso montre que l'enseignement primaire a un taux de retour économique de plus de 20%, ce qui signifie que 100 USD investis produiraient des avantages économiques de 120 USD pour le pays par l'augmentation de la productivité, les salaires et la croissance économique<sup>77</sup>. Il a également été montré que l'éducation a un impact direct sur le niveau d'emploi, en réduisant le nombre de personnes au chômage<sup>78</sup>.

## **Conclusions et implications**

Ce document a fourni une analyse de la situation de l'enfant et de la femme au Burkina Faso à travers une revue des indicateurs disponible sur le bien-être et la vulnérabilité et leurs interrelations. Elle montre comment la pauvreté de l'enfant et de la femme est déterminée par le niveau de vie et les caractéristiques socioéconomiques du ménage et du pays dans lesquels il vit. En outre, les facteurs exogènes liés à l'économie mondiale, le climat, et le changement démographique peuvent également avoir les impacts importants sur la vulnérabilité de l'enfant et la femme.

Sans résumer les informations détaillées de ce document et prétendant avoir effectué une analyse politique de la pauvreté de l'enfant, un certain nombre de points saillants viennent à

<sup>74</sup> Les causes principales sont l'allaitement inadéquat (236 milliards FCFA), le retard de croissance (193 milliards FCFA), les anémies (126 milliards FCFA) et les carences en iode (120 milliards FCFA). En réponse, le coût du Plan Stratégique de Nutrition 2010-2015 du Burkina Faso, estimé à environ 36.3 milliards de FCFA soit environ 7.3 milliards de FCFA par an (moins de 11% des pertes annuelles attribuées à la malnutrition) s'avère attractif.

<sup>75</sup> *Education quality and Economic growth*. 2007. Banque Mondiale.

<sup>76</sup> *Returns to Investment in Education: A Further Update*. 2002. Banque Mondiale document de travail

<sup>77</sup> *Returns to Investment in Education: A Global Update*. 1994. Banque Mondiale document de travail

<sup>78</sup> *Financing Education-Investment Returns*. 2002. UNESCO

l'esprit. Concernant la pauvreté monétaire seulement, il est au moins très important de noter que cette étude a prouvé que les enfants représentent une proportion de la population pauvre significativement plus grande que les adultes, avec un taux de pauvreté de 50,76%, contre 41,91% pour les adultes. Compte tenu de cette situation, et du fait que les impacts négatifs sur le bien-être des enfants sont souvent irréversibles, et qu'ils ont un effet négatif à long terme sur le développement d'un pays, et que les pays ont l'obligation morale et juridique d'atteindre les droits des enfants et des femmes, il semble évident que la stratégie nationale de développement sera plus efficace si elle met un accent sur les enfants et veille à ce que les groupes les plus pauvres soient atteints.

En outre, malgré des progrès significatifs réalisés dans la fourniture de services et l'accès à travers le pays, les limites des stratégies précédentes deviennent apparentes. D'abord, il apparaît par conséquent que la fourniture de services sociaux à *la base communautaire* qui favorisent une approche holistique visant à améliorer le bien-être - par l'assainissement, la santé, la nutrition et l'éducation – sera importante pour assurer le capital humain de la population et réduire les inégalités dans l'accès aux services et leur impact. Il semble important également de s'attaquer de manière plus approfondie et cohérente à la question de l'accès financier aux services de base, en particulier pour les plus jeunes enfants et les femmes enceintes, afin d'atteindre les plus pauvres qui continuent d'être exclus, rompant ainsi le cycle de la pauvreté. La réflexion en cours sur l'extension des subventions de santé aux enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, par exemple, sera au centre de cette discussion.

Troisièmement, il existe des limites claires à l'examen des indicateurs de pauvreté et les cadres politiques, sans procéder à un examen de la façon dont les ressources publiques sont réparties entre les différentes priorités identifiées. Pour mieux comprendre comment les enfants et les femmes les plus pauvres sont atteints, il est nécessaire d'analyser et de suivre et même de faire une traçabilité ('tracking') de la façon dont le budget public est à la fois alloué et dépensé. En regardant seulement la répartition sectorielle globale, cela masque fortement les inégalités et les inefficacités au sein des secteurs.

Enfin, à partir de notre examen des conséquences de la pauvreté des enfants, nous avons montré comment la croissance économique peut être considérablement plus puissante si elle est pro-pauvre - c'est-à-dire si elle profite aux groupes les plus pauvres de façon significative. Cela peut être fait, non seulement en veillant à ce que les avantages de la croissance soient partagés de façon adéquate avec les pauvres, mais aussi en mettant en place des mécanismes qui permettent aux plus pauvres de participer à la création de développement économique eux-mêmes, tels que les transferts sociaux.

Les prochains défis pour 2011 et 2012 dans la compréhension de la pauvreté de l'enfant et de la femme sera d'analyser les nouvelles données de l'Enquête sur les conditions de vie des ménages en 2011 afin de faire un profil de la pauvreté et l'équité de l'enfant et de la femme, et ensuite d'analyser les données l'EDS 4 pour faire une analyse causal des déterminants à jour de la de la pauvreté de l'enfant et de la femme et son dynamique depuis 2003 ainsi que d'approfondir notre compréhension de la situation nationale de l'équité.

## Références bibliographiques

- ADE, 2010. Assistance technique pour l'évaluation indépendante de la mise en œuvre du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) et des Cadres Stratégiques Régionaux de Lutte contre la Pauvreté (CSRLP) du Burkina Faso : Rapport Final. Mai 2010.
- Adjovi, E. ; Wetta C. ; SANOGO, O., 2004. Cotons d'Afrique face aux subventions mondiales. REPA, Dakar. ISBN 2-9521917-0-0. 2004, REPA (Réseau d'Expertise des Politiques Agricoles).
- Anderson, E.; Hague S.; 2007. The impact of investing in children: Assessing the cross-country econometric evidence. Working Paper 280.ODI, Save the Children.
- APAINB, IBFAN et UNICEF (2009), « Etude diagnostique sur la situation de l'allaitement exclusif au Burkina Faso » Rapport préliminaire.
- Arcand, J-L. 2001. "Undernourishment and economic growth: The efficiency cost of hunger". Document du FAO 147
- Balma, L., J. Cockburn, I. Fofana, S. Kaboré and L. Tiberti (2010), "Simulation des effets de la crise économique et des politiques de réponse sur les enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre: Le cas du Burkina Faso", *Innocenti Working Paper* No. 2010-03, UNICEF Regional Office for West and Central Africa, Dakar, and UNICEF Innocenti Research Centre, Florence.
- Banque Mondiale (1994) "Returns to Investment in Education: A Global Update". Document de travail
- Banque Mondiale (2002) "Returns to Investment in Education: A Further Update". Document de travail
- Banque mondiale (2004), «Burkina Faso: Évaluation du Risque et de la Vulnérabilité »
- Banque Mondiale (2006) "Repositioning Nutrition as Central to Development".
- Banque Mondiale (2007) Education quality and Economic growth.
- Banque Mondiale (2008), « Rapport d'évaluation du projet ZIGA »
- Banque Mondiale (2009), « Revue des Dépenses Publiques Au-delà du Paradoxe Burkinabè : Feuille de Route pour une dépense Publique plus Efficace, Equitable et de Meilleure Qualité » Rapport N° 50354-BF
- Bicaba A., Haddad S., Traore A., Toe F., Zida B., Ouedraogo B., Fournier P., Zunzunegui M. V., Feletto M. (2005). Profil des inégalités de couverture vaccinale au Burkina Faso, septembre
- BOURSIN Frédérique (2002) « Travail et trafic des enfants versus scolarisation », UNICEF et MASSN
- Bruck, T., 2001. Determinants of Rural Poverty in Post-War Mozambique : Evidence from household Survey and Implications for Government and Donor Policy. QEH Working Paper series. QEHWPS67, March 2001.
- CEDRES et CPRC. Pauvreté chronique et transitoire au Burkina Faso : une analyse de la dynamique à partir de données agricoles. 2010.
- Couloumbe, H. and McKay, A. 1996. Modelling Determinants of Poverty in Mauritania. World Development, Vol. 24, N°6, pp. 1015-1031, Printed in Great Britain, Elsevier Science Ltd. Pergamon .
- Datt, G. ; Jiliffe D., 1999. Determinants of Poverty in Egypt : 1997. IFPRI, FCND Discussion Paper N°75. Washington, DC.
- Dell, F.; Legendre N., 2003. Les enfants pauvres : une autre image de la pauvreté ? Document de travail N°F0304, INSEE, Colloque CERC « Enfants pauvres », Paris mars 2003.
- DGPER, 2008. Situation Nutritionnelle des enfants au Burkina Faso: analyse à partir du périmètre brachial (PB). Direction Générale de la Promotion de l'Économie Rurale (DGPER, ex DGPSA). EPA 2008.
- DGPSA, 2007. État de la sécurité alimentaire au Burkina Faso : Rapport national 2006. Direction Générale des Prévisions et des Statistiques Agricoles (DGPSA), SG, MAHRH.

EDS : Enquêtes Démographiques sur la Santé, 2003

GAIHA, R., 1988. « On measuring the risk of poverty in Rural India » in Rural Poverty in South Asia. Columbia University Press.

Geda, A.; de Jong N.; Mwebu, G.; Kimenyi, M., S., 2001. Determinants of Poverty in Kenya : A Household Level Analysis. Working Paper . JEL Classification I320. Institute of Social Studies (ISS) and Kenya Institute for Public Policy Research and Analysis (KIPPRA).

GIRE, 2001. Etats des lieux des ressources en eau du Burkina Faso et leur cadre de gestion, Version Finale Mars 2001. Ministère de l'Environnement et de l'Eau, Secrétariat Général, Direction Générale de l'Hydraulique. Assistance, DANIDA et Carl Bro - DHI - IWACO.

Glewwe, P., 1991. Investigating the Determinants of Household welfare in Côte d'Ivoire. Journal of Development Economics 35 (1991) 307-337. Elsevier Science Publishers B.V. North-Holland

Grantham-McGregor et Sethuraman. 1999. "Effects of Health and Nutrition on Cognitive and Behavioural Development in Children in the First Three Years of Life". Bulletin de la nutrition

Grimm G. et Gunther I. 2004. Opérationnaliser la croissance pro-pauvre : Le cas du Burkina Faso

Grootaert C., 1996. The determinants of poverty in Côte d'Ivoire in the 1980s. Journal of African Economies, Volume 6, Number 2, pp. 169-196.

Hague, S. « The Child Development Index », Holding governments to account for children's wellbeing. Save the children UK. Site web : [www.savethechildren.org.uk](http://www.savethechildren.org.uk)

House, W.J., 1991. The Nature and Determinants of Socioeconomic Inequality Among Peasant Households in Southern Sudan. World Development, Vol. 19, N°7, pp. 867-884, 1991, Printed in Great Britain, Pergamon Press plc.

IMF Staff Report. 2010 « Request for a Three-Year Arrangement Under the Extended Credit Facility »

INSD 2003. Profil et Évolution de la Pauvreté au Burkina Faso. Ministère de l'Économie et des Finances; Direction des Statistiques Générales, Ouagadougou.

INSD, 2008. Enquête Nationale sur le Travail des Enfants au Burkina Faso (ENTE-BF) 2006. INSD/Bureau International du Travail/OIT/ JPEC, Direction de la Démographie, Septembre 2008.

INSD, 1996. Le Profil de Pauvreté au Burkina Faso. Ministère de l'Économie, des Finances et du Plan; Projet d'Appui Institutionnel aux Dimensions Sociales de l'Ajustement. Ouagadougou, Burkina Faso.

INSD, 2000. Profil et Évolution de la Pauvreté au Burkina Faso. Ministère de l'Économie et des Finances; Direction des Statistiques Générales, Étude Statistique Nationale, Première Édition, Ouagadougou, Mars 2000.

Jalan, J. ; Ravallion, M., 2000. Determinants of Transient and Chronic Poverty: Evidence from Rural China. Development Research Group, World Bank, Washington, DC.

Kaboré T.S., 2004. Modélisation des déterminants du statut et de la profondeur de pauvreté au Burkina Faso. Revue « CEDRES-Études » N°47- 2<sup>e</sup> semestre 2004

Kaboré T. S., 2009. Efficacité d'un crédit ciblé aux pauvres : mesures et application au Crédit agricole du Burkina Faso. Colloque UEMOA - CRDI Ouagadougou 08-10 Décembre 2009.

Lachaud, J-P, 1996. Croissance Economique, Pauvreté et Inégalité des Revenus en Afrique Subsaharienne : analyse comparative, Bordeaux, DT/11, Centre d'Economie du Développement, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

Lachaud, J-P, 2006. La dynamique de l'inégalité de la malnutrition des enfants en Afrique : une analyse comparative fondée sur une décomposition de régression. Centre d'Économie du Développement (CED), Document de Travail (DT) N°86, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

Lachaud J.P (1997), « Pauvreté, Vulnérabilité et marché du travail au Burkina Faso »

Lachaud, J-P, 2001a. Modélisation des déterminants de la mortalité des enfants et pauvreté des enfants aux Comores. Centre d'Économie du Développement (CED), Document de Travail (DT) N°53, Université Montesquieu-Bordeaux IV

Lachaud, J-P, 2001b. Bien-être des ménages et pauvreté au Burkina Faso. Dépenses versus actifs : choix pragmatiques ou conceptuel? Centre d'Économie du Développement (CED), Document de Travail (DT) N°56, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

Lachaud, J-P, 2001c. Les déterminants de l'évolution de la survie des enfants et pauvreté au Burkina Faso : une approche microéconomique. Centre d'Économie du Développement (CED), Document de Travail (DT) N°60, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

Lachaud, J-P, 2004. Le travail des enfants et la pauvreté en Afrique : un réexamen appliqué au Burkina Faso. Centre d'Économie du Développement (CED), Document de Travail (DT) N°96, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

Lachaud, J-P, 2002. Urbanisation, malnutrition des enfants et genre au Burkina Faso : une approche économétrique spatiale. Centre d'Économie du Développement (CED), Document de Travail (DT) N°76, Université Montesquieu-Bordeaux IV.

Lancet. Harper, C. 2005. *Breaking poverty cycles: the importance of action in childhood*. Policy Briefing 8. Centre de recherche sur le Politique de la Pauvreté de l'enfant.

Levernier, W. ; White, J.B., 1998. The determinants of poverty in GEORGIA's Plantation Belt : Explaining the differences in measured poverty rates. *American Journal of Economics and Sociology*, Jan98, Vol.57 Issue 1, p 47, 25p.

MEDEV, 2004. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté. Burkina Faso, Ministère de l'Économie et du Développement (MEDEV), Janvier 2004. Ouagadougou, Burkina Faso. Ouagadougou, Burkina Faso.

MEDEV (2007) « Burkina Faso : un pays qui progresse », mai 2007, Ministère de la Santé, 2008. Document de projet « Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile », Mai 2008. Ministère de la santé, Partenariat pour la santé de la mère, du Nouveau né et de l'Enfant.

Ministère de la Santé, 2009 Rapport provisoire enquête nutritionnelle nationale du Burkina Ilboudo Noraogo, 2008. Les déterminants de la malnutrition des enfants au Burkina Faso. Mémoire de Master en Économie Publiques et Statistiques Appliquées. IREEP.

Nutrition MART WHO reference, 2009 « présentation power point »

ONAPAD, 2005. Analyse des déterminants de la pauvreté dans la Boucle du Mouhoun. Observatoire de la Pauvreté et du Développement Humain Durable, Série Études. MEF/PNUD, INSD.

Padilla, Y.C., 1997. Determinants of HISPANIC Poverty in the Course of the Transition to Adulthood. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Nov97, Vol.19 Issue 4, p416, 17p.

Psacharopoulos G..1982. The contribution on education to economic growth : international comparison.

Psacharopoulos G. and Woodhall M., 1985. Review of education for development. New York: Oxford University Press (A world Bank Publication) 337p.

Sabrie et L'Hôte. 2003. Sahel: une sécheresse persistante. Fiche Scientifique no. 178. IRD SIE TIOYE, A-M ; BAHAN, D., 2009. Situation socioéconomique des enfants et des jeunes au Burkina Faso. Analyse des résultats définitifs du Recensement Général de la Population et de l'Habitation (RGPH) 2006. MEF/INSD, Octobre 2009.

SIKIROU Souleymane (2003). Équité des dépenses publiques et croissance au Burkina Faso

UNESCO (2002) *"Financing Education-Investment Returns"*.

UNICEF. 2006. *Progress for children: a report card on nutrition, number 4*. New York: UNICEF, 2008. Plan d'investissement pour l'atteinte des OMD en santé au Burkina Faso (2008), Draft révisé ;

Wang X. et Taniguchi K. (2002) « *The Efficiency Cost of Hunger Revisited* »

Wang X. et Taniguchi K. (2002) *"Does Better Nutrition Cause Economic Growth ?"* .Wetta et al. (1999), « Le profil d'inégalité et de pauvreté au Burkina Faso », MIMAP, Cahier de recherche n°00-02

Wetta C. et A. Yerbanga (2007a), « Pauvreté des ménages au Burkina Faso : une approche multidimensionnelle », MIMAP

Wetta C. et A. Yerbanga (2007b), « Dynamique de la pauvreté entre 1998 et 2003 », MIMAP

Wetta C. et A. Yerbanga (2007c), « La pauvreté des ménages au Burkina Faso : une analyse par l'approche multidimensionnelle »  
 World Bank (2004), « Burkina Faso Risk and Vulnerability Analysis »  
 Wright, J.; Lee, F.; Mcguire, M.; Johnson, J.; Mitchell, M, (1995), « A model for Assessing Vulnerability to Famine in Burkina Faso, Chad, and Niger. Famine Early Warning System Project (FEWS) »  
 Zonon A. (2004), « Régions et pauvreté au Burkina Faso : Qu'est ce qui explique les écarts? »  
 » Site internet : [http://www.rsenews.com/public/dossier\\_social/travail\\_enfants.php?rub=2](http://www.rsenews.com/public/dossier_social/travail_enfants.php?rub=2)

## Annexes

**Tableau A1 : Les chances de réalisation des cibles OMD**

Objectif	Chance de réalisation
Cible 1A: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour	Improbable
Cible 1B: Assurer le plein-emploi et la possibilité pour chacun, y compris les femmes et les jeunes, de trouver un travail décent et productif	Potentiellement réalisable
Cible 1C: Réduire de moitié, entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim	Improbable
Cible 2A: D'ici à 2015, donner à tous les enfants, garçons et filles, partout dans le monde, les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires	Improbable
Cible 3A: Éliminer les disparités entre les sexes dans les enseignements primaire et secondaire d'ici à 2005 si possible, et à tous les niveaux de l'enseignement en 2015 au plus tard	Improbable
Cible 4A: Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans	Improbable
Cible 5A: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle	Improbable
Cible 5B : Rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015	Improbable
Cible 6A: D'ici à 2015, avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle	Probable
Cible 6B: D'ici 2010, assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida	Potentiellement réalisable
Cible 6C: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle	Improbable
Cible 7C: Réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas d'accès de façon durable à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base	Improbable
Cible 8D: Traiter le problème de la dette des pays en développement par des mesures national et international à rendre l'endettement viable à long terme	Probable
Cible 8F: En coopération avec le secteur privé, faire en sorte que les avantages des nouvelles technologies, en particulier des technologies de l'information et de la communication, soient accordés à tous	Improbable

Source : Rapport Pays de Suivi des OMD. 2010. PNUD et MEF

**Tableau A 2 : les critères de classement et signification des quintiles**

Quintile	Tranche de dépenses moyennes par an et par personne (en FCFA)	Échelle de niveau de vie
Premier Quintile (Q <sub>1</sub> )	Moins de 52 440	Extrême pauvreté
Deuxième Quintile (Q <sub>2</sub> )	De 52 440 à moins de 74 762	Pauvreté modérée
Troisième Quintile (Q <sub>3</sub> )	De 74 762 à moins de 104 512	Niveau de vie moyen
Quatrième Quintile (Q <sub>4</sub> )	De 104 512 à moins de 162 100	Non pauvreté
Cinquième Quintile (Q <sub>5</sub> )	Plus de 162 100	Non pauvreté extrême

Source : EICVM3, 2003.

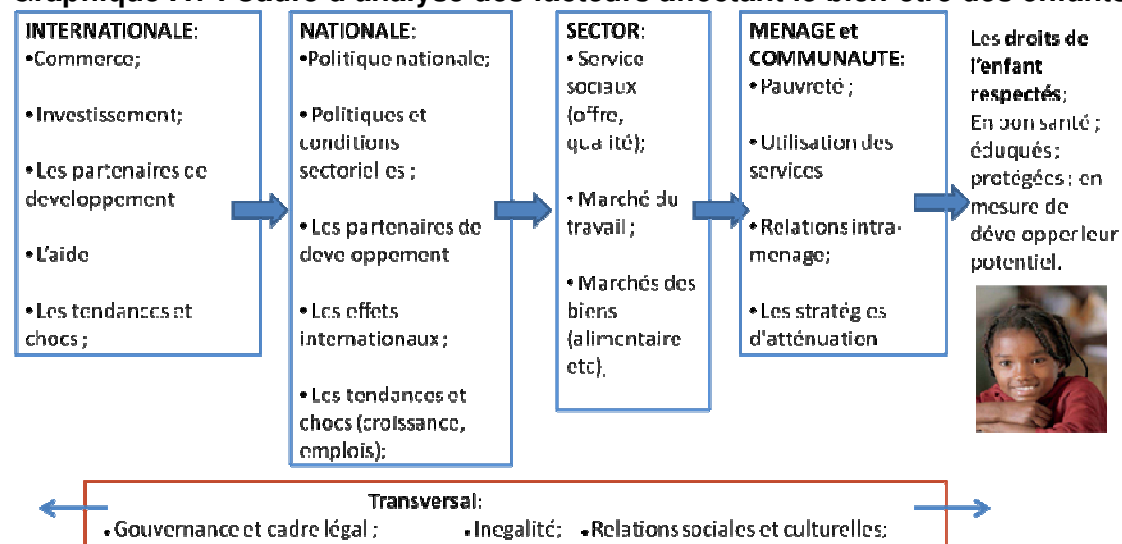
## Annexe 2 : La méthode de calcul de l'Indice de Développement de l'Enfant

L'indice est calculé selon la littérature (*Save the Children*) à partir de trois éléments à savoir le taux net des enfants du primaire non scolarisés (ce qui signifie évidemment le négatif du taux net de scolarisation primaire), la proportion des enfants de moins de 5 ans ayant un poids inférieur à la normal, et un indice du taux brut de mortalité des moins de cinq ans. L'indice du taux de mortalité des enfants est obtenu en exprimant le taux brut de mortalité de l'enfant en pourcentage d'une borne supérieure de 340 morts par 1000 naissances, borne qui n'a jamais été atteinte par aucun pays bien que le Niger a été jusqu'à 320 morts par 1000 naissances au cours des années 1990. Une fois que les trois éléments sont déterminés, il suffit d'en faire une moyenne simple.

### Annexe 3 : Cadre d'analyse des déterminants de la pauvreté des enfants

Le bien-être actuel et futur des enfants peut être affecté par un grand nombre de facteurs caractéristiques de l'environnement familial, social, naturel, économique, politique et international dans lequel ils vivent. Au plan théorique en effet, la situation de pauvreté d'un ménage peut provenir soit d'une baisse temporaire de son niveau de vie, soit de la faiblesse structurelle du niveau de vie sur une longue période (Jalan et Ravallion, 2000). Le graphique A1 propose un cadre conceptuel simple d'analyse des différents environnements ainsi que les principaux facteurs qui peuvent affecter le bien-être des ménages et des enfants.

Graphique A1 : Cadre d'analyse des facteurs affectant le bien-être des enfants



Source : construction des auteurs