FONDATION POUR LES ÉTUDES ET RECHERCHES SUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Document de travail 286 mars 2021 Politiques de développement

Perception de la Covid et comportement des ménages au Burkina Faso

Une analyse sur données d'enquête

Jacky Mathonnat | Martine Audibert | Vincent Nossek

Jacky Mathonnat, professeur émérite Cerdi-Cnrs, Université Clermont Auvergne, Senior Fellow Ferdi

Martine Audibert, directrice de recherche émérite CERDI-CNRS-Université Clermont Auvergne, Senior Fellow Ferdi

Vincent Nossek, Assistant de recherche, Ferdi

Résumé

Très rapidement après l'apparition des premiers cas de Covid sur le continent africain, les gouvernements ont adopté une série de mesures visant à en limiter la propagation. Pour être efficaces, ces mesures exigent qu'elles soient très largement acceptées et respectées par la population nonobstant les coûts de diverses natures qui en résultent pour chacun. Or l'observance des dispositions dépend de nombreux facteurs individuels et collectifs d'ordre culturel, socio-économique, institutionnel et environnemental, ainsi que de la perception que chacun a des risques encourus et de la gravité des conséquences protéiformes que la pandémie peut engendrer.

…/…

Mots clef : Covid – Perception – Confiance – Comportement individuel – Politique publique / Covid – Perception – Trust – Individual behavior – Public policy

Codes JEL : I12 - I18 - D10 - P36 - O55

LA FERDI EST UNE FONDATION RECONNUE D'UTILITÉ PUBLIQUE.
ELLE MET EN ŒUVRE AVEC L'IDDRI L'INITIATIVE POUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA GOUVERNANCE MONDIALE (IDGM).
ELLE COORDONNE LE LABEX IDGM+ QUI L'ASSOCIE AU CERDI ET À L'IDDRI.
CETTE PUBLICATION A BÉNÉFICIÉ DU SOUTIEN DU MINISTÈRE DE L'EUROPE ET DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES.

Résumé – Abstract

Très rapidement après l'apparition des premiers cas de Covid sur le continent africain, les gouvernements ont adopté une série de mesures visant à en limiter la propagation. Pour être efficaces, ces mesures exigent qu'elles soient très largement acceptées et respectées par la population nonobstant les coûts de diverses natures qui en résultent pour chacun. Or l'observance des dispositions dépend de nombreux facteurs individuels et collectifs d'ordre culturel, socio-économique, institutionnel et environnemental, ainsi que de la perception que chacun a des risques encourus et de la gravité des conséquences protéiformes que la pandémie peut engendrer.

Nous examinons ces différentes questions à partir des données d'une enquête effectuée au Burkina Faso en mai – juin 2020. Il en ressort que les mesures préconisées par les autorités pour limiter la propagation de la pandémie sont globalement assez bien respectées. La grande majorité des répondants prend l'épidémie très au sérieux et considère que les conséquences sanitaires et, plus encore les conséquences économiques, en seront graves. L'enquête montre également qu'une grande partie des répondants est soucieuse des conséquences de l'épidémie sur le creusement des inégalités et sur l'accentuation de la violence et de l'insécurité. Les résultats mettent en évidence à la fois des traits communs et une grande hétérogénéité de perception et de réponse comportementale au niveau individuel et au niveau régional. Il s'en dégage par suite des éléments d'information utiles aux décideurs Burkinabés pour mieux calibrer les stratégies de prévention à mettre en œuvre alors que la pandémie s'accélère au Burkina comme dans les autres pays africains et que la perspective d'une large couverture vaccinale demeure lointaine.

Very soon after the first cases of Covid appeared on the African continent, governments adopted a series of measures to limit its spread. To be effective, these measures require that they be widely accepted and respected by the population, notwithstanding their various costs to the individual. Compliance depends on numerous individual and collective cultural, socio-economic, institutional and environmental factors, as well as on the perception of the risks involved and the severity of the protean consequences that the pandemic may generate.

We examine these various issues based on data from a survey conducted in Burkina Faso in May-June 2020. The results show that the measures adopted by the authorities to limit the spread of the pandemic are generally fairly well respected. The vast majority of respondents take the epidemic very seriously and consider that the health consequences, and even more so the economic consequences, will be serious. The survey also shows that a large proportion of respondents are concerned about the consequences of the epidemic on the deepening of inequalities and the increase in violence and insecurity. The results highlight both common features and great heterogeneity in perception and behavioral response at the individual and regional levels, thus providing useful information for Burkina Faso's decision-makers to better calibrate the prevention strategies to be implemented as the pandemic accelerates in Burkina as in other African countries and the prospect of broad immunization coverage remains both distant and highly uncertain.

Mots clé / key words : Covid – Perception – Confiance – Comportement individuel – Politique publique / Covid – Perception – Trust – Individual behavior – Public policy

Codes JEL : I12 - I18 - D10 - P36 - O55

Sommaire

1. Introduction 3

2. Contexte du Burkina Faso : un pays à faible niveau de revenu et de développement humain avec peu de cas de Covid avérés lors de l'enquête 4

3. Enquête et méthodes 6

3.1. Tirage de l'échantillon 6

3.2. Orientation de l'étude et méthodes 7

4. Caractéristiques des répondants 12

4.1. Caractéristiques socioéconomiques et culturelles des répondants 12

4.2. Implications des répondants dans la vie politique et le suivi de l'actualité 15

4.3. Perception de bien-être et insécurité 15

4.4. Confiance interpersonnelle et confiance institutionnelle 17

5. Perception de la Covid et de ses conséquences 20

5.1. Connaissance de la Covid 20

5.2. Emotions et perception des conséquences sanitaires et économiques 20

5.3. Perception des conséquences sur les inégalités 21

5.4. Perception des conséquences sur la violence 22

5.5. Perception des conséquences de la Covid, caractéristiques socio-économiques et environnementales des répondants 26

5.6. Opinions sur la gestion de la Covid-19 par les autorités 27

6. Observance des mesures préconisées par les autorités 28

6.1. Un constat globalement satisfaisant ? 28

6.2. Déterminants de l'indice de comportement 35

6.3. Déterminants des mesures spécifiques 36

6.4. Comparaison des facteurs influençant l'indice de comportement et certaines mesures spécifiques 37

6.5. Déterminants de la confiance institutionnelle, important vecteur d'observance des mesures de prévention 38

7. Conclusions et implications pour les politiques 40

8. Références 43

9. Annexes 46

1. Introduction

En décembre 2019, la Chine signalait des cas atypiques de SRAS lié à un agent pathogène alors inconnu. En janvier 2020, les scientifiques chinois identifiaient cet agent comme un coronavirus émergent et les autorités chinoises confinaient chez eux la population de la ville de Wuhan d'où était parti le premier cas. L'épidémie, qui devient rapidement une pandémie, touche tous les continents.

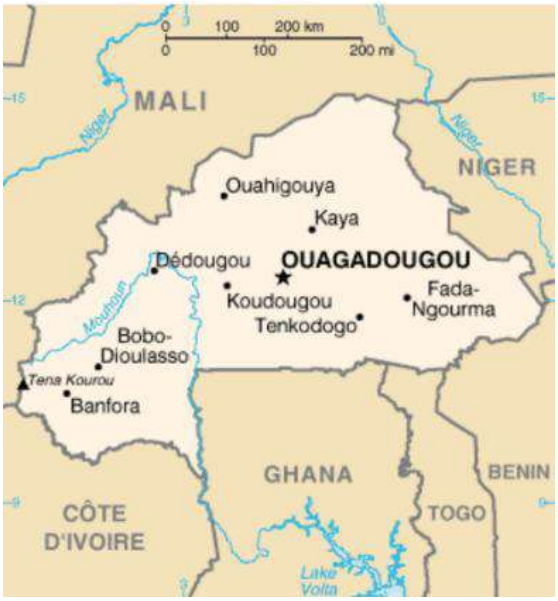
Les pays africains, comme la quasi-totalité des pays, vont prendre des mesures pour y faire face. La plupart d'entre eux vont adopter des mesures strictes très tôt (mesures barrières, confinement, fermeture des marchés, interdiction de rassemblement religieux ou social), pour lutter contre la propagation du virus malgré le risque social et économique potentiel. Comment la population africaine réagit-elle face à cette épreuve, quelles connaissances en a-t-elle, suit-elle les mesures barrières préconisées, que pense-t-elle des mesures économiques et sociales adoptées par les gouvernements, comment voit-elle les conséquences de la pandémie ?

Pour répondre à ces questions, une enquête a été menée dans plusieurs pays africains. Cette étude[1] rend compte de l'enquête menée au Burkina Faso. Elle est structurée comme suit. Les sections 2 et 3 présentent respectivement le contexte spécifique du Burkina Faso et l'enquête ainsi que la méthodologie retenue pour en analyser les résultats. Les principales caractéristiques des répondants sont présentées à la section 4. La section 5 est consacrée à l'analyse des perceptions qu'ont les répondants de l'épidémie et de ses conséquences. La question du respect des mesures préconisées par les autorités et des facteurs qui l'influence est analysée à la section 6. La section 7 résume les principales conclusions de l'étude et présente des implications qui s'en dégagent pour les politiques publiques.

[1] Cette étude s'intègre dans un programme d'enquêtes CEVIPOF-Cerdi-Ferdi. Elle a été financée par le Cerdi et la Ferdi dans le cadre du programme "Investissements d'avenir " *ANR-10-LABX-14-01"*.

2. Contexte du Burkina Faso : un pays à faible niveau de revenu et de développement humain avec peu de cas de la Covid avérés lors de l'enquête

Le Burkina Faso est un pays sahélien, entouré par le Mali et le Niger au nord, le Bénin, le Togo, le Ghana et la Côte d'Ivoire au sud. Sa population estimée pour 2020 (INSD) s'élève à 21,5 millions d'habitants (âge médian 17 ans) répartis en de nombreux groupes ethniques (environ soixante). Outre les Mossi (58% de la population), on trouve entre autres, les Gourounsi, Gourmantché, Sénoufo, Lobi, Bobo, Bissa, Marka, Peul, Samo.



Le Burkina Faso est un pays à faible revenu avec un niveau de PIB par habitant d'environ 800$. Il se situe dans la catégorie des Pays les Moins Avancés et des Etats Fragiles et en Conflit. Il est classé 182^{ième} sur 189 pour l'Indice de Développement Humain du PNUD (0,452). 40% de sa population vit sous le seuil national de pauvreté. L'agriculture emploie environ 80% de la population active.

Les indicateurs macroéconomiques étaient assez encourageants avant la Covid, avec une croissance du PIB estimée à 6 % pour 2020 et à 3,9% pour 2021. En raison de la Covid, les prévisions révisées à la baisse en novembre 2020 par le gouvernement et le FMI avancent une contraction du PIB de - 2,8 % pour 2020. L'inflation qui devait être limitée autour de 2 % devrait atteindre 4,1 % à la fin 2020. Le déficit budgétaire, qui en 2019 était inférieur aux 3 % définis par les critères de convergence de l'UEMOA, se creuserait à 5,3 % du PIB en raison d'une part des mesures prises pour financer la réponse apportée à la Covid et à la dégradation de la situation sécuritaire et d'autre part de la baisse des ressources publiques, internes notamment[2].

Les indicateurs de capital humain sont encore très modestes en dépit des progrès accomplis. Le Burkina se classe 144^{ième} sur 157 selon l'Indicateur de Capital humain de la Banque Mondiale (0,378) mesurant le montant de capital humain qu'un enfant né aujourd'hui peut prétendre atteindre à l'âge de 18 ans. Le taux d'alphabétisation des plus de 15 ans est de 29 %, l'espérance de vie à la naissance est de 61,2 ans, dont 64,5 ans pour les femmes et 59 ans pour les hommes. Le taux de mortalité des enfants moins de cinq ans se situe à 84,6 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle à 371 pour 100 000 naissances vivantes (OMS, 2018).

En dépit d'avancées marquées en plusieurs domaines, le Burkina ne pourra que très difficilement atteindre à l'horizon 2030, 11 des 14 ODD (sur 17) pour lesquels les données sont disponibles[3]. Le défi est d'autant plus redoutable que l'insécurité s'accroît, particulièrement dans les régions du nord (Sahel,

[2] https://www.imf.org/en/Publications/CR/Issues/2020/11/17/Burkina-Faso-Fourth-Fifth-Reviews-Under-the-Extended-Credit-Facility-Arrangement-Request-for-49899 (20 novembre 2021)
[3] https://dashboards.sdgindex.org/profiles/bfa

Nord, Centre-Nord et Est), engendrant d'importants déplacements de population, passés d'environ 50 000 personnes début 2019 à 700 000 en mars 2020 et à environ 1 100 000 fin décembre 2020[4].

Comme pour l'ensemble des pays africains, l'épidémie de Covid-19 est apparue au Burkina plus tardivement que dans les pays du Nord. Bien que d'une étendue et d'une sévérité mal connues, elle s'avère toutefois plus faible autant qu'on puisse en juger en termes de taux d'incidence et de mortalité. Le premier cas a été notifié au Burkina Faso le 9 mars 2020. Le 2 juillet 2020, quelques semaines après la fin de l'enquête, le nombre total de cas cumulés était de 980 dont 53 décès avec une répartition concentrée dans le Centre et les Hauts Bassins. La ville de Ouagadougou était la principale concernée avec environ 50 % des cas et dans une moindre mesure celle de Bobo-Dioulasso avec 5 % des cas[5].

Il est donc important de garder à l'esprit que l'enquête menée en mai-juin 2020 a été réalisée dans un environnement où les cas de Covid avérés étaient peu nombreux et largement concentrés en zone urbaine, principalement à Ouagadougou[6].

Dès l'apparition des premiers cas, le gouvernement burkinabè a pris des mesures pour éviter une propagation rapide du virus. Début mars 2020, les autorités élaborent un plan de préparation et de riposte contre la Covid-19, incluant des interventions rapides, la surveillance épidémiologique, le diagnostic et la sensibilisation, l'interdiction d'événements d'envergure nationale et internationale sur le territoire, la fermeture des établissements d'enseignement, la suspension de tous les événements cultuels et des cérémonies. Un couvre-feu national est instauré le 21 mars avec la fermeture des frontières (aériennes, terrestres et ferroviaires) et des grands marchés. Des restrictions à la fréquentation des lieux publics tels que marchés, restaurants, débits de boissons, salles de cinémas, de jeux et de spectacles sont également adoptées. Parallèlement (le 26 mars), l'agence nationale de régulation pharmaceutique décrète la mise en quarantaine de tout stock de chloroquine dans les dépôts pharmaceutiques tandis que le ministère en charge de la recherche et le ministère de la santé lancent deux essais cliniques pour tester l'efficacité de l'association Chloroquine-Azythromycine pour le premier et de l'Apivirine (antiretroviral) pour le second.

[4] https://www.humanitarianresponse.info/fr/operations/burkina-faso

[5] https://www.google.com/search?client=firefox-b-e&q=cas+covid-19+burkina+faso;

et https://www.coronavirus-statistiques.com/stats-pays/coronavirus-nombre-de-cas-au-burkina-faso/

[6] Le nombre cumulé de cas est (12 février) de 11 426, le taux d'incidence de 54/100 000 et le taux de létalité de 1,17% (134 décès) ; (https://coronavirus.jhu.edu/map.html).

3. Enquête et méthodes

L'enquête s'est déroulée fin mai-début juin 2020 dans les 13 régions du Burkina Faso, par entretiens directs (principalement) et téléphoniques.

3.1. Tirage de l'échantillon

Les données ont été recueillies à partir d'un questionnaire administré en face-à-face et par téléphone à 1000 personnes âgés de 18 ans et plus, résidentes au Burkina. Les données concernent entre autres les caractéristiques sociodémographiques et culturelles ainsi que l'occupation des répondants, leur connaissance de la Covid, leur opinion quant aux diverses mesures prises par le gouvernement, leur respect des mesures barrières et leur perception quant aux conséquences des mesures prises.

L'échantillon a été composé selon une répartition par quota de sorte à avoir un échantillon de ménages interrogés qui garantisse sa représentativité et la significativité des résultats au niveau national et selon les milieux de résidence considérés (urbain et rural).

Le tirage des individus repose sur un plan de sondage stratifié à trois degrés. Les 26 strates sont constituées des 13 régions du Burkina Faso décomposées en milieu de résidence (urbain, rural). Le premier degré est constitué des zones de dénombrement (ZD), tirées proportionnellement au nombre de ménages qu'elles contiennent. Le second degré consiste à tirer aléatoirement, dans chaque ZD, 12 ménages. Le troisième degré consiste à tirer dans chaque ménage échantillonné, une personne parmi les individus éligibles du ménage, tout en respectant les quotas (âge, genre, occupation professionnelle, ethnie, district de résidence). Le tableau 1 montre la répartition des enquêtés par région et zone de résidence.

Tableau 1 : Répartition des ménages et des zones de dénombrement par région

Régions	Nombre de zones de dénombrement	Commune urbaine*	Commune rurale	Nombre de personnes à enquêter
BOUCLE DU MOUHOUN	7	22	54	76
CASCADES	4	22	22	44
CENTRE	25	261	11	272
CENTRE-EST	7	33	44	76
CENTRE-NORD	6	22	44	65
CENTRE-OUEST	6	22	44	65
CENTRE-SUD	3	11	22	33
EST	5	11	44	54
HAUTS-BASSINS	12	87	44	131
NORD	6	22	44	65
PLATEAU CENTRAL	3	11	22	33
SAHEL	5	11	44	54
SUD-OUEST	3	11	22	33
BURKINA FASO	92	544	456	1000

* La répartition des enquêtés selon la zone de résidence (urbaine, rurale) tient compte des résultats provisoires du recensement général de la population et de l'habitat de 2019 qui, du fait de mouvements migratoires de la population (liés à l'insécurité), indiquent que la population urbaine représente désormais 54% de la population.

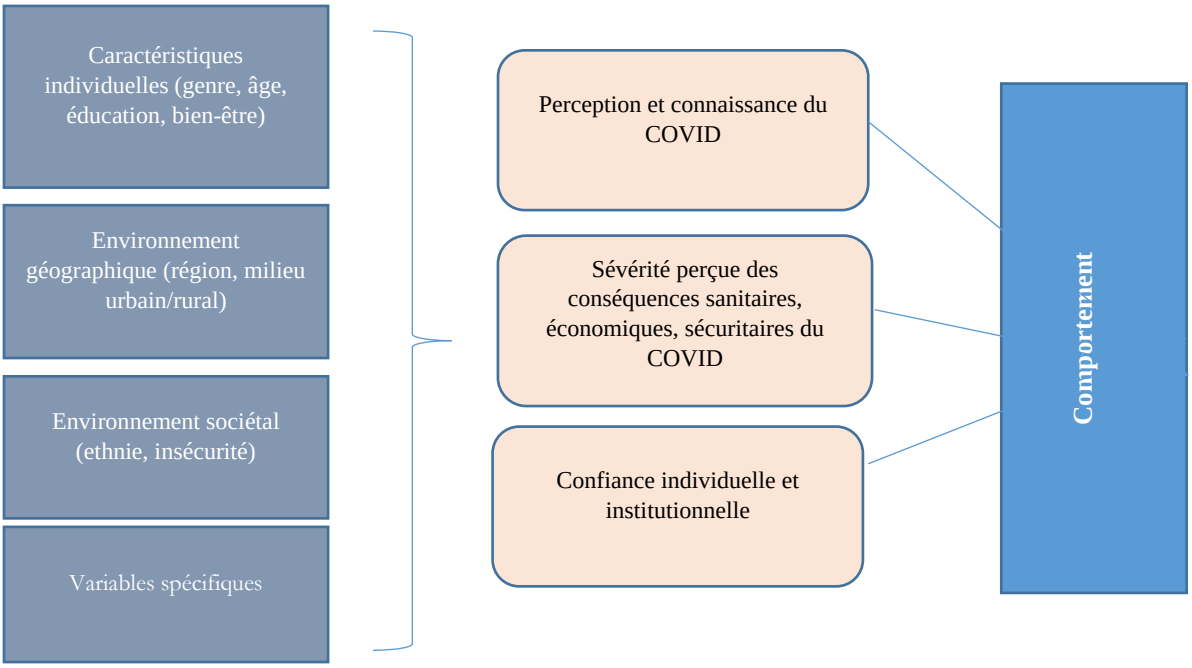
3.2. Orientation de l'étude et méthodes

L'étude présente les principaux résultats de l'enquête en portant une attention particulière à l'analyse du comportement des ménages et à ses déterminants afin d'en dégager des implications en termes de politique de réponse à la Covid[7].

Pour ce faire, l'analyse descriptive des réponses a été complétée par une analyse multivariée en estimant par des modèles de type Logit[8] les facteurs qui influencent les comportements afin d'identifier les individus ayant les comportements les moins adaptés (individus à risque), l'objectif étant de fournir aux autorités des informations aidant à améliorer l'efficacité des politiques de communication et de prévention.

Nous avons adopté une approche inspirée du modèle de croyance en santé - *Health Belief Model ; « HBM »* – initialement développé par les travaux pionniers de Rosenstock (1960) puis par Rosenstock et al. (1988) notamment. Ils ont été repris par la suite sous des formes diverses par de nombreuses études (voir entre autres Jones et al., 2014 ; Sulat et al., 2018) visant à comprendre le comportement des ménages dans le domaine de la santé. L'approche HBM a été adaptée ici en fonction des données disponibles dans l'enquête. Elle est résumée dans le schéma ci-dessous.

Schéma : Cadre conceptuel des analyses multivariées



Mathonnat (2021)

Le modèle Logit a été utilisé pour les questions liées à la perception de la maladie, à ses conséquences (sur la santé, l'économie, les inégalités et la violence), à la confiance interpersonnelle et institutionnelle, ainsi qu'aux comportements ayant des réponses binaires. Pour chaque question étudiée, deux types de modèles ont été estimés. L'un intègre les diversités géographiques en contrôlant par les régions (modèle Régions), l'autre adopte une approche sociologique en contrôlant par l'ethnie des enquêtés (modèle

[7] Toutes les réponses aux questions de l'enquête ne sont donc pas présentées ici.
[8] Sauf pour l'indicateur composite de comportement (voir plus loin).

Ethnies), ceci dans la perspective de permettre aux autorités de mieux calibrer des mesures et des interventions adaptées à un cadre géographique limité (la région) ou à des spécificités socioculturelles (ethnies). Comme le soulignent Parrek et al. (2020), le rôle potentiel des facteurs ethniques et socio-culturels qui s'y rattachent (normes) dans la lutte contre les épidémies est trop souvent négligé alors même qu'il est important, y compris pour ce qui concerne la confiance (Dinesen and Sonderskov, 2018).

Aux fins de l'analyse, deux indices synthétiques, l'un de richesse et l'autre de comportement, ont été construits.

- **Indice de richesse**

Afin de prendre en compte le capital (stock) et le revenu (flux) des ménages, nous avons construit un indice synthétique à partir des réponses liées aux actifs possédés ainsi que le statut socio-professionnel des personnes interrogées. Cet indice permet ainsi de considérer une variable unique synthétisant la dimension richesse des individus qui sera utilisée ensuite dans les modèles économétriques. Afin de résumer au mieux l'information disponible concernant le capital et le revenu des ménages composant notre échantillon, nous avons réalisé une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) suivant la méthodologie développée par Benzécri et telle que suggérée dans la littérature (Ravit *et al*., 2018, Engels *et al*., 2014, Ezzrari et Verme, 2012, Sahn et Stifel, 2003).

Les variables retenues pour la construction de l'indice de richesse sont issues des questions suivantes : « Dans quel type de logement habitez-vous ? », « Possédez-vous une radio ? », « Possédez-vous une télévision ? », « Possédez-vous une voiture ou une moto ? », « Possédez-vous un ordinateur ? », « Possédez-vous un compte bancaire ? », « Possédez-vous un téléphone portable ? », « Avez-vous un accès à internet ? », « Exercez-vous un travail salarié ? », « Quelle est votre activité principale ? ». L'ACM réalisée sur ces 10 variables montre que le premier axe permet de capter 79 % de la variance (tableau 2). Le graphique des valeurs propres (graphique 1, annexe A1), couplé au niveau élevé du pouvoir explicatif du premier axe permet de retenir seulement celui-ci pour la construction de notre indice de richesse.

Afin de simplifier l'interprétation de l'indice de richesse, la projection des individus sur le premier axe (graphique 2, annexe A1) est normalisé en suivant une procédure Min-Max. Cet indice est alors borné [0 ; 1] ; 0 représentant les individus les plus pauvres et 1 les plus riches. L'indicateur de richesse constitué est en accord avec une relation de courbe en cloche en fonction de l'âge des individus, les individus les plus riches étant dans les tranches d'âge 25-35 et 35-45 ans. Il est également cohérent avec une relation croissante avec le niveau d'éducation des personnes interrogées, plus elles ont un niveau d'éducation élevé, plus l'indice est proche de 1.

Tableau 2 : Pouvoir explicatif des axes et valeur propres de l'indice synthétique de richesse

				Correction de Benzécri		
Dimensions	eigenvalue	percentage of variance	cumulative percentage of variance	Eigenvalue corrigée	percentage of variance	cumulative percentage of variance
1	0,4143	12,95	12,95	0,1220	**79,32**	79,32
2	0,2378	7,43	20,38	0,0234	15,24	94,57
3	0,1653	5,16	25,54	0,0053	3,42	97,99
4	0,1353	4,23	29,77	0,0015	1,00	98,99
5	0,1244	3,89	33,66	0,0007	0,48	99,46
6	0,1184	3,70	37,36	0,0004	0,27	99,74
7	0,1110	3,47	40,83	0,0001	0,10	99,83
8	0,1104	3,45	44,28	0,0001	0,09	99,92
9	0,1084	3,39	47,67	0,0001	0,06	99,98
10	0,1047	3,27	50,94	0,0000	0,02	100,00
11	0,1018	3,18	54,12	0,0000	0,00	100,00
12	0,1013	3,17	57,29	0,0000	0,00	100,00
13	0,1006	3,15	60,44	0,0000	0,00	100,00
14	0,1003	3,13	63,57	0,0000	0,00	100,00

- **Indice de comportement**

L'indice synthétique permet de tenir compte de toutes les variables obtenues par l'enquête sur les comportements des enquêtés et d'avoir ainsi une vision globale des facteurs qui influent sur l'observance des mesures de prévention préconisées par les autorités.

Comme pour l'indice synthétique de richesse, l'ACM a été utilisée. Les variables retenues sont issues des réponses aux neuf questions sur les comportements clé liés aux recommandations du gouvernement : « Vous lavez-vous plus souvent/longtemps les mains ? », « Toussez-vous dans votre coude ? », « Avez-vous arrêté de saluer en serrant la main ou en faisant la bise ? », « Gardez-vous une distance d'un mètre avec les autres hors de chez vous ? », « Avez diminué-vous vos déplacements ? », « Evitez-vous les lieux fréquentés ? », « Avez-vous arrêté de rencontrer vos amis ? », « Avez-vous arrêté de visiter votre famille ? », « Avez-vous diminué les contacts physiques avec les membres de votre foyer ? ».

L'ACM réalisée sur ces neuf variables donnent un premier axe captant 99 % de la variance, montrant ainsi une forte corrélation des différents comportements individuels. Autrement dit, les personnes ont soit tendance à plutôt respecter les neuf recommandations, soit au contraire, à n'en respecter quasiment aucune (tableau 3 ; graphique 4, annexe 1).

L'indice de comportement est la projection des individus sur l'axe de la dimension 1. Les individus se répartissent sur l'intervalle [-0,45 ; 2,57] et ceux ayant une valeur inférieure à 0 sont ceux qui ont un comportement respectueux de l'ensemble des mesures barrières adoptées par le gouvernement et inversement.

Tableau 3 : Pouvoir explicatif des axes et valeur propres de l'indice synthétique de comportement

				Correction de Benzécri		
Dimensions	eigenvalue	percentage of variance	cumulative percentage of variance	Eigenvalue corrigée	percentage of variance	cumulative percentage of variance
1	0,4452	44,52	44,52	0,1412	99,49	99,49
2	0,1350	13,50	58,01	0,0007	0,51	100,00
3	0,0946	9,46	67,48			
4	0,0834	8,34	75,82			
5	0,0680	6,80	82,61			
6	0,0584	5,84	88,45			
7	0,0435	4,35	92,80			
8	0,0375	3,75	96,55			
9	0,0345	3,45	100,00			

Par la suite l'indice sera transformé en une variable binaire (0 ;1). Pour faciliter l'interprétation et garder une cohérence avec les autres questions sur les comportements, tous les individus avec un indice inférieur à 0, c'est-à-dire ayant tendance à respecter les recommandations, se verront attribuer la valeur 1 à l'indice, les autres, la valeur 0.

Concernant les questions ayant des réponses multimodales nous avons procédé par souci d'uniformisation de l'analyse, à un recodage binaire (0, 1). Cette approche permet ainsi d'identifier les individus les moins adverses au risque et donc les moins susceptibles de suivre les recommandations. Les variables recodées concernent la connaissance de l'origine de la maladie, les conséquences sanitaires et économiques de la pandémie et la confiance aux président et maires (tableau 4)

.

Tableau 4 : Variables binaires issues de questions à plusieurs modalités

Modalités	Codage initial	Codage binaire		Codage initial	Codage binaire		Codage initial	Codage binaire
Origine maladie	Q301	4 variables binaires	Conséquence sanitaire / économique	Q303 Q304	une variable binaire	Confiance Président / Confiance Maire / Confiance Famille / Confiance Voisin	Q209 Q209 Q206 Q206	une variable binaire
coronavirus	1	1= oui, 0 sinon	très grave	1	( ) 1	tout-à-fait confiance	1	1
inventée	2	1 = oui	plutôt grave	2		plutôt confiance	2	( ) 0 (
ressort Dieu	3	1 = oui	moyennement grave	3	( ) 0 (	plutôt pas confiance	3	
maladie mystique	4	1 = oui	peu grave	4		Pas du tout confiance	4	
			pas du tout grave	5				
Modification participation aux grands événement / cérémonies religieuses	Q603a Q603b	une variable binaire	Conséquence sur la violence	Q403	une variable binaire	Conséquence sur la probabilité d'augmentation de la violence	Q404_1 Q404_2 Q404_3 Q404_4	une binaire
beaucoup	1	1	très grave	1	( ) 1	entre habitants	0, 1, 2	= 1 si probable
un peu	2	( ) 0	plutôt grave	2		lors de meeting politique	0, 1, 2	= 1 si probable
pas du tout	3		moyennement grave	3	( ) 0 (	lors de manifestations	0, 1, 2	= 1 si probable
			peu grave	4		d'attaques d'extrémistes	0, 1, 2	= 1 si probable
			pas du tout grave	5				

Plusieurs autres variables ont été également créées : trois variables de confiance institutionnelle, une variable éducation et une variable pauvreté :

- Confiance en l'autorité centrale qui prend la valeur 1 (0 sinon) si la personne interrogée a répondu « tout-à-fait confiance en » pour au moins trois de ces catégories : Président, membres de la majorité, préfets, membres du CFOP, forces de sécurité.
- Confiance en l'autorité locale qui prend la valeur 1 (0 sinon) si la personne interrogée a répondu « tout-à-fait confiance en » pour au moins trois de ces catégories : conseillers municipaux et régionaux, maire, chef de son village / quartier, chefs religieux.
- Confiance en les experts qui prend la valeur 1 (0 sinon) si la personne interrogée a répondu « tout-à-fait confiance en » aux deux catégories : scientifiques et médecins.
- Education qui prend la valeur 1 (0 sinon) le niveau d'étude est collège ou secondaire ou supérieur.
- Pauvreté qui prend la valeur 1 (0 sinon) si l'indice de richesse est < 0,32 (quantiles 1 et 2).

Le rôle des déterminants potentiels de chaque variable dépendante dans les modèles a été estimé en calculant les effets marginaux par rapport à leur référence : femme => homme ; niveau d'étude => aucun ; religion => musulman (les plus nombreux dans la population) ; tranche d'âge => 18-25 ans ; confiance dans les autorités centrales et confiance dans les autorités locales => pas confiance ; confiance dans les médecins => pas confiance ; urbain => rural ; anticipe plus d'inégalités => n'anticipe pas plus d'inégalités ; région => Centre (la plus peuplée et qui concentre la très grande majorité des cas de Covid) ; ethnie => Mossi (la plus nombreuse et celle qui respecte le mieux les mesures de prévention, cf. indice de comportement ; cf. ci-après).

Les principaux résultats économétriques sont à l'annexe 2.

4. Caractéristiques des répondants

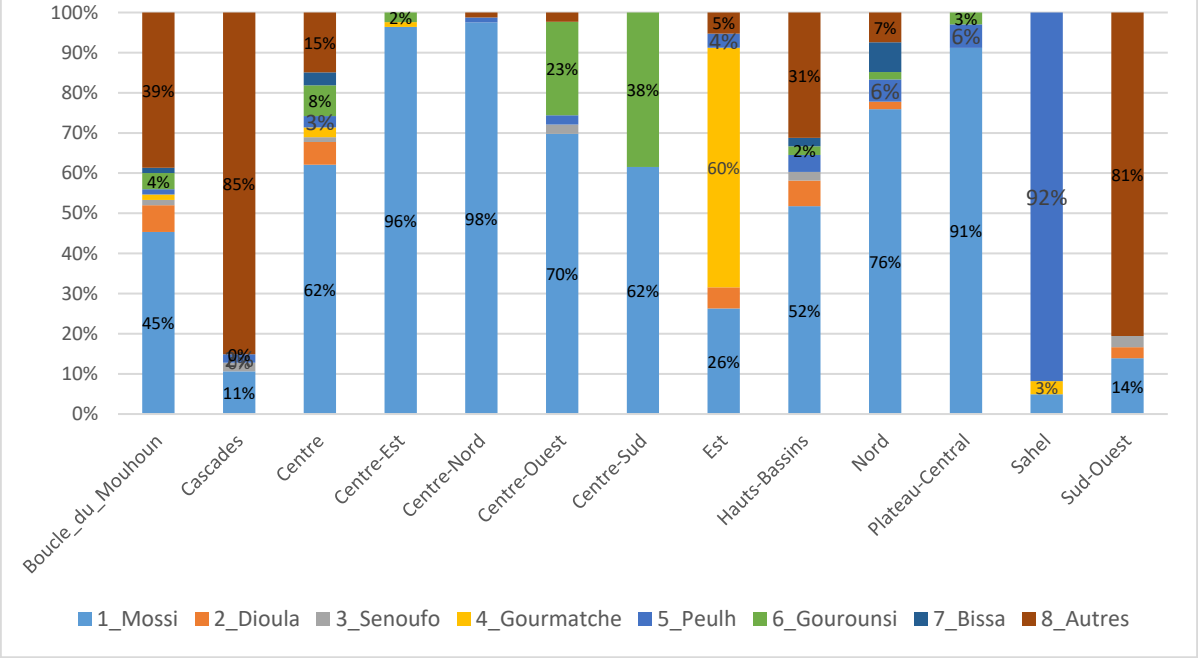
4.1. Caractéristiques socioéconomiques et culturelles des répondants

Un quart des enquêtés vient de la région du Centre (Ouagadougou) et 14 % des Hauts-Bassins où se trouve la seconde ville du pays, Bobo-Dioulasso.

La proportion d'hommes est de 57 % (un peu plus élevée que dans la population générale), l'âge moyen se situe à 35ans (32 ans pour la médiane). Près de 40 % (39 %) a entre 25 et 34 ans et 26 % entre 35 et 44 ans. Les répondantes sont en moyenne un peu plus jeunes, 33ans (médiane à 30ans) que les hommes (40 ans).

Près des deux tiers (61 %) des répondants sont marié dont 14 % polygames. Les musulmans sont les plus nombreux, 58 %, pour 39 % de chrétiens et 3,5 % d'animistes. Plus de la moitié des répondants (57 %) est d'ethnie Mossi et 8 % Peul. Le graphique 1 donne la répartition des ethnies par région. On voit que les régions Boucle-du-Mouhoun, Cascades, Hauts-Bassins et Sud-Ouest, sont des régions avec une plus grande diversité ethnique que celles du Centre-Est, Centres-Nord, Plateau Central, Nord et Sahel.

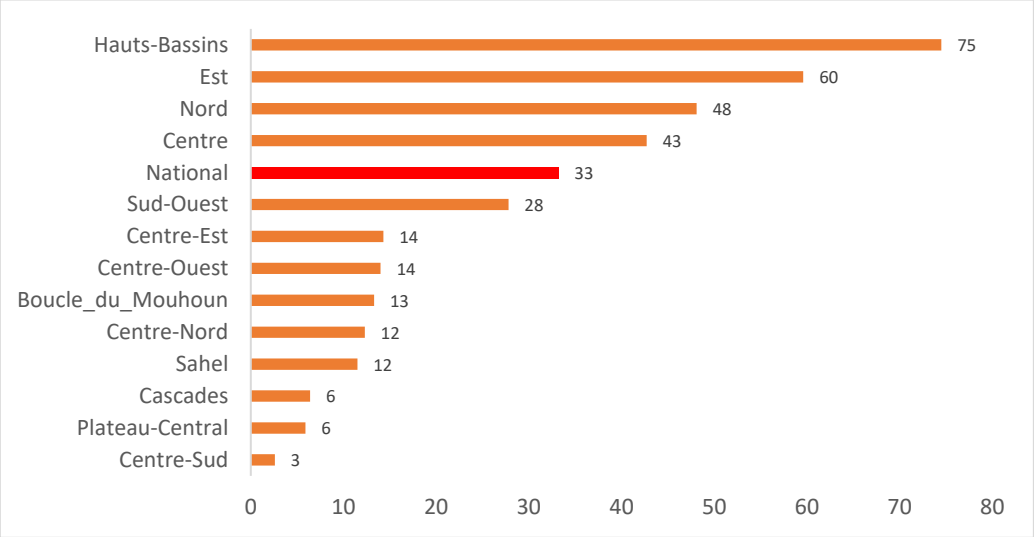
Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon l'ethnie par région



Un tiers des enquêtés n'a pas d'instruction, et cette proportion est plus élevée en milieu rural (45 %) qu'en zone urbaine (22 %) et chez les 45-54 ans (53 %) et les 65-80 ans (77 %). L'analphabétisme touche essentiellement les régions du Sahel (66 %), Centre–Est (56 %) et Boucle du Mouhoun (53 %). Parmi les alphabétisés, 16 % ont le niveau éducation primaire, 13 % le niveau collège, 19 % le niveau lycée et 16 % le niveau études supérieures.

Parmi les personnes sans activité professionnelle (36 %), 12 % sont des femmes au foyer et 14 % des élèves et étudiants. Sur l'ensemble des actifs (74 %), 47 % sont des travailleurs indépendants (agriculteurs, artisans, commerçants), 33 % des salariés. Les régions où le taux d'emploi salarié est le plus élevé sont les Hauts-Bassins (74 %), l'Est (60 %), le Nord (48 %) et le Centre (43 %). Les autres régions sont en-dessous de la moyenne nationale (33 %) avec des taux très bas dans le Centre-Sud, Plateau Central et Cascades (graphique 2).

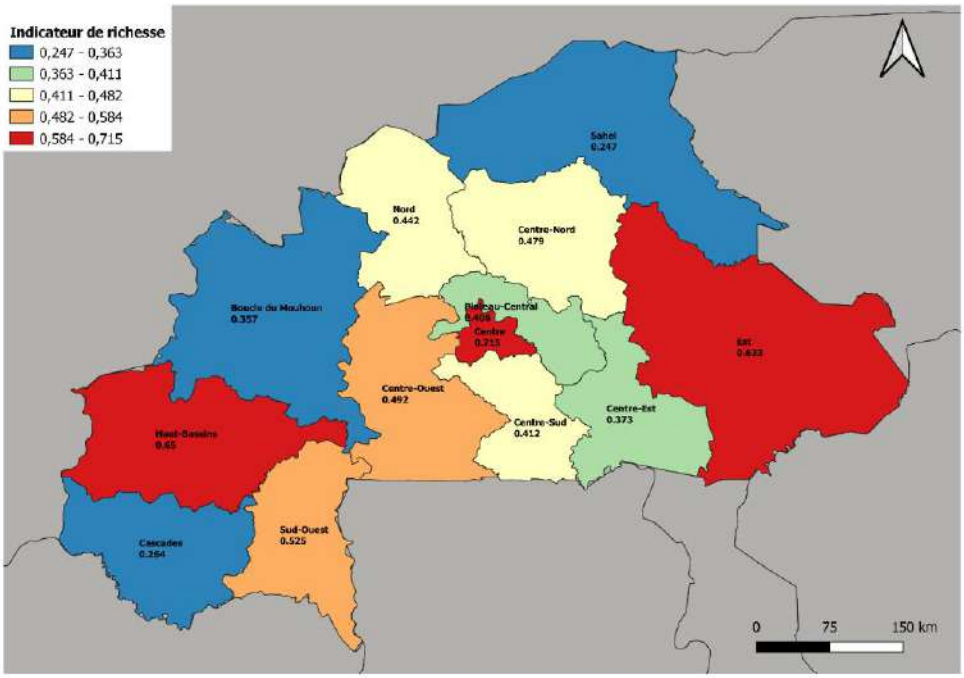
Graphique 2 : Répartition (%) des répondants ayant un emploi salarié par région



En termes de disparité économique mesurée par l'indice de richesse estimé par ACM, on observe une différence entre les hommes et les femmes, les hommes ayant en moyenne un indice de richesse supérieur aux femmes. Si on considère les ethnies, on remarque que les Senoufo et les Bissa, puis dans une moindre mesure les Dioula, Gourmantché et Gourounsi, ont un indice de richesse supérieur à la moyenne. A l'inverse, les Peul ont un indice nettement inférieur à la moyenne de l'échantillon.

Les scores de richesse montrent également de fortes inégalités territoriales. Le niveau de richesse le plus élevé est observé dans les régions des Hauts-Bassins, Centre, Est et Sud-Ouest et les plus bas dans celles du Sahel, Cascades et Boucle du Mouhoun (carte 1). De plus les individus vivant dans une zone d'insécurité ont en moyenne un indice de richesse inférieur aux autres.

Carte 1 : Indice de richesse par région



Source : Calcul des auteurs. Rappel : plus l'indice est proche de 0, plus le niveau de pauvreté est élevé.

4.2. Implications des répondants dans la vie politique et le suivi de l'actualité

La majorité (78 %) des personnes enquêtées n'a adhéré à aucun parti politique contre 17 % qui en sont membres. Parmi ces derniers, 55 % ont adhéré au MPP (Mouvement du Peuple pour le Progrès (parti du président en place lors de l'enquête), 20 % au CDP (Congrès pour la Démocratie et le Progrès) et 16 % à l'UPC (Union pour le Progrès et le Changement). Mais il faut noter que parmi ceux qui ne sont pas membres d'un parti politique une proportion qui peut être assez importante participe aux réunions et activité des partis sans y être pour autant affiliés.

Les questions que les répondants jugeaient les plus préoccupantes au moment de l'enquête (mai 2020) sont la crise sanitaire de la Covid-19 (32 % des répondants), le terrorisme (30 %), la mauvaise gouvernance (15 %). Viennent ensuite celles de la pauvreté (7 %) et du chômage (6 %). Les questions de conflits communautaires, de l'insuffisance d'établissements de santé, l'inadéquation du système scolaire, l'absence de politiques de soutien au monde rural, sont également citées.

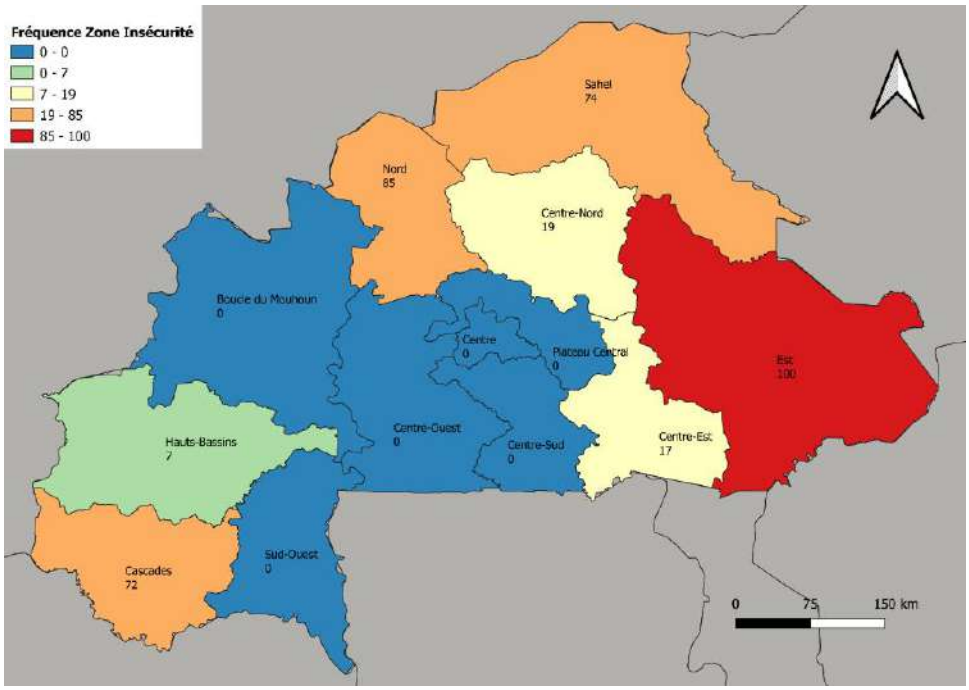
Les enquêtés suivent régulièrement l'actualité. Leurs sources d'informations quotidiennes ou hebdomadaires sont principalement la radio (73 %) et la télévision (63 %) et dans une moindre mesure les réseaux sociaux (44 %). Seulement 14 % des enquêtés s'informent par la presse écrite. On observe des différences selon les régions : les réseaux sociaux sont plus utilisés au Centre, la radio dans le Nord et l'Est.

4.3. Perception de bien-être et insécurité

La perception que les individus peuvent avoir de leur santé physique et mentale et de leur bien-être dépend de leur personnalité, mais aussi de leur environnement social, économique et sécuritaire.

La carte 2 présente le niveau d'insécurité par région selon la perception qu'en ont les répondants (0 correspondant à aucun enquêté considère qu'il vit dans une région d'insécurité, 100 correspondant à 100 % des enquêtés considèrent qu'ils vivent dans une région d'insécurité). Trois régions sont considérées par les répondants qui y vivent comme des régions à très forte insécurité : l'Est (100 % des enquêtés), Nord (85 %), Sahel (74 %).

Carte 2 : Niveau d'insécurité selon les régions en 2020 (fréquence des réponses)

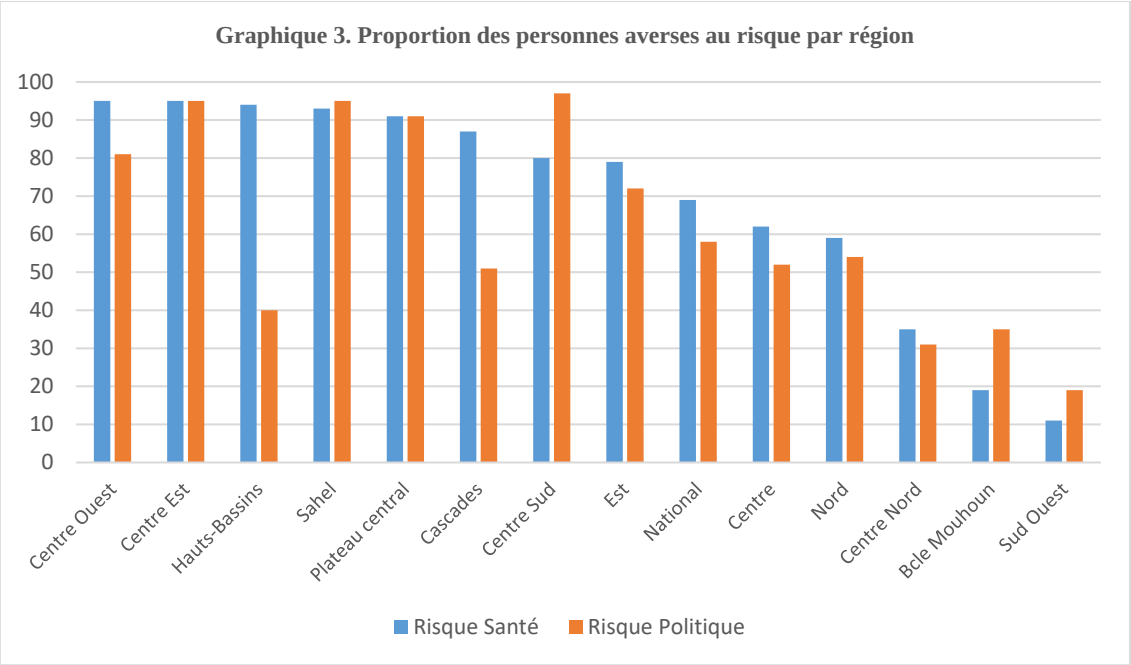


Source : Carte établie à partir des réponses des enquêtés

Seules 17 % des personnes enquêtées s'estiment satisfaites de leur vie contre une proportion relativement importante (44 %) qui en sont insatisfaites si on regarde les deux extrêmes de la distribution des réponses. Cette proportion est plus importante dans les régions considérées comme non sécuritaires (Sahel, 91 %, Cascades 85 % et Est, 68 %), mais pas seulement (Boucle du Mouhoun, 74 % et Sud-Ouest, 69 %).

Plus de la moitié (58 %) des personnes enquêtées sont averses au risque[9] et ce, de façon plus marquée sur le plan de la santé (68 %) que sur le plan politique (58 %). Cette aversion au risque sanitaire est potentiellement de nature à favoriser une attitude positive (Aven et Bouder, 2020) vis-à-vis des mesures de lutte contre la propagation de la Covid, y compris des mesures contraignantes comme le couvre-feu ou la restriction de déplacements par exemple. Le graphique 3 met en évidence de fortes disparités régionales. L'aversion au risque sanitaire est particulièrement marquée dans les régions du Plateau Central, des Hauts-Bassins, du Sahel, du Centre-Est et bien plus faible dans celles du Sud-Ouest, Centre Nord et Boucle du Mouhoun (graphique 3).

[9] Personnes ayant répondu qu'il leur était difficile de prendre des risques (0, 1, 2 ou 3).



4.4. Confiance interpersonnelle et confiance institutionnelle

La confiance interpersonnelle est très hétérogène selon les modalités et les régions considérées. Si la quasi-totalité (90 %) des répondants ont une entière confiance en leur famille, la confiance envers les personnes extérieures à la famille est faible, voire même très faible. Seuls 42 % des répondants ont entièrement confiance en leurs voisins. Ce peu de confiance se retrouve surtout dans les régions Nord et Est, jugées peu sécuritaires et la région du Centre-Nord avec plus de 80 % des répondants, et dans une proportion moindre dans les régions Centre et Centre-Sud (67 %).

La confiance interpersonnelle généralisée, c'est-à-dire vis-à-vis des individus que l'on ne connaît pas, est globalement faible. Seuls 1/3 des répondants estime que l'« on peut faire confiance à la plupart des gens ». Ils sont prêts de 60 % à considérer qu'« on n'est jamais assez prudent quand on a à faire aux autres ». Cette opinion est beaucoup plus répandue dans les régions du Nord et de l'Est (63 % et 84 %, respectivement, où règne une forte insécurité comme nous l'avons vu), dans celles des Hauts-Bassins (72 %) et de la Boucle du Mouhoun (63 %). Plus d'un tiers des enquêtés en moyenne pense que « la plupart des gens cherchent à tirer profit de vous ».

La littérature s'est interrogée sur la question de savoir s'il y avait une relation entre la diversité ethnique et la confiance sociale. Dinesen et Sonderskov (2018) concluent à l'issue de leur méta-analyse qu'avec grande prudence, on peut avancer que la principale conclusion est négative, bien qu'il n'y ait pas réellement consensus. Nos résultats montrent qu'il y a de grandes différences selon les ethnies et les régions en matière de confiance interpersonnelle (c'est également le cas pour la confiance institutionnelle - §6.5), les Peul et Gourounsi notamment étant très réservés sur la confiance en autrui. Cette méfiance pourrait, toutes choses égales par ailleurs, avoir un impact positif pour freiner la prolifération de la Covid en réduisant les interactions entre individus, comme le montre par exemple une étude de Egorov et al. (2021) où la réduction de la mobilité suivant les premiers cas de Covid en Russie a été plus élevée dans les villes à forte fragmentation ethnique que dans les autres.

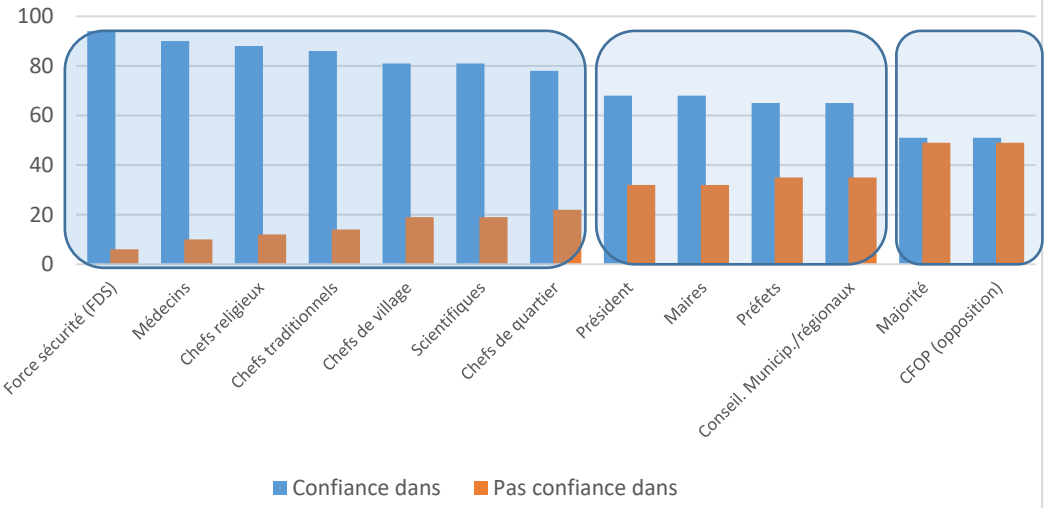
Il y a donc vis-à-vis d'autrui une méfiance assez générale, excepté pour la famille. C'est un point important car la lutte contre la Covid et ses effets implique une multitude d'acteurs et relève typiquement

d'un problème d'action collective dans laquelle intervient la confiance interpersonnelle généralisée (Harring et al. 2021)[10]. Un important corpus d'éléments dans la littérature suggère qu'elle aurait un impact positif sur le respect des mesures visant à limiter la propagation de la Covid (Eshan et al., 2019).

Il apparait également de manière générale que les gens sont moins disposés à suivre les recommandations des autorités – car le suivi a un coût individuel - s'ils n'ont pas confiance dans les autres et s'ils croient que les autres ne vont pas les respecter. Des mesures difficiles à contrôler dans la lutte contre la Covid, comme la distanciation physique, le lavage des mains, la limitation des contacts, etc. présupposent alors des relations de confiance interpersonnelle réciproque pour être pleinement efficaces. Or dans leur étude sur la mortalité liée à la Covid dans 84 pays en développement et à haut revenu[11], Elgar et al. (2020) trouvent que la confiance sociale et la forte appartenance de groupe sont associées à plus de morts, car elles favorisent les comportements à risque et les contagions, mais aussi qu'une confiance sociale et une forte appartenance de groupe peuvent renforcer la réceptivité aux information erronées concernant la Covid (op. cit ; p. 3). Or la probabilité d'être réceptif à celles-ci est d'autant plus grande que la population est peu éduquée, ce qui est le cas du Burkina comme nous l'avons vu. Les analyses multivariées apporteront un éclairage sur ce qu'il en est plus précisément de ces questions.

A qui fait-on confiance ? Le graphique 4 permet de distinguer trois groupe distincts. Le premier montre que les partis politiques sont crédités d'une confiance comparativement assez faible.

Graphique 4 : A qui fait-on confiance ? (% des répondants)



[10] Comme le rappellent les auteurs, « le contrôle de la propagation du virus implique des acteurs qui doivent faire des sacrifices pour un bien collectif. La pandémie est de ce fait un problème typique d'action collective, ou de dilemme social, c'est-à-dire une situation dans laquelle les membres du groupe ont une incitation à choisir de poursuivre un gain individuel plutôt que de se comporter dans le meilleur intérêt du groupe à long terme, ce qui conduit à une perte collective. [Lorsque les sacrifices pour lutter contre la Covid sont jugés élevés], la plupart des gens, selon la logique du dilemme social, ne sont pas prêts à accepter les sacrifices requis, étant donné qu'ils ne veulent pas accepter des coûts personnels pour un bénéfice qui est principalement collectif ».

[11] Mais qui ne comprend que trois pays à faible revenu (Bangladesh, Ethiopie, Pakistan).

Les deux autres groupes sont très hétérogènes. Le groupe médian mêle autorités centrales et locales (maires, conseillers municipaux et régionaux) et représentants de l'autorité centrale en la personne du président de la république[12] et des préfets. Environ les 2/3 des répondants leur accordent leur confiance[13].

Le second de ces deux groupes (à gauche sur le graphique) comprend les forces de sécurité, les médecins et les scientifiques, les chefs religieux et traditionnels, les chefs de village et de quartier. Ils bénéficient d'une confiance beaucoup plus élevée allant d'environ 80 % à 94 %, suggérant que les éléments qui la constituent sont de bons relais[14] sur lesquels les autorités devraient s'appuyer dans leur campagne d'information nécessaire pour renforcer la lutte contre la propagation de la Covid et ses effets[15]. Les forces de sécurité au sens large, incluant les Volontaires pour la Défense de la Patries, sont créditées de la confiance la plus large (94 %) mais peuvent sans doute difficilement être utilisées comme relais d'information. La population manifeste également une très forte confiance dans les instances sociales établies, que ce soient les chefs religieux ou les chefs traditionnels, avec respectivement un taux de confiance de 88 % et 86 %. C'est un point important pour les politiques car durant la crise d'Ebola, en plusieurs pays, les autorités religieuses ont appuyé les pratiques de prévention prônées par le gouvernement. En Sierra Leone, cet engagement a été considéré comme un tournant dans la réponse à l'épidémie (Caleo et al., 2018). Le capital confiance des instances de proximité, chef de village (80 %) et chef de quartier (78 %), bien que moindre, reste très élevé. Les Burkinabés expriment également une très grande confiance dans les experts (médecins, 90 %, et scientifiques, 81 %), ce qui est fréquemment observé dans les enquêtes quel que soit le type de pays (Edelman, 2020 ; Welcome Global Monitor, 2019).

Cette assez bonne confiance institutionnelle au sens large devrait, dans le sens de ce que suggère la littérature sur les relations entre confiance dans les autorités et comportement individuel (Kao et al. 2021, Bargain and Amindjonov, 2020[16] ; Bavel et al, 2020 ; Elgar, 2020[17] ; Ploh et Musil, 2020 ; Resnick, 2020 ; Siegrist et Zingg, 2014 ; Yildirim et al., 2020 ; Eshan, 2019), favoriser l'observance des mesures de lutte contre la Covid au Burkina, ce que les analyses multivariées permettront de préciser (§ 6).

A noter que cette confiance s'accompagne d'une appréciation très mitigée sur l'avenir du pays et du village ou de la commune des répondants. Globalement, c'est un peu moins de la moitié des enquêtés qui se déclarent optimistes quant à l'avenir du pays ou de leur commune, environ 30 % n'ont pas d'opinion tranchée et 20 % se disent pessimistes. Ils sont très nombreux au Sahel (87 % des répondants) à être pessimistes pour l'avenir de leur commune/village et de leur pays. Il en est de même pour les

[12] En l'absence d'information sur la période pre-Covid, il est toutefois assez délicat d'en interpréter la signification pour deux raisons opposées : d'une part il y a une érosion du pouvoir, les élections présidentielles étant prévues pour la fin de l'année 2020, et d'autre part, les chefs d'Etat retrouvent souvent un regain de popularité plus ou moins durable en période de crise.

[13] Sur l'ensemble du pays, 25 % des enquêtés sont peu satisfaits des actions du président, lui attribuant une note de 0 à 3 sur une échelle de 0 à 10, 37 % n'ont pas d'avis nettement tranché (note entre 4 et 6) et 38 % se déclarent satisfaits (note de 7 à 10). Le taux d'insatisfaction est particulièrement élevé chez les répondants du Sahel (93 % d'insatisfaits) et de l'Est (68 %), régions ayant subi des attaques fréquentes de terroristes depuis 2015, au contraire de ceux de la Boucle du Mouhoun (80 % de satisfaits), sans problème d'insécurité ou du Centre-Est (88 %) où de nombreux ouvrages publics (centres de santé, écoles, routes, stades) ont été réalisés pour la fête nationale du 11 décembre 2019.

[14] Dès lors qu'ils adhèrent eux-mêmes par conviction ou opportunité aux mesures préconisées par les autorités, ce qui n'est certainement pas le cas de tous et doit donc faire l'objet d'une prudente attention.

[15] Se reporter à la section sur la perception de la maladie et aux analyses du comportement des individus concernant l'observance des mesures préconisées.

[16] Pour un échantillon de pays à haut revenu.

[17] Contrairement à ce qu'il en était pour la confiance sociale, Elgar trouve que le manque de confiance dans les institutions étatiques accentue la mortalité due à la Covid, - résultats également trouvés dans des études antérieures pour les pandémies de SRAS et de H1N1- bien que l'auteur précise que des investigations complémentaires seraient nécessaires pour en mieux comprendre les raisons.

enquêtés du Sud-Ouest (69 % pour leur commune/village et 44 % pour leur pays). La littérature n'offre que peu de repères sur l'incidence qu'auraient ces appréciations optimistes ou pessimistes sur l'observance des dispositions prises par les autorités.

5. Perception de la Covid et de ses conséquences

5.1. Connaissance de la Covid

Plus de 88 % des répondants indiquent qu'ils connaissent la Covid, son mode de propagation et les symptômes de la maladie. Cependant, plus de la moitié (53 %) considère que la Covid n'est pas d'origine virale, mais relève de Dieu ou de causes surnaturelles (29 %) ou qu'il a été inventée par l'homme (12 %), ceci n'étant pas sans rappeler les croyances concernant l'origine du VIH et de la maladie d'Ebola.

Ce constat apparaît de prime abord préoccupant pour la lutte contre l'épidémie, mais il s'avère que les mesures préconisées par les autorités - indice de comportement – sont davantage respectées (75 %) par ceux qui ont une perception non rationnelle de la maladie que par les autres (67 %).

Que l'on regarde par région ou par ethnie, l'analyse multivariée montre, contrairement à ce que l'on aurait pu penser de prime abord, que le niveau d'éducation n'a pas d'effet significatif sur la perception des origines de la maladie. Il n'y a pas non plus de différence entre les hommes et les femmes. Il en est de même pour les religions monothéistes, les chrétiens ne se différenciant pas des musulmans. Dans le modèle prenant en considération les ethnies, les Bissa, les Peul et dans une moindre mesure les Dioula, ont une probabilité plus forte[18] que les Mossi (ethnie majoritaire) à attribuer la Covid à des causes supra naturelles[19]. A l'inverse, les Gourmantché ont une probabilité d'attribuer à la Covid une cause virale qui dépasse de 25 % celle des Mossi. Habiter en zone urbaine et être comparativement aisé sur la base de notre indicateur de richesse, accroît la probabilité de ne pas croire à l'origine virale de la maladie et de ne pas l'attribuer à une invention humaine.

5.2. Emotions et perception des conséquences sanitaires et économiques

Les émotions peuvent contribuer à modeler les comportements. Les réactions émotionnelles des Burkinabés face à la Covid ont été la peur et/ou la colère. Près de 70 % des enquêtés ont déclaré qu'ils avaient peur (ou très peur, 49 %) de la maladie, alors même que les cas de Covid étaient peu nombreux et que 3% seulement des répondants ont déclaré avoir eu connaissance de cas avérés ou supposés tels en l'absence de tests dans leur entourage. En contrepoint, on rappellera que les trois quarts suivent régulièrement l'actualité à la radio (50 % au moins une fois par jour).

Peur et colère ont été très diversement ressenties selon les régions. La peur a été éprouvée par la quasi-totalité des personnes dans les régions du Centre-Est (94 %) et par une large fraction de la population du Centre-Nord (60 %) et de la Boucle du Mouhoun (70 %). La colère, liée à la mise en place du couvre-feu très contraignant pour les activités économiques et les relations sociales, a été particulièrement marquée dans les régions du Centre, du Sud-Ouest (58 %) et des Hauts-Bassins (48 %).

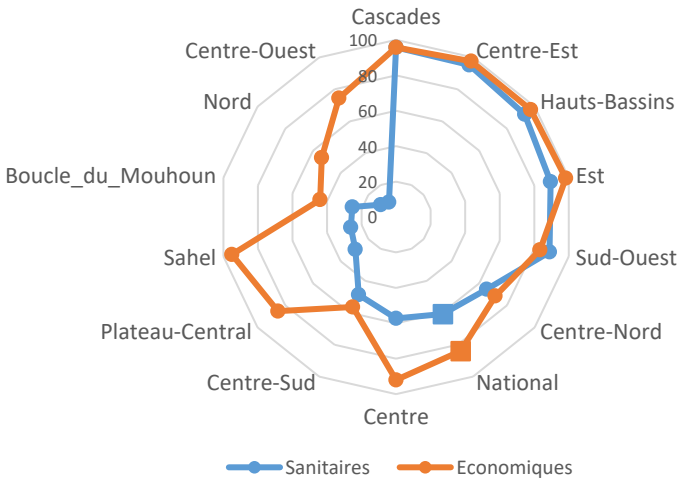
[18] Respectivement de 22 %, 16 % et 15 %.

[19] Les animistes (environ 3 % de la population) comparés aux musulmans – qui comme les chrétiens, acceptent l'idée d'une cause virale de la Covid – pensent que l'origine de la pandémie n'est pas virale.

Les conséquences sanitaires et économiques de la Covid sont jugées très graves / graves par la grande majorité (75 %) des enquêtés. La Covid et ses conséquences sont la question la plus préoccupante pour les enquêtés (32 %), à parité avec le terrorisme (30 %).

Mais dans la moitié des régions environ, les répondants sont beaucoup plus nombreux à penser que les conséquences de la Covid seront *plus sérieuses (très graves et graves) pour l'économie que pour la santé*. L'écart est particulièrement prononcé pour le Sahel, le Plateau-Central et le Centre (graphique 5).

Graphique 5. Pourcentage des répondants par région : les conséquences sanitaires et économiques seront "très graves et plutôt graves"



L'analyse multivariée montre que le niveau de richesse, d'éducation, l'âge, la religion et le fait d'habiter en zone urbaine ou rurale n'ont pas d'incidence sur la probabilité de considérer comme graves ou non les conséquences sanitaires et économiques de la Covid. En revanche, six régions (Boucle du Mouhoun, Centre-Est, Centre-Ouest, Est, Hauts-Bassins et Sud-Ouest) sont particulièrement pessimistes, en ce sens que la probabilité de considérer que la Covid y aura des conséquences très graves ou graves sur la santé y dépasse de 34 % à 44 % ce qu'elle est dans la région Centre, région de référence. Ceci est paradoxal puisque la majorité des cas sont dans la région Centre avec une forte concentration à Ouagadougou. Il en est de même pour la perception des conséquences économiques, bien que l'amplitude des différences y soit moins prononcée.

La crainte, largement répandue, suscitée par l'épidémie et par la gravité de ses conséquences sanitaires et économiques perçues sont globalement de nature à favoriser l'observance des recommandations faites par le gouvernement - ce que l'on verra plus loin - comme le suggèrent les modèles de comportement en santé.

5.3. Perception des conséquences sur les inégalités

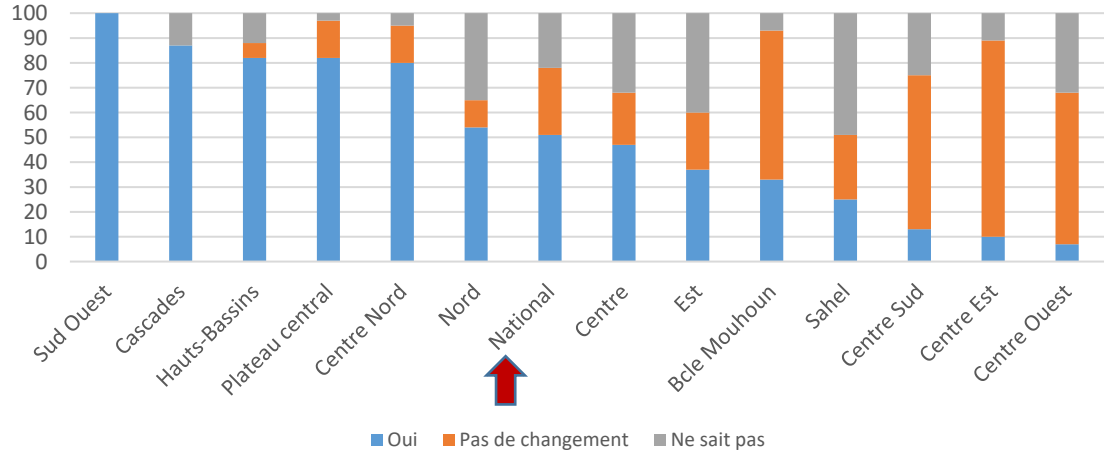
Le Burkina est un pays relativement peu inégalitaire en matière de revenus. Le coefficient de Gini est de 35 (> 50 en Centrafrique, au Mozambique et en Guinée-Bissau par exemple). Mais plus globalement, la différence entre l'IDH et l'IDH corrigé des inégalités de revenu, d'éducation et de santé, est de l'ordre de 30 %, soit un niveau comparable à la moyenne des pays africains[20]. Il ressort de l'enquête qu'un peu plus de la moitié des répondants (51 %) pensent que l'épidémie va accentuer très fortement (27 %) ou

[20] http://hdr.undp.org/en/content/latest-human-development-index-ranking

un peu (24 %) les inégalités. Mais il faut noter que 22 % des répondants n'avaient pas d'opinion. Ils sont près de 50 % dans les régions Sahel et Est, particulièrement marquées par l'insécurité.

Les écarts de perception entre régions sont considérables (graphique 6). Pour plus de 80 % des répondants des cinq régions Sud-Ouest, Cascades, Hauts-Bassins, Centre-Nord et Plateau central, la pandémie va accentuer les inégalités sociales, contrastant avec les régions Est, Boucle du Mouhoun, Centre-Sud, Centre-Est et Centre-Ouest qui sont 60 % ou plus à penser que la Covid n'aggravera pas les inégalités.

Graphique 6. Le Covid va-t-il accentuer les inégalités ? En % des répondants par région



5.4. Perception des conséquences sur la violence

La littérature montre que les épidémies récentes (VIH, Ebola) ont, comme les grandes pandémies du passé, suscité de la violence. ACLED a recensé plusieurs milliers d'incidents violents directement liés à la Covid en Afrique comme dans les autres continents.

Feindouno et Wagner (2020) soulignent dans leur étude sur les conflits internes dans le monde que l'inefficacité de l'État est souvent considérée dans la littérature comme une cause de conflits internes et résulte de la conjonction de trois facteurs : « (…) l'incapacité du gouvernement et de l'administration centrale (l'État) à dispenser les services de base ; (…) le manque de légitimité de l'État sur l'ensemble de son territoire à cause notamment de son incapacité à inclure l'ensemble de la population dans le processus de décisions publiques ; (…) l'incapacité de l'État à assurer la sécurité de ses concitoyens et à disposer du monopole de la violence » (p. 48). Or, c'est bien ce que l'on observe au Burkina Faso.

Dans leur modèle d'estimation du risque de conflit, les auteurs distinguent ce qui relève du risque structurel et du risque non structurel. Le risque structurel inclut le faible niveau de PIB par habitant et de capital humain, la vulnérabilité au changement climatique, la vulnérabilité économique et structurelle, la fragmentation sociale et le terrorisme régional. Le risque non structurel englobe la décroissance du PIB, des investissements étrangers et des exportations, les chocs de prix, et les dynamiques du terrorisme, ainsi que les chocs climatiques et les conflits dans les pays voisins (op. cit. p. 77). On comprend ainsi aisément que la Covid est susceptible d'avoir un impact sur ces différents facteurs au Burkina, (hormis les chocs climatiques), qu'il est de nature à exacerber dans la population le sentiment de l'inefficacité de l'État, et donc de déboucher sur de la violence. La question présente un

intérêt particulier pour le Burkina en raison de l'augmentation des conflits violents ces dernières années, notamment dans les régions Sahel et de l'Est et du Nord où les conséquences économiques de la pandémie peuvent réduire le coût d'opportunité de soutenir, sinon rejoindre, des groupes armés terroristes ou des groupes hybrides engagés dans des conflits ethnico-communautaires.

Au-delà de ces grands facteurs, la violence engendrée directement ou indirectement par la Covid au Burkina peut résulter de la stigmatisation des personnes malades ou supposées telles, d'une plus grande inégalité dans l'accès aux soins, de l'opposition aux mesures de confinement et de restriction de la liberté de circulation, de l'accroissement de difficultés économiques protéiformes, dont les pertes d'emplois et de revenus, de la hausse des prix de certains biens alimentaires, de mesures de lutte qui s'opposent parfois à la libre célébration du culte (prière collective lors du Ramadan pas exemple), de l'accroissement des tensions communautaires, de l'instrumentalisation à des fins politiques de l'insatisfaction que certains éprouvent concernant la gestion de la pandémie par le gouvernement, et de la répression des manifestations entre autres (Thys et Boelaert 2017 ; Rhéaume, 2019 ; Peprah et Gyasi, 2020).

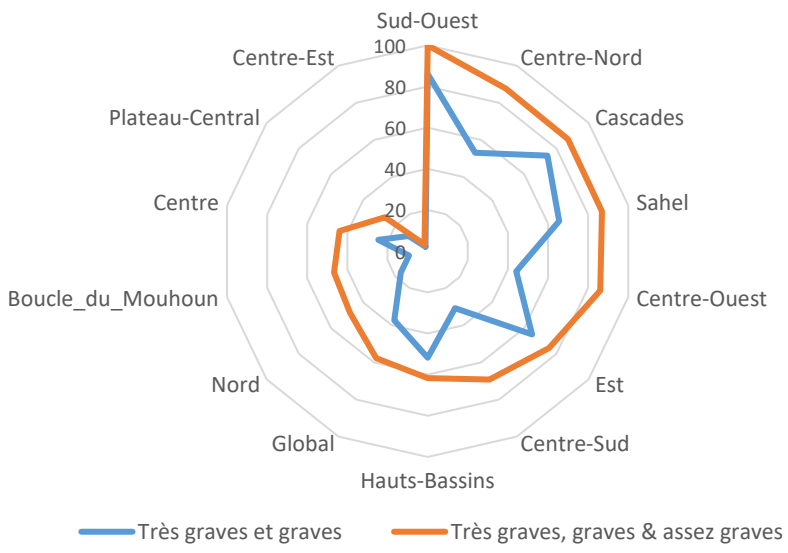
Cependant des études récentes suggèrent qu'en réduisant d'autres sources de violence, la Covid pourrait peut-être avoir comme conséquence globale *nette* une réduction de la violence (Berman et al., 2020 ; Bloem and Salemi, 2021). Une étude de Ide (2021) sur neuf pays en développement montre que l'incidence de la Covid sur la dynamique des conflits armés est très ambivalente. Dans cinq d'entre eux (Inde, Irak, Libye, Pakistan et Philippines) les résultats suggèrent que la Covid aurait stimulé l'occurrence des conflits armés, mais sans en modifier les causes fondamentales, alors que dans quatre autres (Afghanistan Colombie, Thaïlande et Yémen) la pandémie aurait eu un effet plutôt modérateur. Mehrl et Thurner (2020) trouvent également des effets très hétérogènes pour un large échantillon de pays européens et en développement (Afrique, Asie, Moyen-Orient et Amérique Latine).

Au Burkina, il ressort de l'enquête que 70 % des répondants déclarent que la Covid aura des conséquences graves sur la violence[21]. Plus de 20 % considèrent qu'elles seront « très graves ».

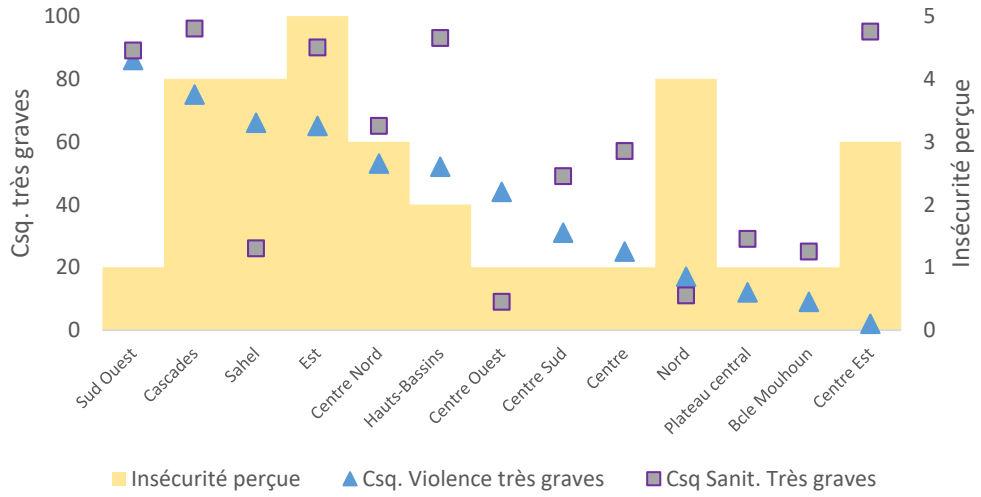
Les perceptions sont très fortement contrastées selon les régions (graphiques 7 et 8). Les craintes d'un fort impact de la Covid sur la violence sont particulièrement marquées dans six régions sur 13 : dans les zones fortement impactées par les attaques terroristes (Sahel, Est), mais aussi au Sud-Ouest, Centre-Nord, Cascades et Centre-Ouest où les conflits communautaires et les déplacements de population sont un réel problème.

[21] Si un quart des enquêtés a redouté lors des 12 derniers mois écoulés, de subir des violences de la part d'extrémistes ou des habitants de leur milieu de résidence, ils ne sont que moins de 15 % à les avoir subies ou ressenties. Cette proportion est bien plus élevée dans les régions de forte insécurité (Sahel, Est).

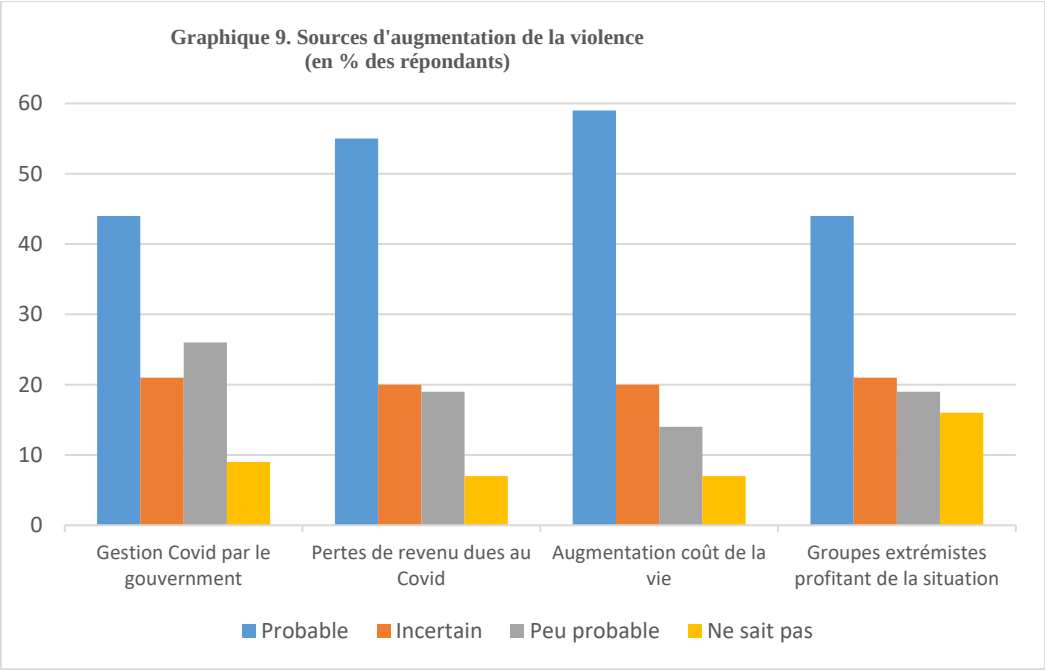
Graphique 7. Perception des conséquences sur la violence (en pourcentage des répondants par région)



Graphique 8. Conséquences très graves et graves du Covid sur la situation sanitaire et sur la violence (en % des répondants, par région)



Les sources de l'augmentation redoutée de la violence au Burkina sont multiples. Quatre causes principales se dégagent de l'enquête. Environ 60 % des répondants jugent probables des poussées de violence face à l'augmentation du coût de la vie qu'entrainera la Covid, 55 % croient que la violence s'accentuera en réaction aux pertes de revenu. Ils sont 44 % à considérer que la violence s'accroîtra en réaction à la gestion de l'épidémie par le gouvernement et 44 % également à juger que des groupes extrémistes profiteront de la pandémie pour multiplier les actions violentes (graphique 9). Mais les répondants ne sont que 15 % à penser probable que des violences entre les habitants de leur quartier ou de leur village puissent survenir du fait de la Covid-19.



Les analyses multivariées apportent des informations complémentaires. On voit notamment que, quel que soit le modèle, le fait de penser que la Covid accentuera les inégalités conduit à une probabilité plus forte d'anticiper qu'il aura des conséquences très graves ou plutôt graves sur la violence. C'est aussi ce que pensent ceux qui vivent dans des zones à forte insécurité, ainsi que les Peul et les Gourmantché.

Si l'on considère les formes de violence, on note qu'un niveau d'éducation secondaire ou supérieure accroît substantiellement (entre 17 % et 29 % selon le modèle considéré), la probabilité de penser que la Covid favorisera l'occurrence d'attaques extrémistes[22]. Il en est de même pour le fait de vivre en zone urbaine (modèle Ethnies). C'est l'inverse pour le niveau de richesse et pour la confiance dans les autorités locales qui conduisent à être moins pessimistes au sujet de la violence qui sera induite par la pandémie. Ce dernier résultat rejoint celui de Shao et Hao (2020) montrant que ceux qui font confiance aux autorités locales sont plutôt optimistes par rapport à la violence de sources extrémistes. Par contre, la probabilité de répondre que la Covid risque de favoriser des attaques extrémistes, des violences lors de manifestations ou de meetings politiques, des violences entre les habitants n'est influencée ni par l'âge des répondants, ni par leur religion, ni par leur degré de confiance dans les autorités centrales.

Nos analyses ne mettent pas en évidence une spécificité de genre sur l'anticipation des conséquences de la Covid en matière de violence. Mais on notera qu'il ressort de différents travaux que les femmes sont susceptibles d'être plus touchées que les hommes par la violence engendrée par la Covid pour des raisons spécifiques, directes ou indirectes, dont notamment l'insécurité économique et le stress lié à la pauvreté, les quarantaines et l'isolement social, les troubles et l'instabilité liés aux conflits, la réduction de la disponibilité des services de santé et de l'accès aux soins et la violence perpétrée contre les travailleurs de la santé (Peterman, 2020).

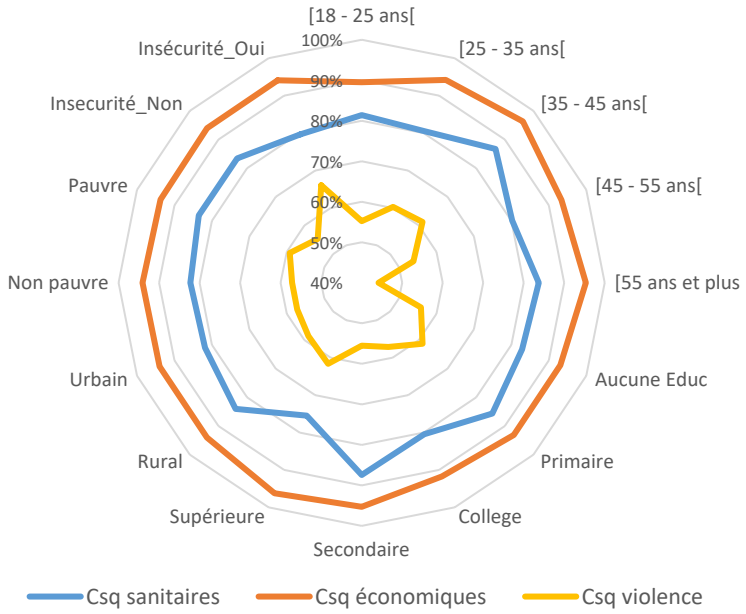
[22] De 28 % pour la perception de la violence lors de meeting politique.

5.5. Perception des conséquences de la Covid, caractéristiques socio-économiques et environnementales des répondants

Le graphique 10 confirme la « hiérarchie » vue plus haut des préoccupations des répondants concernant la perception qu'ils ont de la gravité des conséquences de la Covid sur la santé, l'économie et la violence[23].

Conséquences économiques et sanitaires. On observe que quel que soit le critère considéré (âge, éducation, niveau de richesse, résidence en zone rurale, urbaine, insécurité ou non) les répondants sont plus nombreux à penser que les conséquences économiques de la Covid seront très graves, graves ou assez graves, qu'ils ne le sont pour les conséquences sanitaires. On note également qu'il y a peu de différences de perception en fonction des caractéristiques individuelles considérées. C'est ce que confirment les analyses multivariées dans lesquelles aucune de ces variables n'est statistiquement significative, de même que l'appartenance religieuse non représentée sur le graphique. Par contre résider dans une zone d'insécurité accroît le pessimisme concernant les conséquences économiques (mais pas sanitaires) de la Covid. Les résultats des analyses multivariées mettent également en exergue les hétérogénéités régionales que nous avons soulignées.

Graphique 10. Perception (en% des répondants qui considèrent que les conséquences seront très graves, graves et assez graves) des conséquences du Covid selon une sélection de caractéristiques des répondants



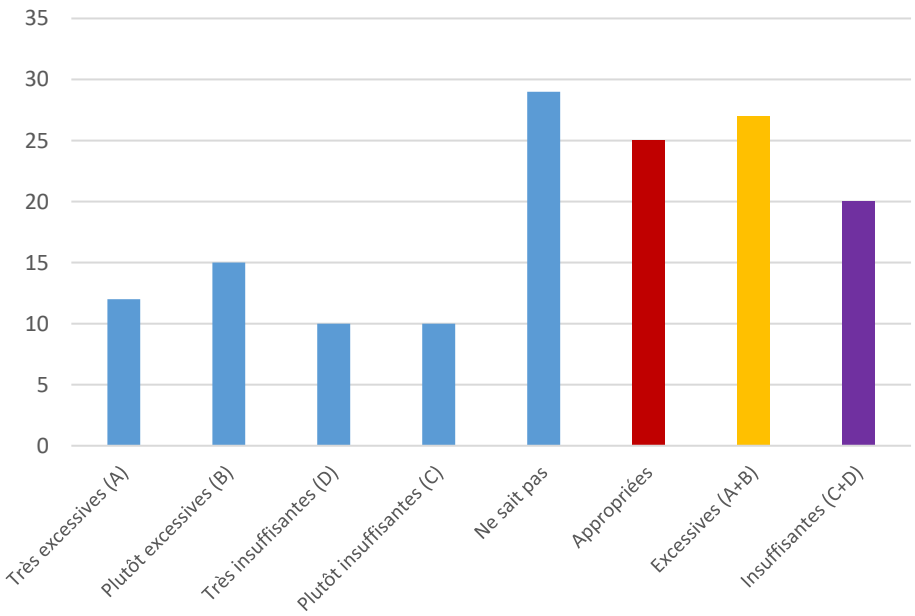
S'agissant des conséquences de l'épidémie sur la violence, les résultats sont assez proches des conséquences anticipées sur la santé et sur l'économie. On notera toutefois que les plus de 55 ans sont nettement moins pessimistes que les répondants des autres tranches d'âge. Les analyses multivariées confirment l'absence d'effet significatif des caractéristiques socio-économiques précitées et les importantes hétérogénéités régionales. L'analyse met également en évidence le fait qu'anticiper une augmentation des inégalités dues à la Covid accroît la probabilité d'estimer que les conséquences de l'épidémie seront très sérieuses en matière de violence.

[23] Pourcentage des répondants qui considèrent que les conséquences seront très graves, graves et assez graves.

5.6. Opinions sur la gestion de la Covid-19 par les autorités

Plus de la moitié des enquêtés (55 %) ne sont pas satisfaits de la gestion de la pandémie par les autorités à qui il est reproché d'y accorder une trop grande importance alors que les questions d'insécurité physique et économiques sont plus préoccupantes.

Graphique 11. Opinion sur les mesures prises par les autorités

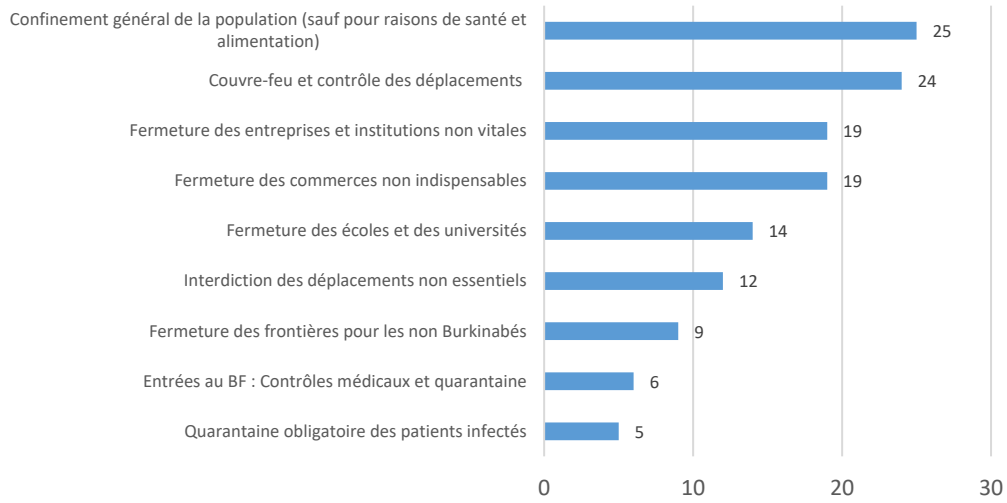


Le taux d'insatisfaits est d'ailleurs très élevé dans les régions en proie à une forte insécurité (Sahel, 92 % ; Est, 90 % ; Nord 85 %). Globalement (graphique 11), 27 % des enquêtés pensent que les mesures de précaution prises par les autorités pour protéger la santé des résidents sont exagérées contre 20 % qui estiment au contraire ces mesures insuffisantes (29 % ne se prononcent pas et 25 % pensent qu'elles sont correctes).

Cependant, les réponses spécifiques aux différentes mesures tant sanitaires qu'économiques et sociales (mise en quarantaine des personnes contaminées dans des lieux dédiés hors de leur domicile, fermeture des frontières du Burkina aux non Burkinabès, instauration de contrôles médicaux et de mise en quarantaine obligatoire des personnes entrant au Burkina, fermeture des écoles et universités, fermeture des commerces non indispensables et des lieux de culte, limitation des déplacements, confinement général de la population, fermeture des entreprises et institutions non vitales) montrent qu'une grande majorité des répondants (entre 75 % et 95 % selon les mesures) y est favorable. Ceci conduit à fortement nuancer le quasi équilibre des opinions entre ceux qui trouvent *globalement* les mesures appropriées (25%), insuffisantes (20%) ou excessives (27%) ; graphique 11.

Le graphique 12 présente le pourcentage de répondants défavorables aux principales mesures de lutte contre l'épidémie prises par le gouvernement. Celles qui ont rencontré le plus d'avis défavorables (autour de 25 %) sont le confinement de la population, ainsi que le couvre-feu et le contrôle par les forces de l'ordre des déplacements qui pénalisent à la fois la vie sociale et l'activité économique. Viennent ensuite les fermetures d'entreprises et de commerces non essentiels (19 % des répondants).

Graphique 12. Pourcentage des personnes défavorables aux mesures prises par le gouvernement



6. Observance des mesures préconisées par les autorités

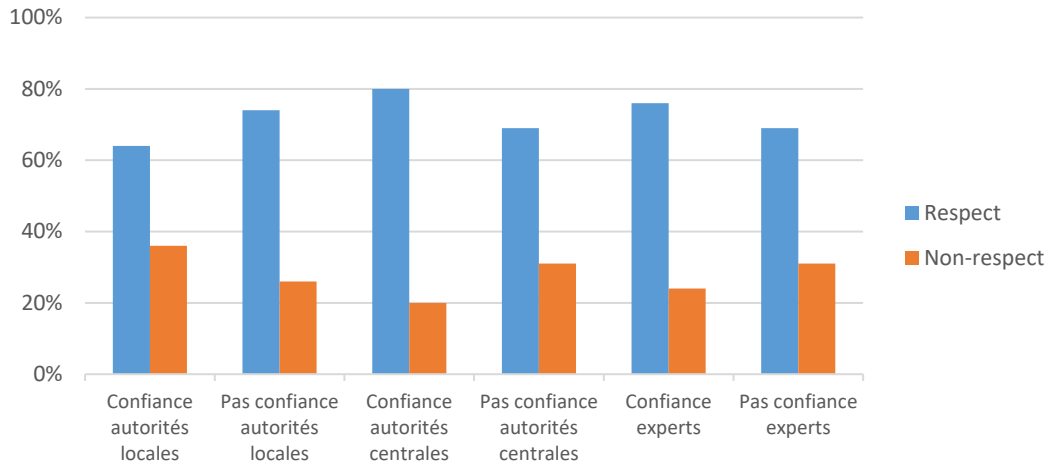
6.1. Un constat globalement satisfaisant ?

Dans l'ensemble, il ressort de l'enquête que les mesures de prévention préconisées par le gouvernement sont bien respectées. Pour l'ensemble du pays, notre indice de comportement montre que 71 % des répondants respectent globalement les mesures recommandées par les autorités pour freiner la propagation de la pandémie, 29 % ne les respectant pas.

Les gestes de prévention de base (se laver plus souvent et/ou plus longtemps les mains, ne plus serrer les mains ou se faire la bise pour saluer les amis et connaissances) ont été adoptés par une grande majorité (autour de 90 %) des répondants.

Les graphiques 13 et 14 ainsi que le tableau 6 montrent que les personnes qui n'accordent pas leur confiance aux autorités - qu'elles soient centrales ou locales – et aux experts, qui vivent dans des zones d'insécurité ou en zone rurale, qui sont pauvres et qui ont un faible niveau d'éducation, sont moins nombreuses en proportion à respecter l'ensemble des mesures préconisées, (mesuré par l'indice de comportement).

Graphique 13. Respect des mesures de prévention et confiance dans les autorités et les experts (en % des répondants)



Graphique 14. Respect des mesures de prévention - Education, pauvreté et environnement (en % des répondants)

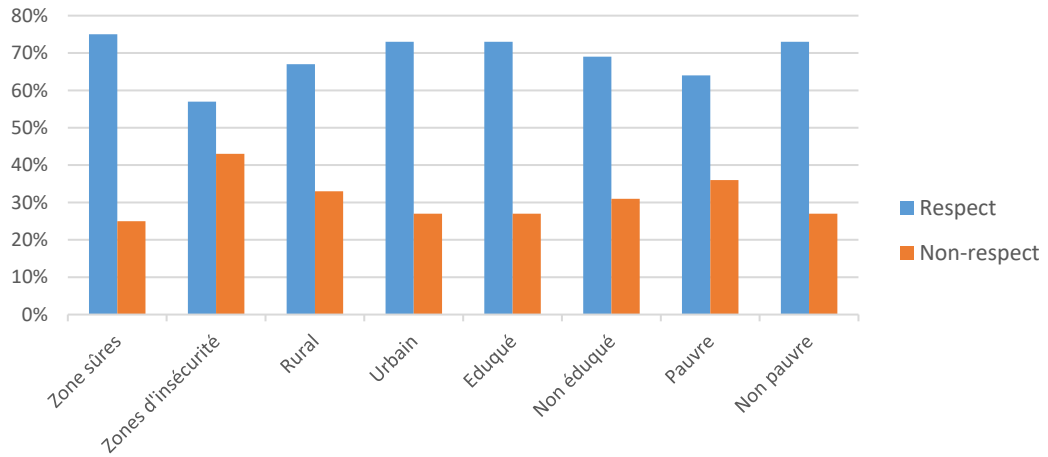


Tableau 6 : Comportement des répondants vis-à-vis des mesures préconisées selon la confiance qu'ils font aux autorités, leur niveau d'éducation et la représentation qu'ils ont de la maladie.

	Indice comportement (ensemble des mesures)		Respect des mesures barrières		Se lave plus souvent les mains	
Catégories	Respect	Non-respect	Oui	Non	Oui	Non
Confiance autorités locales	64%	36%	83%	17%	97%	3%
Pas confiance autorités locales	74%	26%	83%	17%	97%	3%
Confiance autorités centrales	80%	20%	87%	13%	99%	1%
Pas confiance autorités centrales	69%	31%	82%	18%	97%	3%
Confiance experts	76%	24%	86%	14%	98%	2%
Pas confiance experts	69%	31%	81%	19%	97%	3%
Eduqué	73%	27%	87%	13%	98%	2%
Non éduqué	69%	31%	79%	21%	96%	4%
Représentation de la Covid : origine non virale	75%	25%	84%	16%	96%	4%
Représentation de la Covid : origine virale	67%	33%	81%	19%	98%	2%
Zone sans problème de sécurité	75%	25%	83%	17%	97%	3%
Zone d'insécurité	57%	43%	81%	19%	96%	4%
Non pauvre	73%	27%	84%	16%	98%	2%
Pauvre	64%	36%	80%	20%	95%	5%
Rural	67%	33%	81%	19%	96%	4%
Urbain	73%	27%	84%	16%	98%	2%

Le comportement vis-à-vis des mesures diffère aussi selon l'âge, le genre, le niveau d'éducation, la religion et la zone de résidence (tableau 7). Ainsi, les 25-35 ans, les hommes, les non alphabétisés, les musulmans, les Mossi, les urbains et les résidents dans des régions d'insécurité, respectent moins que les autres les mesures de distanciation, de diminution des contacts physiques ou de rencontres entre amis.

Tableau 7 : Proportion de personnes qui ne respectent pas toutes les mesures de prévention selon leurs caractéristiques socio-économiques et les régions.

		Parmi les personnes qui déclarent respecter les mesures barrières, pourcentage de ceux qui ne respectent pas les mesures spécifiques suivantes (*)			Indice de comportement (ensemble des mesures)		Représentation de la Covid	
Catégorie	Pop. Base	la distanciation	la diminution des contacts physiques	la diminution des rencontres entre amis	Non respect	Respect	Non rationnelle	Rationnelle
1_Homme	57%	71%	56%	59%	29,6%	*70,4%*	44%	56%
2_Femme	43%	29%	44%	41%	28,4%	*71,6%*	51%	49%
1__Aucune éducation	33%	52%	44%	33%	34,5%	*65,5%*	47%	53%
2__Primaire	16%	10%	11%	11%	25,0%	*75,0%*	41%	59%
3_College	13%	10%	13%	14%	30,1%	*69,9%*	52%	48%
4__Secondaire	19%	10%	18%	22%	27,7%	*72,3%*	48%	52%
5__Supérieur	16%	13%	10%	17%	23,3%	*76,7%*	48%	52%
6__Alphabetisés	2%	4%	4%	3%	25,0%	*75,0%*	46%	54%
1_Musulmane	58%	82%	67%	72%	31,5%	*68,5%*	46%	54%
2_Chrétienne	39%	16%	31%	27%	25,9%	***74,0%***	51%	49%
3_Animiste	4%	3%	2%	1%	22,8%	*77,2%*	17%	83%
[18 - 25 ans[	17%	13%	14%	17%	33,1%	*66,9%*	50%	50%
[25 - 35 ans[	38%	43%	35%	46%	29,5%	*70,5%*	50%	50%
[35 - 45 ans[	27%	30%	28%	27%	28,8%	*71,2%*	44%	56%
[45 - 55 ans[	9%	8%	11%	6%	26,4%	*73,6%*	34%	66%
[55 ans et plus	9%	6%	12%	4%	23,2%	*76,7%*	51%	49%
Rural	35%	49%	46%	35%	33,4%	*66,6%*	49%	51%
Urbain	65%	51%	54%	65%	26,8%	***73,2%***	46%	54%
Boucle-du-Mouhoun	8%	3%	15%	2%	9,3%	*90,7%*	13%	87%
Cascades	5%	4%	4%	1%	21,3%	*78,7%*	11%	89%
Centre	25%	16%	14%	30%	28,2%	*71,8%*	54%	46%
Centre-Est	8%	1%	23%	4%	11,9%	*88,1%*	79%	21%
Centre-Nord	8%	5%	13%	5%	28,4%	*71,6%*	36%	64%

Centre-Ouest	4%	8%	1%	11%	51,1%	*48,8%*	86%	14%
Centre-Sud	4%	0%	0%	0%	87,2%	*12,8%*	85%	15%
Est	6%	4%	2%	9%	31,6%	*68,4%*	84%	16%
Hauts-Bassins	14%	0%	8%	3%	9,2%	*90,8%*	19%	81%
Nord	5%	4%	4%	2%	25,9%	*74,0%*	63%	37%
Plateau-Central	3%	6%	1%	2%	32,3%	*67,6%*	47%	53%
Sahel	6%	49%	15%	31%	96,7%	*3,3%*	44%	56%
Sud-Ouest	4%	0%	0%	0%	0,0%	*100,0%*	11%	89%
1_Mossi	58%	31%	62%	44%	24,2%	*75,8%*	51%	49%
2_Dioula	3%	5%	4%	6%	36,4%	*63,6%*	33%	67%
3_Senoufo	1%	.	0%	1%	30,0%	*70,0%*	30%	70%
4_Gourmantche	4%	4%	2%	7%	36,4%	*63,6%*	80%	20%
5_Peul	8%	52%	16%	33%	78,7%	*21,3%*	41%	59%
6_Gourounsi	5%	3%	3%	2%	40,7%	*59,3%*	61%	39%
7_Bissa	2%	.	.	1%	31,2%	*68,8%*	31%	69%
8_Autres	19%	5%	13%	7%	16,5%	*83,5%*	29%	71%
Zone Insécurité Non	78%	47%	75%	62%	25,1%	*74,9%*	45%	55%
Zone Insécurité Oui	22%	53%	25%	38%	42,9%	*57,1%*	56%	44%

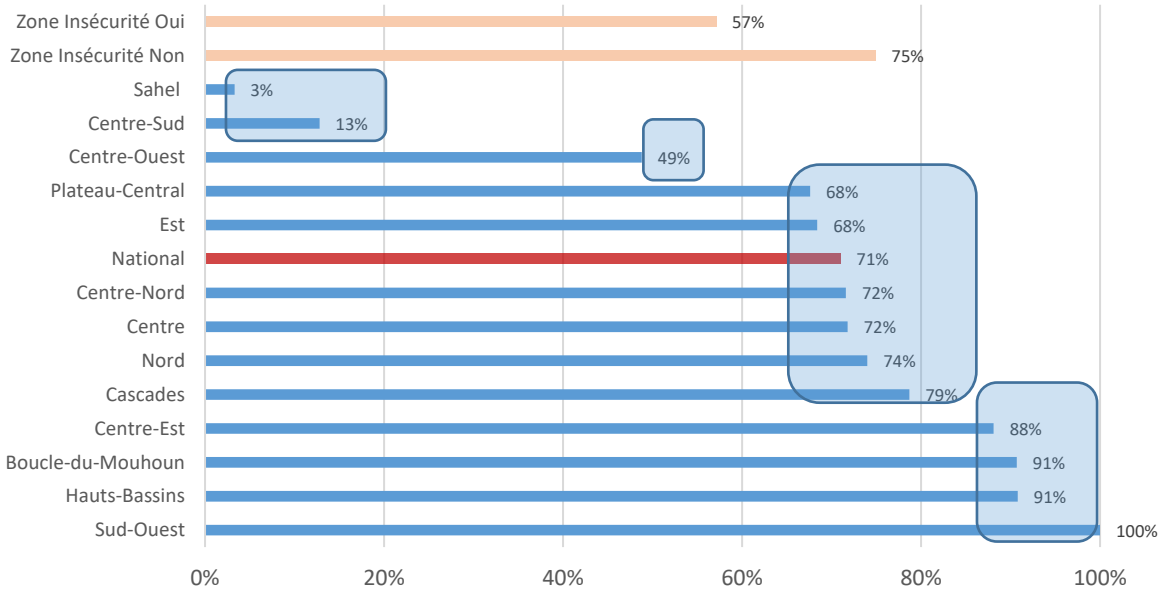
Source : Calcul des auteurs

(*) Qui ont répondu Oui à la question « Respectez-vous strictement les mesures barrières et les recommandations du gouvernement ? »

Le tableau 7 permet également de rapprocher la représentation que chacun a de la Covid et le respect de l'ensemble des mesures préconisées, mesuré par l'indice de comportement. On observe par exemple aucune différence de comportement entre hommes et femmes (le non-respect des mesures y est d'environ 29 %) alors que les femmes (51 % d'entre elles) sont plus nombreuses que les hommes (44 % d'entre eux) à avoir une représentation non rationnelle de la Covid. Par contre, les personnes sans niveau d'éducation sont plus nombreuses (34 %) que les autres (entre 23 et 30 %) à ne pas respecter les mesures alors qu'elles ne sont pas plus nombreuses (47 %) à avoir une représentation non rationnelle que les personnes ayant un niveau d'éducation secondaire ou supérieure (48 %), voire moins nombreuses comparées à celles avec un niveau collège (52 %).

Le graphique 15 met en évidence d'importantes différences entre régions : celles où plus de 85 % des répondants déclarent respecter l'ensemble des mesures préconisées, celles où ils sont entre les 2/3 et les 3/4 à les respecter, la position atypique du Centre-Ouest avec seulement 50 %, et enfin deux régions, le Sahel et le Centre-Sud où l'ensemble des mesures ne sont respectées que par une très faible partie de la population (Sahel, moins de 5 % et Centre-Sud moins de 15 %). On observe également que les recommandations des autorités sont nettement moins bien suivies dans les zones à forte insécurité que dans les autres.

Graphique 15. Pourcentage des personnes respectant l'ensemble des mesures de prévention (Indice de comportement)



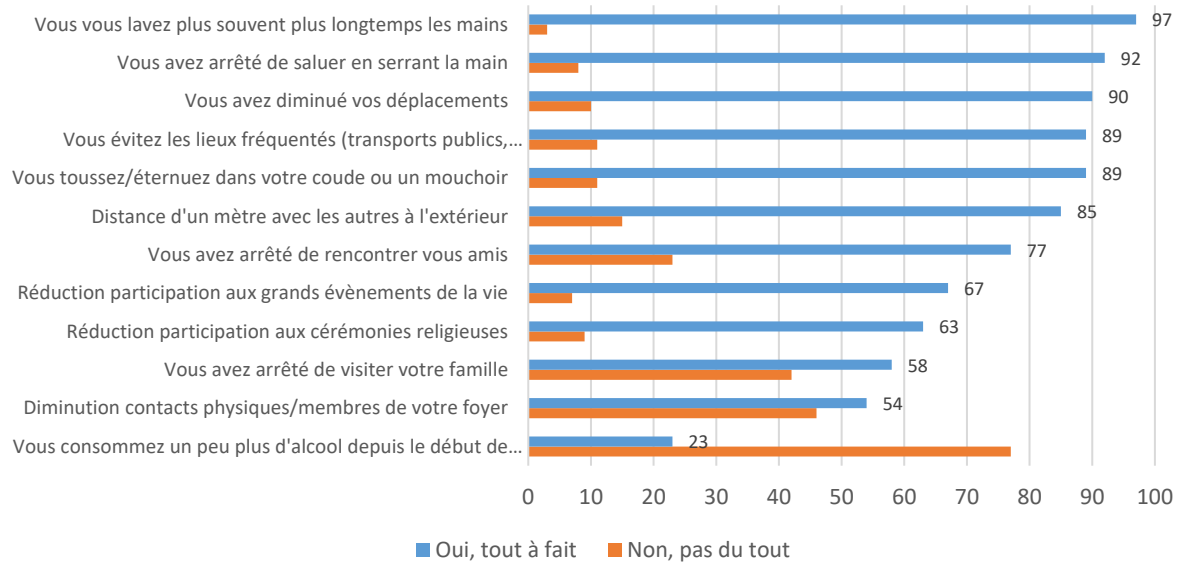
D'autres traits caractéristiques se dégagent du tableau 7, qui seront complétés par les analyses multivariées. Ainsi par exemple, les répondants des régions Boucle-du-Mouhoun, Cascades, Hauts-Bassins et Sud-Ouest ont une représentation rationnelle de la Covid pour plus de 80 % d'entre eux et sont entre 79 % et 100 % à respecter l'ensemble des mesures préconisées. A l'opposé, les répondants des régions du Centre-Ouest, Centre-Sud qui ont une représentation non rationnelle de la Covid (plus de 85 % d'entre eux), sont beaucoup moins nombreux à respecter l'ensemble de ces mesures (entre 51 % et 87 % d'entre eux). Dans d'autres régions, le lien entre représentation de la Covid et respect des mesures n'est pas celui qui est attendu. Ainsi, les répondants des régions Centre-Est, Centre et Nord, bien qu'ils aient une représentation rationnelle de la Covid (entre 74 % et 88 %), ne respectent guère les mesures (entre 63 % et 79 % d'entre eux). C'est aussi le cas du Sahel où quasiment personne ne les

respecte mais où les répondants sont tout de même 56 % à avoir une représentation rationnelle de la Covid.

Par ailleurs, le tableau 7 confirme la nécessité *d'aborder avec prudence* certaines déclarations des répondants. Une question de « vérification », placée dans le dernier quart du questionnaire, demandait « Respectez-vous strictement les mesures barrières et les recommandations du gouvernement ? ». 83% ont répondu Oui. Or on voit au tableau 7 que parmi ceux-ci, ils sont assez nombreux à ne pas respecter certaines mesures barrières, en l'espèce la distanciation, la diminution des contacts physiques avec les proches et la rencontre d'amis. Il apparait ainsi que plus des deux tiers des hommes ne respectent pas la distanciation (contre 29 % chez les femmes), que les 25 – 45 ans sont entre 30 % – 45 % (chiffres arrondis) à ne pas respecter certaines de ces barrières, qu'il n'y a pas de différence fondamentale entre les zones urbaines et rurales, sauf pour la rencontre avec des amis, qu'entre 65 % et 80 % des répondants de confession musulmane (religion majoritaire) ne respectent pas les trois barrières précitées (contre entre 16 % et 30 % selon les mesures pour les chrétiens). On note également d'importantes différences entre les ethnies. Une large proportion des Mossi (58 % de la population) ne respectent pas ces trois barrières. Il en est de même des Peul, mais ceux-ci ne représentent que 8 % de la population.

Ces analyses sont complétées par des données concernant les modifications de comportement. Les principaux résultats sont synthétisés au graphique 16. On observe que ce sont les recommandations concernant la vie familiale et sociale qui ont rencontré le moins d'écho et pour lesquelles les modifications de comportement ont été les moins importantes. On notera aussi que près d'un quart des répondants déclare consommer un peu plus d'alcool depuis le début de l'épidémie, sans qu'il soit possible de voir s'il faut en rechercher la cause dans les restrictions liées à la vie économique et aux déplacements, qui accroissent le temps disponible, et/ou dans les conséquences psychologiques des effets directs et indirects de l'épidémie, que ces effets soient constatés ou anticipés.

Graphique 16. Modification de comportement (% des répondants)



6.2. Déterminants de l'indice de comportement

Les données permettaient de recourir à un modèle linéaire pour l'identification des facteurs influençant les déterminants de l'indice de comportement[24]. Les principaux résultats sont les suivants.

On notera tout d'abord que la probabilité de se conformer aux directives des autorités est indépendante du niveau de richesse des répondants, ce qui a également été trouvé par Blair et al. (2017) dans leur étude sur l'épidémie d'Ebola au Libéria. Par contre, le fait d'avoir confiance dans les autorités centrales, dans les médecins, d'anticiper des conséquences sanitaires graves favorise l'observance de ce qui est préconisé par les autorités. Plus spécifiquement, Blair et al. (op. cit ;) ont montré que durant l'épidémie d'Ebola au Libéria, ceux qui avaient peu confiance dans le gouvernement étaient moins susceptibles de respecter les mesures de précaution à domicile et les mesures de distanciation sociale.

Ces résultats vont également dans le sens dominant des effets que l'on trouve dans la littérature pour ces variables (Bavel et al, 2020 ; Clark et al., 2020 ; Dhole et al., 2020 ; Dryhurst et al., 2020 ; Ploh et Musil, 2020 ; Resnick, 2020 ; Yildirim et al., 2020).

Pour chacun des éléments précités, les coefficients sont assez comparables. Ils varient entre 0,12 (confiance dans les médecins et anticipations de conséquences économiques graves) et 0,15 (confiance dans les autorités centrales et prudence dans la prise de risque). Il n'y a pas d'impact clair de la confiance dans les autorités locales. Ces résultats s'inscrivent dans ce qui ressortait des analyses descriptives (Tableau 6). Ceux qui font confiance dans les autorités centrales respectent mieux (indice de comportement) les mesures de prévention que ceux qui ne leur font pas confiance (80 % versus 69 %), et mieux que ceux qui ont confiance dans les autorités locales (80 % versus 64 %). De plus, l'enquête montre que ceux qui n'ont pas confiance dans les autorités locales ont un comportement plus respectueux des mesures gouvernementales que ceux qui leur font confiance (74 % contre 64 %).

Avoir suivi des études de niveau collège, secondaire ou supérieure et résider en milieu urbain accroît également la probabilité de respecter les mesures de prévention.

Le modèle met également en évidence des spécificités régionales confirmant notamment que résider dans le Sahel, dans le Centre Sud et dans l'Est conduit à une plus faible probabilité d'observer les recommandations par rapport à ce qui prévaut dans la région Centre (référence). Il en est de même de l'appartenance aux ethnies Peul et Gourounsi par rapport aux Mossi (référence).

Trois ethnies se distinguent des autres, les Peul, les Mossi et les Gourounsi : les Peul et les Gourounsi ont une probabilité de respecter convenablement les mesures gouvernementales très inférieure à celle des Mossi qui est l'ethnie majoritaire et qui a le plus fort indice de comportement (76%). Il en est de même de ceux qui habitent dans les zones d'insécurité dont la probabilité de respecter les directives gouvernementales est nettement inférieure à celle des habitants des autres zones, confirmant ce qui se dégageait des analyses descriptives (indice de comportement dans les zones d'insécurité : 57% ; dans les zones sans problème de sécurité : 75%).

[24] Pour mémoire rappelons que les variables intégrées dans le calcul de l'indice sont "Vous lavez-vous plus souvent/longtemps les mains ?", "Toussez-vous dans votre coude ?", "Avez-vous arrêté de saluer en serrant la main ou en faisant la bise ?", "Gardez-vous une distance d'un mètre avec les autres hors de chez vous ?", "Avez diminué-vous vos déplacements ?", "Evitez-vous les lieux fréquentés ?", "Avez-vous arrêté de rencontrer vos amis ?", "Avez-vous arrêté de visiter votre famille ?", "Avez-vous diminué les contacts physiques avec les membres de votre foyer ?".

6.3. Déterminants des mesures spécifiques

Regardons maintenant ce qu'il en est de trois mesures clé pour limiter la progression du virus, à savoir se laver les mains plus souvent, respecter les mesures barrières, limiter la participation aux cérémonies des grands évènements de la vie civile (mariages, funérailles, etc.) et aux cérémonies religieuses.

Rappelons que 3 % seulement des répondants disent ne pas se laver plus souvent et plus longtemps les mains, mais que 15 % déclarent ne pas respecter une distance minimum d'un mètre avec les autres, que 10 % n'ont pas diminué leurs déplacements et n'ont pas modifié leur comportement concernant la fréquentation des transports publics, des restaurants et autres lieux de vie collective, que 23 % n'ont pas réduit les réunions avec leurs amis et 42 % n'ont pas cessé de visiter leurs familles.

En revanche, ils sont respectivement 67 % et 63 % à avoir réduit leur participation aux grands évènements de la vie et aux cérémonies religieuses, ce qui est insuffisant. Jaja et al. (2020) ont mis en évidence la forte contribution des cérémonies religieuses et des cérémonies funéraires à la propagation du virus en Afrique du Sud. Ils mentionnent entre autres que dans la province d'Eastern Cape, 81 % de toutes les infections proviennent des cérémonies funéraires à Port St Johns, Port Elizabeth et Mathatha.

Pour le lavage des mains, aucun facteur n'est significatif quel que soit le modèle utilisé. Ceci peut s'expliquer par le fait que cette mesure est déclarée être suivie par une très grande majorité de répondants, en gardant toutefois à l'esprit de probables biais de déclaration[25]

S'agissant du respect des mesures barrières, le seul facteur de différenciation dans le modèle *Régions* est l'appartenance à la région Sud-Ouest. Ses habitants ont une probabilité de 12 % plus élevée que celle du Centre de respecter les mesures barrières. Les résultats sont non significatifs pour les autres régions.

Le modèle Ethnies met par contre en évidence le rôle positif de plusieurs facteurs sur le respect des mesures barrières. Il montre tout d'abord le rôle de l'éducation, que ce soit au niveau primaire, collège, secondaire et supérieur. Ce sont les études secondaires et supérieures qui ont l'impact le plus important, augmentant la probabilité de respecter les mesures barrières de respectivement plus 12 % et 10 % par rapport à ceux qui n'ont suivi aucun cursus. L'alphabétisation n'a pas d'effet significatif.

La probabilité de respecter les mesures barrières est également d'autant plus forte que l'on est une femme (+ 7 %) et que l'on est âgé. Par rapport aux 18-25 ans, elle est de 11 % plus élevée pour ceux qui ont 55 ans et plus, contre 9 % pour la tranche d'âge 35-45 ans et 8 % pour les 46-55 ans.

La probabilité de respecter les mesures barrières est également plus élevée pour ceux qui font confiance aux autorités centrales que pour ceux qui ne leur font pas confiance, comme c'était le cas pour l'indice global de comportement. Deux ethnies occupent une position particulière, les Gourounsi et les Bissa dont la probabilité de respecter les mesures barrière est inférieure de plus d'un quart à celle des Mossi.

La participation aux grands événements de la vie et aux cérémonies religieuses occupe une place importante dans toutes les sociétés, mais elle favorise également les risques de transmission du virus. Plus de 60 % des répondants ont déclaré avoir beaucoup modifié leurs pratiques en la matière. Les analyses multivariées confirment le rôle que certains facteurs jouent dans la modification des comportements dans le sens d'une meilleure observance des directives des autorités. On retrouve (modèle Ethnies) l'impact positif de la confiance dans les autorités centrales qui conduit à une augmentation de la probabilité d'une moindre participation aux grands événements de la vie sociale de

[25] Mieth et al. (2021) ont montré dans une étude portant en Allemagne sur 1434 personne que 94,5% répondaient se laver correctement les mains pour lutter contre la propagation du Covid lors que la question leur été directement posée, mais que le taux d'observance tombait à 78,1% lorsque des méthodes indirectes de questionnement étaient utilisées.

17 % et de 12 % aux cérémonies religieuses. Il en est de même pour la perception des conséquences sanitaires graves et très graves de la Covid qui augmente de 12 % et 16 % respectivement la probabilité de suivre les recommandations officielles, relation allant dans le sens de la littérature.

En revanche, accepter de prendre facilement des risques sanitaires est associé à une réduction d'environ 30 % de la probabilité de modifier son comportement concernant les grands événements de la vie sociale et les cérémonies religieuses. Elle est d'un peu plus de 10 % pour ceux qui résident dans les zones à forte insécurité. Deux ethnies ont ici un comportement spécifique par rapport au groupe de référence (Mossi) : la probabilité de respecter les directives gouvernementales y est réduite de 25 % chez les Gourmantché et de 41 % chez les Peul.

Seules deux régions occupent une position particulière. Dans le Centre-Est, la probabilité d'une modification des comportements dans le sens des préconisations dépasse de 30 % ce qu'elle est dans la région de référence (Centre), que ce soit pour la participation aux grands évènements de la vie sociale ou aux cérémonies religieuses. Par contre, la probabilité y est inférieure de 78 % au Sahel pour ce qui concerne la réduction de la participation aux cérémonies religieuses. Cette position atypique s'explique certainement – en partie du moins – par la forte prégnance de l'islamisme radical dans la région et par la pression exercée sur la population par les groupes terroristes.

6.4. Comparaison des facteurs influençant l'indice de comportement et certaines mesures spécifiques

Il est intéressant de rapprocher les déclarations de respect *global* des mesures préconisées par les autorités – elles sont synthétisées dans notre indice de comportement - et les déclarations des répondants concernant *certaines modifications de comportement* vues plus haut. Cela permet d'une certaine manière de voir si les déclarations globales sont cohérentes avec les déclarations de respect de mesures spécifiques et de constater qu'une même variable n'a pas nécessairement la même influence sur les comportements quelle que soit la mesure recommandée. On avait noté qu'une proportion qui pouvait être relativement importante des 83 % qui répondaient Oui à la question « Respectez-vous strictement les mesures barrière et les recommandations du gouvernement ? » déclarait par ailleurs ne pas respecter certaines mesures barrières telles que la distanciation physique, la diminution du contact avec les proches et les rencontres avec les amis.

Il ressort des analyses multivariées qu'être une femme accroit la probabilité de mieux respecter les mesures barrières que les hommes et que l'éducation a un impact positif clair sur la probabilité de respecter ces mesures. Mais on ne retrouve cet effet ni pour le lavage des mains, ni pour une moindre participation aux grands événements de la vie sociale et aux cérémonies religieuses, ni pour l'indice global de comportement.

La confiance dans les autorités centrales a un effet positif sur la probabilité de déclarer respecter globalement les mesures barrières et de changer d'attitude face aux grands événements et aux cérémonies religieuses, mais n'a pas d'effet sur le lavage des mains.

Considérer que la Covid aura des conséquences sanitaires graves/très graves aura des effets différenciés sur le respect des mesures de prévention, conduisant à une plus forte probabilité d'avoir un comportement globalement respectueux des directives gouvernementales (indice de comportement) et de réduire la participation aux grands événements ainsi qu'aux cérémonies religieuses. Mais par contre anticiper des conséquences graves n'a pas d'effet significatif sur le respect des seules mesures barrières.

Concernant les ethnies, les Peul dont on a vu qu'ils avaient une moindre probabilité de respecter globalement les recommandations – indice de comportement – ont également une moindre probabilité de se conformer aux mesures de prévention s'agissant des grands événements de la vie, des cérémonies religieuses, des rencontres entre amis (les coefficients sont d'ailleurs très proches pour chacune de ces trois variables, de l'ordre de - 40 %), et de la réduction des contacts physiques (-26%).

6.5. Déterminants de la confiance institutionnelle, important vecteur d'observance des mesures de prévention

La confiance joue un rôle important dans la perception des risques et le comportement des ménages dans la lutte contre les épidémies, particulièrement lorsque les gens sont conscients qu'ils n'ont pas les connaissances nécessaires pour se forger leur propre opinion, (Siegrist and Cvetkovich, 2000 ; Caleo et al, 2018 ; Bavel et al, 2020 ; Ploh et Musil, 2020). On a vu précédemment que la confiance dans la science (les experts) et dans les autorités centrales avaient un impact positif sur les comportements individuels et sur l'observance des directives de lutte contre la Covid. Il est donc utile d'analyser ce que les données de l'enquête nous permettent de comprendre des éléments qui modèlent cette confiance. Mais il est important de souligner que cette confiance est toutefois loin d'être sans réserves car 40 % et 35 % des répondants jugent probable que le gouvernement d'une part, les médecins et scientifiques d'autre part, dissimulent des informations.

Six conclusions principales se dégagent des analyses multivariées.

i) *La confiance* dans les autorités centrales, locales et dans les experts n'est pas une question de genre ou d'âge. Par contre elle décroit avec le niveau de richesse, sauf envers les experts.

ii) *L'éducation secondaire et supérieure* réduit la probabilité d'avoir confiance dans les autorités centrales et locales. Ceci suggère que le développement de la capacité d'analyse et de raisonner, loin de renforcer la confiance dans les instances dirigeantes, la diminue. On retrouve un effet identique des études supérieures sur la confiance dans le président (-19 % dans le modèle Régions) et dans les maires (-21 %). En revanche l'éducation, quel qu'en soit le niveau, n'a pas d'incidence sur la confiance accordée aux experts (médecins et scientifiques) qui est forte comme nous l'avons vu, et dont la littérature souligne l'importance pour la lutte contre les épidémies.

iii) Vivre dans les *zones urbaines* réduit la probabilité d'avoir confiance dans les autorités, surtout locales, de plus de 25 %, mais aussi dans les experts, de 13 %.

iv) *L'insécurité* et l'anticipation d'un accroissement de la violence liée à la propagation de la pandémie ont un effet variable mais négatif sur la confiance dans les autorités et dans les experts.

v) *De très grandes hétérogénéités régionales.* Au niveau régional, l'appartenance à certaines régions augmente très fortement la probabilité d'avoir confiance dans les autorités centrales, régionales ainsi que dans les experts. C'est notamment le cas pour les régions Boucle du Mouhoun, Centre-Est, Centre-Ouest et Centre- Sud. Pour prendre deux exemples, résider dans la Boucle du Mouhoun augmente de 64 % la probabilité d'avoir confiance dans les autorités centrales, de 39 % dans les autorités locales et de 61 % dans les experts. Ces chiffres sont respectivement 45 %, 66 % et 21 % pour la région Centre-Ouest.

vi) Dans certains cas, l'appartenance ethnique influe sur la probabilité d'avoir plus ou moins confiance dans les différents acteurs, par rapport à l'ethnie Mossi la plus nombreuse et celle qui

observe le mieux les directives. Par exemple les Gourmantché ont une moindre probabilité d'avoir confiance dans les autorités centrales (c'est la seule ethnie qui se démarque sur ce point), ils ont également moins confiance dans le président, de même que les Peul. Les Gourounsi en revanche, auront une probabilité plus élevée d'avoir confiance dans les autorités locales, dans le Président et dans les maires. Ceci dit, l'appartenance ethnique est moins un facteur de différenciation de la confiance que ne l'était le facteur régional.

Mais il y a également des effets *négatifs* de l'appartenance régionale sur la confiance. Pour la région Nord, elle réduit respectivement la probabilité de -10 %, -22 % et -24 % pour la confiance dans les autorités centrales, locales et les experts. L'effet régional est aussi négatif dans la région Sahel, mais seulement pour la probabilité d'avoir confiance dans les autorités centrales (-10 %) et dans les experts (-20 %). En revanche, il est positif de 25 % pour la confiance dans les autorités locales, probablement jugées plus capables que les autorités centrales de faire face aux problèmes auxquels la région se trouve confrontée en raison d'une meilleure compréhension des situations de terrain et de leurs relations avec les différentes parties prenantes. Pour la région Sahel toujours, l'effet d'appartenance régionale, négatif pour la probabilité d'avoir confiance dans les autorités centrales et positif pour les autorités locales, se retrouve pour la probabilité d'avoir confiance dans le président de la république et dans les maires, avec pour le premier une défiance plus marquée (-39 %) car jugé responsable in fine de l'insécurité grandissante, et pour les seconds, une confiance fortement accrue (67 %) car ils partagent au quotidien les contraintes avec lesquelles la population doit vivre.

Tableau 8. Effets de l'appartenance régionale sur la probabilité de faire confiance aux autorités et aux experts

	Autorités centrales	Président	Autorités locales	Maires	Experts
Boucle du Mouhoun	+	-	+	+	+
Cascades	+	-	ns	+	+
Centre (référence)					
Centre Est	+	-	+	+	+
Centre Nord	ns	-	-	ns	-
Centre Ouest	+	ns	+	+	+
Centre Sud	+	-	+	+	+
Est	ns	-	ns	ns	-
Hauts-Bassins	+	-	ns	+	ns
Nord	-	-	-	-	-
Plateau central	ns	-	ns	+	ns
Sahel	-	-	+	+	-
Sud Ouest	ns	-	-	-	ns

Pour résumer (tableau 8), et par comparaison avec la région de référence, Centre :

- il y a un effet d'appartenance régionale positif sur la confiance dans les *autorités centrales* dans 6 régions sur 12 et négatif dans 2 régions. Les effets positifs sont de plus grande ampleur (effets marginaux) que les effets négatifs. Les effets sont non significatifs dans les autres régions.

- la probabilité d'avoir confiance dans *les autorités locales* est positivement affectée par l'appartenance à 5 régions, et négativement à 3 régions sur 12.

- s'agissant de la confiance dans les *experts*, l'effet est respectivement positif et négatif pour 5 et 4 régions, et non significatif pour les autres.

7. Conclusions et implications pour les politiques

Il ressort de l'enquête que les mesures préconisées par les autorités pour limiter la propagation de la pandémie sont globalement assez bien respectées. Il est toutefois possible que des biais de déclaration embellissent quelque peu la réalité. On a souligné que certains répondants qui déclaraient « respecter strictement » les mesures de prévention déclaraient également à un autre point de l'enquête prendre des distances avec certaines d'entre elles. Plusieurs travaux ont montré, avant la Covid, l'existence de tels biais de déclaration, les répondants ne souhaitant pas pour diverses raisons révéler leur réel comportement lorsqu'une question leur est posée directement[26].

La plupart des mesures prises paraissent avoir été dans l'ensemble bien acceptées à l'exception du confinement et des restrictions en matière de déplacement. Mais la population est partagée en trois groupes à peu près équivalents s'agissant du caractère approprié, excessif ou insuffisant des mesures prises par le gouvernement.

La question de la Covid vient en tête des problèmes les plus importants pour le Burkina, mais à parité avec le terrorisme et la dégradation rapide de l'insécurité. Viennent ensuite les questions de gouvernance[27].

Rappelons ici que l'enquête a été réalisée fin mai – début juin 2020, alors que les cas avérés de Covid étaient peu nombreux et fortement concentrés dans les zones urbaines de la province du Centre, principalement dans la capitale.

La grande majorité des répondants prend l'épidémie très au sérieux et considère que ses conséquences sanitaires et plus encore les conséquences économiques seront graves ou très graves, ce que confirment les études récentes sur l'évolution de la croissance, de la situation budgétaire et de la dette, du compte courant, de l'emploi au Burkina (IMF, 2020) et de la scolarisation, des filles notamment. Cette forte préoccupation pour la dégradation de la situation économique due à la Covid confirme si besoin était la nécessité d'importantes mesures d'intervention, ce à quoi le gouvernement s'emploie avec l'aide de ses partenaires extérieurs, les ressources étant toutefois insuffisantes face à l'ampleur des problèmes. Certains sont structurels et la Covid n'a fait qu'en exacerber l'importance.

L'enquête montre également qu'une grande partie des répondants est soucieuse des conséquences de l'épidémie sur le creusement des inégalités et plus encore sur l'accentuation de la violence et de l'insécurité selon différents canaux qui peuvent se conjuguer et dans certaines zones venir s'imbriquer dans les difficultés créées localement par les déplacements de population. Il est intéressant de noter que dans les zones à forte insécurité perçue, les répondants se montrent généralement plus pessimistes qu'ils ne le sont ailleurs quant aux conséquences négatives de l'épidémie.

[26] Dans le cadre de la Covid, voir Mieth et al. (2021).

[27] Pour 2020, le Burkina est classé au 86ème rang sur 180 pour l'Indice de Perception de la Corruption de Transparency International. 28 % des Burkinabé pensent que la corruption s'est accrue les 12 derniers mois et 16 % des utilisateurs des services publics ont versé des dessous de table (https://www.transparency.org/en/countries/burkina-faso) .

Ceci dit, les données récentes sur l'évolution de l'épidémie, aussi imparfaites et partielles soient-elles[28], ainsi que les incertitudes sur l'évolution des variants, montrent qu'il est impératif pour le Burkina Faso d'accentuer ses efforts afin de limiter la propagation du virus et freiner l'aggravation de la quadruple crise à laquelle le pays se trouve confronté, crise sanitaire, économique, sociale et sécuritaire. Pour ce faire, une stratégie d'information et de communication appropriée, finement calibrée en fonction des objectifs poursuivis et des spécificités des publics ciblés - « One size does not fit all » - est cruciale. Elle doit prendre en considération la complexité des facteurs qui relient la diffusion de l'information et la modification des comportements individuels.

Une stratégie différenciée et renforcée est d'autant plus nécessaire que la littérature montre clairement l'importance des normes sociales (Bavel et al., 2020 ; Lunn et al., 2020) dans les processus de décisions ainsi que dans l'acceptabilité des décisions publiques. Elle met également en évidence que les individus ne traduisent pas nécessairement l'information disponible en connaissances qui leur permettraient de prendre les décisions appropriées (Handel et Schwartzstein, 2018 ; Thys et Boelaert, 2017). Ils pondèrent et interprètent les informations qui vont dans le sens de ce qu'ils croient et ils tendent à nier la qualité des informations ou des recommandations qui contredisent leurs croyances. Ils auront alors tendance à éviter l'information non seulement lorsqu'ils pourraient avoir une stratégie rationnelle de le faire, mais aussi quand leurs croyances sont intégrées dans leur fonction d'utilité (Goldman et al., 2017). Enfin, une enquête faite à l'automne 2020 sur l'impact de la Covid sur les ménages au Burkina (INSD et Banque mondiale, 2020) montre, par rapport à la même enquête faite en juillet 2020, une réduction drastique des pratiques de prévention et du respect des mesures de distanciation sociale, indépendamment du lieu de résidence des répondants et de leur statut en matière de pauvreté.

Les résultats de notre étude fournissent dans cette perspective différents éléments d'analyse utile pour les politiques publiques. On en résume ici les quatre principaux points :

i) De manière globale, nos résultats rejoignent assez largement la littérature montrant que le respect des mesures de lutte contre la propagation des épidémies est positivement influencé *(à des degrés divers selon les études)* par le fait que les individus soient conscients des risques encourus et de la gravité des conséquences potentielles de la maladie dans les domaines sanitaires mais aussi économiques, qu'ils croient en l'efficacité des mesures proposées, tout en arbitrant entre leurs coûts et les résultats attendus, et qu'ils aient confiance dans la parole publique, ainsi que dans ceux qui prennent les mesures ou en sont à l'origine, et en ceux qui les relayent.

ii) Ils contribuent à éclairer la question de savoir quels *facteurs influencent le comportement des ménages* en matière d'observance des mesures prises par les autorités ; par suite, ils fournissent des orientations de réflexion pour les décideurs. De manière générale, il s'avère que la perception de l'origine du virus (rationnelle ou non) ainsi que les principales caractéristiques socio-économiques des répondants (genre, âge, niveau de richesse, religion) n'ont pas ou ont peu d'incidence sur le respect des mesures de prévention. Le niveau d'éducation, bien qu'ayant une influence favorable sur l'observance, n'a pas un rôle aussi net et important que ce à quoi on aurait pu s'attendre. Deux facteurs doivent être mis en exergue et font l'objet des deux points suivants.

[28] Environ 11300 cas avérés cumulés au 7 février 2021 depuis le premier cas notifié le 9 mars 2020, mais le dépistage reste insuffisant pour avoir une vision correcte de l'épidémie.

iii) Les analyses mettent en évidence *l'importance des spécificités régionales* (et dans une mesure nettement moindre, de l'appartenance ethnique) *pour toutes les questions étudiées*. La prise en compte de ces hétérogénéités est utile pour permettre au gouvernement d'affiner sa stratégie afin d'inciter les Burkinabés à mieux respecter les mesures de prévention[29] ; ceci d'autant qu'il y a une très grande incertitude sur l'horizon temporel auquel une vaccination suffisamment étendue permettra d'atteindre une immunité collective. La façon dont l'information est présentée ainsi que les véhicules qui la transmettent (les « key informants » dans la littérature) sont essentiels dans le processus de modification des comportements.

iv) Les résultats montrent que la *confiance institutionnelle* est un important vecteur de respect des mesures préventives. De manière générale, la confiance dans les autorités centrales semble jouer un rôle plus prononcé que la confiance dans les autorités locales. Pour l'une et l'autre, les degrés de confiance sont élevés. Il en est de même pour la confiance dans les experts (scientifiques et médecins). Mais cette confiance n'est pas sans réserves car près de la moitié des répondants pensent que les autorités et les experts dissimulent des informations importantes. Il y a donc un problème de crédibilité de la parole publique, de la parole « autorisée », d'autant que nos analyses montrent que les plus éduqués, ceux qui ont un niveau d'éducation secondaire et supérieure, tendent à avoir moins confiance que les autres dans les autorités centrales alors en place[30]. Par ailleurs, l'enquête souligne la forte *confiance dans les autorités traditionnelles* (chefs traditionnels) et les autorités *religieuses* sur lesquelles le gouvernement doit chercher à s'appuyer davantage dans sa stratégie d'information et de communication. – dès lors qu'elles adhèrent par conviction ou opportunité aux mesures prises par le gouvernement. Les études sur la lutte contre le virus d'Ebola ont montré que ces acteurs pouvaient constituer d'efficaces relais de la stratégie publique du fait de leur crédibilité auprès de la population.

[29] Mais nos résultats ne permettent pas de dire si pour ce faire une approche déconcentrée ou décentralisée serait préférable. De même, à notre connaissance, la littérature ne fournit pas de repères clairs en la matière.

[30] Confronté à 13 candidats, le président sortant, Roch Marc Kristian Kabore a été réélu le 22 novembre 2020 au 1er tour, avec 58% des voix, score quasi identique à celui de son élection de 2015.

8. Références

Aven, T., and Bouder, F. (2020). The COVID-19 pandemic: how can risk science help? *Journal of Risk Research*, *0*(0), 1–6. https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1756383

Bargain, O., and Aminjonov, U. (2020). Trust and Compliance to Public Health Policies in Times of COVID-19, Journal of Public Economics, Volume 192, December 2020, 104316

Bavel J., Baicker K, Boggio PS, Capraro V, Cichocka A, Cikara M, Crockett MJ, Crum AJ, Douglas KM, Druckman JN, Drury J, et al. (2020), Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. Natura Human Behavior; 4(5):460-471. doi: 10.1038/s41562-020-0884-z.

Berman, N., Couttenier, M., Monnet, N., and Ticku, R. (2020). Shutdown policies and worldwide conflict. ESI Working Paper (20-06).

Blair, R. A., Morse, S., and Tsai, L. (2017). Public health and public trust: Survey evidence from the Ebola Virus Disease epidemic in Liberia. *Social Science & Medicine*, *172*, 89–97. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.016.

Bloem J. and C Salemi, (2021), COVID-19 and conflict, *World Development*,Vol.140, 105294 https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105294.

Caleo G., Duncombe J., Jephcott F et al. (2018), The factors affecting household transmission dynamics and community compliance with Ebola control measures: a mixed-methods study in a rural village in Sierra Leone, *BMC Public Health* 18, 248, 13p.

Clark, C., Davila, A., Regis, M., and Kraus, S. (2020). Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. *Global transitions*, *2*, 76-82.

Dinesen T., and K. Sønderskov. (2018).Ethnic Diversity and Social Trust: A Critical Review of the Literature and Suggestions for a Research Agenda. In Uslaner E. (ed.),The Oxford Handbook of Social and Political Trust, edited by Eric 1-35. New York: Oxford University Press.

Dohle, S., Wingen, T., & Schreiber, M. (2020). *Acceptance and Adoption of Protective Measures During the COVID-19 Pandemic: The Role of Trust in Politics and Trust in Science*. https://doi.org/10.31219/osf.io/w52nv

Dryhurst, S., Schneider, C. R., Kerr, J., Freeman, A. L. J., Recchia, G., Bles, A. M. van der, Spiegelhalter, D., and Linden, S. van der. (2020). Risk perceptions of COVID-19 around the world. *Journal of Risk Research*, *0*(0), 1–13. https://doi.org/10.1080/13669877.2020.1758193

Edelman R. (2020), L'impératif de confiance, *Finances et Développement*, juin, 30-31

Egorov G., Enikolopov R., Makarin A. and M. Petrova, (2021). Divided we stay home: Social distancing and ethnic diversity, *Journal of Public Economics*, Vol.194, 104328.

Ehsan A., Klaas A., Bastianen A. and D.Spini, (2019). Social capital and health: A systematic review of systematic reviews, *SSM - Population Health*,Vol. 8,100425

Elgar, F. J., Stefaniak, A., and Wohl, M. J. (2020). The trouble with trust: Time-series analysis of social capital, income inequality, and COVID-19 deaths in 84 countries. *Social Science & Medicine*, *263*, 113365.

Engels T, Baglione Q, Audibert M, et al. (2014), Socio-economic status and stroke risk in Morocco: Results from the Rabat-Casablanca study, Plos One, February, 9, 2, 12p. e89271.

Ezzrari A., Verme P (2012), A Multiple Correspondence Analysis Approach to the Measurement of Multidimensional Poverty in Morocco, 2001–2007, *Policy Research Working Paper* 6087, The World Bank.

Feindouno S. and L. Wagner,(2020), Les conflits internes dans le monde : Estimer les risques pour cibler la prévention, FERDI, 104 p.

Godefroidt, A., Langer, A., Meuleman B. (2017). Developing political trust in a developing country: the impact of institutional and cultural factors on political trust in Ghana. *Democratization, 24*(6), 906–928. https://doi.org/10.1080/13510347.2016.1248416

Goldman R., Hagmann D., Loewenstein G. (2017), Information avoidance, *Journal of Economic Literature*, 55(1), 96-135.

Handel, B. and J. Schwartzstein, (2018). Frictions or Mental Gaps: What's Behind the Information We (Don't) Use and When Do We Care?" *Journal of Economic Perspectives*, 32 (1): 155-78. DOI: 10.1257/jep.32.1.155

Harring, N., Jagers, S. C., and Löfgren, Å. (2021). COVID-19: Large-scale collective action, government intervention, and the importance of trust. *World Development, 138*, 105236. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105236

Ide T. (2021). COVID-19 and armed conflict. *World development, 140*, 105355. https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105355

IMF (2020), *Burkina Faso : Fourth & Fifth Reviews Under the Extended Credit Facility Arrangement*, Request for a Waiver of Nonobservance of Performance Criterion & Rephasing of Access-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for Burkina Faso

Institut National de la Statistique et de la Démographie and World Banque (2020), Covid-19 Impact monitoring at the household level, Burkina Faso, Bulletin n° 3, Novembre.

Jaja, I. F., Anyanwu, M. U., & Jaja, C.-J. I. (2020). Social distancing: how religion, culture and burial ceremony undermine the effort to curb COVID-19 in South Africa. *Emerging Microbes & Infections*, *9*(1), 1077–1079. https://doi.org/10.1080/22221751.2020.1769501

Jones, C. J., Smith, H., and Llewellyn, C. (2014). Evaluating the effectiveness of health belief model interventions in improving adherence: a systematic review. *Health Psychology Review*, *8*(3), 253-269.

Kao, K., Lust, E., Dulani, B., Ferree, K. E., Harris, A. S., & Metheney, E. (2020). The ABCs of Covid-19 prevention in Malawi: Authority, benefits, and costs of compliance. *World development*, *137*, 105167.

Lunn, P. D., Belton, C. A., Lavin, C., McGowan, F. P., Timmons, S., and Robertson, D. A. (2020). Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. *Journal of Behavioral Public Administration*, *3*(1). https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147

Mathonnat J. (2021), Quelle contribution des modèles de croyance en santé – *Health Belief Models* – à l'analyse de la lutte contre le Covid ? *Ferdi Working Paper* (à paraitre).

Mehrl M., Thurner Paul W. (2020): The Effect of the Covid-19 Pandemic on Global Armed Conflict: Early Evidence, Political Studies Review, Aug.,1-8

Mieth, L., Mayer, M.M., Hoffmann, A. *et al.* Do they really wash their hands? Prevalence estimates for personal hygiene behaviour during the COVID-19 pandemic based on indirect questions. *BMC Public Health* **21,** 12 (2021). https://doi.org/10.1186/s12889-020-10109-5

Pareek M., Bangash M., Pareek N., Pan P., Sze S., Sminhas J, Hanif W. and K. Khunti, (2020) Ethnicity and Covid-19 : an urgent public health research prioryty, *The Lancet,* Vol. 395, May, 1421-1422.

Peprah, P., Gyasi, R. M. (2021). Stigma and COVID-19 crisis: A wake-up call. *The International journal of health planning and management*, *36*(1), 215–218. https://doi.org/10.1002/hpm.3065

Peterman A., Potts A , O'Donnell M., Thompson K., Shah N., Oertelt-Prigione S. and N. van Gelder, (2020) Pandemics and Violence Against Women and Children, *CGD Working Paper,* April.

Plohl, N., & Musil, B. (2020). Modeling compliance with COVID-19 prevention guidelines: the critical role of trust in science. *Psychology, Health & Medicine*, *0*(0), 1–12. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1772988

Ravit, M., Audibert, M., Ridde, V. *et al.* Do free caesarean section policies increase inequalities in Benin and Mali?. *International Journal of Equity in Health* **17,** 71 (2018). https://doi.org/10.1186/s12939-018-0789-x

Resnick. E. *Trust in science and in government plays a crucial role in COVID-19 response | IFPRI : International Food Policy Research Institute*. (n.d.). Retrieved August 24, 2020, from https://www.ifpri.org/blog/trust-science-and-government-plays-crucial-role-covid-19-response

Rhéaume, J. (2019), Confiance, violence et politique: quelques repères historiques et théoriques, Novos Cadernos NAEA, v. 22, n. 3, p. 9-24, ISSN 1516-6481 / 2179-7536.

Rosenstock I.M., Strecher V.F., Becker M.H (1988), Social Learning Theory and the Health Belief, *Health Education Quarterly*,15, 2, 175-183.

Rosenstock IM (1960). What research in motivation suggests for public health. American Journal of Public Health 50:295-302, 1960.

Sahn D, Stifel D. (2003), Exploring alternative measures of welfare in the absence of expenditure data, Review of Income and Wealth, 49, 4, 463-470.

Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, *17*(1), 88. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8

Shao, W., Hao F. (2020), Confidence in political leaders can slant risk perceptions of COVID–19 in a highly polarized environment, Social Science and Medicine, 261, 113235.

Siegrist, M., & Zingg, A. (2014). The Role of Public Trust During Pandemics. *European Psychologist*, *19*(1), 23–32. https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000169

Sulat, J.S., Prabandari, Y.S., Sanusi, R., Hapsari, E.D. and Santoso, B. (2018), "The validity of health belief model variables in predicting behavioral change: A scoping review", *Health Education*, Vol. 118 No. 6, pp. 499-512. https://doi-org.inshs.bib.cnrs.fr/10.1108/HE-05-2018-0027

Thys V., Boelaert M (2017), Sur l'origine d'Ebola : discours biomédical versus interprétations populaires à Macenta en Guinée, *Santé Publique* 4, 29, 497-507.

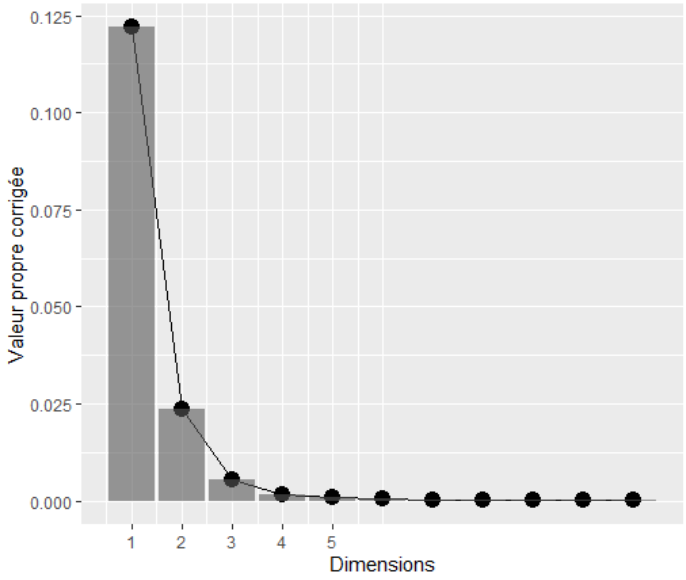
Wellcome Global Monitor, (2019). *How does the world feel about science and health*. GALLUP.

Yıldırım, M., Geçer, E., & Akgül, Ö. (2020). The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, Health & Medicine*, *0*(0), 1–9. https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1776891.

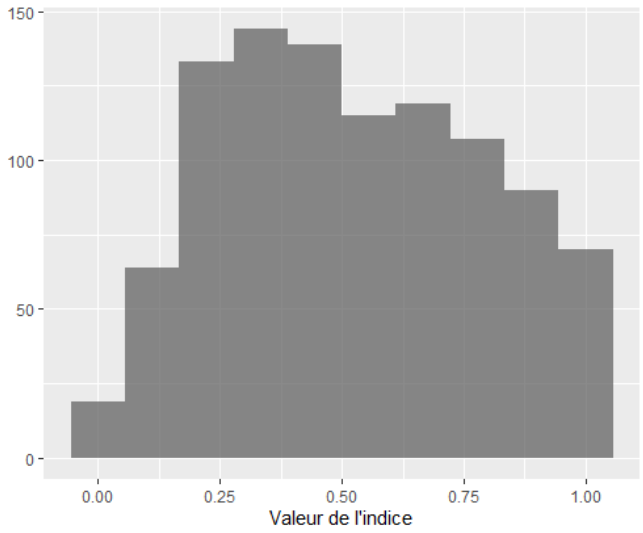
9. Annexes

A1 : Indices synthétiques de richesse et de comportement (Analyse en composantes multiples)

Graphique 1: Projection des valeurs propres (correction de Benzécri)

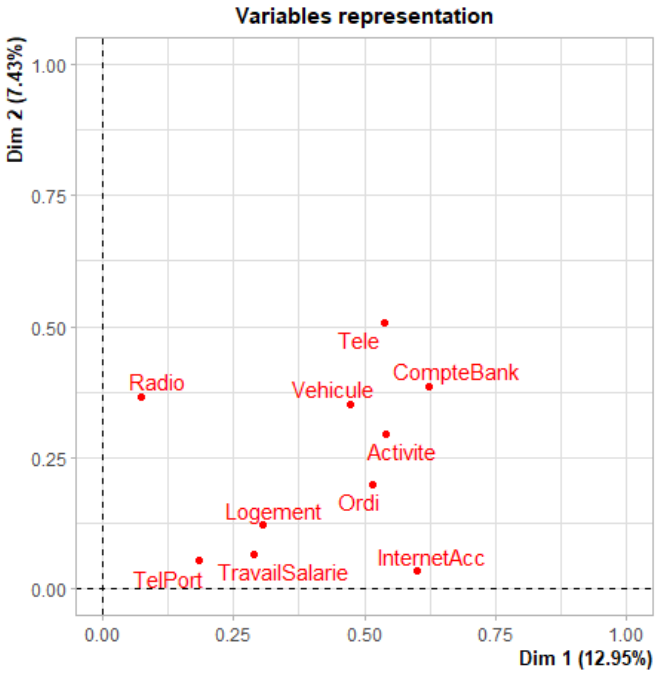


Graphique 2 : Normalisation de la distribution de l'indice de richesse



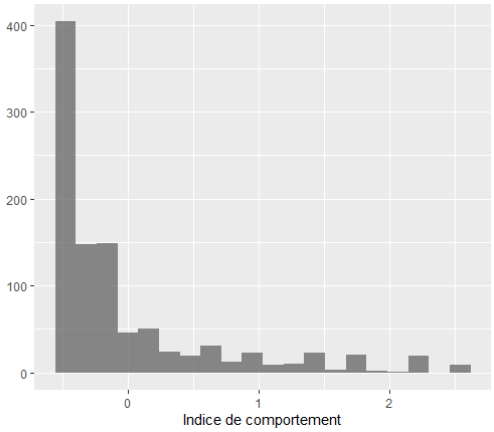
Min.	1st Qu.	Médiane	Moyenne	3rd Qu.	Max.	Ecart-type
0	0,3121	0,5013	0,5227	0,736	1	0,2635978

Graphique 3 : Projection factorielle des dix variables de richesse



Catégories	variables pondérations		
	Dim.1	Dim.2	Dim.3
Logement	0,305	0,121	0,031
Radio	0,075	0,365	0,041
Télévision	0,539	0,507	0,024
Véhicule	0,472	0,352	0,02
Ordinateur	0,515	0,198	0,167
Compte Bancaire	0,622	0,385	0,134
Tel. portable	0,185	0,055	0,405
Internet Accès	0,601	0,034	0,48
Travail salarié	0,288	0,065	0,005
Activité	0,542	0,294	0,347

Graphique 4 : Histogramme de l'indice de comportement



Min.		**1st Qu.**	**Médiane**	**Moyenne**	**3rd Qu.**	**Max.**	**Ecart-type**
-0,4537		-0,4537	-0,28828	0	0,08104	2,56554	0,6675306

A2. Résultats économétriques (sélection)

❒ **Perception des conséquences économiques et sanitaires de la Covid** (Très graves, graves, plutôt graves = 1)

	Economie	Santé		Economie	Santé
Richesse	0.24**	0.14	Boucle du Mouhoun	0.26***	0.37***
	(0.10)	(0.10)		(0.02)	(0.02)
Femme	0.03	0.09***	Cascades	0.21***	0.26***
	(0.03)	(0.03)		(0.04)	(0.06)
Etude Primaire	-0.01	0.05	Centre-Est	0.30***	0.40***
	(0.05)	(0.05)		(0.02)	(0.02)
Etude Collège	0.09*	0.09	Centre-Nord	0.16***	0.27***
	(0.05)	(0.06)		(0.04)	(0.04)
Etude Secondaire	0.03	0.09	Centre-Ouest	-0.35**	-0.28**
	(0.05)	(0.06)		(0.15)	(0.14)
Etude Supérieur	0.04	-0.04	Centre-Sud	0.13***	0.18***
	(0.06)	(0.07)		(0.05)	(0.06)
Alphabétisé	-0.10	-0.03	Est	0.25***	0.34***
	(0.11)	(0.11)		(0.02)	(0.03)
Chrétien	-0.03	-0.01	Haut-Bassins	0.32***	0.43***
	(0.03)	(0.04)		(0.03)	(0.03)
Animiste	0.06	0.13	Nord	0.09*	-0.27**
	(0.08)	(0.08)		(0.05)	(0.13)
Age 25-35	-0.02	-0.04	Plateau-Central	0.21***	0.04
	(0.05)	(0.05)		(0.03)	(0.10)
Age 35-45	0.06	-0.02	Sahel	0.25***	0.01
	(0.05)	(0.05)		(0.02)	(0.09)
Age 45-55	-0.01	0.03	Sud-Ouest	0.21***	0.33***
	(0.06)	(0.07)		(0.03)	(0.03)
Age 55 et plus	0.02	-0.003			
	(0.06)	(0.07)			
Urbain	-0.02	-0.001			
	(0.04)	(0.04)			
Observations	1000	1000			
Log Likelihood	-581.20	-636.97			
Akaike Inf. Crit.	1,208.39	1,319.95			

p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01
Logit : effets marginaux. Références des variables : Sexe : Homme ; Niveau d'étude : Aucun ; Religion : Musulman ; Tranche d'âge : 18-25 ; Confiance Autorités centrales : 0 - Pas confiance ; Confiance Autorités locales : 0 - Pas confiance ; Confiance médecins : 0 - Pas confiance ; Prise de risques santé : difficile ; Conséquences sanitaires graves : 0 - Pas graves ; Conséquences éco graves : 0 - Pas graves ; Urbain : 0 - Pas urbain (rural) ; Région : Centre ; Ethnie : Mossi ; Zone Insécurité : 0 - Non. Régions : modèle Régions ; autres variables, modèle Ethnies.

❒ **Conséquences de la Covid sur la violence** (Très graves, graves, plutôt graves = 1)

	Conséquences sur la violence	Attaques extrémistes	Lors de manifestations	Lors de meetings politiques	Entre habitants
Richesse	-0.07	-0.25**	-0.18	-0.21**	-0.18
	(0.12)	(0.10)	(0.98)	(0.09)	(1.31)
Femme	-0.02	-0.06*	-0.04	-0.004	0.01
	(0.04)	(0.03)	(0.24)	(0.03)	(0.07)
Etude Primaire	0.06	0.14**	0.16	0.14**	0.04
	(0.06)	(0.07)	(0.73)	(0.06)	(0.26)
Etude Collège	0.10	0.06	0.05	0.04	0.02
	(0.07)	(0.07)	(0.27)	(0.06)	(0.16)
Etude Secondaire	0.09	0.19***	0.13	0.12*	0.05
	(0.07)	(0.07)	(0.62)	(0.07)	(0.35)
Etude Supérieur	0.09	0.29***	0.27	0.28***	0.16
	(0.08)	(0.09)	(1.03)	(0.09)	(0.94)
Etude Alphabétisé	0.02	-0.04	0.03	-0.08	0.02
	(0.13)	(0.13)	(0.20)	(0.10)	(0.16)
Religion Chrétien	-0.09**	0.02	-0.02	-0.02	-0.0002
	(0.04)	(0.04)	(0.11)	(0.03)	(0.02)
Religion Animiste	0.21**	0.06	-0.09	0.02	0.09
	(0.10)	(0.09)	(0.56)	(0.08)	(0.56)
Age 25-35	-0.02	0.05	0.09	0.08*	0.002
	(0.06)	(0.05)	(0.46)	(0.05)	(0.03)
Age 35-45	0.01	0.06	0.08	0.05	0.01
	(0.06)	(0.06)	(0.42)	(0.05)	(0.06)
Age 45-55	-0.09	-0.01	0.03	0.13	0.03
	(0.07)	(0.07)	(0.16)	(0.08)	(0.18)
Age 55 et plus	-0.11	0.01	0.05	0.09	0.06
	(0.08)	(0.09)	(0.29)	(0.09)	(0.39)
Confiance autorités centrales	0.02	-0.01	0.10	0.11*	0.13
	(0.06)	(0.06)	(0.50)	(0.07)	(0.81)
Confiance autorités locales	-0.02	-0.15***	-0.08	-0.10**	-0.07
	(0.06)	(0.05)	(0.47)	(0.04)	(0.51)
Confiance médecins	-0.02	-0.01	-0.004	-0.03	0.01
	(0.05)	(0.04)	(0.04)	(0.04)	(0.05)
Urbain	0.02	0.14***	0.18	0.14***	0.08
	(0.05)	(0.04)	(1.00)	(0.03)	(0.58)
Anticipe plus d'inégalités	0.16***	0.10***	0.09	0.09***	0.12
	(0.04)	(0.03)	(0.51)	(0.03)	(0.80)
Région Boucle du Mouhoun	-0.17*	-0.14***	-0.04	-0.02	-0.01
	(0.09)	(0.03)	(2.41)	(1.12)	(0.66)
Région Cascades	0.44***	0.15	0.32	0.44	0.69
	(0.07)	(0.10)	(13.02)	(14.41)	(11.58)
Région Centre-Est	-0.36***	-0.20***	-0.04	-0.04	-0.02
	(0.06)	(0.02)	(2.68)	(2.68)	(1.02)
Région Centre-Nord	0.25***	-0.12***	-0.03	-0.02	0.004
	(0.07)	(0.03)	(1.87)	(1.16)	(0.23)
Région Centre-Ouest	0.27***	-0.17***	-0.10	-0.09	-0.07
	(0.09)	(0.03)	(3.97)	(3.70)	(2.79)
Région Centre-Sud	0.17	-0.16***	-0.08	-0.08	-0.06
	(0.11)	(0.03)	(3.83)	(3.60)	(2.73)
Région Est	0.53***	-0.06	0.04	0.05	0.11
	(0.05)	(0.04)	(2.15)	(2.79)	(6.01)
Région Haut-Bassins	0.21***	-0.21***	-0.07	-0.05	-0.03
	(0.06)	(0.03)	(4.27)	(3.33)	(1.91)
Région Nord	-0.11	-0.15***	-0.03	-0.03	0.01
	(0.09)	(0.02)	(1.85)	(1.71)	(0.33)
Région Plateau-Central	-0.19*	0.08	-0.04	-0.03	0.01
	(0.10)	(0.10)	(2.40)	(1.82)	(0.43)
Région Sahel	0.47***	-0.09**	-0.04	-0.04	0.07
	(0.06)	(0.04)	(2.41)	(2.34)	(4.07)
Région Sud-Ouest	0.49***	-0.10**	-0.04	-0.03	0.03
	(0.07)	(0.04)	(2.44)	(1.84)	(1.97)
Zone Insécurité	0.12**	0.13***	0.32	0.25***	0.26
	(0.05)	(0.05)	(1.14)	(0.05)	(1.38)
Observations	865	792	837	852	872
Log Likelihood	-538.90	-403.70	-396.26	-393.92	-324.24
Akaike Inf. Crit.	1,131.80	861.41	846.53	841.83	702.48

*p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Logit : effets marginaux. Références des variables : Sexe : Homme ; Niveau d'étude : Aucun ; Religion : Musulman ; Tranche d'âge : 18-25 ; Confiance Autorités centrales : 0 - Pas confiance ; Confiance Autorités locales : 0 - Pas confiance ; Confiance médecins : 0 - Pas confiance ; Prise de risques santé : difficile ; Conséquences sanitaires graves : 0 - Pas graves ; Conséquences éco graves : 0 - Pas graves ; Urbain : 0 - Pas urbain (rural) ; Région : Centre ; Ethnie : Mossi ; Zone Insécurité : 0 - Non. Régions : modèle Régions ; autres variables, modèle Ethnies.

❒ Observance des mesures prises par les autorités – (Respect des dispositions concernant ... Oui=1)

	Reg. Linéaire	Logit						
	Observance des mesures Ind. comport.	Distan - ciation	Rencontrer des amis	Eviter les contacts physiques	Se laver plus les mains	Respect mesures barrières	Grands évènements	Cérémonies religieuses
Richesse	-0.14	0.05	-0.07	0.15	0.01	0.10	0.11	0.09
	(0.11)	(0.88)	(1.25)	(0.11)	(0.28)	(0.07)	(0.11)	(0.11)
Femme	0.03	0.04	0.01	-0.01	0.001	0.07***	-0.01	0.01
	(0.03)	(0.59)	(0.23)	(0.04)	(0.04)	(0.02)	(0.03)	(0.04)
Etude Primaire	0.07	0.03	0.01	0.18***	-0.0004	0.08***	-0.05	0.01
	(0.05)	(0.55)	(0.19)	(0.05)	(0.02)	(0.02)	(0.05)	(0.05)
Etude Collège	0.13**	0.04	0.003	0.03	0.01	0.08***	0.06	0.11**
	(0.06)	(0.66)	(0.07)	(0.06)	(0.21)	(0.03)	(0.06)	(0.06)
Etude Secondaire	0.14**	0.04	0.01	0.08	0.003	0.12***	0.01	0.05
	(0.06)	(0.67)	(0.17)	(0.06)	(0.13)	(0.03)	(0.06)	(0.06)
Etude Supérieur	0.15**	0.02	0.03	0.16**	-0.0002	0.10***	0.03	0.07
	(0.07)	(0.38)	(0.64)	(0.07)	(0.01)	(0.03)	(0.07)	(0.07)
Etude Alphabétisé	0.11	0.05	-0.02	-0.11	-0.01	0.02	-0.22*	-0.21*
	(0.11)	(0.81)	(0.41)	(0.13)	(0.52)	(0.06)	(0.12)	(0.12)
Religion Chrétien	-0.01	-0.003	0.01	0.02	-0.002	-0.05*	0.02	0.06*
	(0.04)	(0.05)	(0.15)	(0.04)	(0.07)	(0.03)	(0.04)	(0.04)
Religion Animiste	-0.17	-0.08	0.01	0.15*	-0.0001	-0.01	-0.45***	-0.40***
	(0.11)	(1.13)	(0.29)	(0.09)	(0.01)	(0.07)	(0.08)	(0.08)
Age 25-35	0.07	0.03	0.02	-0.01	0.004	0.06**	0.0001	-0.03
	(0.05)	(0.42)	(0.37)	(0.05)	(0.18)	(0.03)	(0.05)	(0.05)
Age 35-45	0.03	0.03	0.02	-0.02	0.003	0.09***	-0.02	-0.03
	(0.05)	(0.49)	(0.45)	(0.06)	(0.11)	(0.03)	(0.05)	(0.06)
Age 45-55	-0.05	0.02	-0.03	-0.07	-0.001	0.08***	0.03	0.04
	(0.07)	(0.39)	(0.53)	(0.08)	(0.03)	(0.03)	(0.07)	(0.07)
Age 55 et plus	-0.03	0.04	0.04	-0.06	-0.002	0.11***	-0.03	-0.01
	(0.07)	(0.66)	(0.74)	(0.08)	(0.10)	(0.02)	(0.08)	(0.08)
Confiance Autorités centrales	0.17***	0.03	0.05	0.06	0.01	0.07***	0.17***	0.12**
	(0.06)	(0.49)	(1.02)	(0.06)	(0.29)	(0.03)	(0.05)	(0.05)
Confiance Autorités locales	0.03	-0.03	0.04	0.04	0.0001	0.003	-0.02	0.02
	(0.05)	(0.47)	(0.65)	(0.06)	(0.004)	(0.03)	(0.05)	(0.05)
Confiance Médecins	0.12**	0.03	0.02	0.0003	0.01	0.03	-0.04	-0.07
	(0.05)	(0.50)	(0.38)	(0.05)	(0.42)	(0.03)	(0.05)	(0.05)
Prise de risques santé facile	-0.03	-0.02	-0.004	0.15**	-0.002	0.04	-0.33***	-0.30***
	(0.06)	(0.38)	(0.08)	(0.06)	(0.07)	(0.04)	(0.06)	(0.06)
Prise de risques santé moyen	0.08	0.05	0.04	-0.08*	0.003	0.01	-0.03	-0.08*
	(0.05)	(0.80)	(0.67)	(0.04)	(0.11)	(0.03)	(0.04)	(0.04)
Conséquences sanitaires graves	0.14***	0.10	0.05	0.02	0.01	0.04	0.12***	0.16***
	(0.05)	(1.51)	(0.82)	(0.05)	(0.59)	(0.03)	(0.04)	(0.04)
Conséquences éco graves	0.09*	-0.01	0.04	0.06	-0.001	0.02	0.04	0.05
	(0.05)	(0.21)	(0.65)	(0.05)	(0.05)	(0.03)	(0.04)	(0.05)
Urbain	0.22***	0.02	0.11	0.17***	0.001	-0.0005	-0.04	-0.03
	(0.04)	(0.35)	(1.90)	(0.05)	(0.03)	(0.03)	(0.04)	(0.05)
Région Boucle du Mouhoun	0.08	0.04	0.11	-0.35***	0.0001	0.07	-0.09	-0.07
	(0.08)	(0.91)	(2.14)	(0.13)	(0.02)	(1.49)	(2.18)	(1.75)
Région Cascades	0.02	-0.04	0.07	-0.11	-0.001	0.01	0.10	0.14
	(0.09)	(0.82)	(1.33)	(0.30)	(0.19)	(0.25)	(3.10)	(4.19)
Région Centre-Est	-0.04	0.05	0.09	-0.69	0.001	0.09	0.34***	0.38***
	(0.08)	(1.05)	(1.70)	(2.34)	(0.29)	(1.82)	(0.02)	(0.02)
Région Centre-Nord	-0.02	0.02	0.07	-0.42	-0.0001	0.02	-0.01	-0.04
	(0.07)	(0.40)	(1.45)	(0.41)	(0.02)	(0.45)	(0.34)	(1.01)
Région Centre-Ouest	-0.08	0.01	-0.09	0.28	0.001	0.06	0.04	-0.08
	(0.09)	(0.15)	(1.49)	(2.08)	(0.17)	(1.24)	(1.07)	(1.89)
Région Centre-Sud	-0.96***	-0.31	-0.13	-0.45	-0.001	-0.65	-0.01	0.01
	(0.09)	(4.10)	(2.01)	(0.84)	(0.28)	(3.38)	(0.39)	(0.30)
Région Est	-0.17**	-0.06	-0.08	0.11	0.001	0.05	-0.09	-0.11
	(0.08)	(1.08)	(1.28)	(0.58)	(0.19)	(1.04)	(2.11)	(2.52)

Région Haut-Bassins	0.18***		0.05	0.12	0.12	-0.0000	0.06	0.06	0.09
	(0.06)		(0.99)	(2.43)	(0.59)	(0.01)	(1.31)	(1.72)	(2.57)
Région Nord	0.06		0.01	0.05	-0.04	-0.0001	0.02	-0.31	-0.29
	(0.08)		(0.13)	(1.06)	(0.17)	(0.02)	(0.34)	(5.33)	(4.82)
Région Plateau-Central	-0.17*		0.01	0.05	0.18	-0.001	0.04	-0.41	-0.41
	(0.10)		(0.12)	(1.03)	(1.13)	(0.30)	(0.76)	(5.54)	(4.98)
Région Sahel	-1.43***		-0.28	-0.65	-0.63	-0.0002	0.07	-0.73	-0.78***
	(0.09)		(3.95)	(2.56)	(2.14)	(0.04)	(1.36)	(2.22)	(0.20)
Région Sud-Ouest	0.42***		0.08***	0.18***	0.51***	0.001	0.12***	-0.40	-0.44
	(0.12)		(0.01)	(0.02)	(0.02)	(0.15)	(0.01)	(5.55)	(4.90)
Zone d'insécurité (*)	-0.17***		-0.08	-0.10**	-0.05	-0.003	-0.05	-0.14***	-0.11**
	(0.05)		(1.22)	(0.04)	(0.05)	(0.13)	(0.03)	(0.05)	(0.05)
Constant	-0.39***								
	(0.09)								
Nb Obs.	1000		1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
R^2	0.47	Log Likelihood	-314.12	-434.27	-601.28	-105,57	-415.59	-542,81	-565,36
Adjusted R^2	0.45	Akaike Inf. Crit	688.23	928.54	1,262.56	271,15	891.18	1145,6	1190,72
Residual Std. Error	0.49 (df = 966)								
F Statistic	26.16*** (df = 33; 966)								

p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01
Logit : effets marginaux
Références des variables : Sexe : Homme ; Niveau d'étude : Aucun ; Religion : Musulman ; Tranche d'âge : 18-25 ; Confiance Autorités centrales : 0 - Pas confiance ; Confiance Autorités locales : 0 - Pas confiance ; Confiance médecins : 0 - Pas confiance ; Prise de risques santé : difficile ; Conséquences sanitaires graves : 0 - Pas graves ; Conséquences éco graves : 0 - Pas graves ; Urbain : 0 - Pas urbain (rural) ; Région : Centre ; Ethnie : Mossi ; Zone Insécurité : 0 - Non. Régions : modèle Régions ; autres variables, modèle Ethnies

❒ **Déterminants de la confiance** (Tout à fait confiance=1)

	Famille	Voisins	Autorités centrales	Autorités locales	Experts	Président	Maire
Richesse	0.02	-0.19*	-0.04	-0.24**	0.01	-0.22**	-0.35***
	(0.05)	(0.11)	(0.74)	(0.10)	(0.10)	(0.11)	(0.11)
Femme	-0.03	0.004	0.01	0.02	0.01	-0.01	-0.01
	(0.02)	(0.04)	(0.22)	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.04)
Etude Primaire	0.01	0.05	-0.02	-0.04	-0.03	-0.07	-0.03
	(0.03)	(0.06)	(0.47)	(0.04)	(0.04)	(0.05)	(0.05)
Etude Collège	-0.06	-0.01	-0.02	-0.01	-0.002	-0.01	0.03
	(0.04)	(0.06)	(0.50)	(0.05)	(0.06)	(0.06)	(0.06)
Etude Secondaire	-0.07	-0.01	*-0.05**	-0.10**	-0.004	-0.09*	-0.06
	(0.04)	(0.07)	*(0.03)*	(0.04)	(0.06)	(0.06)	(0.06)
Etude Supérieur	-0.06	-0.04	*-0.08****	-0.13***	-0.01	-0.16***	-0.15***
	(0.05)	(0.07)	*(0.03)*	(0.05)	(0.06)	(0.06)	(0.06)
Etude Alphabétisé	-0.04	-0.01	0.01	-0.11**	-0.06	-0.04	-0.02
	(0.08)	(0.11)	(0.30)	(0.06)	(0.09)	(0.10)	(0.11)
Religion Chrétien	0.01	0.004	-0.01	-0.01	-0.02	-0.01	-0.02
	(0.02)	(0.04)	(0.15)	(0.03)	(0.03)	(0.04)	(0.04)
Religion Animiste	0.05	0.20**	-0.06	-0.14***	-0.07	-0.20***	-0.17***
	(0.03)	(0.10)	(1.31)	(0.05)	(0.07)	(0.06)	(0.05)
Age 25-35	-0.001	0.04	-0.04	-0.01	-0.01	-0.01	0.06
	(0.02)	(0.05)	(0.84)	(0.04)	(0.05)	(0.05)	(0.05)
Age 35-45	-0.02	0.10*	-0.01	-0.01	-0.01	0.01	0.04
	(0.03)	(0.06)	(0.29)	(0.05)	(0.05)	(0.06)	(0.06)
Age 45-55	-0.03	0.07	-0.01	0.05	0.001	0.11	0.07
	(0.04)	(0.08)	(0.14)	(0.07)	(0.06)	(0.08)	(0.08)
Age 55 et plus	-0.003	0.22***	0.03	0.14*	0.08	0.21**	0.16*
	(0.04)	(0.08)	(0.65)	(0.08)	(0.07)	(0.09)	(0.09)
Urbain	-0.03	-0.23***	-0.05	-0.26***	-0.13***	-0.12***	-0.24***
	(0.02)	(0.04)	(1.11)	(0.04)	(0.04)	(0.05)	(0.05)
Anticipe plus d'inégalités	-0.06***	-0.15***	-0.04	-0.14***	-0.11***	-0.18***	-0.21***
	(0.02)	(0.04)	(0.85)	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.04)
Zone d'insécurité	-0.16***	-0.25***	-0.005	-0.06*	-0.08**	-0.17***	-0.05
	(0.04)	(0.04)	(0.10)	(0.03)	(0.04)	(0.04)	(0.04)
Région Boucle du Mouhoun	0.01	-0.31***	0.64***	0.39***	0.61***	-0.20***	0.54***
	(0.81)	(0.05)	(0.10)	(0.11)	(0.07)	(0.06)	(0.10)
Région Cascades	-0.005	-0.29***	0.18**	0.06	0.18**	-0.32***	0.19*
	(0.68)	(0.07)	(0.08)	(0.07)	(0.08)	(0.06)	(0.11)
Région Centre-Est	-0.03	-0.22***	0.45***	0.18**	0.37***	-0.23***	0.27**
	(4.17)	(0.07)	(0.11)	(0.09)	(0.09)	(0.05)	(0.11)
Région Centre-Nord	-0.01	-0.40***	-0.07	-0.15***	-0.13**	-0.34***	-0.13
	(1.07)	(0.04)	(0.05)	(0.04)	(0.06)	(0.03)	(0.08)
Région Centre-Ouest	-0.003	0.29**	0.45***	0.66***	0.21**	0.01	0.75***
	(0.38)	(0.13)	(0.13)	(0.08)	(0.11)	(0.13)	(0.03)
Région Centre-Sud	0.01	-0.33***	0.39***	0.49***	0.41***	-0.17**	0.62***
	(0.73)	(0.05)	(0.13)	(0.11)	(0.10)	(0.07)	(0.08)
Région Est	-0.0002	-0.39***	-0.08	-0.08	-0.18***	-0.35***	-0.06
	(0.03)	(0.04)	(0.05)	(0.07)	(0.05)	(0.02)	(0.11)
Région Haut-Bassins	-0.005	-0.21***	0.22**	0.07	0.02	-0.33***	0.21*
	(0.64)	(0.07)	(0.10)	(0.07)	(0.07)	(0.04)	(0.11)
Région Nord	-0.39	-0.44***	-0.10***	-0.22***	-0.24***	-0.35***	-0.22***
	(33.13)	(0.03)	(0.04)	(0.02)	(0.03)	(0.02)	(0.05)
Région Plateau-Central	-0.004	-0.06	0.08	0.13	0.07	-0.33***	0.31**
	(0.50)	(0.12)	(0.10)	(0.11)	(0.11)	(0.02)	(0.14)
Région Sahel	0.01	-0.15*	-0.10***	0.25**	-0.20***	-0.39***	0.67***
	(0.92)	(0.09)	(0.03)	(0.10)	(0.04)	(0.02)	(0.06)
Région Sud-Ouest	0.01	-0.23***	-0.03	-0.18***	0.22	-0.33***	-0.19***
	(0.71)	(0.09)	(0.08)	(0.03)	(0.13)	(0.02)	(0.07)
Observations	999	999	1000	1000	1000	961	961
Log Likelihood	-287.27	-596.74	-424.11	-467.31	-573.24	-516.27	-431.79
Akaike Inf. Crit.	622.55	1,241.47	896.23	982.62	1,194.49	1,080.53	911.58

p<0.1; **p<0.05; ***p<0.01

Logit : effets marginaux. Références des variables : Sexe : Homme ; Niveau d'étude : Aucun ; Religion : Musulman ; Tranche d'âge : 18-25 ; Confiance Autorités centrales : 0 - Pas confiance ; Confiance Autorités locales : 0 - Pas confiance ; Confiance médecins : 0 - Pas confiance ; Prise de risques santé : difficile ; Conséquences sanitaires graves : 0 - Pas graves ; Conséquences éco graves : 0 - Pas graves ; Urbain : 0 - Pas urbain (rural) ; Région : Centre ; Ethnie : Mossi ; Zone Insécurité : 0 - Non. Régions : modèle Régions ; autres variables, modèle Ethnies.

"Sur quoi la fondera-t-il l'économie du monde qu'il veut gouverner? Sera-ce sur le caprice de chaque particulier? Quelle confusion! Sera-ce sur la justice? Il l'ignore."

Pascal

Créée en 2003, la **Fondation pour les études et recherches sur le développement international** vise à favoriser la compréhension du développement économique international et des politiques qui l'influencent.

Contact
www.ferdi.fr
contact@ferdi.fr
+33 (0)4 73 17 75 30