**BURKINA FASO**
Unité-Progrès-Justice

**UNICEF**

MINISTÈRE DE L'ACTION SOCIALE
**ET DE LA FAMILLE**

**SECRÉTARIAT GÉNÉRAL**

**SECRÉTARIAT PERMANENT DU COMITÉ NATIONAL CHARGÉ DU SUIVI ET DE L'ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION NATIONAL POUR L'ENFANCE (SP-PAN/Enfance)**

# Rapport National sur le Suivi du Sommet Mondial pour les Enfants

Décembre 2000

## A - INTRODUCTION ET DONNÉES GÉNÉRALES

Le présent rapport fait suite à la lettre du Secrétaire Général des Nations Unies en date du 14 janvier 2000 adressée aux Représentants Permanents les invitant à entreprendre la revue des buts du Sommet Mondial et à lui soumettre un rapport national qui sera présenté à l'Assemblée Générale de 2001. Ce rapport a été initié par les autorités Burkinabè avec l'appui de l'UNICEF/Burkina. Il vise à rendre compte de la décennie d'application de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE). Il s'agit de mesurer les succès et/ou les échecs enregistrés durant la période et de tirer les leçons en vue de l'action future.

L'engagement du Burkina Faso à œuvrer pour améliorer la situation des enfants fait suite à la ratification de la CDE le 23 juillet 1990 et à sa participation au Sommet Mondial pour les Enfants (SME) à New York en 1990 au cours duquel des objectifs ont été définis. En effet, le Burkina Faso a été représenté lors de ce sommet par une délégation conduite par le Ministre des Affaires Étrangères.

En vue d'atteindre ces objectifs, un certain nombre de mesures ont été prises. Il s'agit de :

- l'organisation des états généraux de l'enfance en juin 1991 à l'occasion de la commémoration de la journée de l'enfant africain. À cette occasion, un avant projet de "Plan d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant au Burkina Faso pour les années 1990" (PAN/Enfance) a été élaboré ;
- l'adoption du PAN/Enfance par le Conseil des Ministres le 5 décembre 1991 ;
- la création d'un Comité National Chargé du Suivi et de l'Évaluation dudit plan en 1992 ;
- la participation du Burkina Faso à la conférence sur l'assistance à l'enfant africain à Dakar en 1992 au cours de laquelle le document intitulé "Consensus de Dakar" a été adopté ;
- la relecture du PAN/Enfance inspirée du "Consensus de Dakar" afin de définir des objectifs intermédiaires ;
- la Revue à Mi-Parcours du PAN/Enfance en 1996 qui a permis d'examiner les progrès accomplis et de dégager des mesures correctives tout au long de l'exercice ;
- l'élaboration de deux rapports sur l'application de la CDE au Burkina Faso en mars 1993 (rapport initial) et en mars 1999 (deuxième rapport périodique) ;
- la création d'un parlement des enfants en décembre 1997 ;
- la création d'un fonds pour l'enfance en 1997.

Le Comité National chargé du suivi et de l'évaluation du Plan d'Action National pour l'enfance est composé de 30 membres : représentants de l'État, du système des Nations Unies (UNICEF), de la société civile (ONGs, Associations, autorités coutumières et religieuses). L'organisation et le fonctionnement du Comité sont définis par Arrêté Conjoint du Ministère de l'Action Sociale et de la Famille et du Ministère de l'Économie et des Finances. Sous la Présidence du Ministre de l'Action Sociale et de la Famille et la Vice Présidence du Ministre de l'Économie et des Finances, le comité est responsable du suivi et de l'évaluation du Plan d'Action National pour l'Enfance ainsi que du suivi de la mise en œuvre de la Convention relative aux Droits de l'Enfant (CDE). Il peut être saisi de toutes questions s'y rapportant.

Pour mesurer les progrès accomplis, le comité national chargé du suivi et de l'évaluation a été doté d'un secrétariat permanent (SP/PAN) en 1997 bénéficiant d'une autonomie de gestion. Le Secrétariat Permanent est chargé de l'exécution des décisions du Comité National de Suivi et d'Évaluation du PAN/Enfance. Il peut prendre également toutes initiatives et décisions en vue de la mise en œuvre de la convention.

La Revue à la Mi-Décennie réalisée en 1996 a été un examen majeur de l'exécution du PAN/Enfance. Elle a permis de constater les aspects suivants :

- les objectifs initiaux étaient très ambitieux. Cela a abouti à un niveau de réalisation en deçà des objectifs. Il faut noter que ces objectifs devaient leur caractère ambitieux à une vision optimiste de l'évolution socio-économique du pays pour les années 90. Depuis, les programmes d'ajustement structurel et la dévaluation ont fondamentalement changé les données dans un contexte où des mesures d'accompagnement n'ont pas souvent été prises au plan social;
- le niveau d'exécution des projets sur le plan physique a été jugé moyen ;
- la faible mobilisation des ressources financières n'a pas permis l'exécution des différents volets du PAN/Enfance.

Les principales difficultés rencontrées sont, entre autres, la faible mobilisation sociale, le manque de moyens financiers et les problèmes organisationnels au niveau des différents secteurs. Les recommandations et les mesures correctives envisagées ont permis de réaliser les actions suivantes :

- la réformulation en 1997 des objectifs du PAN/Enfance en vue de les rendre plus opérationnels et plus réalistes ;
- la dynamisation (renforcement des moyens matériel, financier et humain ; élaboration des supports de sensibilisation) du Programme Elargi de Vaccination (PEV) en vue d'améliorer la santé des mères et des enfants face à une situation où les taux de mortalité de ces franges sensibles restaient très élevés et même en augmentation ;
- la sensibilisation et l'information sur l'utilisation de la Thérapie de Réhydratation par voie Orale (TRO) pour la réduction de la diarrhée qui, en 1996 restait la deuxième cause de mortalité des enfants après le paludisme ;
- l'amélioration de l'accès à l'eau potable dans un contexte où 27 % seulement des ménages avaient accès régulièrement aux sources d'eau potable. Dans ces conditions, le ver de guinée restait une endémie importante au Burkina Faso ;
- la priorisation de la scolarisation primaire surtout celle des filles ;
- le renforcement des campagnes d'alphabétisation dans les zones rurales surtout à l'égard des femmes analphabètes à 90 % en 1996 ;

Conformément à l'article 44 de la convention relative aux Droits de l'Enfant, le Burkina Faso a honoré ses engagements en produisant le rapport initial (en mars 1993) et le deuxième rapport périodique transmis au comité international des Nations Unies pour les droits de l'enfant. Il sera examiné en janvier 2002.
Ces rapports ont mis en relief un certain nombre de problèmes et suggéré des solutions. Au niveau du rapport initial, il a été relevé le faible niveau des ressources entravant la mise en œuvre de la Convention et la persistance de certaines pratiques traditionnelles.

Les préoccupations du comité international après examen du premier rapport se résument comme suit :

- conséquences négatives de la pauvreté et de l'ajustement structurel sur les enfants se traduisant par une dégradation des conditions de santé, de nutrition et d'éducation à travers les indicateurs (taux de mortalité infantile, taux de malnutrition…) ;
- absence de mécanismes satisfaisants pour rassembler les données sur la situation de l'enfant ;
- persistance de la discrimination à l'encontre des fillettes et des femmes, faible fréquentation scolaire ; excision ; mariage forcé ; violences au sein des familles ; faible portée géographique des programmes de planification familiale.
- discrimination à l'égard de certains groupes d'enfants (nés hors mariage, handicapés …)
- absence de ressources suffisantes et de procédures d'examen des plaintes concernant les enfants victimes de traitements cruels, de violences au sein des familles.
- insuffisance de programmes de vaccination (gammes de vaccins, groupes de populations visés …)
- extrême sévérité des sanctions prévues par la législation concernant les jeunes délinquants ; arrestations arbitraires ; conditions de détention très pénibles.
- insuffisance de formation assurée aux fonctionnaires chargés de l'application des lois et au personnel judiciaire.
- insuffisance de protection des enfants qui travaillent dans l'agriculture, comme domestiques ou dans le secteur non structuré.

Le comité a fait des suggestions et des recommandations relatives à :

- l'élaboration et l'application d'une stratégie globale visant à éliminer la discrimination à l'encontre des filles et des femmes ;
- l'alignement de la législation en vigueur sur les dispositions de la Convention et l'adoption d'un texte global sur les droits de l'enfant ;
- la formation du personnel qui s'occupe des enfants notamment sur les droits de l'enfant ;
- la réforme du système pénitentiaire national pour que les enfants privés de liberté reçoivent un traitement approprié ;
- la formulation d'une demande d'aide du centre pour les droits de l'homme relative au domaine de l'administration de la justice pour mineurs ;
- le soutien de la communauté internationale (formation des personnels et mise en place de systèmes satisfaisants de collecte des données sur la situation de l'enfant).

Au niveau du deuxième rapport périodique les problèmes sont pratiquement les mêmes. En effet, les principaux sujets de préoccupation du Comité relevés dans le rapport initial demeurent avec les mêmes

contraintes : pesanteurs socioculturelles, pauvreté, analphabétisme, effets pervers de l'ajustement économique et monétaire.

Ce rapport a formulé des recommandations sur :

- la création de tribunaux pour mineurs. *Cette recommandation est en cours de réalisation à Ouagadougou avec la construction du bâtiment devant abriter ledit tribunal* ;
- La réalisation d'une étude de faisabilité de l'intégration de la CDE dans le système formel d'enseignement : *l'étude est achevée ; un séminaire sur l'élaboration de curricula et modules de formation des enseignants a été réalisé en novembre 2000* ;
- l'accélération des processus de révision du code de procédure pénale. *A ce sujet, la commission nationale de codification qui siège au Ministère de la justice a effectivement démarré les travaux de relecture du code de procédure pénale. Il existe en son sein une sous-commission chargée de la procédure pénale des mineurs* ;
- la prise de mesures pour un traitement systématique des données statistiques désagrégées ventilées notamment par âge, sexe, province. *L'installation du conseil national de la coordination statistique participe de la volonté de mise en œuvre de cette recommandation. L'absence de données statistiques suffisamment désagrégées reste d'actualité* ;
- la promotion et l'accroissement du nombre des institutions publiques et privées de placement pour mineurs. *A l'exception des centres déjà existants, aucun autre projet n'a démarré.*

## B - PROCESSUS INSTITUÉ POUR L'EXAMEN DE FIN DE DÉCENNIE

La Revue de Fin de Décennie a été organisée sur des bases participatives permettant au Gouvernement, aux partenaires du système des Nations Unies, aux ONG et à la Société Civile de se concerter largement sur les niveaux d'atteinte des objectifs et sur les divers problèmes rencontrés lors de l'exécution. Ainsi, le Comité National de Suivi et de l'Evaluation du PAN/Enfance, institué comme *Comité National de Coordination*, a eu pour mission de suivre le processus d'élaboration du rapport national. La supervision de la rédaction du rapport national a été confiée à *un comité technique* de seize membres qui relèvent des départements ministériels techniques, des partenaires au développement et de la société civile. La rédaction d'un projet de rapport analytique et l'élaboration d'un tableau de synthèse des indicateurs du sommet mondial ont été confiées à deux consultants nationaux. Tout au long du processus, le Comité National de Coordination a largement fait appel aux institutions et à toutes les personnes ressources utiles pour l'exercice.

Le projet de rapport national a fait l'objet d'examen à travers deux rencontres :

- une première qui a regroupé l'ensemble des partenaires nationaux avec l'appui du Bureau Régional de l'UNICEF ;
- une deuxième organisée à l'intention des membres du Comité National chargé du Suivi et de l'Evaluation du Plan d'Action National pour l'Enfance (PAN/Enfance) a permis de leur donner des informations sur le processus du rapport et de les responsabiliser pour leur participation effective.

Les enfants ont donné leur point de vue à travers le bureau du parlement. Ils marquent leur satisfaction pour la mise en place du parlement qui a été doté d'un siège. L'objectif du parlement est d'organiser la participation des enfants à la mise en œuvre de la Convention relative aux Droits de l'Enfant. Ce cadre leur permet d'être plus écoutés et de prendre des initiatives en leur faveur. Toutefois, ils rencontrent des problèmes organisationnels notamment en ce qui concerne les parlementaires des provinces.

La participation de la société civile est constante parce qu'elle est membre du comité technique de suivi et du Comité National de Coordination.

Cependant, au niveau local ou décentralisé il n'y a pas eu de rencontre de travail spécifique pour examiner le présent rapport.

Les données statistiques qui ont servi à la rédaction du présent rapport proviennent de l'Enquête Démographique de 1991 ; de l'Enquête à Indicateurs Multiples de 1996, les deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSBF de 1993 et EDSBF de 1998-99), le Recensement Général de la Population et de l'Habitation de 1996 (RGPH), les deux Enquêtes Prioritaires (EP de 1994 et EP de 1998) ; l'enquête nationale sur l'excision de 1996 ; l'enquête sur les enfants et les femmes en circonstance particulièrement difficile de 1999 (SP-PAN/Enfance). Ce travail a été complété par les résultats des différentes évaluations à

mi-parcours ; l'analyse de la situation des enfants et des femmes (1996 et 2000) ; les rapports du PNUD sur le Développement Humain Durable et d'autres documents complémentaires. Enfin, des entretiens organisés auprès de certaines personnes ressources ont permis de relever les forces et les faiblesses des actions entreprises au plan national pour favoriser l'épanouissement de la femme et de l'enfant (cf. liste des personnes rencontrées en Appendice 2).

Afin de finaliser le rapport, plusieurs réunions ont eu lieu entre le Comité Technique et les consultants pour examiner le projet et veiller à sa conformité avec les documents de base et les analyses du Comité National de Coordination. Le document final a été adopté à l'issue d'un atelier national de validation qui a regroupé les membres du Comité Technique, du Comité National de Coordination et des personnes ressources.

Le rapport final a été adopté par le Conseil de Ministres.

En ce qui concerne la diffusion des résultats, le rapport a fait l'objet d'un compte-rendu en Conseil des Ministres ; d'un séminaire de dissémination ; d'articles publiés dans la presse et de ventilation auprès de plusieurs structures au plan national.

## C - MESURES AUX NIVEAUX NATIONAL ET INTERNATIONAL

Les mesures à prendre au niveau national en vue de la promotion de la situation de l'enfant se résument entre autres en : l'élaboration d'un plan d'action national ; l'encouragement des ONGs et Associations à établir leurs programmes d'action devant contribuer à la réalisation des objectifs de la déclaration du sommet mondial ; l'incitation des différents intervenants à considérer le volet enfant comme une priorité ; la mobilisation sociale (engagement pris par la société civile pour promouvoir les droits de l'enfant ; la mise en place d'instruments de collecte de données sur la situation des enfants ; la mise en place de dispositifs pour faire face aux catastrophes naturelles ou causées par l'homme ; l'encouragement de la recherche pour améliorer les connaissances relatives à la situation de l'enfant en matière de santé, éducation, assainissement et en situation difficile.

D'une manière générale on note avec satisfaction un début de mise en œuvre de bon nombre de ces mesures. Cependant, il faut relever que la mise en place d'instruments de collecte de données, de dispositifs pour faire face aux catastrophes et les activités de recherches rencontrent d'énormes difficultés dans leur mise en œuvre.

Les mesures envisagées pour créer un environnement international propice à l'application du plan d'action mondial en faveur de l'enfant sont : l'engagement des institutions internationales ; l'engagement des institutions régionales pour une coopération mutuelle ; l'invitation du système des Nations Unies et les autres institutions internationales à contribuer effectivement à la réalisation des buts et objectifs du sommet ; l'invitation de l'Organisation des Nations Unies à la mise en place de mécanisme de suivi et l'invitation de l'UNICEF, chef de file, à assurer les activités de suivi/évaluation.

Ces mesures sont en partie réalisées à travers l'exécution des différents programmes de coopération (Burkina/UNICEF, Burkina/FNUAP, Burkina/PNUD, etc.). Il en est de même pour certaines organisations sous-régionales (CILLS, CEDEAO, etc.). Le rôle de l'UNICEF est prépondérant (réalisation d'études spécifiques, formation, investissement dans le domaine de la santé, l'éducation, etc.).

## D - MESURES SPÉCIFIQUES PRISES EN VUE D'ASSURER LA SURVIE, LA PROTECTION ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Les États parties ont adopté un Plan d'Action pour l'application de la déclaration mondiale en faveur de la Survie, de la Protection et du Développement de l'enfant dans les années 90. Ce plan comporte dix mesures spécifiques dont il convient d'apprécier le niveau de réalisation au Burkina Faso.

### a) - Convention relative aux droits de l'enfant

*La préoccupation de base tendait à diffuser et à promouvoir, dans les meilleurs délais, la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant et en promouvoir ultérieurement l'application et le suivi.*

Bien avant l'adoption de la convention en 1989, le Burkina Faso avait déjà affirmé à la 43ème session des Nations Unies tenue en novembre 1988 sa position favorable au projet de convention. Un code des personnes et de la famille qui a été adopté avant la ratification de la convention affirme l'égalité de tous les enfants quelle que soit l'origine de leur filiation. Un forum national sur les droits de l'enfant a été organisé en avril 1989 à Ouagadougou sous le haut patronage du chef de l'État avec pour objectif d'éveiller les consciences sur le cas particulier de l'enfant et la nécessité de lui accorder une attention particulière. Autant de facteurs favorables ayant permis au Burkina Faso de :

- ratifier sans réserve, parmi les premiers pays en 1990 ;
- souscrire à la Déclaration Mondiale en faveur de la survie, la protection et le développement de l'enfant et au plan d'Action Mondial pour sa mise en œuvre ;
- adhérer au consensus de Dakar (1992) qui a permis de redéfinir les objectifs à mi-parcours.

Après la ratification de la convention, un effort a été fait pour tenir compte de ces dispositions dans l'élaboration des textes au niveau national. Ainsi :

- la constitution du 2 juin 1991 pose le principe de non discrimination à l'égard de tous les enfants quel que soit leur origine, religion, sexe, ethnie. ;
- le code du travail relu en 1992 assure une meilleure protection de l'enfant à travers la protection de la femme enceinte et de la femme allaitante (congé de maternité, augmentation du temps d'allaitement de une heure à une heure trente minutes par jour).
- la Loi d'Orientation de l'éducation du 9 mai 1996 pose les principes de l'obligation scolaire de 6 à 16 ans et consacre la liberté d'expression et d'association des élèves ;
- le Code Pénal adopté en 1996 prévoit de nouvelles infractions pour protéger l'enfant victime de certaines pratiques traditionnelles néfastes à sa santé et à son bien-être (mariage précoce et/ou forcé, dot, excision, etc.).

Toutefois, il subsiste certaines insuffisances qu'il convient de relever. Il s'agit entre autres de :

- La loi de 1961 sur la justice des mineurs dont certaines dispositions sont à revoir notamment en ce qui concerne la responsabilité pénale des mineurs de 16 à 18 ans. En effet, lorsque le juge estime que le mineur de cette catégorie a agi avec discernement, il encourt les mêmes peines que le majeur. Ce qui laisse supposer qu'il est même passible de la peine de mort. *Il conviendrait de supprimer cette possibilité accordée en la matière même si elle n'a jamais été appliquée au Burkina Faso* ;
- La disparité de l'âge de majorité de l'enfant (civile, pénale, politique, etc.). Ce qui justifie la lettre d'interpellation du Ministre de l'Action Sociale et de la Famille en date du 29 novembre 1999 à son homologue de la justice sollicitant une harmonisation des différents âges.

S'agissant des actions de vulgarisation de la CDE, le SP-PAN a initié depuis 1992 une série d'activités d'information, de formation et de sensibilisation en vue de la promotion de la Convention. À titre illustratif, le SP-PAN/Enfance a organisé entre septembre 1999 et septembre 2000, des ateliers de formation et des conférences qui ont touché plus de 2 000 personnes. Le public cible des ateliers de formation était composé des membres du comité national du PAN/Enfance, des Directeurs centraux du MASF, des Directeurs des Études et de la Planification des départements ministériels, des Chefs de service de l'enfance du MASF, des officiers de police judiciaire, des magistrats, des journalistes et des agents sociaux. Les conférences s'adressaient essentiellement aux élèves enseignants et policiers des écoles de formation professionnelle. En outre, plus de 3 500 exemplaires de la Convention ont été distribués à différentes occasions entre 1998 et 2000.

En marge de la structure étatique, les ONGs et associations œuvrant dans le domaine du droit de l'enfant se sont constituées en coalition dénommée "*Coalition au Burkina-Faso pour les droits de l'enfant* (COBUFADE)" (février 1995). Elle regroupe, à l'heure actuelle, 21 associations. Les activités de la COBUFADE sont réalisées à deux niveaux. Il s'agit des activités propres à la COBUFADE et celles entreprises individuellement par les membres qui la composent.

En terme de bilan, la COBUFADE a dispensé entre 1996 et mars 2000 une centaine de formations à l'intention de ses membres et de divers groupes cibles.

Ces activités de vulgarisation sont relativement récentes et n'ont pas fait l'objet d'une évaluation. Il serait souhaitable que cela intervienne dans les meilleurs délais pour permettre de mesurer l'impact sur le terrain.

Le suivi de l'application de la CDE s'opère par le biais de la production des rapports périodiques soumis au comité international des droits de l'enfant. Ainsi, le rapport initial a été rédigé par le Comité National au sein duquel sont représentées les associations, ONGs, les autorités coutumières et religieuses. Le deuxième rapport a fait l'objet d'un atelier de validation auquel ont pris part les représentants de la société civile. Tous ces rapports ont été ventilés aux organisations et aux associations de défense des droits des enfants (513 exemplaires entre 1998 et septembre 2000). Un rapport complémentaire a été réalisé en 1994 par le MBDHP qui confirme les conclusions du premier rapport national et le précise sur certains points, notamment en ce qui concerne les activités menées par le MBDHP en faveur de l'enfant.

Il existe en outre, un projet de mise en place d'un observatoire national de suivi des enfants en situation particulièrement difficile. Des actions de regroupement des acteurs principaux dans ce domaine ont été enregistrées pour une meilleure coordination des activités en faveur de l'enfant. Des études et des évaluations permettent aujourd'hui de mieux connaître le phénomène.

***Au regard de ces constats, il faut noter les efforts réels de plaidoyer pour le renforcement des connaissances sur les droits des enfants et la prise en compte de la CDE pour la protection de cette couche vulnérable de la population. Cependant, il s'avère nécessaire au plan législatif de :***

1. ***relire les textes relatifs aux droits de l'enfant pour les rendre encore plus conformes aux dispositions de la convention ;***
2. ***regrouper ces textes au besoin dans un document unique pour en faciliter l'exploitation et la diffusion.***

**b) – Santé, Eau et Assainissement**

**- Santé des enfants : lutte contre les maladies infantiles**

Un des objectifs du Plan d'Action national pour l'enfance visait la « *réduction de la mortalité infantile de 94 pour 1000 en 1993 à 70 pour 1000 en l'an 2000* ». L'évolution de l'indicateur de mortalité infantile entre 1991 et 1998-99 permet de dégager deux tendances : une baisse significative entre 1991 (114,6 pour mille) et 1993 (93,7 pour mille) et une augmentation importante du nombre de cas de décès d'enfants de moins d'un an sur la période 1993-1996. Au cours de la période récente, on note une régression « légère » du niveau de l'indicateur. En effet, sur 1000 enfants qui naissaient en 1996, 107 mouraient avant l'âge d'un an ; le niveau en 1998-99 est de 105 décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes. Les niveaux observés restent donc très élevés (Tableau 1).

La mortalité qui intervient entre la naissance et le cinquième anniversaire ou mortalité infanto-juvénile a connu une relative augmentation entre 1991 (184,5 pour mille) et 1993 (187 pour 1000). Après une phase de baisse assez significative entre 1993 et 1996 (174,2 pour mille), on assiste à une remontée assez « spectaculaire » du niveau de l'indicateur à 219,1 pour mille en 1998-99.

Ces résultats seraient le reflet d'une dégradation générale du contexte socio-économique, de l'état nutritionnel et sanitaire du pays. En effet, les indicateurs relatifs aux soins obstétricaux montrent une chute brutale de la couverture en accouchements assistés qui passe de 41,5 % en 1993 à 31,0 % en 1998-99 et une relative stagnation de la couverture prénatale (58,6 % en 1993 contre 60,7 % en 1998-99). La faible couverture vaccinale, la persistance des maladies diarrhéiques, du paludisme, des Infections Respiratoires Aiguës, la pandémie du Sida, justifient en partie les niveaux élevés de mortalité et leur augmentation par rapport à la première moitié de la décennie qui accusait une amorce optimiste. L'insuffisance des infrastructures sanitaires, leur inégale répartition géographique et le faible pouvoir d'achat des ménages constituent, entre autres, de sérieux obstacles à l'accès aux services de santé pour un plus grand nombre.

La remontée très importante de la mortalité infantile de 1993 à 1996 et la baisse timide de celle-ci entre 1996 et 1998-99 sont des tendances qui laissent croire que la situation demeure préoccupante à la fin de la décennie.

Tableau 1 : Évolution de la mortalité infantile et infanto-juvénile de 1991 à 1999

| INDICATEURS DE MORTALITÉ | ED 1991 | EDSBF 1993 | RGPH 1996 | EDSBF 1998-99 |
|---|---|---|---|---|
| MORTALITÉ INFANTILE (pour 1000) | 114,6 | 93,7 | 107,1 | 105,3 |
| MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE (pour 1000) | 184,5 | 187 | 174,2 | 219,1 |

Source : INSD, Macro

***Couverture vaccinale***

S'agissant de la couverture vaccinale, l'objectif pour la période 1997-2000 était de *« réaliser et maintenir d'ici l'an 2000, une couverture vaccinale d'au moins 90 % des enfants de 0-11 mois par antigène contre les 7 maladies du PEV et les femmes en âge de procréer contre le tétanos* ».

Le PEV est un programme du Ministère de la Santé destiné à l'immunisation des enfants de moins d'un an contre sept affections et des femmes en âge de procréer contre le tétanos. Trois types de stratégies sont appliqués dans le cadre de la mise en œuvre du programme. La stratégie fixe qui consiste à faire les vaccinations tous les jours ouvrables aux postes de santé. La stratégie avancée où l'agent de santé de la formation sanitaire périphérique va au contact de la communauté pour vacciner. Enfin, la stratégie mobile qui mobilise une lourde équipe pour ratisser les villages éloignés qui sont au-delà de la couverture de la stratégie avancée. Dans tous les cas, il se pose un certain nombre de difficultés (problème de disponibilité des vaccins, insuffisance et inégale répartition des ressources humaines et matérielles) pouvant entraver l'efficacité de ces stratégies.

Le taux de couverture varie selon le type de vaccin : 72 % des enfants ont reçu le vaccin contre la tuberculose (BCG) ; 78,3 % et 81,3 % ont reçu, respectivement, les premières doses de DTCoq et de Polio. Cependant, pour la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite pour lesquels l'immunisation nécessite trois doses, la déperdition est importante. En effet, la proportion d'enfants vaccinés diminue d'une dose à l'autre. Pour la Polio, on passe de 81,3 % pour la première dose à 67,1 % pour la seconde et seulement 42,4 % pour la troisième ; pour le DTCoq, les pourcentages correspondants sont respectivement de 78,3 %, 64,5 % et 41,0 %. Le taux de déperdition entre la première et la troisième dose est donc très important (48 % dans les deux cas).

Les données statistiques sur la couverture vaccinale montrent que les proportions d'enfants complètement vaccinés, non seulement, sont restées relativement faibles entre 1993 et 1998-99 mais ont connu une régression importante. En effet, le taux de couverture contre les sept maladies du PEV est passé de 29,5 % (EDSBF, 1993) à 25,4 % (EDSBF, 1998-99). Cette diminution a concerné le BCG, le DTCoq, la rougeole et la fièvre jaune ; la couverture vaccinale contre la poliomyélite s'est à l'inverse, améliorée.

Une stratégie particulière, à la base sans doute de l'amélioration de la couverture vaccinale contre la poliomyélite, mérite d'être soulignée. En effet, depuis 1996, le Burkina Faso organise des Journées Nationales de Vaccination (JNV) chaque année dans le cadre de l'Initiative d'Éradication de la poliomyélite. Une enquête d'évaluation des activités des JNV réalisées en 1999 dans chacun des 53 districts sanitaires du pays donne une couverture de 87 % des enfants âgés de 0 à 59 mois au premier passage et de 88 % au second (Ministère de la Santé, 2000).

**Au regard de ces résultats, il ressort que l'objectif visant à « *assurer une couverture vaccinale d'au moins 90 % par antigène* » est loin d'être atteint sauf pour la poliomyélite dont la couverture avoisine le seuil fixé**.
Quant à la vaccination antitétanique, les statistiques disponibles permettent d'observer que **le taux de couverture vaccinale des mères a fortement baissé entre 1993 (41,8 %, EDSBF-I) et 1996 (33,8 %, EIM). Le niveau observé en 1998-99 (34,3 %, EDSBF-II) semble indiquer une relative constance de ladite couverture vaccinale.**
Malgré les actions d'accompagnement engagées depuis 1995 pour améliorer les niveaux des indicateurs de couverture vaccinale, on assiste à une relative dégradation de la situation sanitaire. Une des explications tient au fait que les activités du PEV sont fortement dépendantes de financement extérieur. Le caractère non

pérenne des actions menées dans un tel contexte se justifie par la non implication des communautés à la base.

***Diarrhée***

Les maladies diarrhéiques et la malnutrition, constituent la deuxième cause de décès des jeunes enfants après le paludisme. Les résultats de l'Enquête à Indicateurs Multiples de 1996 donnaient un niveau de 31,4 % parmi les enfants de moins de 5 ans. En 1998-99, la prévalence de la diarrhée s'établit à 20,0 % et elle est particulièrement élevée chez les enfants de 6-11 mois (28,8 %) et 12-23 mois (31,3 %). Ces maladies diarrhéiques persistent du fait de la faible accessibilité des populations à l'eau potable, de l'inexistence de toilettes appropriées et de système d'évacuation des ordures ménagères. Suivant les recommandations de l'OMS, le Burkina Faso a adopté la stratégie de Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO) et la vulgarisation des Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO). Malgré cela la lutte contre les effets de la déshydratation n'est pas une pratique très répandue et cela se traduit par la faible proportion des femmes ayant recours à la TRO à l'occasion des épisodes diarrhéiques : seulement 7,7 % des enfants ont reçu l'une et/ou l'autre forme de TRO en 1993 (EDSBF-I) ; le niveau s'est relativement stabilisé depuis 1996 (18,9 %, EIM et 18,2 %, EDSBF-II de 1998-99). On constate cependant qu'un pourcentage relativement élevé d'enfants ont reçu un supplément de liquide pendant leur épisode diarrhéique (42,9 %, EDSBF-I de 1993 et 36,5 %, EDSBF-II de 1998-99).

***Les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques sont peu « visibles » faute de programme élaboré.***

***Paludisme***

Le paludisme est une maladie fortement endémique au Burkina Faso et est la principale cause de décès des enfants de moins de 5 ans. En 1994, les statistiques de la Direction des Études et de la Planification du Ministère de la Santé (DEP/MS) montraient que le paludisme représentait la première cause de consultation dans les centres de santé et de promotion sociale (33 % des consultations externes des enfants de moins de 5 ans). Il a été également la première cause d'hospitalisation (29,8 % chez les enfants de moins de 5 ans). Pour la même année, 31,4 % des décès de ces enfants étaient attribuables au paludisme. En 1996, le rapport annuel de la DEP/Santé indiquait que 226 042 cas d'accès palustres enregistrés dans les formations sanitaires au Burkina Faso touchaient les enfants de moins de 5 ans sur un total de 582 658. Au plan national. Le paludisme demeure non seulement la principale cause des consultations mais aussi le principal motif de décès (43,4 % de cas de décès dus au paludisme) chez les enfants de moins de 5 ans. Les statistiques de routine pour l'année 1998 montre que sur un total de 487 650 consultations enregistrées au plan national, 139 903 (soit 28,7 %) sont attribuables au seul paludisme. En se limitant à la catégorie des moins de 5 ans, on note que sur 128 163 consultations, les cas de paludisme représentent 42 179, soit 32,9 %. L'absence d'un système approprié d'évacuation des eaux usées développe l'existence de points d'eaux stagnantes qui favorise la prolifération des moustiques vecteurs du paludisme.

Le Burkina Faso avec l'appui financier de l'OMS a mis en œuvre un plan de lutte contre ce fléau. Les stratégies développées sont entre autres, la promotion de l'utilisation des matériaux imprégnés et la formation des agents de santé à la prise en charge correcte des malades. L'adoption du « Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) » en 1995 au sein du Ministère de la Santé témoigne du souci de lutter contre la maladie.

***Infections Respiratoires Aiguës (IRA)***

Les infections respiratoires aiguës (IRA) constituent aussi une cause importante de décès d'enfants au Burkina Faso. Les statistiques de routine de la DEP/santé montrent que les affections des voies respiratoires chez les enfants font partie des dix principaux motifs d'hospitalisation et de décès dans les formations sanitaires au Burkina Faso (SP-PAN/Enfance, 1999). **Les données statistiques d'envergure nationale montrent que la prévalence des IRA a légèrement augmenté entre 1993 (11,2 %, EDSBF-I) et 1998-99 (13,5 %, EDSBF-II)**. Les enfants de 6-11 mois (17,4 %) et de 12-23 mois (18,9 %) parmi ceux âgés de moins de 5 ans enregistrent les taux de prévalence les plus élevés (EDSBF, 1998-99). **Parmi ces enfants malades, très peu ont été conduits dans un établissement sanitaire ou auprès d'un personnel de santé médical pour traitement ou conseil (21,9 %, EDSBF, 1998-99)**. Par rapport aux résultats de

l'enquête de 1993 (18,7 %), on note un relatif accroissement de la proportion des enfants qui ont été amenés en consultation. On relève malgré cela, l'absence d'un programme élaboré à même de rendre visible les activités de lutte contre les IRA.

Comme perspective, la stratégie de « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) » a été développée pour lutter contre les maladies infantiles. La stratégie vise à fournir des soins curatifs, préventifs, promotionnels d'une manière continue à domicile ou dans les services de santé. Son application n'a pas encore démarré faute de moyens financiers.

***Pandémie du Sida***

Le VIH/Sida fait partie des maladies émergentes. La notification des premiers cas remonte à 1986. Malgré les activités de prévention à large échelle, le nombre de cas ne cesse d'augmenter : il est passé de 202 en 1990 à 1073 en 1992. À partir de 1996, les cas notifiés annuellement dépassent 2 000. Au cours de la période 1986-1999 le nombre total de cas officiellement déclarés est de 15 549 (SP-CNLS, 2000). Les personnes âgées de 15-29 ans (30 % de cas de sida) et de 30-49 ans (63,7 %) sont les plus touchées. Selon le « genre », il ressort que le ratio Homme/Femme est de 0,36 dans la tranche d'âge 15-19 ans. Il y a manifestement dans cette fourchette un nombre environ trois fois plus important de cas de Sida déclaré chez les femmes que chez les hommes. La tendance s'inverse par contre dans les tranches d'âges 30-39 ans et 40-49 ans avec des ratios H/F respectifs de 1,5 et de 2. Bien que ces cas notifiés soient de source hospitalière, on remarque que le fléau s'implante dangereusement au plan national.

Les estimations de l'ONUSIDA permettent de se faire une idée de l'ampleur du phénomène : 370 000 personnes en fin d'année 1997 vivaient avec le VIH/Sida au Burkina Faso. Parmi elles, 170 000 sont des femmes en âge de procréer (15-49 ans) et 22 000 des enfants de moins de 15 ans. Le taux de prévalence dans la population adulte est estimé à 7,2 % en 1997 ; il devait atteindre 10 % en l'an 2000. Pour la période 1989-1998 le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes a varié entre 7 % et 10 %. Pour la même période les taux les plus élevés sont observés chez les prostituées (40 % à 60 %). Une des conséquences directes du Sida sur le plan social est sa contribution à l'accroissement du nombre des orphelins dans la population (200 000 environ en 1998) et l'augmentation du risque de transmission de la mère à l'enfant. Ce fléau qui touche principalement la frange de la population active va également influencer leur productivité sur le plan économique.

La lutte contre le fléau a débuté au Burkina Faso depuis 1987. Elle est l'œuvre des pouvoirs publics, des institutions de coopération et des ONGs. C'est ainsi qu'en 1990, fut créé le CNLS dont le mandat est de préparer, d'exécuter, de coordonner et d'évaluer toutes les stratégies de lutte contre la propagation du Sida dans le pays. L'exécution est confiée à un secrétariat permanent qui dispose par ailleurs de sous comités (IEC, Laboratoire, surveillance épidémiologique, recherche, législation et prise en charge) auxquels s'ajoutent les comités provinciaux.

Pour renforcer les efforts engagés dans les domaines de la population et du Sida, un Projet Population et Lutte contre le Sida (PPLS) a été élaboré. Le principal objectif du PPLS est d'aider à mettre en place un programme dynamique pour ralentir la propagation de l'infection par VIH. La première phase du projet a couvert la période 1995-1999. Du fait du démarrage tardif des activités du projet, une prolongation jusqu'en mars 2001 lui a été accordée.

Le PPLS assure la prise en charge médicale par le biais de la fourniture des réactifs aux formations sanitaires. Cette prise en charge ne permet pas d'offrir aux personnes vivant avec le VIH/Sida la possibilité d'accéder par exemple à la tri-thérapie. À partir de 1998, le volet prise en charge psychosociale a été intégré dans les actions de lutte. Elle commence par l'identification du malade. À cet effet, il existe des centres de dépistage anonymes pour les personnes qui désirent connaître leur sérologie. Dans les formations sanitaires les coûts appliqués sont de l'ordre de 3 500 FCFA ; par l'intermédiaire des Associations, ils reviennent à 500 FCFA.

D'une manière générale, cette prise en charge est peu visible sur le terrain car les intervenants directs (associations qui bénéficient de subventions) n'ont généralement pas les compétences requises. De plus, les dispositions de lutte mises en place ne prévoient pas une prise en charge des orphelins du sida. Il faut signaler cependant, la création d'un fonds de solidarité en décembre 1998 pour venir en aide aux orphelins et

veuves du Sida. Le comité de gestion dudit fonds a été mis en place en novembre 2000. On note un décalage important entre la création du fonds et la mise en place du comité de gestion. Il y a lieu de s'interroger sur le démarrage effectif des activités dudit comité.

Toujours en faveur des orphelins du Sida, on note l'élaboration en cours au sein du MASF d'un plan d'action national.

**- Eau/Assainissement**

***Eau***

Les politiques nationales en matière d'eau sont relativement récentes au Burkina Faso. En effet, le secteur de l'eau est devenu une préoccupation avec la grande sécheresse des années 1973-74 qui a révélé la trop forte dépendance du pays par rapport à la pluviométrie. Cela a été à la base de l'élaboration des premières politiques nationales sur l'eau dès 1975. Une relecture de ces politiques en 1992 a permis de mettre en exergue la « préférence des forages par rapport aux puits ».

L'objectif dans ce domaine était d'« *Assurer la couverture des besoins en eau potable des populations à raison de 20 litres par jour et par habitant en zone rurale et pour les populations urbaines et semi-urbaines à raison de 50 litres par jour et par habitant »*. La situation en matière d'approvisionnement en eau potable se caractérise par un taux de couverture insuffisant malgré les efforts d'équipement du pays en points d'eau. Environ 90 % des ménages s'approvisionnaient au puits, au forage ou au robinet public aussi bien en 1994 qu'en 1998. Le pourcentage d'utilisation du robinet a cependant connu une augmentation modérée au cours de la période en milieu urbain, tandis que l'utilisation du forage a connu une relative progression en campagne. Ces tendances dénotent d'une amélioration de la qualité de l'eau disponible aux ménages. Les résultats sont en partie attribuables à la politique nationale de l'eau qui, dans le contexte national de la Décennie Internationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DIEPA), a révisé le concept de l'hydraulique villageoise (un point d'eau pour 500 habitants, une distance de portage d'eau de 500 mètres, etc.) en vue d'assurer à toutes les populations un meilleur accès à l'eau potable. Avec l'avènement du Ministère de l'Environnement et de l'Eau (MEE) et depuis juin 1995, l'approche de l'hydraulique de quartier a été développée sur la base des critères suivants : un point d'eau pour 300 habitants et une distance de portage de 300 mètres.

Pour éliminer les maladies transmise par l'eau, l'objectif était d'*« Assurer la disponibilité d'eau potable pour l'ensemble des villages endémiques de ver de Guinée (dracunculose) ».* Pour atteindre cet objectif, le Burkina Faso s'est engagé dans un programme d'éradication de la maladie depuis 1992. Les statistiques du programme national d'éradication du ver de guinée montrent que le nombre de cas a considérablement régressé sur la période récente. Le nombre de cas de dracunculose est passé de 3241 en 1996 à 2776 en 1997 (soit une réduction annuelle de 14,3 %) ; il est de 1989 cas en 1998 (soit une réduction de 28,3 % entre 1997 et 1998). Cette baisse notable traduirait une meilleure disponibilité d'eau potable dans les villages endémiques mais aussi des efforts réalisés dans le domaine de la sensibilisation des populations.

***Assainissement***

La stratégie nationale d'assainissement au Burkina Faso a commencé à prendre corps au début des années 1990 avec :

- l'introduction et la mise en œuvre de la méthode de planification stratégique de l'assainissement des eaux usées et des excréta ;
- les 2ème et 3ème projet de développement urbain ;
- la création de structures centrales au niveau du département de l'environnement traitant des questions d'assainissement.

Grâce à toutes ces initiatives, des solutions commencent a être formulées pour le drainage des eaux de pluie, la collecte, l'évacuation et le traitement des déchets solides municipaux, industriels et toxiques.

*Excréta et eaux usées domestiques*

Tout comme la consommation de l'eau potable, l'absence de toilettes appropriées ou de système d'évacuation des eaux usées domestiques sont des facteurs aggravant l'état sanitaire de la population. Dans leur très grande majorité (74,9 %), les ménages au Burkina Faso ne disposent d'aucune forme de toilettes, et un peu moins du quart d'entre eux (23,7 %) utilisent les latrines simples. Si, en milieu rural, 88,1 % des ménages n'ont pas de toilettes, ces proportions ne concernent que 10,7 % des ménages du milieu urbain où 83,7 % utilisent des latrines simples (EDSBF, 1998-99).

Les actions relatives aux eaux usées concernent seulement les grands centres urbains. Dans les autres localités urbaines, des actions ponctuelles sont menées dans les domaines de la sensibilisation et de la latrinisation dans les écoles.

*Eaux de pluies*

Le réseau de caniveaux existant dans les grands centres urbains, essentiellement, est peu développé pour répondre aux besoins. Les caniveaux ne sont généralement pas couverts et de plus, peu entretenus si bien qu'ils sont toujours encombrés et ne facilitent pas de ce fait l'écoulement des eaux de pluies. Ces espaces restent des points de stagnation de l'eau et favorisent la prolifération des moustiques, vecteurs du paludisme.

*Déchets solides*

Le système d'évacuation des déchets municipaux existe uniquement dans les quatre grandes villes du pays. La difficulté de vulgarisation de ce système réside dans le manque de moyen matériel et financier.

*Déchets industriels*

Il n'existe dans aucune ville du Burkina Faso, une décharge officielle pour les déchets solides dangereux. Généralement, pour éviter les charges économiques qu'induit le traitement des déchets, les entreprises se débarrassent des résidus en les mélangeant avec les ordures ménagères ou en les déposant hors de la ville.

Les nuisances liées au manque d'assainissement du milieu de vie menacent encore une grande majorité de la population, et particulièrement la frange la plus vulnérable que sont les enfants.

**c) - Alimentation/Nutrition**

***- État nutritionnel***

Pour la mesure de l'état nutritionnel des enfants et des mères, quatre indices sont souvent utilisés : ceux permettant de mesurer le retard de croissance, l'émaciation et l'insuffisance pondérale pour les enfants de moins de 5 ans – l'Indice de Masse Corporelle (IMC) pour les femmes.

Au Burkina Faso la prévalence du retard de croissance a sensiblement augmenté entre 1993 (29,4 %) et 1998-99 (36,8 %). Au regard des résultats des deux enquêtes EDS, il ressort que la prévalence de l'émaciation est restée constante à ces dates et touche environ 13 % des enfants de moins de 5 ans. L'insuffisance pondérale qui mesure les effets combinés du retard de croissance et de l'émaciation permet de constater que l'état nutritionnel des enfants s'est détérioré. Les résultats montrent en effet, que la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale a augmenté : 29,5 % en 1993 contre 34,3 % en 1998-99. Ces résultats révèlent que bon nombre d'enfants ont une alimentation inadéquate au Burkina Faso.

La prévalence du retard de croissance et de l'insuffisance pondérale sont beaucoup plus élevées en milieu rural qu'en milieu urbain et parmi les enfants de mères non instruites ou de niveau primaire que ceux dont les mères ont une instruction au moins secondaire (Tableau 2).

Le faible poids des femmes est un facteur de risque pour le déroulement et l'issue de la grossesse. L'Indice de Masse Corporelle (IMC) permet de mettre en évidence le manque ou l'excès de poids. Au Burkina Faso, plus d'une mère sur 10 (12,9 %) ont un indice se situant en-deçà du seuil critique et présentent donc une déficience énergétique chronique. Le niveau observé est comparable à ce qu'il était en 1993 (13,9 % de cas).

Tableau 2 : Évolution du pourcentage d'enfants de moins de 5 ans et des mères considérés comme atteints de malnutrition au cours de la période 1993/1998-99.

| Indicateurs de l'état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans | EDSBF,1993 | EDSBF, 1998-99 |
|---|---|---|
| **PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE (pour 100)** | **29,4** | **36,8** |
| Milieu de résidence de la mère | | |
| Urbain | 19 | 22,7 |
| Rural | 31,4 | 38,8 |
| Niveau d'instruction de la mère | | |
| Aucun | 30,9 | 38 |
| Primaire | 21,5 | 31,7 |
| secondaire ou plus | 10,7 | 12,8 |
| Sexe de l'enfant | | |
| Masculin | 30,8 | 38,6 |
| Féminin | 28 | 34,9 |
| **PRÉVALENCE DE L'ÉMACIATION (pour 100)** | **13,3** | **13,2** |
| Milieu de résidence de la mère | | |
| Urbain | 10,1 | 9,6 |
| Rural | 13,9 | 13,7 |
| Niveau d'instruction de la mère | | |
| Aucun | 13,6 | 13,5 |
| Primaire | 12,6 | 11 |
| secondaire ou plus | 8,2 | 6,8 |
| Sexe de l'enfant | | |
| Masculin | 13,4 | 14,2 |
| Féminin | 13,2 | 12,1 |
| **PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE (pour 100)** | **29,5** | **34,3** |
| Milieu de résidence de la mère | | |
| Urbain | 20 | 22,3 |
| Rural | 31,3 | 36 |
| Niveau d'instruction de la mère | | |
| Aucun | 30,5 | 35,6 |
| Primaire | 27 | 27,4 |
| secondaire ou plus | 11,7 | 14,4 |
| Sexe de l'enfant | | |
| Masculin | 30,6 | 33,6 |
| Féminin | 28,5 | 35,1 |
| **Indice de Masse Corporelle (IMC) des mères (pour 100)** | **13,9** | **12,9** |

Source : INSD, Macro

La situation nutritionnelle se caractérise par la prédominance de la malnutrition proteino-énergétique et les carences en micro-nutriments (vitamine A, Iode, Fer). En effet, l'étude sur les « enfants et les femmes du Burkina Faso » indique que *"la répartition de l'alimentation dans les ménages ne tient pas compte des besoins spécifiques des enfants, des femmes enceintes ou allaitantes, des personnes âgées, etc. Cette inadéquation de la ration quotidienne et la mauvaise répartition qui en est faite entre les membres du ménage ont pour conséquence l'existence de toutes les formes de malnutrition. Il y a aussi les tabous alimentaires qui appauvrissent la ration alimentaire des femmes et des enfants. Les causes de cette alimentation insuffisante, inadaptée et incertaine réside entre autres, dans la performance médiocre de l'agriculture, l'écoulement difficile des produits, etc. "*

En ce qui concerne l'état nutritionnel de la mère et de l'enfant ainsi que les maladies qui en découlent, plusieurs initiatives ont été entreprises pour atteindre à l'horizon 2000, l'un des objectifs qui était de « r*éduire d'un tiers par rapport au niveau actuel la prévalence de l'anémie ferriprive chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans »*. Les données existantes montrent que 70 % des enfants de 0-5 ans et 40 % des femmes enceintes ont un taux d'hémoglobine inférieur à la normale. Pour les enfants de moins de 15 ans, 20 % des garçons et 36 % des filles sont touchés par l'anémie (CNN, 1999).

Le deuxième objectif visait à *« Réduire de 50 % la prévalence de l'avitaminose A parmi les groupes cibles (enfants de 6 mois à 10 ans et femmes allaitantes) »*. Ainsi, en 1998, la supplémentation en vitamine A pour tous les enfants de 6 à 59 mois a été adjointe aux activités des JNV. Une enquête d'évaluation réalisée en décembre 1999 dans les 53 districts sanitaires du pays a permis d'estimer la supplémentation en vitamine A chez les enfants des groupes d'âges retenus à 86 %. En l'absence d'estimation pour les enfants de 6 mois à 10 ans et des femmes allaitantes, il apparaît difficile d'apprécier l'atteinte de l'objectif.

Le troisième objectif tendait à « r*éduire dans toutes les provinces la prévalence des troubles dus à la carence en iode (TDCI) à un taux de goitre inférieur à 10 % chez les groupes cibles (enfants de 0-14 ans, hommes de 15-25 ans et femmes de 15-40 ans) »*. Une étude du Centre National de Nutrition (CNN) réalisée en 1992 révélait que la prévalence du goitre était supérieure à 10 % dans plus de 20 provinces. Selon la même source, des enquêtes menées en 1995, 1996 et 1997 ont confirmé l'endémicité des TDCI dans la population.

Face à la gravité de la situation épidémiologique, le Burkina Faso a mis en œuvre un programme national de lutte contre la carence en iode qui s'appuie sur une « stratégie d'iodation universelle du sel ». Un arrêté conjoint portant réglementation de la commercialisation et de l'utilisation du sel iodé a été pris en 1996 par le gouvernement. Dans ce cadre, les opérateurs économiques ont été sensibilisés en 1997 sur cette réglementation et une formation a été donnée aux agents chargés du contrôle de la qualité du sel aux frontières.

Une enquête réalisée par le CNN en 1998 a révélé que le sel iodé est disponible dans 97,8 % des ménages visités dans 10 sites. Cependant, le fort pourcentage de femmes adultes (45 %) présentant des carences en iode au plan national (Ministère de la Santé, 1999) montre que des efforts restent encore à faire.

***- Sécurité alimentaire***

L'offre alimentaire au Burkina Faso provient essentiellement de la production intérieure à laquelle viennent s'ajouter les importations sous forme commerciale ou d'aide alimentaire. La production alimentaire, fortement tributaire des aléas climatiques, est variable d'une année à l'autre avec une tendance à la baisse durant la période 1993-2000. Les campagnes 1997/98 et 1999/2000 ont d'ailleurs enregistré des déficits importants par rapport aux besoins de la population. La demande alimentaire est caractérisée par un niveau de satisfaction des besoins encore bas. Le faible niveau des disponibilités alimentaires ne couvre pas les besoins calorifiques journaliers estimés à 2283 kcal/pers/jour.

**d) - Amélioration de la condition des filles et des femmes**

Les femmes jouent un rôle important dans la réalisation du bien-être des enfants. Le renforcement de leur rôle et le fait qu'elles aient accès à égalité avec les hommes à l'éducation, à la formation, au crédit et à divers services de vulgarisation constitue un atout pour le développement économique et social d'un pays. Au Burkina Faso le statut social inférieur des filles et des femmes est source de discriminations sociales importantes. Conscientes du fait que du bien être de la mère dépend celui de l'enfant, les autorités burkinabè ont adopté en 1991 les « stratégies nationales et Plan d'Action pour le Renforcement du rôle des femmes dans le processus de développement » à partir duquel plusieurs initiatives ont été développées.

***- Au plan juridique***

La dernière décennie a connu une évolution positive notable du statut juridique de la femme. En effet, le Burkina Faso a ratifié la plupart des instruments internationaux qui consacrent des droits aux femmes. On peut citer entre autres :

- le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU de 1966 ;
- le pacte international relatif aux droits civils et politiques de l'ONU de 1966 ;
- la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ratifié le 28 novembre 1984. Pour suivre la mise en œuvre de cette dernière convention, il a été crée le Comité National de Lutte contre les Discriminations (CONALDIS).

Au plan national, la plupart des textes adoptés au cours de la décennie affirment l'égalité de droits entre l'homme et la femme tant au sein de la famille que celui de la communauté. Ainsi, la constitution du 2 juin 1991, le Code des Personnes et de la famille (1990), le code pénal (1996), le code du travail (1992), la loi

portant Réforme Globale de l'Administration Publique (1998) et la Réorganisation Agraire et Foncière (RAF) (en mai 1996) contiennent des dispositions favorables à l'épanouissement de la femme.

Pour permettre aux femmes d'assurer la pleine jouissance de leurs droits, le gouvernement avec l'aide de partenaires au développement a mis sur pied un certain nombre de structures chargées de sensibiliser les populations au respect des droits des femmes. Il s'agit :

- du projet « d'information et de sensibilisation sur le code des personnes et de la famille pour le bien être familial » mis en œuvre depuis 1996 au MASF. Il couvre à l'heure actuelle 17 provinces sur 45 que compte le Burkina Faso.
  - ✓ l'exécution du projet a permis de toucher par des activités d'information et de formation 782 autorités politiques, administratives, religieuses et coutumières, 278 forces de l'ordre (gendarmes, policiers, militaires), 276 présidents des tribunaux départementaux ;
  - ✓ la sensibilisation a concerné environ 80 000 personnes dans les six (6) premières provinces couvertes par le projet. Le projet a également mis sur pied des centres de conseil juridique au nombre de six (6) qui pour la période 1998-1999 ont reçu une clientèle évaluée à 789 personnes (Rapport d'évaluation finale du projet).

Suite à toutes ces activités de sensibilisation, on a pu enregistrer la célébration de mariages collectifs (368 au total) et l'établissement massif de jugements supplétifs d'actes de naissance (897) (MASF, 2000). Notons qu'une opération phare dénommée « alliance 2000 » a été organisée par la mairie centrale de Ouagadougou le 31 décembre 1999. Elle a permis de célébrer à la fois plus de 200 mariages.

- Du Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision (CNLPE). C'est un cadre institutionnel, créé le 18 mai 1990 et placé sous la tutelle administrative du MASF. Il a pour objectif principal l'éradication de la pratique de l'excision au Burkina Faso. Depuis 1998 il a été érigé en Secrétariat Permanent bénéficiant d'une autonomie de fonctionnement. Afin de s'acquitter de ses missions, le CNLPE a élaboré un Plan d'Action triennal qui est le document d'orientation et de planification de ses activités. Au titre des activités menées, on peut retenir des activités d'IEC, de formation, de sensibilisation, des voyages d'études, etc. Les activités d'IEC sont réalisées à travers les séminaires de sensibilisation ou de formation. Entre 1990 et 1999, 88 séminaires ont été organisés et ont touché plus de 5 000 personnes. Des activités de sensibilisation par le biais des causeries, des cinés-débats, des conférences, des sorties pour des cas d'excision, des émissions et jeux radiophoniques ont couramment été organisées au cours de la période. Elles ont permis de toucher environ 30 000 personnes de toutes les couches sociales.

Des études réalisées révèlent que les populations ne perçoivent pas encore la gravité des conséquences de cette pratique sur la santé des femmes du fait de la persistance des pesanteurs socioculturelles. Les résultats de l'enquête nationale sur l'excision de 1996 (66 % de femmes excisées) et de l'EDSBF de 1998-99 (72 %) indiquent la persistance du phénomène. Le Burkina Faso après des années de sensibilisation a choisi d'aller jusqu'à la répression tout en poursuivant des campagnes de sensibilisation. La presse rapporte parfois des cas d'arrestations d'exciseuses et de parents de victimes. L'on note toutefois une régression du phénomène dans les jeunes générations comme en témoignent les données de l'EDSBF de 1998-99 où environ 45,5 % des filles sont excisées. Ces proportions demeurent élevées c'est pourquoi le CNLPE envisage, entre autres, de mettre l'accent sur :

- l'intensification des activités d'information, de communication, d'éducation des populations en général et dans les foyers de résistance en particulier ;
- la recherche pour accroître quantitativement et qualitativement les données socioculturelles et anthropologique sur la pratique de l'excision et de la création d'un centre de documentation sur les mutilations génitales féminines ;
- la prise en charge intégrée pour la réparation des séquelles de l'excision par la création d'un mini bloc opératoire et un service d'entretien conseil ;
- la vulgarisation de la loi sur l'interdiction des mutilations génitales féminines et le suivi de son application (MASF/CNLPE, 1999).

Plusieurs ONG et associations oeuvrent dans le sens de la promotion des droits des femmes par des actions d'information, de formation et de sensibilisation. On peut citer le Mouvement Burkinabè des Droits de l'Homme et des Peuples (MBDHP), l'ONG Promo–Femmes/Développement Solidarité, le réseau africain Wildaf, l'association des femmes juristes du Burkina (AFJB), le Réseau de Communication d'Information et

de Formation des Femmes dans les ONGs du Burkina Faso (RECIF/ONG), etc. La plupart de ces organisations ont créé des centres d'écoute et d'orientation des populations. Il s'agit des boutiques de droit, des centres d'appui conseil, des permanences de conseil juridique, etc.

En dépit des efforts fournis, les femmes éprouvent des difficultés à faire valoir leurs droits en raison :

- de la persistance des coutumes néfastes et des pesanteurs sociologiques;
- de la méconnaissance de leurs droits ;
- de l'éloignement des services administratifs et judiciaires;
- du coût élevé des frais de procédure ;
- de la dépendance économique, etc.

***- Au plan économique***

Pour promouvoir les droits économiques des filles et des femmes, le gouvernement a initié plusieurs projets en leur faveur :

- le projet de « formation des aides familiales » qui assure depuis décembre 1994 la formation de 40 filles par an en technique d'art ménager. L'âge des filles varie entre 14 et 18 ans. À la fin de la formation, celles-ci sont placées dans des familles comme domestiques et rémunérées de ce fait. À ce jour 200 filles ont bénéficié de l'encadrement du projet. Aujourd'hui le projet n'arrive pas à satisfaire les demandes d'aides familiales formulées par les familles (environ 200 demandes par an) d'où la nécessité d'accroître la capacité d'accueil du centre et d'encourager d'autres intervenants à agir dans le même sens ;
- Le projet « centres de production et de formation pour jeunes filles » qui a démarré ses activités en décembre 1994 vise la promotion socio-économique de la jeune fille non scolarisée ou déscolarisée. Deux promotions de filles ont été formées : la première de décembre 1994 à décembre 1996 a permis de recruter 1000 filles dont 946 ont pu terminer le cycle. La deuxième promotion de juillet 1998 à juillet 2000 a permis de former 471 filles. Ce chiffre est en deçà de l'objectif qui était de former 1000 filles par an. Cet objectif a été revu à la baisse en raison des difficultés d'encadrement. En outre, le programme initialement prévu pour durer une année s'étale en réalité sur deux ans parce que le centre prend le temps d'installer les filles en fin de formation, d'évaluer ses activités afin de tirer des enseignements pour le prochain recrutement.

En ce qui concerne les femmes, le souci a été de lutter contre la pauvreté en leur assurant des moyens de se procurer des revenus et leur permettre une indépendance économique. C'est ainsi que les projets et programmes intègrent les composantes suivantes :

- l'intensification de la culture agricole par l'aménagement des champs individuels et collectifs des femmes. C'est le cas par exemple du projet d'aménagement des terroirs et de conservation des ressources dans le plateau central (PATECORE) ;
- l'équipement d'unités économiques et de transformation. Ainsi par exemple, le projet National karité (PNK) a démarré ses activités depuis mai 1995 avec pour objectif global d'encadrer les femmes évoluant dans le domaine de la collecte des noix de karité, de production d'amande et de beurre de karité. Les principales activités sont : la formation (gestion, alphabétisation, droits ), le renforcement des capacités organisationnelles par la création de groupements villageois féminins et de fédérations et l'octroi de technologies appropriées (presses a karité). À ce jour le PNK est présent dans 21 provinces sur 45 et encadre 1340 groupements. *Cependant le PNK éprouve des difficultés dans la recherche d'une technologie appropriée pour la transformation des produits. En effet, les premières presses à karité fabriquées sur place se sont révélées inefficaces, les secondes importées sont d'un coût trop élevé* ;
- L'octroi de crédits et la mobilisation de l'épargne : les activités des femmes sont généralement financées par les structures mutualistes d'épargne et de crédit ainsi que par les ONGs. Le gouvernement à travers le FAARF a permis de provoquer une dynamique économique dans le monde féminin par l'émergence de petites unités de production. Depuis sa création en 1990, on note une évolution régulière des crédits accordés au fil des années. Le volume des crédits collectifs est passé de 2 300 000 FCFA en 1991 à 737 303 175 FCFA en 1996. Son niveau en 1999 est de 1 483 298 250 FCFA. S'agissant des crédits individuels, les montants accordés sur la période allant de 1991 au mois de septembre 2000 varient entre 23 170 000 FCFA en 1994 à 84 925 000 FCFA en 2000. De plus on note qu'au niveau de la répartition des crédits par secteur, celui du commerce est le plus financé suivi de celui de la transformation. En effet, sur un montant total de 7 031 399 225 FCFA

de crédits accordés, 3 136 467 500 FCFA (soit 44,6 %) l'ont été pour le secteur commerce et 2 784 802 650 FCFA (39,8 %) pour le secteur de transformation.

Au niveau des perspectives, le FAARF envisage ouvrir ses crédits aux Petites et Moyennes entreprises (PME) et accompagner certains de ses clients à évoluer vers la PME. *Malgré ces résultats positifs, les bénéficiaires relèvent des difficultés liées entre autres à :*

- *la lenteur dans la procédure d'octroi du crédit ;*
- *la durée trop courte du différé de remboursement (1 à 2 mois) ;*
- *la solidarité pour le remboursement des prêts collectifs pénalise les bons payeurs ;*
- *l'insuffisance de décentralisation des structures du FAARF.*

*La conduite d'une étude s'avère nécessaire dans l'optique de mieux cerner les difficultés.*

- L'accès à la terre est au plan théorique reconnu à la femme au même titre que l'homme par la loi sur la RAF. Dans la pratique, il s'agit d'un domaine presqu'exclusivement régi par la coutume si bien qu'il se pose toujours aux femmes un problème de sécurité foncière et de qualité de terres cultivables.

Le plan d'action national 1994-1998 pour l'accès des femmes aux services agricoles, mis en œuvre par le Ministère de l'Agriculture et des Ressources Animales a pour objectif global l'amélioration des conditions de vie et de travail des femmes rurales en vue de leur insertion dans le développement socio-économique. L'exécution du plan a permis au cours de la période :

- d'alphabétiser 17 411 femmes sur une prévision de 30 000 femmes (soit 58 %);
- d'encadrer 759 825 femmes en techniques de production sur une prévision de 340 000 femmes ; en conservation/transformation (11 754 femmes sur 31 700 prévus); en gestion (2 986 femmes sur 10 100 prévus); en fabrication de savon, teinture, embouche et maraîchage (13 493 femmes sur 21 000 prévus) ;
- de réaliser des voyages d'études (574 femmes sur une prévision de 5 700).

La principale difficulté qui n'a pas permis l'atteinte des résultats escomptés est celle de la mobilisation des ressources financières au point que les activités sont momentanément suspendues pour l'année 2 000 (DVA/MA, 2 000).

- En matière d'emploi les femmes constituaient en 1994 le tiers des effectifs du secteur public et étaient regroupées en proportion plus importante que les hommes dans les catégories subalternes. « *Malgré le principe consacré de l'égalité d'accès à l'emploi, il n'existe pas une politique nationale axée vers l'atteinte de cet objectif* ».

***- Au plan sanitaire***

Dans le domaine sanitaire, le gouvernement a adopté et pris certaines mesures politiques et juridiques visant entre autres l'amélioration de la santé de la reproduction : il s'agit de :

- l'adoption d'une politique de population en 1991 dont le volet « santé et nutrition » vise l'amélioration de la qualité de vie des populations ;
- l'adoption en 1992 d'une stratégie de renforcement des soins de santé primaire ou initiative de Bamako faisant une large place à la santé maternelle et infantile, à la planification familiale et à la participation communautaire dont celle de la femme ;
- la décentralisation du système de santé faisant du district sanitaire, l'entité opérationnelle ayant la capacité d'assurer entre autres les soins obstétricaux d'urgence en 1995-96 ;
- l'adoption d'une politique pharmaceutique nationale en 1996 mettant l'accent sur les médicaments essentiels génériques (MEG) ;
- la révision en 1996 du code pénal qui, en plus de l'avortement thérapeutique, légalise l'avortement en cas de viol, d'inceste et de malformations congénitales. Il crée en outre, de nouvelles infractions pour réprimer l'excision, le mariage forcé et le lévirat ;
- l'élaboration et l'exécution d'un programme national de santé maternelle et infantile (1994-1998) ;
- l'adoption d'une stratégie nationale de maternité sans risque (1998-2000) ;
- l'adoption d'une stratégie d'intervention en IEC/ MST-SIDA-VIH/PF/EVF (novembre 1996).

Malgré cette volonté politique affirmée, la situation de la santé de la mère reste préoccupante comme en témoigne :

- le taux de mortalité maternelle qui reste élevé. Il était estimé à 566 pour 100 000 naissances vivantes en 1991 et à 484 pour 100 000 en 1998-99. Les taux de mortalité maternels observés dans certaines régions sanitaires montrent que des disparités importantes existent. Les niveaux varient entre 93,8 pour 100 000 dans la région de Bobo-Dioulasso à 866 pour 100 000 dans la région sanitaire de Dori. Les principales causes de mortalité répertoriées en milieu hospitalier sont surtout les hémorragies (24,6 %), les infections (17,2 %) et les rétentions placentaires (16,1 %) ;
- la persistance des maternités à risque liée au faible taux de couverture obstétricale (31,8 % en 1998), prénatale (56,6 % en 1998) et postnatale (16,7 % en 1998) ;
- la persistance des maladies infectieuses et parasitaires traditionnelles et la malnutrition (14% des femmes en âge de procréer en 1996) ;
- les pratiques traditionnelles néfastes pour la santé des femmes et des filles telles que l'excision, le mariage forcé, le lévirat, etc. ;
- depuis 1990 la prévalence contraceptive n'a pas évolué de façon significative (3,4 % en 1991 ;4,0 % en 1993 et 5,8 % en 1998-99). Il en résulte pour la femme la persistance des grossesses rapprochées, multiples, précoces, tardives et non désirées ;
- la propagation de la pandémie du Sida aggrave la situation sanitaire de la femme.

Les raisons de cette situation sont entre autres :

- la non fréquentation des centres médicaux (48%) ;
- l'insuffisance numérique et l'inégale répartition des formations sanitaires sur le territoire national ;
- l'insuffisance du personnel médical : alors que l'OMS recommande un ratio de un (1) médecin pour 10000 habitants, le Burkina Faso comptait en 1997 un médecin pour 29250 habitants et un pour 23308 en 1998.
- l'insuffisance de la couverture en infrastructures sanitaires, des ressources humaines, matérielles et financières en quantité et en qualité ;
- la mauvaise coordination des actions de lutte malgré les efforts de financement assez appréciables dans le secteur de la santé ;
- la plupart des districts ne sont pas opérationnels.

Cette situation de la santé de la mère est aggravée ces dernières années par la propagation de la pandémie du VIH-SIDA. Une étude réalisée par le CNLS en 1995 à Bobo-Dioulasso fait ressortir que 8% des femmes enceintes sont porteuses du virus.

Dans le domaine de la planification familiale le Burkina Faso a élaboré depuis 1984 un plan d'action qui définit les grandes lignes de sa politique en la matière. La mise en œuvre a été confiée à la direction de la Santé de la Famille (DSF) qui travaille en partenariat avec les autres structures de la santé, les associations et les ONGs (ABBEF, APAF, ABSF, etc.).

Pour la période 1993-1998, la DSF a élaboré une stratégie de programme de Planification familiale à l'intention de plusieurs groupes cibles (mère, enfant, jeune scolaire, universitaire, personne du troisième âge, etc.). L'objectif national est d'atteindre un taux de prévalence contraceptive de 60 % d'ici l'an 2005. La DSF s'est fixée un objectif moins ambitieux de 15 % pour la même période avec une progression de 1 % tous les ans. Les données d'enquêtes nationales montrent que la prévalence contraceptive est passée de 4,2 % en 1993 (EDSBF, 1993) à 5,8 % en 1998-99 (EDSBF, 1998-99). Ces résultats n'avoisinent guère l'objectif minimal fixé par la DSF. D'où la nécessité de revoir les stratégies d'approche pour accélérer le processus.

***- Au plan de l'éducation***

Les évaluations dans le secteur de l'éducation ont révélé que, malgré les mesures prises par le gouvernement en faveur de la scolarisation des filles (création de la direction de la promotion de l'éducation des filles, élimination des stéréotypes sexistes des manuels scolaires, rénovation des contenus des manuels, distribution gratuite de fournitures scolaires, octroi de bourses aux filles en priorité), des disparités entre régions, entre garçons et filles persistent dans le système éducatif burkinabè. La mise en œuvre du projet « Écoles Satellites (ES) et Centres d'Éducation de Base Non Formelle (CEBNF) » à partir de 1995 s'inscrit dans la recherche de formules novatrices devant permettre de corriger ces disparités et d'accroître les capacités de l'enseignement primaire. Ces innovations visent l'intégration de l'école au milieu et le

relèvement des niveaux de scolarisation dans les provinces où le taux de scolarisation est inférieur ou égal à 25 % prioritairement.

L'ES représente le premier maillon du système éducatif formel dans les villages où il n'existe pas une école primaire classique. Elle s'implante à la demande des communautés à proximité d'une école primaire à cycle complet appelée à accueillir les sortants des ES au terme de la troisième année. L'ES accueille les enfants de 7 à 9 ans non scolarisés.

Le CEBNF est une structure d'éducation non formelle intégrant l'alphabétisation et l'apprentissage des métiers en rapport avec les besoins spécifiques et les capacités du milieu à assurer ces apprentissages. Il accueille les jeunes non scolarisés ou déscolarisés précoces (écoliers ayant quitté l'école avant le Cours Élémentaire 2ème année) de 9 à 15 ans.

Le fonctionnement des ES et des CEBNF est assuré à 3 niveaux :

- un comité de pilotage qui, au niveau central, définit les grandes orientations et coordonne les actions du projet ;
- un comité technique provincial de l'éducation de base qui gère les activités de l'innovation au niveau provincial ;
- un comité de gestion au niveau village qui gère l'école (mobilisation des ressources humaines, matérielles et financières ; travaux de construction ; entretien des infrastructures et de l'équipement, recrutement et suivi des apprenants ; identification et recrutement des enseignants, suivi de l'assiduité des maîtres ; etc.).

Pour le recrutement des apprenants, un effort particulier est fait en faveur des filles à hauteur de 50 % au moins de l'effectif total dans les ES ou les CEBNF.

En termes de résultats, on a pu relever que le nombre de classes des écoles satellites est passé de 38 en 1995/96 (1 222 élèves dont 580 filles) à 204 en 1999/2000 (11 369 élèves dont 4 600 filles). Au cours de la même période, le nombre de classes des CEBNF est passé respectivement de 28 (894 apprenants dont 401 de filles) à 40 (1 410 apprenants dont 550 filles). L'apprentissage des métiers est assuré par des artisans dans leur atelier. Le financement du projet est surtout assuré par l'UNICEF ; les autres bailleurs sont l'UNESCO, Plan International, la Coopération française, l'État et les communautés locales.

Les obstacles éventuels à la pérennisation de ces innovations relèvent de la motivation insuffisante (bas niveau de rémunération) des encadreurs et des coûts élevés de la construction et surtout d'équipement des ateliers d'apprentissage. La solution actuelle qui consiste à déplacer les apprenants dans les ateliers des maîtres artisans ne devrait être que transitoire.

***- Au plan social***

***<u>Exclusion sociale des femmes</u>***

Selon une récente étude réalisée par le SP-PAN on dénombre en 1999, 1 648 femmes dans les différentes structures hébergeant les femmes exclues de leurs groupes sociaux d'origine. Parmi les causes généralement évoquées à la base de l'exclusion de ces femmes (difficultés économiques, refus de mariage forcé, handicap, adultère, etc.) l'une d'elles mérite d'être stigmatisée en raison de son ampleur et de sa complexité. Il s'agit du phénomène dit de « mangeuses d'âmes ou sorcières » (75 % des femmes âgées que l'on retrouve dans les Centres sont concernées).

La pratique consiste dans certaines cultures, à l'occasion d'un décès, à rechercher les causes de la mort. Plusieurs procédés occultes sont utilisés parmi lesquels le port du cadavre qui doit désigner le coupable ou l'absorption de breuvages qui incitent aux aveux. Dans tous les cas, les conséquences sont, entre autres : l'exclusion du village - le bannissement - les coups et blessures ou coups mortels - la destruction des biens de la victime (exemple case incendiée). Fort curieusement, la plupart des accusées sont des femmes âgées, pauvres et sans soutien.

Au plan juridique, il n'y a pas de loi spécifique pour poursuivre les « détecteurs de sorcières ». Seules les conséquences sont pénalement caractérisées tels que les coups et blessures volontaires, les destructions de

biens d'autrui, etc. Malheureusement les victimes s'abstiennent de porter plainte par peur ou par ignorance des procédures.

Au plan administratif, un arrêté conjoint du Ministre de l'Action Sociale et de la Famille et du Ministre de l'Administration Territoriale en date du 21/7/1999 crée des Comités Provinciaux de lutte contre l'exclusion sociale dans le but de :

- promouvoir des activités de sensibilisation contre le phénomène de l'exclusion sociale ;
- mobiliser les ressources matérielles et financières pour lutter contre le phénomène ;
- créer et gérer les structures d'accueil des victimes ;
- suivre et coordonner les activités des associations et ONG, institutions publiques et privées oeuvrant pour la lutte contre l'exclusion sociale.

La composition du comité prend en compte toutes les couches sociales et professionnelles.

*Il serait souhaitable que le législateur intervienne en prenant une loi spécifique sur l'exclusion sociale des femmes dites « mangeuses d'âmes ».*

***Femmes en prison***

En 1998, 243 femmes étaient détenues dans les prisons au Burkina Faso avec un effectif important à Ouagadougou (114) et Bobo-Dioulasso (49) contre 4 seulement à Kaya. En 1999, le nombre était de 249 dont 106 à Ouagadougou, 58 à Bobo-Dioulasso et 9 à Kaya. Malgré cette présence des femmes dans les prisons, il n'existe pas de textes spécifiques les concernant. En dehors du fait que l'article 10 du Kiti An VI-103 du 1er décembre 1988 prévoit que les détenus doivent être séparés selon leur sexe et leur âge, elles vivent dans les mêmes conditions de détention que les hommes. Dans la pratique seule la prison de Ouagadougou dispose d'un quartier pour femmes et celle de Bobo-Dioulasso d'une simple cellule. Deux autres cellules seraient en voie d'achèvement à "Koudougou" et à Dédougou.

Il faut reconnaître que malgré les tentatives de solutions, les conditions de détention des femmes restent précaires.

**e) – Amélioration des conditions de vie des enfants**

***- Soutien aux parents***

Autrefois, l'éducation de l'enfant était assurée par toute la communauté à travers des cadres appropriés tels que les rites initiatiques, les contes autour du feu de bois. Du fait du modernisme, ces cadres ont tendance à disparaître et l'éducation de l'enfant incombe de plus en plus aux seuls parents géniteurs. Or cette famille nucléaire rencontre de plus en plus de difficultés dans l'éducation des enfants en raison du manque de temps (lorsque les deux parents travaillent), de la pauvreté, de l'instabilité et de la précarité de la cellule familiale (divorce, séparation, décès, etc.), de l'insuffisance de dialogue dans les couples et de l'évolution du code des valeurs et des connaissances qui rendent les parents peu outillés pour l'éducation de leur enfant dans le monde actuel. Pour aider les parents à mieux jouer leur rôle d'éducateur les mesures suivantes ont été prises :

- l'adoption d'un programme d'éducation en matière de population qui a débuté en 1986 mais dont l'exécution se poursuit à ce jour. La thématique « population, sexualité, vie familiale et sociale » du programme, tend à promouvoir la vie familiale et la condition de la femme.
- L'élaboration d'une politique nationale d'éducation à la vie familiale adoptée en 1997 dont l'un des objectifs est de contribuer à la stabilité de la famille burkinabè et de favoriser les attributs du pouvoir de dialogue et du jugement au sein de la famille et de la société.

Par ailleurs, l'État apporte un soutien financier aux familles pour les aider dans l'éducation des enfants. Ainsi, les enfants des travailleurs (agents publics et privés) bénéficient d'une allocation familiale qui est passée de 700 FCFA à 1000 FCFA en 1988 avec une limitation à six (6) enfants par famille. Il faut relever que cette prestation est non seulement modique mais ne concerne pas la majorité des enfants dont les parents sont agriculteurs ou relèvent du secteur informel. Aussi convient-il de la généraliser et d'en relever le montant. Il existe également au sein du MASF une caisse de solidarité nationale pour venir en aide aux familles nécessiteuses. En terme de bilan, cette caisse a pu entre 1991 et 1995 soutenir 600 écoliers. Ce nombre est

passé à 1500 pour la période 1995-97 soit un taux progressif de 15 %. Elle connaît aujourd'hui des difficultés d'approvisionnement faute d'une définition claire des sources de financement.

On peut aussi citer le Comité National de Secours, d'Urgence et de Réhabilitation (CONASUR) institué pour soutenir les familles victimes de catastrophes naturelles (incendies, inondations, etc.). Il comporte des structures décentralisées (provinces, départements, villages). À titre d'exemple, le CONASUR est intervenu pour l'année 1999 dans les domaines suivants : incendies (4 cas ayant touché 236 personnes) – 12 cas d'inondation ayant sinistré 3 000 personnes – 10 dégats de faune ayant détruit les propriétés de 120 personnes – des cas de famine dans trois provinces (Kompienga, Kénédougou et Tapoa). En novembre 1999 le CONASUR est intervenu pour aider les rapatriés de Tabou (République de Côte d'Ivoire) au nombre de 16 236 personnes environ dont 80 % étaient des femmes et des enfants.

La célébration des journées de la famille (15 mai), de l'enfant (16 juin) et de la population (11 juillet) sont autant d'occasions pour l'État de manifester sa contribution à l'épanouissement de la famille.

***- Séparation de l'enfant avec les parents***

En cas de séparation des parents (non mariage, divorce, séparation de corps) la loi organise la garde de l'enfant en ne tenant compte que du seul intérêt supérieur de celui-ci. Dans la plupart des cas, une enquête est diligentée dans le but de décider au mieux de cet intérêt. L'octroi systématique du droit de visite et d'hébergement au profit du parent qui n'a pas la garde obéit aux droits de l'enfant de maintenir les contacts avec ses deux parents. Des sanctions sont prévues (délit de non représentation d'enfant) à l'encontre de celui qui fait obstacle à l'exercice du droit de visite.

Enfin, le parent qui n'a pas la garde de l'enfant a l'obligation de payer une pension alimentaire dont le montant est fixé par le juge en tenant compte des besoins de l'enfant et des ressources du débiteur. Toutefois, il subsiste des problèmes de recouvrement liés, la plupart du temps, à l'insolvabilité des débiteurs et à la non reconnaissance des enfants par leurs géniteurs.

Au plan international, le Burkina Faso a signé des accords judiciaires qui permettent, sous réserve de l'accomplissement de certaines formalités, de recouvrer les pensions alimentaires à l'étranger (Traité OCAM du 12 septembre 1961 signé entre 12 pays africains et l'accord judiciaire Mali-Haute Volta du 23 novembre 1963).

Seulement une minorité de la population jouit de cette protection en raison de la méconnaissance des textes et de la difficulté d'accès aux services (services des huissiers, services de la justice, etc.) chargés de l'appliquer.

***- Enfants privés du milieu familial***

Les enfants concernés sont notamment des orphelins, des enfants abandonnés ou de mères malades mentales. Les données fournies par l'enquête d'évaluation effectuée en 1998 par le SP-PAN/Enfance, révèle une persistance du phénomène d'abandon d'enfants avec une tendance à la hausse : 254 en 1996 et 325 en 1997 soit une progression de près de 28 %. Le phénomène se manifeste de façon plus inquiétante dans la province du Kadiogo (220 en 1996 et 298 en 1997 contre seulement 1 en 1996 et 1 en 1997 dans la province de la Bougouriba). Quant aux orphelins on dénombrait 2 936 orphelins partiels et 587 orphelins complets entre 1996 et 1997. La situation des orphelins est aggravée ces dernières années avec l'accroissement de leur nombre du fait de la pandémie du Sida. Selon les données de l'ONUSIDA, **le Burkina Faso comptait en 1998, 200 000 orphelins du Sida.**

Pour protéger ces catégories d'enfants il existe deux procédures : l'adoption et le placement

***<u>Adoption</u>***

Le code des personnes et de la famille organise l'adoption de manière à protéger l'intérêt de l'enfant. En outre, le Burkina Faso a ratifié les deux conventions de la Haye sur les aspects civils de l'enlèvement international et sur l'adoption internationale respectivement en 1994 et 1996. Par la suite, il a été créé en 1997 un Comité Interministériel chargé du suivi et de l'application desdites conventions. Ce Comité a élaboré

un projet de texte portant sur la création d'une autorité centrale pouvant répondre de la question de l'enlèvement et de l'adoption internationale au Burkina Faso.

Les données disponibles montrent une prédominance de l'adoption internationale sur celle nationale. Ainsi, de 1991 à 1997 on dénombre 263 adoptions internationales contre seulement 51 nationales (enquête d'évaluation du SP-PAN, 1998). Cette situation s'explique par le fait que l'adoption telle qu'organisée par la loi est inconnue des mœurs du pays. En effet, il est inconcevable qu'un enfant puisse intégrer une famille autre que celle de ses parents géniteurs au point d'en porter le nom et d'hériter d'elle. Par contre le système du confiage d'enfant est très répandu. Il permet d'accueillir un enfant et de l'élever jusqu'à la majorité sans aucune contrepartie. Au regard des difficultés liées à l'adoption étrangère, un arrêté interministériel a été pris en 1994 à l'effet d'en assurer un certain contrôle notamment par l'exigence d'une enquête sociale sur l'adoptant et l'envoi du dossier par voie officielle (Ministère des Affaires Étrangères, MJ).

***Placement***

En marge de l'adoption, il est de plus en plus fait recours au système de placement qui consiste à confier un enfant à une institution ou à une famille. Le suivi est assuré par les services techniques du Ministère de l'Action Sociale et de la Famille et du Ministère de la Justice. Il existe quatorze orphelinats sur tout le territoire national.

Le placement familial ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique. Face à ce vide, il a été élaboré courant année 1999 un projet de texte portant réglementation du placement familial en attente d'être adopté.

D'ores et déjà l'AEC est entrain d'expérimenter depuis octobre 1999 le placement familial. C'est ainsi que 40 jeunes filles en difficulté ont été placées dans des familles qui bénéficient d'un soutien matériel pour l'éducation et la prise en charge de ces filles. Celles-ci bénéficient d'un encadrement socio-professionnel dans un centre AEC situé à Somgandin.

L'expérience du Village d'enfants SOS mérite d'être citée. Créé en avril 1997 le village d'enfants SOS encadre aujourd'hui 127 enfants de 2 à 15 ans. L'objectif est d'offrir aux enfants orphelins et en détresse une famille, un foyer et une préparation solide à une vie entièrement autonome. La stratégie consiste à répartir les enfants dans des maisons familiales autour d'une mère, d'une tante avec des frères et sœurs. L'ensemble des maisons (au nombre de 12) constituent le village avec un jardin d'enfants, une école primaire, un dispensaire, etc. Dans ce village les enfants retrouvent le cadre d'une vraie famille où ils évoluent jusqu'à leur insertion dans la vie sociale et économique. La stratégie permet de limiter l'adoption étrangère et de maintenir l'enfant dans son cadre naturel.

***- Enfants handicapés***

L'objectif dans ce domaine était de *« Contribuer à la protection sociale ainsi qu'à la promotion économique des enfants en danger moral ou handicapés ».*

Aux termes de la Zatu N 86/CNR/PRES du 16 janvier 1986,le handicap est défini comme toute atteinte sensorielle ou mentale dûment constatée par les services de santé. Le recensement de la population et de l'Habitation de 1996 a dénombré 168 698 personnes handicapées toutes catégories confondues sur une population totale de 10 312 609 soit 1,6 %. Il constatait également un accroissement de 33,5 % du nombre de personnes handicapées entre les deux recensements (RGP de 1985 et RGPH de 1996). La population féminine qui souffre d'un handicap quelconque s'élève à 80 826 ce qui représente 48 % du total de la population des personnes handicapées. Parmi cette catégorie de population, 18,3 % ont moins de 10 ans.

La politique sociale a été longtemps axée sur l'assistance aux personnes handicapées tant de la part de l'État (institution d'une carte d'invalidité donnant droit à des avantages dans les domaines de l'éducation, de la santé, du transport, subvention des activités de certaines associations, etc.) que des Associations et ONGs. Cette politique ayant prouvé ses limites, il est envisagé à l'heure actuelle une réorientation par la mise en oeuvre d'un programme de protection et de promotion des personnes handicapées avec une stratégie de Réadaptation à Base Communautaire (RBC). Elle consiste en l'intégration des personnes handicapées au sein de leur communauté dans tous les domaines (santé, éducation, etc.) et à la lutte contre les tabous et les préjugés dont elles sont l'objet. D'ores et déjà il a été fait un recensement de toutes les associations des

personnes handicapées et leur regroupement en Fédération Burkinabè des Associations pour la promotion des personnes Handicapées (FEBAH). Ce qui répond à un début d'exécution de l'Objectif qui est *« d'encourager la création d'association de personnes handicapées dans les 45 provinces »*.

Un projet de plan d'action prévoit la création de comités RBC comprenant des membres de la famille du village ou du quartier. Le suivi sera assuré par des agents de l'Action Sociale formés à cet effet. Il faut enfin signaler le développement ces dernières années du sport pour personnes handicapées ayant permis la participation du Burkina Faso à des compétitions internationales.

D'une manière générale, il faut relever la complexité du domaine eu égard à la diversité des handicaps nécessitant des besoins spécifiques pour chaque groupe. On relève toutefois une insuffisance d'application des textes existant qui devraient permettre aux personnes handicapées de jouir des avantages sociaux qui leur sont reconnus.

**f) – Éducation, alphabétisation et formation professionnelle**

***- Éducation préscolaire***

L'éducation préscolaire est présente au Burkina Faso depuis 1958. Elle a connu un certain développement à partir de 1985 avec la construction de garderies populaires. Mais malgré les efforts consentis par les pouvoirs publics, les agences de coopération et les promoteurs privés, le développement de l'éducation préscolaire reste encore faible du fait probablement de son caractère urbain. Les structures préscolaires fonctionnelles recensées en 1998 se chiffrent à 154 dont 80 relèvent du secteur public. La proportion des enfants de 3-6 ans du préscolaire était de 0,7 % en 1991 et de 0,8 % en 1995. Pour l'année 1997, 1,4 % d'enfants d'âges préscolaires fréquentent effectivement le système. Les niveaux observés restent relativement bas à cause, entre autres, du sous-équipement en matériel didactique, du manque d'articulation entre le préscolaire et le primaire, de l'absence de corps d'encadrement pédagogique spécialisé, du coût, etc.

***- Éducation primaire***

L'offre éducative au Burkina Faso est l'une des plus faibles de la sous-région. À la rentrée scolaire 1998-99, le taux brut de scolarisation au primaire est estimé à 40,5 % au niveau national avec d'importantes disparités entre garçons et filles. Pour la même année, 33,6 % des filles contre 47,1 % des garçons étaient scolarisés. L'évolution des taux de scolarisation au cours de la décennie a connu deux phases. Une première phase caractérisée par une légère augmentation de la proportion d'enfants scolarisés de 1990-91 (TBS de 32,9 %) à 1996-97 (TBS de 40,0 %) ; et une deuxième phase où on constate une relative stabilité du niveau du TBS d'environ 40 % à partir de la rentrée scolaire 1996-97. Les proportions de filles scolarisées augmentent faiblement : elles passent en effet de 26,1 % en 1991-92 à 28,1 % en 1993-94 puis à 32,2 % en 1996-97.

Plusieurs raisons expliquent la sous scolarisation des filles parmi lesquelles on peut citer les pesanteurs socioculturelles liées au statut de la fille. La faible capacité d'accueil et les coûts de l'éducation qui font que le garçon sera privilégié.

***- Enseignement secondaire et supérieur***

L'enseignement secondaire présente les mêmes insuffisances que celui primaire. Bien qu'ayant amorcé une hausse notable passant de 8,6 % en 1992-93 à 11,1 % en 1998-99, le taux de scolarisation pour ce niveau d'enseignement reste très faible. Tout comme au primaire, la part des filles scolarisées au secondaire augmente de façon lente : 6,1 % en 1992-93 - 6,5 % en 1993-94 – 6,9 % en 1994-95 – 7,4 % 1995-96 - 8,5 en 1998-99.

Au niveau de l'enseignement supérieur, le taux de scolarisation demeure très faible avec un niveau d'environ 0,8 % en 1998-99 dont 0,3 % pour les filles et 1,4 % pour les garçons. La proportion des étudiantes avoisine 22 %. Le contingentement des bourses attribuées aux étudiants depuis 1991, le manque de débouchés, le sous-équipement des services de documentation, le faible développement des infrastructures et services sociaux (logement, santé, transport, etc.) ont contribué à réduire de façon « drastique » les chances d'accès à l'Université. Ces dernières années, on a vu se créer un certain nombre d'établissements d'enseignement

supérieur privé dans le domaine de la technique (informatique, gestion, etc.). Ils aident à résoudre le problème de la formation de niveau supérieur dans les domaines qui restent aujourd'hui des secteurs de pointe. Cependant, ces établissements ne sont pas accessibles au plus grand nombre en raison de leurs coûts très élevés (frais de scolarité variant entre 200 000 FCFA et 500 000 FCFA par an).

À côté de l'enseignement supérieur national on peut noter aussi dans le pays, l'existence de structures d'enseignement supérieur à vocation régionale et inter-étatique. Ces établissements (ETSHER, EIER, IPD/AOS, CIERRO, etc.) accueillent des étudiants en provenance non seulement du Burkina Faso, mais également des pays membres.

Dans sa globalité, des efforts importants sont déployés par le pays qui consacre 3,74 % de son produit intérieur brut aux dépenses d'éducation ; la moyenne africaine étant de 3,69 %. Malgré cela, le niveau de scolarisation est l'un des plus faibles de la sous-région. le système éducatif connaît en effet, d'importantes déperditions. Pour 1 000 enfants accédant la première année du primaire (CP1), 386 atteignent la fin du cycle (CM2) parmi lesquels 105 sans redoublement. Il se pose dès lors un problème d'adaptation du système éducatif lié à la qualité de l'enseignement au coût et au nombre d'années élevées pour former un diplômé (12,3 ans au lieu de 6 ans). Le taux de passage du primaire au secondaire est très bas (32,1 % en 1996-97) et le taux de réussite au BEPC était de 37,6 % en 1998 et de 42,6 % en 1999. Quant au Baccalauréat, il atteignait 24,7 % en 1998 et de 30,8 % en 1999.

***- Éducation non formelle***

L'éducation de base non formelle vise, entre autres, à accroître la productivité des bénéficiaires par la maîtrise fonctionnelle de la lecture et de l'écriture; à promouvoir l'auto-apprentissage; à élever le capital de savoir et de savoir faire qui sont des conditions favorables aux innovations et aux réformes porteuses de progrès ; à promouvoir la culture nationale par l'usage des langues nationales comme langues d'alphabétisation. Elle est dispensée dans les centres de formation des jeunes agriculteurs, les centres permanents d'alphabétisation et de formation, les CEBNF, etc. Les résultats atteints restent faibles malgré ces efforts. En effet, le taux d'alphabétisation des femmes qui avoisinait 10 % en 1991 (ED, 1991) atteint à peine 13 % en 1998 (EDSBF, 1998-99). L'alphabétisation est confrontée à l'insuffisance de la coordination des activités d'alphabétisation imputable à la multitude d'intervenants ; l'insuffisance des financements ; la non utilisation des alphabétisés dans les projets de développement des communautés, etc.

***- Formation professionnelle***

La formation professionnelle est pratiquement insignifiante dans le système éducatif au Burkina Faso, la plupart des métiers, surtout ceux du secteur informel (menuiserie, maçonnerie, mécanique, etc.) s'apprennent sur le tas. Les formations professionnelles après le primaire, du niveau du secondaire, sont toutes situées en zone urbaine pour les trois quarts à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, les deux plus grandes villes du pays. Dans ce type de formation, les filles sont proportionnellement plus nombreuses que les garçons. En effet, il s'agit généralement des formations administratives ou sociales (secrétariat, dactylographie, métiers d'infirmiers et de sage femme) considérées comme des « métiers féminins ».

**g) – Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles**

On regroupe dans cette catégorie les enfants en marge de l'organisation sociale qui courent des dangers d'ordre physique, moral, psychologique et autres.

Le phénomène prend de l'ampleur en raison de l'urbanisation galopante, de la pauvreté, des conflits de génération, de l'éclatement de la cellule familiale et de la persistance de certaines pratiques traditionnelles (filles mères, mariage forcé, etc.).

Il s'agit généralement d'enfants vivant ou travaillant dans la rue, les enfants victimes de toutes les formes d'exploitation (économique, sexuelle, etc.) et les enfants en conflit avec la loi.

***- Enfants vivant ou travaillant dans la rue***

*Les objectifs étaient d'« Encadrer 3 000 jeunes de 12 à 20 ans en circonstance particulièrement difficile dans les structures fermées, semi-fermées et ouvertes » ; « d'installer 100 jeunes sortants des centres de rééducation ».*

L'enfant vivant dans la rue est celui pour qui la rue est devenue la demeure habituelle ; tandis que l'enfant travaillant dans la rue a des attaches familiales connues. Ce dernier exerce parfois des petits métiers le jour (cireur, marchand ambulant, gardien d'engins, etc.) et retourne en famille le soir.

L'encadrement de ces jeunes a débuté dans les années 60 avec la création de la maison de l'Enfance d'Orodara et plus tard l'INEPRO en 1987. Ces Centres fermés ont pour vocation l'accueil, la protection, l'éducation et l'encadrement de jeunes en difficulté.

Au fil du temps l'on a dû se rendre à l'évidence que l'ampleur et la complexité du phénomène commandaient d'autres stratégies. Ainsi, le Gouvernement, avec la contribution de l'UNICEF et des ONG Enfant du Monde (EDM) et Aide à l'Enfance Canada (AEC), a mis en œuvre à Ouagadougou, depuis 1991, un projet pilote Action Éducation en Milieu Ouvert (AEMO) visant la réinsertion socio-économique des jeunes en difficulté.

Le rapport d'exécution du projet pilote AEMO présenté en 1994 en Conseil des Ministres, a été positivement apprécié ; ce qui a convaincu les autorités à étendre ses activités dans les villes de Bobo-Dioulasso et Koupéla courant année 1996-1997. L'analyse des résultats de l'enquête d'évaluation de 1998 indique que 2 547 enfants de/dans la rue ont été encadrés en 1997 contre 2 225 en 1996 soit un taux de progression de 14,5 %. Au total, 1789 enfants (dont 23,5 % de filles) ont pu être installés dans des activités diverses (soudure, élevage, maraîchage, couture, etc.). Cependant, il faut signaler que l'assistance financière attendue pour l'extension de cette expérience n'a pas été entièrement mobilisée au cours de la période.

Depuis avril 1997, le projet conjoint AEMO-Croix Rouge Belge-Croix Rouge Burkinabè a permis de renforcer les activités de la stratégie AEMO à Ouagadougou.

Le répertoire national des structures oeuvrant à l'éducation de la jeunesse urbaine et défavorisée et marginalisée élaboré en février 2000 par le MEBA dénombre au total 110 structures sur le territoire national qui interviennent dans le domaine de la réinsertion sociale des enfants en difficulté. Parmi ces structures, Il faut souligner l'expérience de Aide à l'Enfance Canada (AEC) qui, depuis 1993, dispose d'un programme planifié pour l'éducation des enfants de la rue. Selon les informations disponibles, 92 enfants ont été recrutés entre 1993 et 1999. Parmi eux, 85 (soit 92,4 %) ont été installés.

Depuis juillet 2000 l'AEC expérimente une autre stratégie à travers un projet dénommé « Défi 2000 » dont l'objectif est de contribuer à la réinsertion sociale de 200 enfants en circonstance particulièrement difficile de la ville de Ouagadougou. La nouvelle stratégie tient compte de l'aspect multidimensionnel du phénomène des enfants de la rue et associe tous les acteurs impliqués ou engagés dans la lutte contre l'exclusion sociale des enfants. A ce titre, le projet connaîtra la participation effective de 10 associations nationales intervenant dans le domaine, l'implication effective des services techniques de l'Etat et des autorités Communales, des ONG et des professionnels en Sciences Sociales.

*La stratégie comporte deux étapes*

- l'étape de stabilisation du comportement qui se déroule à Somgandé, au site du projet d'insertion sociale de l'Aide à l'Enfance Canada. Elle dure 4 mois ;
- l'étape de placement des jeunes auprès des associations nationales d'insertion. Ces associations qui ont participé au processus de stabilisation de leur comportement auront beaucoup plus de facilité pour leur encadrement socio-professionnel.

Parallèlement au système d'encadrement et d'installation, il existe le système de Parrainage qui permet d'assurer aux enfants en difficulté un minimum de sécurité matérielle et morale : 10 enfants ont été parrainés en 1995 ; 20 enfants en 1996 et 60 enfants en 1997 (Rapport d'évaluation de 1996-97). Les statistiques fournies par la direction Provinciale de l'Action Sociale et de la Famille du Kadiogo (DPASF/K) indiquent que 175 enfants ont été parrainés au cours de la période 1999-2000 dans la seule province. Au regard de ces

statistiques l'on est en droit de penser que l'objectif de parrainer 100 enfants est largement atteint. En marge de l'État, plusieurs ONGs intègrent le parrainage dans leurs stratégies d'intervention auprès des enfants vivant ou travaillant dans la rue. On peut citer à titre d'exemple :

- le Plan International présent au Burkina Faso depuis 1976 compte en l'an 2000, 40888 enfants parrainés répartis dans 396 villages ;
- le Borne Fonden encadre à la date du 1er novembre 2000, 8571 enfants parrainés dans 2 provinces (Boulgou et Koulpelogo) avec pour perspectives d'atteindre 12000 enfants en 2002 ;
- le Save the Children UK œuvre en matière de parrainage dans la région de Saponé (50 km au Sud de la capitale Ouagadougou) et compte 1000 enfants parrainés.

Tous ces intervenants ont évolué dans leurs stratégies de parrainage. Ainsi l'enfant n'est plus le seul bénéficiaire de la prise en charge assurée par le parrain, les fonds sont collectés pour la réalisation de projets (construction d'écoles, de dispensaires, de forages, etc.) au profit de toute la communauté.

Malgré ces efforts, le nombre de ces jeunes est en progression. En effet, une enquête menée par le Ministère de l'Action Sociale et de la Famille en 1990 dénombrait 3 000 jeunes dans la rue à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso tandis qu'une autre enquête effectuée en 1997 par la Croix Rouge de Belgique et du Burkina recensait 3 730 jeunes dans la seule ville de Ouagadougou. ***Il s'avère nécessaire de coordonner les interventions, de revoir les stratégies d'encadrement des enfants et de s'attaquer aux causes profondes de la présence des enfants dans la rue.***

***- Enfants en prison***

Le régime de responsabilité pénale des mineurs est réglementé par la Loi N° 19-61 AN du 9 mai 1961 relative à l'enfance délinquante ou en danger. Cette loi prévoit un régime spécial de responsabilité, une procédure particulière et des peines adaptées. Toutefois, on peut constater qu'en certains points, elle comporte des insuffisances. Ainsi, il est prévu que le mineur de plus de 16 ans et de moins de 18 ans qui a agi avec discernement soit considéré comme responsable au même titre que le majeur et passible des peines de droit commun. Cette disposition qui assimile le mineur au majeur permet au plan théorique de condamner un mineur à la peine capitale. Même si au Burkina Faso, on ne relève aucune condamnation du genre, cette disposition qui constitue une porte ouverte devrait être modifiée. De même au niveau de la procédure, l'exigence d'une enquête sociale préalable au jugement pénalise à certains égards le mineur en raison :

- de la lenteur due au manque de moyens matériels et humains des services sociaux. Pour la ville de Ouagadougou, la conduite de l'enquête sociale est confiée à deux assistantes sociales seulement ;
- du manque d'infrastructures d'accueil de l'enfant au cours de l'enquête sociale qui, la plupart du temps, est détenu à la maison d'arrêt et de correction. Cela explique en partie, le nombre de plus en plus élevé de mineurs en prison. En effet, le pourcentage des mineurs détenus (condamnation ou détention préventive) est passé de 7,6 % en 1993 à 18,9 % en 1999. De même, les condamnations sont passées de 5,1 % en1993 à 17,5 % en 1997 (DAPRS/MJ)**.**

S'agissant du régime de détention des mineurs, il est organisé par le Kiti N°103 du 1er décembre 1988 qui prévoit des quartiers séparés pour mineurs et un régime particulier de détention sur le plan santé, éducation, formation professionnelle et régime alimentaire. A ce sujet, on constate un effort d'amélioration de la situation des enfants en détention. Pour la période 1996 - 1997 les mesures suivantes ont été prises :

- la construction de deux (2) cellules de garde à vue pour jeunes dans deux Commissariats de Ouagadougou ;
- la réalisation de deux (2) quartiers pour mineurs, équipés de forages dans les maisons d'arrêt et de correction de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso et cinq (5) cellules pour mineurs dans cinq autres juridictions ;
- la création d'un service social à la MACO, etc.

***-Enfants exploités***

***<u>Travail des enfants</u>***

En Afrique, il est culturellement admis que le travail constitue un apprentissage de la vie, un facteur de socialisation, si bien que la notion du travail des enfants mérite d'être précisée. En effet, il s'agit de lutter contre l'exploitation économique des enfants et de les protéger contre les dangers d'ordre physique, moral,

psychologique auxquels ils sont exposés, que ce travail soit rémunéré ou non. Selon le BIT 51,1 % des enfants au Burkina mènent une activité économique. Au recensement de 1996, sur un effectif 8 104 236 personnes actives, 1 910 235 sont des enfants soit environ un actif sur 4 (INSD).

Le Burkina Faso a ratifié au plan international :

- la Convention OIT n°5 sur l'âge minimum dans l'Industrie (1960) ;
- la Convention OIT n°138 sur l'âge minimum d'admission à l'emploi (1997) ;

Il a également souscrit à des programmes sous régionaux de lutte contre le travail des enfants. Il s'agit :

- du Programme IPEC « contribuer à l'éradication du travail des enfants au Burkina Faso » ;
- du Programme sous-régional « action contre le travail des enfants grâce à l'éducation de base » ;

Au plan national, le Code du Travail prévoit des dispositions spécifiques sur l'âge et les conditions de travail des enfants. Ainsi, l'âge minimum pour travailler dans le secteur informel est de 14 ans alors qu'aux termes de l'article 3 de la Convention OIT n°138 l'âge d'admission à l'emploi « ne devra pas être inférieur à l'âge auquel cesse la scolarité obligatoire, ni en tout cas à 15 ans ». La scolarité étant obligatoire jusqu'à 16 ans au Burkina, une relecture du Code du Travail s'impose.

Il est à noter qu'un projet de plan d'action national est en préparation au Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité Sociale. Ce plan comporte des plans sectoriels qui sont :

- le Travail des enfants dans l'agriculture et l'élevage ;
- le Travail des enfants apprentis dans les métiers à risque ;
- le Travail des petites filles en milieu urbain ;
- le Travail des enfants dans l'orpaillage.

Le travail des enfants prend de plus en plus la forme de trafic à des fins d'exploitation économique, sexuelle et autres. Selon une étude récente du METSS réalisée en mars 2000, le trafic des enfants s'opère à deux niveaux :

- au plan interne à travers le confiage d'enfants comme domestiques ou aides familiales, le louage d'enfants dans l'agriculture et d'activités cachées telles la prostitution, la pornographie ;
- au plan international, il s'avère que le Burkina Faso est un pays fournisseur, récepteur et de transit pour le trafic des enfants. Il n'existe pas une législation nationale spécifique pour réprimer le phénomène. Cependant, la réflexion est en cours au METSS. Elle s'inspire de l'expérience très avancée de certains pays tels le Bénin et le Mali. À cet effet, le Burkina Faso a adhéré au Programme sous-régional « lutte contre le trafic des enfants à des fins d'exploitation de leur travail dans les pays d'Afrique Occidentale et Centrale ». En outre l'Assemblée Nationale vient d'adopter et la Convention n°182 sur l'élimination des pires formes de travail des enfants (décembre 2000).

***<u>Enfants utilisés dans le trafic des drogues</u>***

Le trafic et l'usage illicite des drogues et des stupéfiants constituent une préoccupation au Burkina Faso. D'abord, de part sa position géographique le Burkina Faso est un pays de transit pour les drogues dures (héroïne et cocaïne) ; ensuite du fait de la crise économique, les jeunes s'adonnent de plus en plus à la drogue. Les consommateurs de drogues se recrutent également chez les paysans, les orpailleurs et les routiers pour vaincre la fatigue des durs travaux.

Pour lutter contre le fléau, les mesures suivantes ont été prises :

- la création en juillet 1993 d'un Comité National de Lutte contre la Drogue (CNLD) doté d'un Secrétariat Permanent autonome. Il est placé sous la tutelle administrative du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité (MATS). Le CNLD poursuit, entre autres objectifs, le renforcement de la protection des enfants contre l'exploitation et les violences sexuelles ;
- La ratification des conventions internationales à savoir la convention unique sur les stupéfiants de 1961, la convention de 1971 sur les substances psychotropes et la convention de 1988 sur le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes ;
- l'adoption d'une politique nationale de lutte contre la drogue en 1994. La stratégie adoptée privilégie :
    - la concertation et la collaboration entre intervenants au plan national et régional ;
    - la recherche sur le phénomène ;
    - la prévention par la sensibilisation ;

- la répression ;
- la prise en charge et la réinsertion sociale
- la formation des intervenants (gendarmes, policiers, douaniers, eaux et forêts, magistrats, etc.)

- l'adoption de la loi N 017/99/AN du 29 avril 1999 portant code des drogues. Ce code prévoit en son article 63, des peines d'emprisonnement et/ou d'amende à l'encontre de ceux qui sciemment fournissent à un mineur l'un des inhalants chimiques toxiques figurant sur la liste établie par le Ministre de la santé. De plus, l'article 64 prévoit que le fait d'utiliser un mineur dans la production ou le trafic des drogues constitue une cause d'aggravation des peines ;
- la commémoration annuelle de la journée mondiale (26 juin) de lutte contre la drogue autour d'un thème précis.

Toutes ces initiatives ont contribué à faire prendre conscience aux populations des dangers liés à la consommation de la drogue. Cependant on note une persistance du phénomène au regard de l'importance des quantités de drogue saisies. Ainsi le poids de « canabis » saisi au Burkina Faso est passé de 8,355 kg en 1988 à 218 kg en 1992 (SP-CNLD, 1999). À la date du 31 décembre 1998, il a atteint 2,159 tonnes. Celui de l'héroïne est passé de 110 grammes en 1986-93 à 240 grammes pour la seule année de 1998. Concernant les comprimés d'amphétamines, le nombre a connu une augmentation très accélérée entre 1991 (17 272 comprimés) et 1993 (484 211 comprimés) et depuis, une tendance à la baisse est observée jusqu'en 1998 (346 903 comprimés).

Force est de constater que la lutte menée par le CNLD ne prévoit pas de stratégies particulières à l'endroit des enfants. Mieux, aucune évaluation ne permet de mesurer l'impact de son action sur les enfants en tant que consommateurs ou intermédiaires dans le trafic. Leur protection s'intègre dans le cadre global.

**h) - Protection des enfants en cas de conflit armé**

Le Burkina Faso accueille de plus en plus des réfugiés parmi lesquels des enfants et des femmes. Selon les informations disponibles au HCR/Burkina, le pays compte à l'heure actuelle 700 réfugiés (en provenance du Tchad, de la République Démocratique du Congo, du Togo, du Mali, du Niger, etc.) dont un tiers sont des enfants. La politique du HCR à l'endroit de ces enfants comprend :

- La recherche des membres de la famille en vue de la réunification familiale ;
- La prise en charge psycho-traumatique ;
- Le soutien pour leur scolarité. Ainsi pour l'année 1999-2000, le HCR a pris en charge 100 élèves du primaire, 20 du secondaire et 70 enfants dans les centres de formations et universitaires ;
- L'éducation à la culture de la paix dans le but d'éviter que les enfants ne développent un esprit de vengeance.

En dehors du problème des réfugiés, le Burkina Faso vient d'enregistrer un retour massif de rapatriés de Tabou (Côte d'Ivoire) et récemment des expulsés de la Libye. A défaut de dispositif d'accueil, la gestion a été confiée au CONASUR et à ses structures déconcentrées que sont les Comités Provinciaux de Secours d'Urgence et de Réhabilitation (COPROSUR). A noter que cette structure ne dispose pas de moyens techniques et humains formés à cet effet. Devant l'urgence, un certain nombre d'agences des Nations Unies se sont réunies pour réfléchir sur des solutions appropriées. Ainsi, le CONASUR a pu mobiliser pour les rapatriés de Tabou 151 millions de FCFA dont 95 millions provenant des partenaires au développement (UNICEF, PAM, Croix Rouge, Catwell, Save the Children, etc.) et 56 millions de FCFA de donateurs nationaux. Depuis lors, un plan de réinsertion socio-économique des populations déplacées de Côte d'Ivoire a été élaboré. Il prévoit entre autres, une assistance aux femmes chefs de ménage à hauteur de 2 millions de FCFA et la scolarisation des enfants des rapatriés pour environ 100 millions de FCFA.

Au plan juridique le Burkina Faso a ratifié la convention sur le droit international humanitaire et la convention sur les mines antipersonnelles en 1998. Toutefois, le Burkina Faso n'a pas encore ratifié le protocole facultatif sur la protection des enfants en situation de conflits armés.

Dans le domaine militaire, Save the children Suède a organisé en Côte d'Ivoire du 14 au 24 juin 2000 une formation de formateurs militaires aux droits et à la protection des enfants avant, pendant et après les conflits. Le Burkina y était représenté par trois (3) participants.

**i - Enfants et environnement**

L'objectif du PAN/Enfance est « *d'atteindre d'ici l'an 2000 une capacité d'éducation environnementale de 60 % des enfants scolarisés* ». Pour réaliser cet objectif, le Burkina Faso a entrepris plusieurs expériences en matière d'éducation environnementale. Ainsi :

- le Programme National de Gestion des Terroirs (PNGT) placé sous la tutelle du MA a démarré ses activités en 1986. Le programme PNGT vise entre autres objectifs à sensibiliser les élèves du primaire à avoir un comportement positif vis-à-vis de l'environnement. Il comporte un volet scolaire réalisé en partenariat avec le MEBA. Le Bilan jusqu'en 1999 se présente comme suit : 500 écoles primaires, 800 enseignants, 33 700 élèves répartis dans 18 provinces ont été touchés par le projet. La première phase du projet a pris fin en décembre 1998. Depuis lors, le projet se trouve dans une phase de transition et de préparation de la deuxième phase. Ce temps a été mis à profit pour l'évaluation du projet. Le rapport provisoire fait ressortir des résultats positifs quant à son impact sur les élèves, les enseignants et les parents. Ainsi, les enfants ont acquis de bons réflexes de protection de l'environnement qu'ils répercutent au niveau de leurs parents. Certains effets inattendus tels que l'hygiène ont été relevés ;
- le Programme de Formation et d'Information sur l'Environnement (PFIE) est mis en œuvre depuis 1990 et placé sous la tutelle du MEBA qui travaille en collaboration avec le Ministère de l'Environnement et de l'Eau. L'un de ses objectifs est d'amener les enfants scolarisés du Sahel à adopter une attitude plus active et plus respectueuse de l'environnement. Les objectifs quantitatifs visaient entre autres, l'implication de 520 écoles et communautés, 104 000 élèves, 2100 maîtres d'écoles. Les résultats obtenus sont : 519 écoles couvertes dans 18 provinces ; 113 685 élèves ont été sensibilisés et formés et 2 363 maîtres ont été formés et sont en mesure d'appliquer le programmes (PFIE, 1999). *Ces résultats montrent que les objectifs ont été largement atteints.*

D'autres acteurs interviennent dans le même domaine pour apporter leur contribution. On peut citer les 6S et la Croix Rouge.

Pour assurer une meilleure cohérence des interventions, le MEE en collaboration avec tous les intervenants a élaboré une stratégie nationale d'éducation environnementale depuis 1998.

**j - Pauvreté et croissance économique**

L'économie du Burkina Faso se caractérise par une balance commerciale déficitaire du fait du poids important des importations de biens intermédiaires, de biens d'équipement et de produits alimentaires que n'arrivent pas à contrebalancer les exportations. Le Burkina est aussi un pays à dominante agricole fortement dépendant des aléas climatiques. Un autre élément important de l'économie du pays est le poids de la dette dans les dépenses publiques. Le service de la dette en 1990 qui était de 18,4 milliards de FCFA est passé à 47,8 milliards de FCFA en 1994 pour s'établir à 35 milliards de FCFA en 1997.

La conjugaison de tous ces facteurs font que la population dans sa globalité vit dans un contexte de pauvreté qui s'aggrave au fil des années. En effet, pour une ligne de pauvreté en termes caloriques qui est demeurée constante (2300 kcal/pers/an), l'étude sur le profil de pauvreté au Burkina montre que la proportion des pauvres qui est de 45,3 % en 1998 (EP-II) est en légère hausse par rapport à 1994 (44,5 %). En ville, l'incidence de la pauvreté s'est accrue alors qu'en zone rurale, elle est restée stable. En dépit de son augmentation sensible, la contribution de la pauvreté urbaine reste faible (3,8 % en 1994 et 6,1 % en 1998) et la pauvreté demeure encore un phénomène essentiellement rural avec une contribution de plus de 93 % en 1998. La profondeur de la pauvreté est restée à 14 % ; ce qui suggère qu'une grande majorité des pauvres est proche de la ligne de pauvreté. La frange de la population touchée par les effets de la pauvreté est constituée essentiellement des enfants, des jeunes, des femmes et des personnes âgées.

Dans le cadre de l'initiative 20/20 qui recommande de consacrer aux services sociaux de base (santé de base, éducation de base, eau et assainissement, santé de la reproduction et population, nutrition) au moins 20 % de l'aide publique au développement et 20 % des dépenses publiques sur ressources propres, un effort a été fait par l'État pour accroître les allocations budgétaires auxdits secteurs. Ainsi, la part des recettes propres affectées est passée de 15,1 % en 1990, à 18,5 % en 1993 pour s'établir à 19,5 % en 1997.

Grâce au mécanisme de réduction de la dette en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (initiative PPTE), le pays a élaboré en 2000 un « cadre stratégique de lutte contre la pauvreté ». La stratégie du développement économique dans ce contexte est centrée sur un meilleur impact des politiques publiques et sur la nécessité d'accroître le pouvoir d'achat des groupes les plus défavorisés. Cela devrait permettre de leur offrir un meilleur cadre d'épanouissement social. Le Burkina Faso bénéficiera, dans le cadre de l'initiative PPTE, de 580 millions de $US (PPTE I : 207 millions de $US et PPTE II : 373 millions de $US) qui seront alloués aux secteurs sociaux que sont l'éducation, la santé, l'eau et l'assainissement.

Ces tendances montrent que les efforts engagés sont considérables et méritent d'être poursuivis.

**k) – Culture, sport et loisirs**

« Promouvoir les activités sportives, culturelles et de loisirs ». Dans ce domaine, il est développé au plan national, sous la tutelle du Ministère de la Jeunesse et des Sports, des activités spécifiques à l'endroit des enfants. Le ministère est soutenu dans ses actions par les associations de jeunesse.

Les cibles sont constituées essentiellement des enfants et des jeunes scolarisés ou ceux qui résident, le plus souvent, dans les grands centres urbains. En milieu extra-scolaire, la réhabilitation des maisons des jeunes et de la culture est envisagée : 35 maisons de jeunes le sont déjà au cours de la période 1992-98. La nouvelle orientation des missions dévolues aux maisons de jeunes et de la culture est de servir de :

- cadre de mobilisation et d'expression des jeunes ;
- centre d'orientation, d'information et de formation socio-professionnelle des jeunes ;
- centre d'éducation extra-scolaire.

- Activités sportives

Les sports de compétition dans les disciplines comme le football, le volley-ball, le basket-ball, le hand-ball et l'athlétisme sont essentiellement développés à l'intention des enfants fréquentant des établissements scolaires. Il existe au sein du ministère une direction des sports scolaires et universitaires qui coordonnent ces compétitions.

Pour le football, des efforts notables méritent d'être signalés avec la création des centres ou des écoles d'apprentissage : le Burkina compte environ 8 centres structurés. Un investissement important a été fait en matière de terrains de sport dans les quartiers et les écoles. Il existe plusieurs centres d'apprentissage sur le territoire national pour les arts martiaux (judo, taë-kondo, etc.) et la natation qui accueillent une frange importante d'enfants.

- Activités de loisirs

Elles sont organisées à travers les colonies de vacances et les camps de jeunesse. De 1994 à 1995 six colonies, ayant regroupé environ 500 enfants, ont été organisées par le Ministère. Depuis 1996, le Ministère avec l'appui de ses partenaires, en organisent annuellement 4 dont une internationale. Ces colonies ont connu la participation d'environ 1 500 enfants entre 1996 et 2000.

**E - ENSEIGNEMENTS TIRES**

Au terme de la présente évaluation, il ressort d'une façon générale que bon nombre de constats relevés lors des évaluations précédentes restent d'actualité. Ainsi, on a pu constater que dans le domaine de la Santé/Nutrition, l'eau/assainissement, l'environnement et l'éducation, les résultats sont mitigés. De plus les données manquantes ou insuffisamment désagrégées ne permettent pas de faire des analyses complètes.

Cependant on peut noter avec satisfaction la volonté politique du Burkina Faso de faire des droits de l'enfant et subsidiairement de la femme une réalité. En témoignent la ratification de la plupart des instruments internationaux, l'harmonisation au plan national de certains textes au cours de la décennie, l'adoption de plusieurs plans et stratégies nationaux dans tous les domaines prioritaires des droits de l'enfant.

En marge de la structure étatique, on note une mobilisation accrue de la société civile en faveur de l'enfant pour une synergie d'action. Il faut également signaler l'intérêt manifeste des partenaires au développement

(UNICEF, FNUAP, PNUD, etc.) qui participent à la réalisation des plans et programmes relatifs aux droits de l'enfant et de la femme dans le cadre des différents programmes de coopération avec le Burkina.

Cette mobilisation générale a permis dans une certaine mesure d'améliorer les perceptions relatives à l'enfant et d'éveiller les consciences sur ses droits.

Les problèmes majeurs qui se dégagent sont entre autres : les difficultés de coordination des actions ; la concentration des activités dans les grands centres urbains ; le manque de ressources ; les difficultés de définition d'objectifs opérationnels et réalisables ; les de suivi/évaluation et d'appui technique ; l'inadaptation des textes ; les difficultés d'information, de sensibilisation et d'éducation ; l'absence de programmes dans certains secteurs ; l'inexistence d'un observatoire ; la persistance de certaines pratiques traditionnelles ; l'absence de mécanismes spécifiques de collecte de données statistiques sur les enfants ; la non implication des communautés, etc.

Face à tous ces aspects relevés, il convient de prendre les mesures suivantes pour l'avenir.

**F - MESURES A PRENDRE DANS L'AVENIR**

La volonté politique affichée pour faire des droits de l'enfant et subsidiairement de la femme une réalité au Burkina Faso mérite d'être renforcée et poursuivie.

Face aux difficultés de coordination, il convient d'organiser des concertations entre intervenants (ONGs, Associations et partenaires au développement) pour éviter une dispersion des efforts humains, matériels et financiers. Un développement des stratégies d'implication des communautés à la base s'avère nécessaire.

Face aux problèmes de manque d'informations statistiques, une concertation entre le gouvernement et les partenaires au développement s'impose afin d'assurer le financement de la collecte des données prioritairement dans les secteurs sociaux d'une part et; l'exploitation secondaire des données déjà disponibles dans les mêmes secteurs d'autre part.

La vulgarisation des droits de l'enfant est une nécessité pour les communautés à la base. Elle commande la décentralisation du PAN/Enfance et de ses activités d'IEC.

La définition de politiques sectorielles notamment en matière de catastrophes naturelles ou causées par l'homme, d'enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles. Dans tous les cas, la prévision d'une caisse de solidarité s'avère impérieuse.

La relecture des textes relatifs aux droits de l'enfant pour les rendre encore plus conformes aux dispositions de la convention d'une part et ; leur compilation en un recueil unique afin d'en faciliter l'exploitation et la diffusion d'autre part.

La création de tribunaux pour enfants couvrant le territoire national et la spécialisation de juges pour enfants.

Au plan institutionnel, il convient d'accélérer le processus de création d'un observatoire sur les droits de l'enfant.

# A N N E X E S

## G – APPENDICE 1 : LES INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL SUR L'ENFANCE

| INDICATEURS | ENQUÊTE NATIONALE/RECENSEMENT/ADMINISTRATION | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **ED 1991** | **EDSBF 1993** | **EIM 1996** | **RGPH 1996** | **EDSBF 1998-99** |
| **MORTALITÉ INFANTO-JUVÉNILE (pour 1000)** | 184,9 | 187 | | 174,2 | 219,1 |
| **MORTALITÉ INFANTILE (pour 1000)** | 114,6 | 93,7 | | 107,1 | 105,3 |
| **PRÉVALENCE DE L'INSUFFISANCE PONDÉRALE (pour 100)** | | 29,5 | | | 34,3 |
| **PRÉVALENCE DU RETARD DE CROISSANCE (pour 100)** | | 29,4 | | | 36,8 |
| **PRÉVALENCE DE L'ÉMACIATION (pour 100)** | | 13,3 | | | 13,2 |
| **ACCÈS À L'EAU POTABLE (pour 100)** | | 18,3 | 33,9 | | 50,8 |
| | **1991-92** | **1993-94** | **1995-96** | **1996-97** | **1998-99** |
| **PROPORTION D'ENFANTS ATTEIGNANT LA CLASSE DE 5ème (CM1/prim)** | | | | | 68,4 |
| Garçon | | | | | 66,7 |
| Fille | | | | | 71,6 |
| **TAUX NET DE SCOLARISATION AU PRIMAIRE (pour 100) – MEBA** | 24,7 | 27,5 | 30,5 | 31,3 | 32,5 |
| Garçon | | | 36,4 | 37,1 | 37,9 |
| Fille | | | 25,5 | 25,1 | 26,8 |
| **TAUX BRUT DE SCOLARISATION AU PRIMAIRE (pour 100) – MEBA** | 32,9 | 35,2 | 40,0 | | 40,5 |
| Garçon | 39,4 | 42,0 | 47,3 | | 47,1 |
| Fille | 26,1 | 28,1 | 32,2 | | 33,6 |
| **TAUX NET DE SCOLARISATION AU SECONDAIRE (pour 100) – MESSRS** | | | | | |
| Garçon | | | | | |
| Fille | | | | | |
| **TAUX BRUT DE SCOLARISATION AU SECONDAIRE (pour 100) – MESSRS** | | 9,1 | 10,2 | | 11,1 |
| Garçon | | 11,6 | 12,9 | | 13,7 |
| Fille | | 6,5 | 7,4 | | 8,5 |
| **TAUX D'ALPHABÉTISATION DES ADULTES (pour 100)** | 15,5 | | | | |
| Homme | 21,4 | | | | 24,5 |
| Femme | 10,1 | | 6,3 | | 12,7 |
| | **ED 1991** | **EDSBF 1993** | **EIM 1996** | **RGPH 1996** | **EDSBF 1998-99** |
| **ACCÈS AUX SOINS PRÉNATALS (pour 100)** | | 58,6 | | | 60,7 |
| **PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE DES FEMMES (pour 100)** | 3,4 | 4,0 | | | 5,8 |
| **PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE DES FEMMES NON EN UNION ET SEXUELLEMENT ACTIVE (pour 100)** | | | | | 44 |
| **PRÉVALENCE CONTRACEPTIVE DES FEMMES EN UNION (pour 100)** | | 4,2 | | | 4,8 |
| **ASSISTANCE À L'ACCOUCHEMENT (pour 100)** | | 41,5 | | | 31 |
| **POIDS À LA NAISSANCE INFÉRIEUR À 2,5 kg** | | 2,6 | | | 2,6 |
| **CONSOMMATION DU SEL IODÉ (pour 100)** | | | 22,5 | | |
| **SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A DES ENFANTS (pour 100)** | | | 6,8 | | |
| **SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A DES MÈRES (pour 100)** | | | | | |
| **ALLAITEMENT EXCLUSIF (pour 100)** | | | | | |
| Moins de 4 mois | | | 11,8 | | 5,3 |
| 4 à 6 mois | | | 1,9 | | 5,1 |
| **ALIMENTATION COMPLÉMENTAIRE À TEMPS (4-23 mois) (pour 100)** | | 45,0 | 95,3 | | 45,5 |
| **POURSUITE DE L'ALLAITEMENT** | | | | | |
| **COUVERTURE VACCINALE : BCG (pour 100)** | | 85,4 | 69,2 | | 72,3 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **COUVERTURE VACCINALE : DTCoq (pour 100)** | | 40,6 | 34,3 | | 41 |
| **COUVERTURE VACCINALE : Polio (pour 100)** | | 41 | 34,7 | | 42,4 |
| **COUVERTURE VACCINALE : Rougeole (pour 100)** | | 59,6 | 42,8 | | 45,8 |
| **COUVERTURE VACCINALE : Fièvre jaune (pour 100)** | | 50,6 | | | 35,5 |
| **COUVERTURE VACCINALE : PEV (pour 100)** | | 29,5 | | | 25,4 |
| **COUVERTURE VACCINALE : VAT (pour 100)** | | 41,8 | 33,8 | | 34,3 |
| **UTILISATION DE LA TRO (SRO/Solution maison) (pour 100)** | | 7,7 | 18,9 | | 18,2 |
| **GESTION À DOMICILE DE LA DIARRHÉE (reçu davantage de liquides) (pour 100)** | | 42,9 | | | 36,5 |
| **RECHERCHE DE SOINS DE SANTÉ POUR LES IRA (parmi les enfants avec IRA, % amenés en consultation) (pour 100)** | | 18,7 | | | 21,9 |
| **DÉVELOPPEMENT DU PRÉSCOLAIRE (% enfants de 3-6 ans au préscolaire) (pour 100) – DEP/MASF** | 0,7 (1991) | | 0,8 (1995) | | |

APPENDICE (suite)

| INDICATEURS | ENQUÊTE NATIONALE/ RECENSEMENT/ADMINISTRATION | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | EDSBF 1993 | EIM 1996 | RGPH 1996 | EDSBF 1998-99 | 1997 |
| ***INDICATEURS POUR LE SUIVI DES DROITS DES ENFANTS :*** | | | | | |
| ENREGISTREMENT DES NAISSANCES À L'ÉTAT CIVIL | | | | | |
| ENFANTS (0-14 ANS) VIVANTS AVEC LES PARENTS BIOLOGIQUES | | | | | |
| ENFANTS (0-14 ANS) ORPHÉLINS DANS LES MÉNAGES | | | | | |
| orphelins dans les pouponnières | | | | 1110* | |
| orphelins suivis par les services sociaux/Associations | | | | 1928* | |
| orphelin de père et de mère | | | 245** | | 282** |
| orphelin de père ou de mère | | | 1543** | | 1393** |
| TRAVAIL DES ENFANTS (5-14 ANS) | | | | | |
| ***INDICATEURS POUR LE SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE INTÉGRÉE DES MALADIES DE L'ENFANCE ET DU PALUDISME :*** | | | | | |
| GESTION À DOMICILE DE LA DIARRHÉE (reçu davantage de liquides) | | | | | |
| CONNAISSANCES SUR LA RECHERCHE DES SOINS DE SANTÉ | | | | | |
| UTILISATION DE MOUSTIQUAIRES IMPRÉGNÉES (% enfants 0-5 ans dormant sous une moustiquaire imprégnée) | | | | | |
| TRAITEMENT DU PALUDISME (enfants de 0-5 ans ….)(taux de prévalence) | | | | | 63.0 |
| | | | | | |
| ***INDICATEURS POUR LE SUIVI DU VIH/SIDA*** | | | | | |
| CONNAISSANCES DES FEMMES POUR ÉVITER LE VIH/SIDA | | | | | |
| s'abstenir de rapports sexuel | - | | | 6.7 | |
| utiliser les condoms | 17.1 | | | 23.9 | |
| avoir un seul partenaire | 45.0 | | | 48.7 | |
| éviter les prostituées | 3.1 | | | 1 | |
| éviter les transfusions/pas toucher au sang | 1.1 | | | 3.3 | |
| éviter les injections/pas utiliser seringues | 3.1 | | | 1.5 | |
| éviter les piqûres de moustiques | - | | | 0.2 | |
| CONNAISSANCES DES HOMMES POUR ÉVITER LE VIH/SIDA | | | | | |
| s'abstenir de rapports sexuel | - | | | 12.5 | |
| utiliser les condoms | 37.5 | | | 56.6 | |
| avoir un seul partenaire | 55.6 | | | 53.2 | |
| éviter les prostituées | 12.2 | | | 3.1 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| éviter les transfusions/pas toucher au sang | 2.0 | | | 4.2 | |
| éviter les injections/pas utiliser seringues | 6.4 | | | 2.3 | |
| éviter les piqûres de moustiques | - | | | 0.2 | |
| CONNAISSANCES DES CONCEPTIONS ERRONNÉES DES FEMMES SUR LE VIH/SIDA | | | | 21.6 | |
| CONNAISSANCES DES CONCEPTIONS ERRONNÉES DES HOMMES SUR LE VIH/SIDA | | | | 38.6 | |
| CONNAISSANCES DES FEMMES SUR LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DU VIH/SIDA | 45.6 | | | 55.2 | |
| Milieu de résidence | | | | | |
| Urbain | 71.4 | 70,4 | | 86.8 | |
| Rural | 37.7 | 29,9 | | 47.8 | |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| Aucun | 39 | | | 49.6 | |
| Primaire | 60.1 | | | 77.5 | |
| secondaire ou plus | 91.7 | | | 95.6 | |
| CONNAISSANCES DES HOMMES SUR LA TRANSMISSION DE LA MÈRE À L'ENFANT DU VIH/SIDA | 55.5 | | | 64.7 | |
| Milieu de résidence | | | | | |
| urbain | 75.3 | 70,4 | | 89.1 | |
| rural | 49.7 | 29,9 | | 57.5 | |
| Niveau d'instruction | | | | | |
| aucun | 48.2 | | | 56.9 | |
| primaire | 68.8 | | | 75.7 | |
| secondaire ou plus | 94.1 | | | 96.7 | |
| ATTITUDE DES FEMMES À L'ÉGARD DU VIH/SIDA | | | | | |
| les envoyer à l'hôpital | 23.0 | | | | |
| les garder à la maison | 3.7 | | | | |
| les isoler | 13.6 | | | | |
| les aider | 5.2 | | | | |
| les tuer | 2.9 | | | | |
| ATTITUDE DES HOMMES À L'ÉGARD DU VIH/SIDA | | | | | |
| les envoyer à l'hôpital | 27.3 | | | | |
| les garder à la maison | 5.9 | | | | |
| les isoler | 29.1 | | | | |
| les aider | 10.6 | | | | |
| les tuer | 7.4 | | | | |
| FEMMES CONNAISSANT OÙ SE FAIRE TESTER POUR LE VIH | | | | | |
| FEMMES AYANT ÉTÉ TESTÉES POUR LE VIH | | | | | |

* Étude sur les femmes et les enfants vivant dans des circonstances particulièrement difficiles
** Statistiques de la Direction de l'Enfance en 1996 et 1997

# H - APPENDICE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

| STRUCTURES | PERSONNES RESSOURCES |
|---|---|
| Ministère de la Santé | M. Sanou Léon, Chef de service, Centre National de Nutrition (CNN) |
| | Dr Ouédraogo Thierry, Coordonateur du PNLP, Direction de la Médecine Préventive (DMP) ;<br>M. Diaby Ambassi, PNLP/DMP ;<br>Dr Kambiré Chantal, Service Statistiques, DMP ; |
| | Mme Yaméogo , service de statistiques, PEV |
| | M. Diallo Dadié, Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme (CNRFP) |
| | Dr Bazié Babou, Comité National de Lutte contre le Sida (CNLS) ;<br>Dr Zampalegré Fatimata, CNLS |
| | Mme Yaméogo Victorine, Projet Population et Lutte contre le Sida (PPLS) |
| Ministère de l'Environnement et de l'Eau | Dr Yaméogo Robert, Chef de service statistiques, DEP/Santé ;<br>Dr Sawadogo Bonaventure, DEP/Santé. |
| | M. Tao Abdoulrasmané, Direction Générale de l'Hydraulique ;<br>M. Yaméogo Michel, Directeur. |
| Ministère de la Jeunesse et des Sports | M. Sombié Baba, Directeur des sports scolaire et universitaire ;<br>M. le Directeur des sports de compétition ;<br>M. Tapsoba Rémi, Direction de la mobilisation et de l'animation de la jeunesse ;<br>M. Ouédraogo Lassara, service DEP/MJS |
| Ministère de l'Action Sociale et de la Famille (MASF) | M. Tapsoba Alexandre, Conseiller Technique du MASF |
| | Mme Zaïda Patricia, Direction de l'Enfance |
| | M. Kiemdé Gabriel, Directeur Réinsertion Sociale |
| | Deux membres du bureau du Parlement des enfants |
| PNGT | Mme Darga |
| PFIE | M. Kabré Alphonse |
| Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale | M. Traoré Macan |
| | Mme Yaméogo Evelyne |
| CNLD | M. Compaoré Christophe, Secrétaire permanent |
| Ministère de l'Économie et des Finances | M. Konaté Abdoulaye, STC |
| | M. Sawadogo Issa, STC |
| COBUFADE | Mme kinda Ténin |
| AEC | M. komana ;<br>Mme kinda Ténin |
| MBDHP | M. Zougmoré Chrysostome |
| FAARF | Agent, service d'information |
| Village d'Enfants SOS | M. Diabaté Seydou, Directeur |
| CNLPE | Mme Simporé Maïmouna |
| CONASUR | M. Lompo, SP-CONASUR |
| Ministère de la Justice | M. Voh Médard, DAPRS |
| | M. Yago, chargé de statistiques à la DAPRS |

## I - RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES


1. **A**ssociation pour le Développement, DELWENDE *: Rapport final : Forum sur le Droit de la Femme à la terre dans le Système Foncier Burkinabè,* Ouagadougou, 15-17 Novembre 1995
2. **C**entre pour le droit et les politiques en matière de santé et de reproduction (CRLP) / Groupe de recherche femmes et lois au Sénégal (GREFELS) *: LES FEMMES A TRAVERS LE MONDE : Lois et politiques qui influencent leur vie reproductive, l'Afrique Francophone*
3. **C**omité national chargé du suivi et de l'évaluation du plan d'action national pour la survie, la protection et le développement de l'enfant au Burkina Faso / UNICEF / FNUAP / OMS *: SOMMET MONDIAL POUR LES NFANTS : Evaluation à mi-parcours du plan d'action national* pour la survie, la protection et le développement de l'enfant au Burkina Faso pour les années 1990*.* Ouagadougou, Juillet 1996
4. **I**CAAC/OAU-UNICEF/CONSENSUSnistère de la Santé et de l'Action Sociale *: Conférence internationale sur l'assistance aux enfants africains.* Dakar – Sénégal, 25 – 27 Novembre 1992
5. **I**LBOUDO, Monique. *L'application des dispositions du code pénal concernant les infractions en matière de mariage*, Promo Femmes/Développement Sport/Ambassade royale des Pays-BAS. Février 2000
6. **I**nstitut National de la Statistique et de la Démographique (INSD). 1993. *Analyse des résultats de l'Enquête Démographique de 1991.* Direction de la Démographie, Ouagadougou.
7. **I**nstitut National de la Statistique et de la Démographique (INSD) et Macro International Inc. 1994. *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1993.* Calverton, Maryland, USA.
8. **I**nstitut National de la Statistique et de la Démographique (INSD)/Ministère de l'Économie et des Finances et Macro International Inc. *Enquête Démographique et de Santé, Burkina Faso 1998-1999.* Calverton, Maryland, USA.
9. **K***ABORE, Wendyam. Étude sur l'évolution du contexte légal de la santé de la reproduction au Burkina faso/rapport final.* Association Burkinabè pour le Bien Être Familial (ABBEF). Novembre 1999
10. **K**AMBOU, Benoît ; OUEDRAOGO ; Ousmane ; YAGO ; Tani Mariama. *Évaluation finale du projet, information et sensibilisation sur le code des personnes et de la famille pour le bien être familial.* **M**inistère l'Action Sociale et de la famille. Ouagadougou, Juillet 2000
11. **M**inistère de l'Action Sociale et de la Famille / UNICEF : *Rapport d'Évaluation de la mise en œuvre Plan d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant au Burkina Faso pour les années 1990 (période 1996 – 1997)*, Mai 1999
12. **M**inistère de l'Action Sociale et de la Famille / UNICEF : *Plan d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant au Burkina Faso pour les années 1990, Tranche 1997 - 2000*, Décembre 1997
13. **M**inistère de l'Action Sociale et de la famille / UNICEF *: Étude sur les femmes et les enfants vivant en circonstances particulièrement difficiles et encadrés par les structures*
14. **M**inistère de l'Action Sociale et de la famille *: Bilan de sept ans d'activités du comité national de lutte contre la pratique de l'excision, 1990 - 1997*, Décembre 1997
15. **M**inistère de l'Action Sociale et de la Famille : *Deuxième rapport du Burkina Faso sur la mise en œuvre de la convention relative aux droits de l'enfant/ Réponses aux questions*, Juillet 1998
16. **M**inistère de l'Action Sociale et de la Famille : *Deuxième rapport du Burkina Faso sur la mise en œuvre de la convention relative aux droits de l'enfant/ Rapport analytique*, Juillet 1998
17. **M**inistère de l'Action Sociale et de la Famille *: Étude sur la faisabilité de l'introduction des droits de l'enfant et de l'adolescent dans l'enseignement (rapport final)*, Octobre 1999
18. **M**inistère de l'Action Sociale et de la famille *: Politique nationale d'éducation à la vie familiale du Burkina Faso.* Ouagadougou, Février 1997
19. **M**inistère de l'Action Sociale et de la Famille *: Rapport initial du Burkina Faso sur la mise en œuvre de la convention relative aux droits de l'enfant*, Mars 1993

20. **M**inistère de l'Économie et de Finances / UNICEF *: Enfants et Femmes du Burkina Faso : Défie et Espoir*, Janvier 2000
21. **M**inistère de l'Économie et de Finances / UNICEF *: Les migrations des femmes au Burkina Faso*, Ouagadougou, Mai 1998
22. **M**inistère de l'Économie et de Finances *: Burkina Faso : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté*
23. **M**inistère de l'Économie et de Finances *: Politique Nationale de Population du Burkina Faso*, Juillet 2000, Révision N°1
24. **M**inistère de l'Économie et des Finances / UNICEF *: Étude sur la pauvreté des femmes au Burkina Faso*, Mars 1998
25. **M**inistère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation / Ministère des Enseignements Supérieurs et de la Recherche Scientifique *: Plan Stratégique Décennal 1997 – 2006 de l'éducation*, Mars 1997
26. **M**inistère de l'Environnement et de l'Eau *: Atelier de validation du projet Vision Nationale sur l'eau, la vie et l'environnement organisé du 14 – 15 Janvier 2000 (rapport de synthèse)*, Janvier 2000
27. **M**inistère de l'Environnement et de l'Eau *: Vision Nationale sur l'eau, la vie et l'environnement à l'horizon 2025*, Janvier 2000
28. **M**inistère de la Promotion de la Femme / FNUAP / Fonds de Développement Nations Unies pour la Femme *: Programmes et Projets en faveur de la femme ou à composantes féminines : RECENSEMENT ET ANALYSE*, Novembre 1998
29. **M**inistère de la Promotion de la femme *: RAPPORT du BURKINA FASO : Évaluation à mi-parcours de la mise en œuvre des conclusions de BEIJIN (BEIJING + 5)*, Ouagadougou, Juin 1999
30. **M**inistère de la Santé / Projet de Développement Santé et Nutrition (PDSN) *: Enquête épidémiologique sur les carences en micronutriments dans 15 provinces*, Mars 1997
31. **M**inistère de la Santé *: Plan national d'action pour la nutrition*, Ouagadougou, juillet 1999
32. **M**inistère de la Santé et de l'Action Sociale *: Programme National de Santé Maternelle et Infantile (planning opérationnel 1988 – 1992).* Ouagadougou, Septembre 1987
33. **M**inistère de la Santé *: Résultats Préliminaires de l'Enquête pour l'Évaluation de la couverture et des Facteurs associés à la Vaccination lors des JNV au niveau des Districts du Burkina Faso (Décembre 1999)*, Mai 2000
34. **M**inistère de la Santé : *Stratégie Nationale pour une Maternité sans Risque 1998 – 2000*, Septembre 1998
35. **M**inistère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille *: Documents, Assemblée Générale annuelle du Comité National de Lutte contre le Sida, Ouaga du 19 au 23 avril 1994*
36. **M**inistère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille *: Protocoles Techniques de Santé Maternelle et Infantile (SMI).* USAID, Avril 1993
37. **M**inistère des Finances et du Plan / Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille *: Plan d'action National pour la survie, la protection et le développement de l'enfant au Burkina Faso pour les années 90*, Mars 1994
38. **M**inistère des Finances et du Plan *: Stratégie nationale et plan d'action pour le renforcement du rôle des femmes dans le processus de développement.*
39. **N**ATIONS UNIES / CRC *: Directives générales concernant la forme et le contenu des rapports périodiques que les états parties doivent présenter conformément au paragraphe 1b) de l'article 44 de la convention*, 20 Novembre 1996
40. ***N***ations Unies. *« Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant » et « Plan d'action pour l'application de la Déclaration mondiale en faveur de la survie, de la protection et du développement de l'enfant dans les années 90 »*, SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS, New York 30 Septembre, 1990

41. **O**UEDRAOGO, Geneviève ; COULIBALY, Marie ; YAMEOGO, Évelyne ; BAMOUNI, Félix. *Étude relative au trafic des enfants à des fins d'exploitation de leur travail dans les pays d'Afrique Occidentale et Centrale, cas du Burkina Faso*, Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Sécurité Sociale/Organisation Internationale du Travail, Ouagadougou, Mai 2000
42. **P**LAN INTERNATIONAL *: Annual Program Communication, Fiscal Year 1999*, August 1999
43. **P**LAN INTERNATIONAL *: Mon école*
44. **R**ädda Barnen *: Faire des droits de l'enfant une réalité*, Thomas Hammarberg
45. ***R**apport initial du Burkina Faso sur la mise en œuvre de la convention relative aux droits de l'enfant*, Janvier 1993
46. ***S**AWADOGO, Kimseyinga. 1997. *La pauvreté au Burkina Faso : une analyse critique des politiques et des stratégies d'intervention locales*, ECDPM Document de travail n°51.
47. **S**P PAN/Enfance / UNICEF *: LES ENFANTS D'ABORD, La convention relative aux droits de l'enfant*
48. **U**NICEF / FUNUAP / OMS *: Enquête à Indicateurs Multiples / Situation des Enfants au Burkina Faso, Ouagadougou*, Septembre 1996
49. **Y**ARO, Yacouba. *Situations, conditions de vie et travail des enfants et des jeunes sur les sites aurifères du sahel : Essakane et Gorol Kadjè*. Save the children fund – uk. Juin 1998
50. MASF. 2000. *Évaluation finale du projet « information et sensibilisation sur le code des personnes et de la famille pour le bien être familial*. Ouagadougou.

# TABLE DES MATIÈRES

**Pages**

**SIGLES ET ABBRÉVIATIONS**……..i
**RÉSUMÉ**……..iv
**A - INTRODUCTION ET DONNÉES GÉNÉRALES**……..2
**B - PROCESSUS INSTITUÉ POUR L'EXAMEN DE FIN DE DÉCENNIE**……..……4
**C - MESURES AUX NIVEAUX NATIONAL ET INTERNATIONAL**……..5
**D - MESURES SPÉCIFIQUES PRISES EN VUE D'ASSURER LA SURVIE, LA PROTECTION ET LE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT**……..5
**a) - Convention relative aux droits de l'enfant**……5
**b) – Santé, Eau et Assainissement**……..7
**- Santé des enfants : lutte contre les maladies infantiles**……...7
***Couverture vaccinale*** ……8
***Diarrhée***……9
***Paludisme***……9
***Infections Respiratoires Aiguës (IRA)***……..9
***Pandémie du Sida***……10
**- Eau/Assainissement**……...11
***Eau***……11
***Assainissement***……..11
*Excréta et eaux usées domestiques*……12
*Eaux de pluies*……12
*Déchets solides*……...12
*Déchets industriels*……12
**c) - Alimentation/Nutrition**……..12
***- État nutritionnel***……12
***- Sécurité alimentaire***……14
**d) - Amélioration de la condition des filles et des femmes**……14
***- Au plan juridique***……14
***- Au plan économique***……...16
***- Au plan sanitaire***……17
***- Au plan de l'éducation***……...18
***- Au plan social***……...19
***Exclusion sociale des femmes***……19
***Femmes en prison***……20
**e) – Amélioration des conditions de vie des enfants**……..20
***- Soutien aux parents***……20
***- Séparation de l'enfant avec les parents***……21
***- Enfants privés du milieu familial***……..21
***Adoption***……21
***Placement***……..22
***- Enfants handicapés***……22
**f) – Éducation, alphabétisation et formation professionnelle**……...23
***- Éducation préscolaire***……23
***- Éducation primaire***……23
***- Enseignement secondaire et supérieur***……..23
***- Éducation non formelle***……..24
***- Formation professionnelle***……24
**g) – Enfants et femmes vivant dans des conditions particulièrement difficiles**……24
***- Enfants vivant ou travaillant dans la rue***……25
***- Enfants en prison***……..26

***- Enfants exploités***……..……..……...26
***Travail des enfants***……26
***Enfants utilisés dans le trafic des drogues***……27
**h) - Protection des enfants en cas de conflit armé**……28
**i - Enfants et environnement**……...29
**j - Pauvreté et croissance économique**…….……...29
**k) – Culture, sport et loisirs**……..……30
***- Activités sportives***……30
***- Activités de loisirs***…….…...30
**E - ENSEIGNEMENTS TIRES**……...30
**F - MESURES A PRENDRE DANS L'AVENIR**……...…...31
**ANNEXES**……32
**G – APPENDICE 1 : LES INDICATEURS DU SOMMET MONDIAL SUR L'ENFANCE**……..….33
**H – APPENDICE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES**……36
**I – RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES**…….……37

SIGLES ET ABBRÉVIATIONS

ABBEF : Association Burkinabè pour le Bien Être Familial
ABSF : Association Burkinabè des Sages-Femmes
AEC : Aide à l'Enfance Canada
AEMO Action Éducative en Milieu Ouvert
AFJB : Association des Femmes Juristes du Burkina
APAF : Association Pour l'Action Familiale
BCG : Bacile de Calmette et Guérin (vaccin contre la tuberculose)
BIT : Bureau International du Travail
CDE : Convention relative aux Droits de l'Enfant
CEBNF : Centre d'Éducation de Base Non Formelle
CEFIG : Centre d'Études et de Formation en Informatique de Gestion
CIERRO : Centre Interrégional d'Étude en Radio Rurale de Ouagadougou
CM2 : Cours Moyen deuxième année
CNLP : Centre National de Lutte contre le Paludisme
CNLPE : Comité National de Lutte contre la Pratique de l'Excision
CNN : Centre National de Nutrition
CNRFP : Centre National de Recherche et de Formation sur le Paludisme
COBUFADE : Coalition au Burkina-Faso pour les Droits de l'Enfant
CONALDIS : Commission Nationale de Lutte contre les Discriminations faites aux femmes
CONASUR : Comité National de Secours, d'Urgence et de Réhabilitation
CP1 : Cours Préparatoire Première année
CPN : Consultation Pré-Natale
DAPRS/MJ : Direction de l'Administration Pénitentiaire et de la Réinsertion Sociale/Ministère de la Justice
DVA : Direction de la Vulgarisation Agricole
DEP/Santé : Direction des Études et de la Planification du Ministère de la Santé
DMP : Direction de la Médecine Préventive
DSF : Direction de la Santé de la Famille
DTCoq : Diphtérie, Tétanos et Coqueluche
EDM : Enfants du Monde
ED : Enquête Démographique
EDSBF : Enquête Démographique et de Santé du Burkina Faso
EIER : École Inter-État des Ingénieurs de l'Équipement Rural
EIM : Enquête à Indicateurs Multiples
ENSK : Ecole Normale Supérieure de Koudougou
EP : Enquête Prioritaire
ES : École Satellite
ESSA : École Supérieure des Sciences Appliquées
ESTIF : École des Sciences et Techniques Informatiques du Faso
ETSHER : École des Techniciens Supérieurs de l'Hydraulique et de l'Équipement Rural
FAARF : Fonds d'Appui aux Activités Rémunératrices des Femmes
FEBAH : Fédération Burkinabè des Associations pour la promotion des personnes Handicapées
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la Population
HCR : Haut Commissariat aux Réfugiés
IBOA : Institut de Bijouterie - joaillerie de l'Ouest Africain

IEC : Information – Éducation - Communication
IMC : Indice de Masse corporelle
INEPRO : Institut National d'Éducation et de Production
INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie
IPD/AOS : Institut Panafricain pour le Développement pour l'Afrique de l'Ouest et du Sahel
IPEC : Programme International pour l'abolition du travail des enfants
IRA : Infections Respiratoires Aiguës
ISIG : Institut Supérieur d'Informatique et de Gestion
JNV : Journées Nationales de Vaccination
MACO : Maison d'Arrêt et de Correction de Ouagadougou
MA : Ministère de l'Agriculture
MASF : Ministère de l'Action Sociale et de la Famille
MATS : Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité
MCA : Ministère de la Culture et des Arts
MBDHP : Mouvements Burkinabè des Droits de l'Homme et des Peuples
MEG : Médicaments Essentiels Génériques
MS : Ministère de la Santé
MST : Maladies Sexuellement Transmissibles
OCAM : Organisation Commune Africaine et Malgache
OIT : Organisation Internationale du Travail
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisation Non Gouvernementale
ONU : Organisation des Nations Unies
ONUSIDA : Organisation des Nations Unies pour le SIDA
PAN/Enfance : Plan d'Action National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant
PATECORE : Projet d'Aménagement des Terroirs et de Conservation des Ressources
PEV : Programme Élargi de Vaccination
PME : Petites et Moyennes Entreprises
PNK : Projet National Karité
PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme
PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement
RAF : Réorganisation Agraire et Foncière
RBC : Réadaptation à Base Communautaire
RECIF/ONG : Réseau de Communication, d'Information et de Formation des femmes dans les ONGs au Burkina
RGP : Recensement Général de la Population
RGPH : Recensement Général de la Population et de l'Habitation
SME : Sommet Mondial pour les Enfants
SMI/PF : Santé Maternelle et Infantile/Planification Familiale
SP–CNLD : Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre la Drogue
SP–PAN/Enfance : Secrétariat Permanent du Plan National pour la Survie, la Protection et le Développement de l'Enfant
SP–CNLS : Secrétariat Permanent du Comité National de Lutte contre le Sida
SRO : Sels de Réhydratation par voie Orale
TBS : Taux Brut de Scolarisation
TDCI : Troubles Dus à la Carence en Iode

TNS : Taux Net de Scolarisation
TRO : Traitement de Réhydratation par voie Orale (Thérapie de Réhydratation par voie Orale)
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH/SIDA : Virus de l'Immuno déficience Humaine/Syndrome d'Immuno Déficience Acquise

# I. RESUME

La Revue de Fin de Décennie du Burkina Faso a été organisée sur des bases participatives permettant au Gouvernement, aux partenaires du système des Nations Unies et à la Société Civile y compris les enfants, de se concerter largement sur les niveaux d'atteinte des objectifs et sur les divers problèmes rencontrés lors de l'exécution. Ce travail a été réalisé à partir des données statistiques provenant d'opérations de collecte d'envergure nationale d'une part et, des résultats des différentes évaluations à mi-parcours ainsi que des entretiens organisés auprès de certaines personnes ressources d'autre part.

**a - DONNEES GENERALES**

L'engagement du Burkina Faso à œuvrer pour améliorer la situation des enfants fait suite à la ratification de la CDE le 23 juillet 1990 et à sa participation au Sommet Mondial pour les Enfants (SME) à New York en 1990 au cours duquel des objectifs ont été définis.

En vue d'atteindre ces objectifs, un certain nombre de mesures ont été prises :

- l'organisation des états généraux de l'enfance en juin 1991 .
- l'adoption du PAN/Enfance par le Conseil des Ministres le 5 décembre 1991 ;
- la création d'un Comité National Chargé du Suivi et de l'Évaluation dudit plan en 1992 ;
- la création d'un parlement des enfants en décembre 1997 ;
- la création d'un fonds pour l'enfance en 1997.

Conformément à l'article 44 de la convention relative aux Droits de l'Enfant, le Burkina Faso a honoré ses engagements en produisant le rapport initial (en mars 1993) et le deuxième rapport périodique transmis au comité international des Nations Unies pour les droits de l'enfant.

***Les résultats-clés de l'exécution des differents programmes font constater de façon générale un démarage optimiste avec un relèvement des indicateurs au cours des premières années de la décennie . Malheureusement ces indicateurs amorcent un déclin inexorable bien avant la mi-décennie . Cette situation de baisse progressive des indicateurs persiste jusqu'à la fin de la décennie.***

**b) – Santé, Eau et Assainissement**

**- Lutte contre les maladies infantiles :** L'évolution de l'indicateur de mortalité infantile entre 1991 et 1998-99 montre une amélioration significative entre 1991 (114,6 pour mille) et 1993 (93,7 pour mille) et une augmentation importante du nombre de cas de décès d'enfants de moins d'un an sur la période 1993-1996. Le niveau en 1998-99 est de 105 pourmille. La mortalité infanto-juvénile a connu une augmentation entre 1991 (184,5 pour mille) et 1993 (187 pour mille) , on assiste à une nouvelle montée du niveau de l'indicateur à 219,1 pour mille en 1998-99.
La faible couverture vaccinale, la persistance des maladies diarrhéiques, du paludisme, des Infections Respiratoires Aiguës, la pandémie du Sida, justifient en partie les niveaux élevés de mortalité et leur augmentation par rapport à la première moitié de la décennie qui accusait une amorce optimiste. L'insuffisance des infrastructures sanitaires, leur inégale répartition géographique et le faible pouvoir d'achat des ménages constituent, entre autres, de sérieux obstacles à l'accès aux services de santé pour un plus grand nombre.

***Couverture vaccinale***
Le taux de couverture varie selon le type de vaccin , dans l'ensemble ils ont connu une régression importante entre 1993 et 1998-99 . En effet, le taux de couverture contre les sept maladies du PEV est passé de 29,5 % (EDSBF, 1993) à 25,4 % (EDSBF, 1998-99). Cette diminution a concerné le BCG, le DTCoq, la rougeole et la fièvre jaune ; la couverture vaccinale contre la poliomyélite s'est à l'inverse, améliorée.
**Le taux de couverture vaccinale des mères a fortement baissé entre 1993 (41,8 %, EDSBF-I) et 1996 (33,8 %, EIM). Le niveau observé en 1998-99 (34,3 %, EDSBF-II) semble indiquer une relative constance de ladite couverture vaccinale.**

***Diarrhée :*** Les maladies diarrhéiques , constituent la deuxième cause de décès des jeunes enfants après le paludisme . En 1998-99, la prévalence de la diarrhée est de à 20,0 %, elle est particulièrement élevée chez les enfants de 6-11 mois (28,8 %) et 12-23 mois (31,3 %). Ces maladies diarrhéiques persistent du fait de la faible accessibilité des populations à l'eau potable et de la faiblesse de l'hygiène et de l'assainissement . Le Burkina Faso a adopté la stratégie de Traitement de Réhydratation par voie Orale (TRO) et la vulgarisation des Sels de Réhydratation par voie Orale (SRO). ***Les activités de lutte contre les maladies diarrhéiques sont peu « visibles » faute de programme élaboré.***
***Paludisme***
En 1994, le paludisme représentait la première cause de consultation dans les centres de santé et de promotion sociale (33 % des consultations externes des enfants de moins de 5 ans ; 31,4 % des décès de ces enfants étaient attribuables au paludisme. ***Le paludisme demeure aujourd'hui non seulement la principale cause des consultations mais aussi le principal motif de décès (43,4 % de cas de décès dus au paludisme) chez les enfants de moins de 5 ans*** . Le Burkina Faso avec l'appui financier de l'OMS a mis en œuvre un plan de lutte contre ce fléau.
***Infections Respiratoires Aiguës (IRA) :*** La prévalence des IRA a légèrement augmenté entre 1993 (11,2 %, EDSBF-I) et 1998-99 (13,5 %, EDSBF-II , Très peu d'enfants ont été conduits auprès d'un personnel de santé médical pour traitement ou conseil (21,9 %, EDSBF, 1998-99). On note l'absence d'un programme élaboré à même de rendre visible la lutte contre les IRA.
***Pandémie du Sida :*** Le nombre de cas de SIDA ne cesse d'augmenter : il est passé de 202 en 1990 à 1073 en 1992. À partir de 1996, les cas notifiés annuellement dépassent 2 000. Les personnes âgées de 15-29 ans (30 % de cas de sida) et de 30-49 ans (63,7 %) sont les plus touchées. Selon le « genre », il ressort que le ratio Homme/Femme est de 0,36 dans la tranche d'âge 15-19 ans. ***Environ trois fois plus de femmes que d'hommes sont atteintes. 200.000 enfants sont orphelins du SIDA , 25.000 en sont malades.***

**-Eau/Assainissement:** Le taux de couverture insuffisant malgré les efforts d'équipement du pays en points d'eau. 27% des ménages consommaient exclusivement de l'eau potable en 1996. Le nombre de cas de dracunculose est passé de 3241 en 1996 à 2776 en 1997 (soit une réduction annuelle de 14,3 %) ; il est de 1989 cas en 1998 (soit une baisse de 28,3 % entre 1997 et 1998).
***La faiblesse de l'assainissement est un facteur aggravant de l'état sanitaire de la population.*** 74,9 % des ménages au Burkina Faso ne disposent d'aucune forme de toilettes (88,1 % milieu rural, 10,7 % en milieu urbain) .Les actions relatives aux eaux usées , aux déchets solides et industiels concernent seulement les grands centres urbains.

**c) - Alimentation/Nutrition**

La demande alimentaire est caractérisée par ***un niveau de satisfaction des besoins encore bas***. Le faible niveau des disponibilités alimentaires ne couvre pas les besoins calorifiques journaliers estimés à 2283 kcal/pers/jour.

La prévalence du retard de croissance a sensiblement augmenté entre 1993 (29,4 %) et 1998-99 (36,8 %). L'émaciation est restée constante et touche environ 13 % des enfants de moins de 5 ans. La proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale a augmenté : 29,5 % en 1993 contre 34,3 % en 1998-99.

L'Indice de Masse Corporelle (IMC) de plus d'une mère sur 10 (12,9 %) est en-deçà du seuil critique . Le niveau observé est comparable à celui de 1993 (13,9 % de cas).

Carences en micro-nutriments (vitamine A, Iode, Fer) :70 % des enfants de 0-5 ans et 40 % des femmes enceintes sont anémiés. Pour les enfants de moins de 15 ans, 20 % des garçons et 36 % des filles sont touchés par l'anémie (CNN, 1999).En 1998, la supplémentation en vitamine A pour tous les enfants de 6 à 59 mois a été adjointe aux activités des Journées Nationales de Vaccination et la « stratégie d'iodation universelle du sel » , rend le sel iodé est disponible dans la grande majorité des ménages.

**d) - Amélioration de la condition des filles et des femmes**

***-Au plan juridique :*** La dernière décennie a connu une évolution positive notable du statut juridique de la femme. En effet, le Burkina Faso a ratifié la plupart des instruments internationaux qui consacrent des droits aux femmes. Au plan national, la plupart des textes adoptés au cours de la décennie affirment l'égalité de droits entre l'homme et la femme tant au sein de la famille que de la communauté. En dépit des efforts fournis, les femmes éprouvent des difficultés à faire valoir leurs droits.

***- Au plan économique ;*** Pour promouvoir les droits économiques des filles et des femmes, le gouvernement a initié plusieurs projets pour leur formation et pour stimuler leur production. En matière d'emploi les femmes constituaient en 1994 le tiers des effectifs du secteur public et étaient regroupées en proportion plus importante que les hommes dans les catégories subalternes. « *Malgré le principe consacré de l'égalité d'accès à l'emploi, il n'existe pas une politique nationale axée vers l'atteinte de cet objectif* ».

***-Au plan sanitaire :*** Le gouvernement a adopté et pris des mesures politiques et juridiques visant entre autres l'amélioration de la santé de la reproduction . Malgré cette volonté politique affirmée, la situation de la santé de la mère reste préoccupante . Les indicateurs relatifs aux soins obstétricaux montrent une ***chute brutale de la couverture en accouchements assistés*** qui passe de 41,5 % en 1993 à 31,0 % en 1998-99 et une relative stagnation de la couverture prénatale (58,6 % en 1993 contre 60,7 % en 1998-99). Le taux de mortalité maternelle se situe à 484 pour 100.000 naissances vivantes (566 pour 100.000 en 1991). Cette baisse apparente est également due aux méthodes de calcul utilisées.

***- Au plan de l'éducation***

Les disparités entre régions, entre garçons et filles persistent dans le système éducatif burkinabè. Les proportions de filles scolarisées sont passés de 26,1 % en 1991-92 32,2 % en 1996-97. Le taux d'ensemble est de 41% en 1999.

***- Au plan social***

***Exclusion sociale des femmes :*** On dénombrait en 1999, 1 648 femmes dans les structures hébergeant les femmes exclues de leurs groupes sociaux d'origine pour differentes causes.

***Femmes en prison :*** En 1998, 243 femmes étaient détenues avec un effectif important à Ouagadougou (114) et Bobo-Dioulasso (49) contre 4 seulement à Kaya. En 1999, le nombre était de 249 dont 106 à Ouagadougou, 58 à Bobo-Dioulasso et 9 à Kaya***. Il n'existe pas de textes spécifiques les concernant. Seule la prison de Ouagadougou dispose d'un quartier pour femmes et celle de Bobo-Dioulasso d'une simple cellule.***

**e) – Amélioration des conditions de vie des enfants**

L'adoption d'un programme d'éducation en matière de population qui a débuté en 1986 mais dont l'exécution se poursuit à ce jour; l'élaboration d'une politique nationale d'éducation à la vie familiale a été adoptée en 1997 , leurs objectifs sont de contribuer à la stabilité de la famille burkinabè , de prouvoir la vie familiale et la condition de la femme , de renforcer les attributs du pouvoir de dialogue et du jugement au sein de la famille et de la société.

***- Séparation de l'enfant avec les parents :*** En cas de séparation des parents la loi organise la garde de l'enfant en ne tenant compte que du seul intérêt supérieur de celui-ci.

Au plan international, le Burkina Faso a signé des accords judiciaires qui permettent, sous réserve de l'accomplissement de certaines formalités, de recouvrer les pensions alimentaires à l'étranger. Seulement une minorité de la population jouit de cette protection en raison de la méconnaissance des textes et de la difficulté d'accès aux services chargés de l'appliquer.

***- Enfants privés du milieu familial :*** Les données révèlent une tendance à la hausse des abandons d'enfants : 254 en 1996 et 325 en 1997 soit une progression de près de 28 %. La situation des orphelins est aggravée du fait de la pandémie du Sida. Selon les données de l'ONUSIDA, le Burkina Faso comptait en 1998, 200 000 orphelins du Sida.

***-Enfants handicapés :*** Le Burkina compte 168 698 personnes handicapées de toutes catégories soit 1,6 % de la population. Un accroissement de 33,5 % du nombre de personnes handicapées est constaté entre les deux recensements (RGP de 1985 et RGPH de 1996). La population féminine handicapée est de 80 826 ce qui représente 48 % du total de la population des personnes handicapées. **18,3 % des handicapés ont moins de 10 ans**. Un projet de plan d'action prévoit la création de comités de Réadaptation à Base Communautaire RBC .

**f) – Éducation, alphabétisation et formation professionnelle**

***- Éducation préscolaire :***Les structures préscolaires sont essentiellement urbaines. La proportion des enfants de 3-6 ans du préscolaire était de 0,7 % en 1991 et 1,4 % en 1997 .

***- Éducation primaire :*** En 1998-99, le taux brut de scolarisation au primaire est estimé à 40,5 % avec de fortes disparités entre garçons et filles (33,6 % de filles et 47,1 % de garçons). En 1990-91 le taux étaient de 32,9 %. Les taux de filles scolarisées sont passées de 26,1 % en 1991-92 à 32,2 % en 1996-97.

***- Enseignement secondaire :*** Bien qu'ayant amorcé une hausse notable passant de 8,6 % en 1992-93 à 11,1 % en 1998-99, le taux de scolarisation pour ce niveau d'enseignement reste très faible. Tout comme au primaire, la part des filles scolarisées au secondaire augmente de façon lente : 6,1 % en 1992-93 à 8,5 en 1998-99.

***- Éducation non formelle :*** Elle est dispensée dans les centres de formation des jeunes agriculteurs, les centres permanents d'alphabétisation et de formation et les CEBNF. Les résultats atteints restent faibles malgré ces efforts. En effet, le taux d'alphabétisation des femmes qui avoisinait 10 % en 1991 (ED, 1991) atteint à peine 13 % en 1998 (EDSBF, 1998-99).

***- Formation professionnelle :***Les formations professionnelles après le primaire, du niveau du secondaire, sont insuffisantes et toutes situées en zone urbaine pour les trois quarts à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, les deux plus grandes villes du pays.

**g) – Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles**

Le phénomène prend de l'ampleur en raison de l'urbanisation , de la pauvreté et des conflits de génération .

***- Enfants vivant ou travaillant dans la rue :*** L'analyse des résultats de l'enquête d'évaluation de 1998 indique que 2 547 enfants de/dans la rue ont été encadrés en 1997 contre 2 225 en 1996 soit un taux de progression de 14,5 %. Au total, 1789 enfants (dont 23,5 % de filles) ont pu être installés dans des activités diverses

***Il s'avère nécessaire de coordonner les interventions, de revoir les stratégies d'encadrement des enfants et de s'attaquer aux causes profondes .***

***- Enfants en prison :*** Le pourcentage des mineurs détenus est passé de 7,6 % en 1993 à 18,9 % en 1999. De même, les condamnations sont passées de 5,1 % en1993 à 17,5 % en 1997 .

Des quartiers séparés pour mineurs sont mis en place .

***-Enfants exploités***

***Travail des enfants :*** 51,1 % des enfants au Burkina mènent une activité économique. Au recensement de 1996, sur un effectif 8 104 236 actifs, 1 910 235 sont des enfants soit environ un actif sur 4 .

Le Burkina Faso a ratifié au plan international : la Convention OIT n°5 sur l'âge minimum dans l'Industrie (1960) ; la Convention OIT n°138 sur l'âge minimum d'admission à l'emploi (1997) ; Il a également souscrit à des programmes sous régionaux de lutte contre le travail des enfants.

Au plan national, le Code du Travail prévoit des dispositions spécifiques sur l'âge et les conditions de travail des enfants.

Au plan international, il s'avère que le Burkina Faso est un pays fournisseur, récepteur et de transit pour le trafic des enfants. À cet effet, le Burkina Faso a adhéré au Programme sous-régional de lutte contre le trafic des enfants à des fins d'exploitation de leur travail

***Enfants utilisés dans le trafic des drogues :***Le Burkina Faso est un pays de transit pour les drogues dures (héroïne et cocaïne . Ainsi le poids de « canabis » saisi au Burkina Faso est passé de 8,355 kg en 1988 à 218 kg en 1992 (SP-CNLD, 1999). À la date du 31 décembre 1998, il a atteint 2,159 tonnes. Celui de l'héroïne est passé de 110 grammes en 1986-93 à 240 grammes pour la seule année de 1998. Concernant les comprimés d'amphétamines, le nombre a connu une augmentation très accélérée entre 1991 (17 272 comprimés) et 1993 (484 211 comprimés) et depuis, une tendance à la baisse est observée jusqu'en 1998 (346 903 comprimés).

Le Comité National de lutte contre la Drogue ne prévoit pas de stratégies particulières à l'endroit des enfants.

**h) - Protection des enfants en cas de conflit armé :** Selon les informations disponibles au HCR/Burkina, le pays compte à l'heure actuelle 700 réfugiés dont un tiers sont des enfants. Le Burkina Faso vient d'enregistrer un retour massif de rapatriés de Côte d'Ivoire et de Libye.

Au plan juridique le Burkina Faso a ratifié la convention sur le droit international humanitaire et la convention sur les mines antipersonnelles en 1998. Toutefois, le Burkina Faso n'a pas encore ratifié le protocole facultatif sur la protection des enfants en situation de conflits armés.

**i - Enfants et environnement :** Le Programme National de Gestion des Terroirs a touché 500 écoles primaires, 800 enseignants, 33 700 élèves répartis dans 18 provinces . Le Programme de Formation et d'Information sur l'Environnement (PFIE) est mis en œuvre depuis 1990 a vu l'implication de 520 écoles et communautés, 104 000 élèves, 2100 maîtres d'écoles. Les résultats obtenus sont : 519 écoles couvertes dans 18 provinces ; 113 685 élèves ont été sensibilisés et formés et 2 363 maîtres ont été formés et sont en mesure d'appliquer le programmes (PFIE, 1999). ***Ces résultats montrent que les objectifs ont été largement atteints***

**j - Pauvreté et croissance économique :** Le service de la dette en 1990 qui était de 18,4 milliards de FCFA est passé à 47,8 milliards de FCFA en 1994 pour s'établir à 35 milliards de FCFA en 1997.

La proportion des pauvres qui est de 45,3 % en 1998 (EP-II) est en hausse par rapport à 1994 (44,5 %). En ville, l'incidence de la pauvreté s'est accrue alors qu'en zone rurale, elle est restée stable . La frange de la population touchée par les effets de la pauvreté est constituée essentiellement des enfants, des jeunes, des femmes et des personnes âgées.

La part des recettes propres affectées par l'Etat aux secteurs sociaux est passée de 15,1 % en 1990, à **19,5 %** en 1997. Ce qui représente un effort appréciable . Grâce au mécanisme de réduction de la dette en faveur des Pays Pauvres Très Endettés (initiative PPTE), le pays a élaboré en 2000 un « cadre stratégique de lutte contre la pauvreté » avec une prépondérence des fonds alloués aux secteurs sociaux (éducation, santé, eau et assainissement ).

## E - ENSEIGNEMENTS TIRES

Les constats relevés lors des évaluations précédentes sur le caractère préoccupant des indicateurs restent d'actualité. Cependant on peut noter avec satisfaction la volonté politique du Burkina Faso de faire des droits de l'enfant et subsidiairement de la femme une réalité. La mobilisation accrue de la société civile en faveur de l'enfant pour une synergie d'action, l'intérêt manifeste des partenaires au développement (UNICEF, FNUAP, PNUD, etc.) permettent d'améliorer les perceptions relatives à l'enfant et d'éveiller les consciences sur ses droits.

Les problèmes majeurs restent : les difficultés de coordination ; la concentration des activités dans les centres urbains ; le manque de ressources ; les difficultés de définition d'objectifs réalisables ; l'inadaptation des textes ; les difficultés d'information, de sensibilisation et d'éducation ; l'absence de programmes pour certains secteurs ; l'absence de mécanismes spécifiques de collecte de données statistiques sur les enfants ; la faible implication des communautés.