



BURKINA FASO
Unité - Progrès - Justice



Systeme des Nations Unies

RAPPORT DE SUIVI

UN MONDE DIGNE DES ENFANTS

MINISTERE DE L'ACTION SOCIALE
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

SECRETARIAT PERMANENT DU PLAN
D'ACTION NATIONAL POUR L'ENFANCE

unicef 

Pour chaque enfant
Santé, Education, Egalité, Protection
FAISONS AVANCER L'HUMANITE

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE

Décembre 2006

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	iii
I : INTRODUCTION.....	1
II : ACTIONS MAJEURES AU NIVEAU NATIONAL ENTREPRISES EN FAVEUR DES ENFANTS ET VERS LA REALISATION DES CIBLES DU MONDE DIGNE DES ENFANTS DEPUIS 2003	2
III : RESSOURCES BUDGETAIRES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MDE	2
IV : INITIATIVES POUR SUIVRE LES PROGRES VERS LES CIBLES MDE	3
V : INITIATIVES DE PARTENARIAT ET LEUR ROLE DANS LA PROMOTION D'UN MDE.....	3
5.1 Au plan régional et international.....	4
5.2 Au plan national.....	4
VI : BILAN DE REALISATION DU PLAN D'ACTION DES CIBLES DU MDE.....	7
6.1 PROMOUVOIR UNE VIE SAINNE	7
6.1.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans.....	7
6.1.2 Mortalité maternelle	9
6.1.3 Couverture vaccinale	9
6.1.4 Malnutrition	10
6.1.5 Situation en matière d'eau et d'assainissement	10
6.2 FOURNIR UNE EDUCATION DE QUALITE.....	11
6.2.1 Education préscolaire et enseignement primaire.....	11
6.2.2 Alphabétisation des adultes	13
6.2.3 Enseignement secondaire	13
6.2.4 Éducation des filles.....	13
6.2.5. Pour une éducation de qualité.....	14
6.3 PROTEGER LES ENFANTS CONTRE LA MALTRAITANCE, L'EXPLOITATION ET LA VIOLENCE	15
6.3.1 Protection contre toutes les formes de maltraitance, de délaissement, d'exploitation et de violence	15
6.3.2. Protection contre les répercussions des conflits armés.....	16
6.3.3. Protection contre l'exploitation sexuelle, la traite et le rapt	17
6.3.4. Protection contre les pires formes de travail des enfants	18
6.4. LUTTER CONTRE LE VIH-SIDA.....	20
VII : ENSEIGNEMENTS ET INITIATIVES POUR LA PROMOTION D'UN MONDE DIGNE DES ENFANTS	21
7.1 Enseignements et initiatives prises pour l'accélération des progrès	21
7.2. Initiatives futures planifiées pour l'accélération de l'atteinte des objectifs	23
VIII : CONCLUSION	24
BIBLIOGRAPHIE	25

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AEJT	: Association des enfants et jeunes travailleurs
AI	: Alphabétisation initiale
ARV	: Anti- rétroviraux
CADBE	: Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant
CDE	: Convention relative aux droits de l'enfant
CE	: Cours élémentaire
CEDEF	: Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes
CEP	: Certificat d'études primaires
CM	: Cours moyen
CNLS	: Conseil national de lutte contre le Sida
CP	: Cours préparatoire
CONAREF	: Commission nationale pour les réfugiés
COSPE	: Cadre d'orientations stratégiques pour la promotion de l'enfant
CREDO	: Christian relief développement organisation
CSLP	: Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
DEP	: Direction des études et de la planification
DGCOOP	: Direction générale de la coopération
EBCVM	: Enquête burkinabé sur les conditions de vie des ménages
EDS	: Enquête démographique et de santé
EP	: Enquête prioritaire
EPT	: Education pour tous
FCB	: Formation complémentaire de base
IBFAN	: International baby food action network
IPEC	: Programme international pour l'abolition du travail des enfants
LUTRENA	: Lutte contre le trafic des enfants
MAC	: Maison d'arrêt et de correction
MATD	: Ministère de l'administration territoriale et de la décentralisation
MASSN	: Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale
MDE	: Monde digne des enfants
MESSRS	: Ministère des enseignements secondaire, supérieur et de la recherche scientifique
MFB	: Ministère des finances et du budget
MGF	: Mutilations génitales féminines
MICS	: Enquête à indicateurs multiples (Multiple Indicators Cluster Survey)
MTI	: Moustiquaires traitées aux insecticides
MTSS	: Ministère du travail et de la sécurité sociale
OEV	: Orphelins et autres enfants vulnérables
OIT	: Organisation internationale du travail
OMD	: Objectifs du millénaire pour le développement
ON	: Objectif national
HIST	: Historique (Tendance)
PAP/CSLP	: Programme d'actions prioritaires de mise en œuvre du CSLP
PCIME	: Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant
PDDEB	: Plan décennal de développement de l'éducation de base
PEV	: Programme élargi de vaccination
PF	: Planification familiale
PNAS	: Politique nationale d'action sociale
PNDIPE	: Programme national intégré de développement de la petite enfance
PNDS	: Plan national de développement sanitaire
PNLP	: Plan national de lutte contre le paludisme
PNP	: Politique nationale de population
PSV/DHTE	: Programme santé sexuelle, VIH/SIDA, droits humains, lutte contre le trafic et les pires formes de travail des enfants
PTF	: Partenaires techniques et financiers

RAJS	: Réseau africain, jeunesse, santé et développement au Burkina Faso
RAPPED	: Réseau d'action pour la prévention et la protection des enfants en difficultés
SNU	: Système des nations unies
SP/CNLPE	: Secrétariat permanent du comité national de lutte contre la pratique de l'excision
SP/CNLS	: Secrétariat permanent du conseil national de lutte contre le Sida
SP/PAN-Enfance	: Secrétariat permanent du plan d'action national pour l'enfance
SR	: Santé de la reproduction
TAP	: Taux d'achèvement au primaire
TBS	: Taux brut de scolarisation
TMI	: Taux de mortalité infantile
TMM	: Taux de mortalité maternelle
TNS	: Taux net de scolarisation
UNICEF	: Fonds des nations unies pour l'enfance

I : INTRODUCTION

En mai 2002, lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies consacrée aux enfants, 190 délégations nationales ont réaffirmé leur volonté de promouvoir et de protéger les droits et le bien-être des enfants et se sont engagées à créer « **Un monde digne des enfants** » (MDE). Le plan d'action adopté à cet effet constitue un puissant instrument de mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE).

Dans le cadre du suivi des engagements pour « Un monde digne des enfants », quelques pays ont déjà choisi de préparer, en étroite collaboration avec les agences du Système des Nations Unies (SNU), un rapport d'avancement retraçant les efforts accomplis pour atteindre un certain nombre d'objectifs en faveur des enfants, centrés sur la promotion d'une existence plus saine, l'offre d'une éducation de qualité, la protection des enfants contre la maltraitance, l'exploitation, la violence, et la lutte contre le VIH/Sida.

Dans cette perspective, et sous la présidence du Ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale (MASSN), le lancement du processus d'élaboration du rapport du Burkina Faso est intervenu le 16 novembre 2006. Il a été préparé conjointement par le SNU (à travers l'UNICEF) et le Gouvernement avec la participation des ONG, de la société civile et des partenaires techniques et financiers. Un comité de pilotage a été mis en place, sous la coordination du Secrétariat Permanent du Plan d'action national pour l'enfance (SP/PAN-Enfance). Pour accélérer le processus, deux consultants nationaux ont été recrutés. Ils ont produit un document de base ayant servi de support de discussions. Ce document s'est fondé sur les données du suivi du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et des plans sectoriels (Education, Santé et nutrition, Eau potable et assainissement, VIH-Sida, etc.), des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), de la CDE, de la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discriminations à l'égard des femmes (CEDEF) et de la Charte Africaine des Droits et du Bien-être de l'Enfant (CADBE) et de l'enquête à indicateurs multiples (MICS) III Burkina, organisée en 2006. L'atelier de validation du rapport tenu le 8 décembre 2006, a regroupé l'ensemble des acteurs clés : gouvernement, partenaires techniques et financiers, société civile, ONG partenaires du SNU, enfants et jeunes.

Par conséquent, le présent rapport est le fruit d'une réflexion collective et participative. Il se veut un outil fondamental de dialogue de politiques, un moyen de renforcement du plaidoyer et du partenariat. C'est un instrument qui doit contribuer à l'éveil des consciences et au renouvellement des engagements politiques au niveau national. Ce rapport sur les progrès accomplis dans la concrétisation des engagements du Burkina Faso pour « Un monde digne des enfants » est, avant tout, un document traitant des politiques nationales de développement de l'enfant. C'est pourquoi, il devra susciter, à l'échelon national, l'intérêt du grand public, de la société civile, du secteur privé, des médias, des hauts dirigeants et responsables, et aider à orienter le débat national sur certaines priorités spécifiques en faveur des enfants et des femmes.

Le rapport, à mi-parcours, couvre la période 2002-2006. Il fait d'abord le point des actions entreprises en faveur des enfants et vers la réalisation des cibles du MDE (section I) et indique les efforts budgétaires pour atteindre les cibles du MDE (section II). Il présente ensuite les instruments pour suivre les progrès vers les cibles du MDE (section III) et analyse les initiatives importantes de partenariat et les alliances formées ou élargies depuis 2002 (section IV). Il dresse le bilan de réalisation du plan d'action des cibles du MDE pour établir les évolutions tendancielle et discute les conditions de réalisation (section V). Le rapport tire enfin les enseignements nécessaires pour l'accélération des progrès vers la réalisation des objectifs du MDE (section VI).

II : ACTIONS MAJEURES AU NIVEAU NATIONAL ENTREPRISES EN FAVEUR DES ENFANTS ET VERS LA REALISATION DES CIBLES DU MONDE DIGNE DES ENFANTS DEPUIS 2003

Parmi les engagements pris par les responsables des pays lors de la session extraordinaire consacrée aux enfants de mai 2002, figure l'élaboration de plans d'actions nationaux intégrant les quatre objectifs globaux et les cibles du MDE. Le Burkina Faso n'a pas élaboré un tel plan d'action. Cependant, les priorités d'action définies lors de la session ont été intégrées dans d'autres documents de planification, en particulier dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP) qui constitue pour le pays le cadre de référence de toutes les interventions en matière de développement. Ces priorités ont été intégrées dans l'axe 2 du CSLP qui traite de l'accès des pauvres aux services sociaux de base et à la protection sociale (éducation, action sociale, santé - nutrition, eau potable - assainissement, lutte contre le VIH-Sida). Un programme d'actions prioritaires (PAP) a été élaboré comme instrument de mise en œuvre du CSLP.

Le PAP/CSLP pour la période 2006-2008 traite des questions relatives à la petite enfance et des enfants ayant besoin de mesures spéciales de protection. Les contraintes liées au statut de la femme et affectant gravement leur situation sont prises en compte. Enfin, le PAP/CSLP prévoit des efforts particuliers pour (i) une diminution importante des taux de mortalité maternelle et infantile et de la malnutrition des enfants de moins de cinq ans, (ii) une augmentation de l'accès à l'eau potable surtout pour les ménages vivant en zones rurales. Il prend en compte les enfants vivant dans la rue, les pires formes de travail des enfants, les enfants en conflit avec la loi, les orphelins et autres enfants vulnérables (OEV).

Par ailleurs, les objectifs définis lors de la session ont été intégrés à différents plans sectoriels en cohérence avec le CSLP. On peut citer entre autres : le plan décennal de développement de l'éducation de base (2001-2010), le plan national de développement sanitaire (2001-2010), le cadre stratégique de lutte contre le sida (2006-2010), le plan stratégique de lutte contre le paludisme (2006-2010), le plan d'action national pour la survie, la protection et le développement de l'enfant (2006-2010) et le plan national pour la réforme de la justice(2002-2006). Dans cette optique, un effort a été fait pour aligner les buts et cibles des plans stratégiques ou des programmes (éducation, santé, lutte contre la traite et l'exploitation sexuelle et le VIH-Sida) avec ceux d'Un monde digne des enfants.

Le Burkina Faso est entrain de se doter d'un Code de l'enfance. A cet effet, un travail de compilation de tous les instruments juridiques internationaux, régionaux et nationaux en vigueur qui protègent les droits de l'enfant a été effectué. Ceci marque le début d'un processus qui, à terme, devrait aboutir à la mise en harmonie de la législation nationale relative aux droits de l'enfant avec les engagements internationaux auxquels le Burkina Faso a souscrit. Le pays a élaboré un Cadre d'orientations stratégiques pour la promotion de l'enfant (COSPE) pour la période 2006-2015 et un politique nationale de développement intégré de la petite enfance (PNDIPE). Le COSPE et la PNDIPE constituent une réponse nationale à la résolution des problèmes des enfants dans une perspective multisectorielle et décentralisée. Un cadre stratégique de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables et un programme national d'action éducative en milieu ouvert ont été également élaborés en 2005. Enfin, une politique nationale d'action sociale (PNAS) est en cours d'élaboration. Son but est de promouvoir le bien-être social des populations en général, celui des individus, des familles et des groupes vulnérables en particulier. L'accès aux services sociaux, l'élimination des violences faites aux femmes et aux enfants, le renforcement de mécanismes institutionnels pour la promotion des droits de la famille et de l'enfant, occupent une place de choix dans cette politique.

III : RESSOURCES BUDGETAIRES POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS DU MDE

Beaucoup de projets et programmes mis en œuvre par les différents secteurs ministériels (santé, éducation, Action sociale, justice, eau-assainissement, promotion de la femme, droits humains) contribuent directement ou indirectement à l'atteinte des objectifs du MDE. Ces secteurs sont considérés prioritaires dans le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.

Sur la période 2002-2005, en termes de crédits alloués aux activités des principaux secteurs traitant des questions de l'enfant, on note un effort budgétaire considérable, passant de 130,7 milliards de FCFA à 173,5 milliards, soit un taux de progression moyen de 9,9% par an. Le Burkina Faso, a consacré en moyenne 22,4% du budget national à ces secteurs. Le budget affecté à l'enseignement primaire est le plus élevé mais

reste encore faible (9,8% en moyenne). Celui de la santé (6,8% en moyenne) est en-dessous des normes de l'OMS (10%). Cependant, l'indépendance vaccinale (paiement par l'Etat des vaccins réguliers du programme élargi de vaccination) est un acquis pour le Burkina Faso. Les budgets accordés à l'enseignement secondaire (5,3% en moyenne) et à l'action sociale (2,3% en moyenne) sont encore plus faibles, comme l'indique le graphique n°1.

Graphique 1: Evolution des allocations budgétaires aux ministères sectoriels intervenant en faveur des enfants

Error! Not a valid link.

Au titre de la coopération internationale, beaucoup de partenaires au développement appuient l'État dans la mise en œuvre de ses politiques et programmes en faveur de l'enfant. A titre illustratif, on peut signaler la signature en 2005 de 6 conventions de financement de projets et programmes dans le domaine de l'éducation et de la santé pour un montant total de 70 190 500 000 FCFA octroyés par les Pays Bas, la Suède, DANIDA, l'USAID, IDA, le Japon et la BAD (source : MFB/DGCOOP). D'autres partenaires privilégiés tels que l'UNICEF, l'UNFPA, l'Allemagne, l'Union européenne, Plan Burkina et Axios financent des activités en faveur des droits de l'enfant.

IV : INITIATIVES POUR SUIVRE LES PROGRES VERS LES CIBLES MDE

Au cours de la période 2002-2005, il n'y a pas eu d'initiatives spécifiques pour suivre les progrès vers les cibles MDE. Cependant, plusieurs initiatives prises par le Gouvernement et ses partenaires au développement permettent de suivre les progrès vers les cibles MDE. Ce sont :

- la réalisation d'enquêtes périodiques ou ponctuelles telles l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2003, l'enquête à indicateurs multiples sur la santé, l'éducation, l'eau et l'assainissement (MICS) de 2006, l'enquête annuelle permanente/questionnaire des indicateurs de base de bien-être (EAP/QUIBB), l'enquête sur les conditions de vie des ménages (EBCVM) menée en 2003 ;
- la mise en place de systèmes d'information et stratégies de suivi des progrès au niveau sectoriel tels que le tableau de bord de l'éducation de base et de l'alphabétisation, l'annuaire statistique du Ministère de la santé, l'annuaire statistique scolaire et universitaire, le système national d'information sanitaire ;
- l'élaboration de rapports annuels de suivi du CSLP, des OMD et du PAN/Enfance ;
- l'élaboration des rapports sur la mise en œuvre de la CADBE et de la CDE en 2006 ;
- l'évaluation des activités du Comité national de lutte contre la pratique de l'excision (1999-2005).
- L'élaboration, le suivi et l'évaluation du PAN / Enfance (Plan d'action national pour la survie, la protection et le développement de l'enfant au Burkina Faso)

L'ensemble des informations ainsi recueillies permet d'apprécier le niveau de réalisation des objectifs et d'atteinte des engagements. Cependant, ces initiatives gagneraient à être améliorées afin que les données soient bien désagrégées et disponibles à temps. Des études d'impact des plans, programmes et projets sont également à envisager systématiquement.

Dans le cadre de l'amélioration des systèmes de rapportage de routine et l'utilisation de leurs données dans divers processus de planification, un effort est fait au niveau sectoriel (santé et éducation particulièrement) pour collecter périodiquement les données et les rendre disponibles. Un système permanent de collecte de données sur les enfants et les femmes a été mis en place à l'action sociale, mais reste à être opérationnalisé.

Les données collectées sont utilisées effectivement pour l'élaboration et l'actualisation des différents politiques et programmes tels que le cadre stratégique de prise en charge des orphelins et autres enfants vulnérables, le Programme national d'action éducative en milieu ouvert en 2005. Il en est de même pour l'élaboration du rapport initial sur la mise en œuvre de la CADBE et des troisième et quatrième rapports sur la mise en œuvre de la CDE en 2006.

Enfin, le Gouvernement a adopté DevInfo, la base de données parrainée par l'ONU, pour assurer un meilleur suivi des progrès.

V : INITIATIVES DE PARTENARIAT ET LEUR ROLE DANS LA PROMOTION D'UN MDE

5.1 Au plan régional et international

En Afrique, plusieurs initiatives régionales ont renforcé l'engagement pris et l'action menée à l'échelon national dans les domaines liés aux objectifs du MDE. Une réunion de parlementaires africains tenue à Dakar en décembre 2005 a permis d'examiner les moyens de mettre fin aux mutilations génitales des femmes. Le développement du jeune enfant a également été mis en relief à la conférence tenue au Ghana en mai 2005. La lutte contre la traite des enfants a fait l'objet de plusieurs accords, aux plans bilatéral et multilatéral. Le Burkina Faso a également organisé de grandes rencontres telles la réunion spécialisée sur la traite et l'exploitation des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre, en novembre 2006. Il a participé aussi à plusieurs rencontres sur différentes thématiques : réunion spécialisée sur la traite et l'exploitation des enfants en Afrique de l'Ouest et du Centre en Côte-d'Ivoire en 2004 et au Cameroun en 2005 ; rencontres sur les OEV à Washington en 2005. Enfin, AfricalInfo (base de données panafricaines sur le suivi des OMD et des objectifs énoncés dans le document « Un monde digne des enfants » concernant l'Afrique) a été mise à jour en 2005.

Par ailleurs, les alliances et coalitions de la société civile continuent de s'employer à tous les niveaux, en partenariat avec les agences des Nations Unies, à promouvoir et appuyer la campagne « Unis pour les enfants, unis contre le sida ». La campagne vise à fournir un cadre axé sur les enfants pour les programmes nationaux, notamment en matière de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, de traitement pédiatrique, de prévention de l'infection chez les adolescents et les jeunes, et de protection des enfants touchés par le VIH/Sida et de soutien à ceux-ci. Il s'agit également de mettre en place un dispositif de sensibilisation au Sida à l'échelle mondiale mettant l'accent sur les enfants. A cet effet, une rencontre s'est tenue sur les enfants et le VIH/ SIDA à Dakar en 2006. Dans le but d'une meilleure mobilisation de la société civile et implication des Etats pour un passage à l'échelle, un « appel à l'action » a été adopté. Enfin, les partenaires de l'OIT, en étroite collaboration avec la société civile, oeuvrent depuis 2005 à l'élaboration de programmes d'action visant la prévention du Sida et de l'exploitation économique des orphelins et des enfants vulnérables en Afrique subsaharienne.

5.2 Au plan national

Pour le partenariat et les alliances

Depuis 2002, des initiatives importantes de partenariat ont été prises ou renforcées avec les partenaires techniques et financiers, les associations et ONG de la société civile et les communautés à la base, notamment dans les domaines de la protection, de la santé, de l'éducation et du suivi-évaluation.

En matière de protection

De nombreuses actions entreprises par le gouvernement, les ONG et les associations nationales pour la protection de l'enfant bénéficient de l'appui de partenaires au développement, tant au niveau bilatéral que multilatéral.

Ainsi, le SNU (à travers principalement l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS et la PAM) et l'UE appuient les structures étatiques ainsi que les ONG et associations intervenant dans la protection de l'enfant. La coopération avec la Suède, le Danemark, les Pays Bas et le Canada, a soutenu des actions diverses de protection de l'enfant dont la promotion des droits de l'enfants, la lutte contre le trafic et le travail des enfants et la mise en place d'un système d'information sur ce phénomène.

D'autres partenaires techniques et financiers sont actifs dans la promotion de la CDE, de la CADBE et de la CEDEF, la concertation genre, la prise en charge des mineurs et des femmes en conflit avec la loi, la lutte contre l'excision, la lutte contre les pires formes de travail et la traite des enfants. Les principaux intervenants sont : Plan Burkina, OSEO, AXIOS, Population Council, SCF/Suède, Terre des Hommes Lausanne, Prisonniers Sans Frontières, CREDO, Terre des Hommes Italie, Save the Children Canada (AEC), Enda Tiers Monde, Congrégation des Sœurs de Saint Gildas des Bois, ATD-Quart Monde, APEE, IPEC/OIT, ECPAT international, Défense des enfants/Mouvement international (DEI), Bureau International Catholique de l'Enfance (BICE), ENDA, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN), Child Rights Information (CRIN), International Committee on Harmful Practices, Child Abuse Prevention

Network, APA, REMAR Burkina, Association Solidarité Jeunes, Association des Enfants Jeunes Travailleurs (AEJT), Action pour la Promotion des Droits de l'Enfant au Burkina (APRODEB), Croix rouge, MSF, WILDAF, FAWE, COBUFADE, CONASUR, Association des psychologues.

Contre la traite des enfants, on peut citer la mise en place d'un comité de pilotage regroupant les différents acteurs de la lutte contre ce phénomène, de 101 comités de vigilance et de surveillance (CVS) dans les régions, provinces et les départements ainsi que des noyaux relais dans les villages. Chaque comité comprend 7 à 14 membres représentant les structures administratives (Action sociale, Education, Travail, Police et Gendarmerie), les autorités coutumières, les syndicats des routiers et de production (coton par exemple), les associations oeuvrant en faveur de l'enfant. Les noyaux relais sont composés du responsable administratif villageois, du représentant de l'autorité coutumière, des jeunes et des femmes organisées en groupements de production.

La mise en place d'un réseau de communicateurs du Burkina Faso sur la traite des enfants en mai 2006, contribue à la sensibilisation de la population à grande échelle par la médiatisation du phénomène.

En faveur des orphelins et autres enfants vulnérables, il a été institutionnalisé en 2004 un forum annuel qui regroupe l'ensemble des acteurs oeuvrant en faveur des orphelins et autres enfants vulnérables. Il constitue un cadre d'échanges et de partage d'expériences. Un Cadre stratégique de prise en charge des OEV et un programme d'action multidimensionnel y relatif ont été élaborés de façon participative et constituent des référentiels.

En faveur des enfants vivant dans la rue, un Réseau d'action pour la prévention et la protection des enfants en difficultés (RAPPED) a été formalisé en 2004. Il regroupe une soixantaine (60) d'ONGs et d'associations.

Il faut noter que ces cadres de concertation rencontrent des difficultés d'ordre financier ou humain dans leur fonctionnement qui se traduisent souvent par la non tenue régulière des rencontres statutaires.

En matière de santé

Le concours de partenaires tels que l'UNICEF, l'UNFPA, l'OMS, la Banque Mondiale, le FAD, l'Allemagne, la Belgique, les Pays Bas, etc., a permis des avancés dans la mise en œuvre du PNDS et de projets dans le domaine de la santé au profit des femmes et des enfants. L'appui de l'UNICEF a été essentiel dans la conduite des campagnes de vaccination et dans la prise en charge des enfants.

Un partenariat a été aussi développé avec d'autres acteurs dont essentiellement des ONG tels que :

- l'Association pour la promotion de l'alimentation infantile et IBFAN pour une bonne alimentation de l'enfant ;
- AFRICARE et les agents de santé à base communautaire pour la prise en charge au niveau communautaire de l'enfant malade ;
- l'Action pour l'enfance et la santé au Burkina dans le domaine du VIH-Sida et des soins de santé primaires pour l'amélioration des conditions de vie de l'enfant ;
- Family care international ;
- les parlementaires en matière de santé de la reproduction ;
- les acteurs de la médecine traditionnelle.

Des associations à caractère professionnel ont été créées et contribuent à faciliter la mise en œuvre de la politique sanitaire.

En matière d'éducation

La mise en œuvre du PDDEB a bénéficié de l'appui de plusieurs partenaires aux plans bilatéral et multilatéral. De nombreuses activités en matière d'éducation et d'alphabétisation ont été possibles grâce à la contribution financière de la Banque Mondiale, le Canada, les Pays-Bas, l'UNICEF, le Royaume-Uni, Catholic Relief Service (CRS), le FMI, l'UE, l'AFD et Plan Burkina.

D'autres partenaires techniques et plusieurs acteurs de la société civile ont activement contribué à la mise en œuvre de la politique d'éducation. Les plus actifs ont été notamment l'OSEO, l'Association TIN-TUA, l'ACDI, le Projet Partenariat pour l'Education non formelle, le Projet d'Appui à l'Education nationale (PAEN), le Cadre de Concertation des ONGs et Associations actives en Education de base (CCEB).

Des actions soutenues sont enregistrées au niveau communautaire. Dans la majorité des établissements scolaires, il existe des associations de parents d'élèves et des associations de mères éducatrices, impliquant ainsi les communautés et les familles dans l'effort d'éducation. Les enseignants sont regroupés en syndicats. Ces organisations sont consultées pour toutes les questions importantes concernant la vie scolaire des élèves et des enseignants. Une convention entre l'Etat et l'Union nationale des établissements d'enseignement privé laïc est en cours d'élaboration et contribuera à renforcer la coopération en matière d'éducation avec le secteur privé.

En matière de suivi-évaluation

En plus des initiatives énoncées en section III, on note l'existence d'un réseau dénommé : « Réseau Burkinabé de Suivi et d'Evaluation » (RéBuSE). Le RéBuSE regroupe des chercheurs, des formateurs et des acteurs sur le terrain dans les domaines du suivi et de l'évaluation, soucieux du renforcement des capacités en la matière. Son but est de créer un cadre institutionnel de réflexion et de créativité en suivi-évaluation afin d'influencer les politiques, les programmes et les acteurs du développement pour une meilleure prise en compte du suivi et de l'évaluation dans la conception et la mise en œuvre des programmes et projets de développement.

Pour la participation des enfants et des jeunes

Au niveau des enfants : une meilleure organisation et un bon fonctionnement du parlement des enfants, le renforcement de ses capacités et de son encadrement technique sont des acquis importants à relever. Le parlement des enfants bénéficie d'un appui technique, matériel et financier aussi bien de l'Etat que des partenaires techniques et financiers (PTF) pour mener ses activités. L'allocation budgétaire de l'Etat a doublé, passant d'un million en 2004 à 2 millions FCFA en 2005 et 2006. Les PTF (UNICEF, PLAN) contribuent au fonctionnement et à la réalisation des activités du parlement à hauteur de 20 à 30 millions FCFA par an. Le siège du parlement des enfants est au sein du MASSN depuis 2005.

Le parlement des enfants a participé activement à l'élaboration de plusieurs politiques, plans et programmes pouvant avoir des incidences sur la mise en œuvre des droits de l'enfant tels que le programme national de développement intégré de la petite enfance en 2004, le plan d'action national de lutte contre la traite des enfants en 2005, le programme national de prise en charge des OEV en 2005. Il a également initié plusieurs activités parmi lesquelles l'organisation de campagnes d'information et de sensibilisation sur les droits de l'enfant dans toutes les provinces et, le 6 octobre 2006, d'une soirée de plaidoyer pour le parrainage scolaire d'au moins 1000 enfants défavorisés. Une mobilisation générale (Chef de l'Etat et membres du gouvernement, PTF, Organisations de la société civile, personnes de bonne volonté) a permis de parrainer 488 enfants dont 258 filles et 230 garçons, contribuant à faire du droit à l'éducation une réalité pour eux.

Au niveau des jeunes : la principale organisation qui est le Réseau africain de lutte contre le Sida, née en 2001, s'est réorganisée en 2006 pour devenir « Réseau africain, jeunesse, santé et développement au Burkina Faso » (RAJS). Il participe également à l'élaboration des politiques et programmes et à des rencontres importantes tant au niveau national qu'international où il exprime ses vues. Il est très actif sur le terrain, menant des activités d'information et d'éducation notamment en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents, pour un changement de comportement. Le réseau compte 280 associations membres et couvre 41 provinces.

Par ailleurs, une Association des Enfants et Jeunes Travailleurs (AEJT) existe. Elle est basée dans dix (10) villes du pays et est membre du RAJS. Sa mission est de susciter auprès des autorités, des institutions et des organisations des réactions concrètes par rapport aux conditions de vie difficiles des enfants et jeunes travailleurs. Les domaines d'intervention sont l'éducation, la formation professionnelle, la santé, le VIH/Sida, la lutte contre la traite et l'exode précoce des enfants, les activités génératrices de revenus, la culture et le

sport. Les bénéficiaires des actions de l'association sont les enfants et jeunes travailleurs ainsi que les autres catégories d'enfants, notamment ceux vulnérables. L'association collabore avec des associations soeurs dans les domaines suscités, ainsi qu'avec les institutions nationales, internationales, les ONG et aussi des structures de l'Etat. Elle bénéficie ainsi d'un appui technique du Ministère de l'Action Sociale et de la solidarité nationale à travers l'AEMO (Action Educative en Milieu Ouvert).

L'AEJT a organisé en juillet 2006, la septième rencontre du Mouvement africain des enfants et jeunes travailleurs qui a regroupé des participants de 20 pays.

VI : BILAN DE REALISATION DU PLAN D'ACTION DES CIBLES DU MDE

Le Burkina Faso, avec un indice de développement humain de 0,317 en 2003, est considéré comme ayant un faible développement humain. C'est pourquoi, le Gouvernement burkinabè a adopté et mis en œuvre plusieurs politiques, plans et programmes qui vont contribuer à promouvoir une vie saine, fournir une éducation de qualité, protéger les enfants contre la maltraitance, l'exploitation et la violence, et lutter contre le VIH-Sida.

6.1 PROMOUVOIR UNE VIE SAINE

6.1.1 Mortalité des enfants de moins de cinq ans

Objectif et cible MDE : Réduire d'un tiers au moins le taux de mortalité des nourrissons et des moins de cinq ans, l'objectif global étant de faire diminuer ce taux de deux tiers à l'horizon 2015.

Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a chuté de 114,6 à 105,3 pour 1000 entre 1991 et 1998. Entre 1998 (EDS II) et 2003 (EDSIII), la tendance est toujours à la baisse (81 pour 1000). Le Burkina Faso a donc réduit son taux de mortalité infantile (TMI) de 2,8 points par an sur la période 1991-2003. L'ampleur des programmes de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) développés par le Gouvernement montre son engagement à réduire la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Ces progrès encourageants placent le Burkina Faso sur la bonne voie pour réduire d'un tiers le TMI d'ici à 2010, comme l'atteste le graphique n °2.

Graphique 2 : Réduire la mortalité infantile

Error! Not a valid link.

En effet selon les tendances d'évolution, le TMI se situerait à 61,4 en 2010 pour un objectif MDE de 54. Mais la progression constatée n'est pas suffisante pour réduire de deux tiers le TMI d'ici à 2015 et atteindre les objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Le Burkina Faso aurait probablement un TMI de 47,4 en 2015 pour un objectif international de 27 (OMD).

Malgré ces acquis importants sur la période 1998-2003 (avec une réduction du taux de 24,3 points), le TMI reste encore élevé au Burkina Faso et lié à une multitude de causes. Les maladies comme le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës sont très meurtrières. L'analphabétisme, la malnutrition, le statut de la femme et la pandémie du Sida contribuent à aggraver cette situation. Enfin, 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.

Pour la lutte contre le paludisme, un plan stratégique couvrant la période 2001-2005 a été mis en œuvre avec pour objectifs de réduire de 25% la morbidité imputable au paludisme par le renforcement des mesures préventives et l'amélioration de la prise en charge des cas dans les formations sanitaires. Le paludisme constitue la première cause de consultation, d'hospitalisation et de décès au Burkina Faso. En 2005, le paludisme grave a été la première cause des dix (10) principaux motifs d'hospitalisation, avec 52,5% des cas. Il a constitué 46,3% des causes de décès dans les formations sanitaires (DEP/Santé). Les enfants de moins de cinq (05) ans restent les plus touchés. Dans cette tranche le paludisme représente 47,90% des motifs de consultation, 66,36% des hospitalisations et 45,72% des décès. Ces données sous-estiment la réalité en raison de la prise en compte partielle des données des structures de soins privées et des relais communautaires par le Système National d'Information Sanitaire (SNIS). Selon les données de MICS 2006, le pourcentage de femmes de 15-49 ans ayant donné naissance au cours des 2 dernières années et

pratiqué une prévention palustre pendant la grossesse est de 79,2% (75,5% en milieu rural et 95,4% en milieu urbain).

Dans le groupe d'âge des moins de 5 ans, la prévalence élevée de l'anémie, des parasitoses intestinales et de la malnutrition favorise la survenue des décès liés au paludisme. En effet, au cours de l'année 2004, 215 750 cas de parasitoses intestinales ont été enregistrés dont 34,53% chez les enfants de moins de 5 ans. De même, 17 858 cas d'anémie et 12 145 cas de malnutrition protéino-énergétique ont été rapportés, dont respectivement 75 % et 86 % chez les moins de 5 ans. En 2005, l'anémie a été la troisième cause des motifs d'hospitalisation soit 4,3 % des cas et la deuxième cause de décès, soit 8,7% des cas. La malnutrition protéino-énergétique a été la cinquième cause de décès avec 2,7% des cas.

Entre 2001 et 2005, on note une baisse relative de la mortalité infanto juvénile et de la létalité hospitalière du paludisme grave, respectivement de 15,98% et de 39,16%. Les actions de lutte contre le paludisme (utilisation des MTI, amélioration de la prise en charge des cas) contribuent à la baisse de la mortalité infanto-juvénile. Dans le domaine de la prise en charge des cas, la proportion des cas de paludisme simple correctement pris en charge à domicile est passée de 23,5% en 2001 à 27% en 2005. Celle du paludisme simple et du paludisme grave dans les formations sanitaires est passée respectivement de 22,4% à 73,10% et de 57% à 85,70%. Dans le domaine de la prévention, le taux d'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides (MTI) chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes est passé respectivement de 12,4% à 23,17% et de 10% à 27,50%. La proportion des femmes enceintes bénéficiant d'une chimioprophylaxie conforme aux directives nationales est passée de 32,8% en 2001 à 83,37% en 2005. Selon les données de MICS 2006, la proportion de ménages utilisant une moustiquaire est de 51,7% et ceux utilisant une moustiquaire imprégnée de 23,3%(45% en milieu urbain et 14,9% en milieu rural).

L'analyse globale révèle que malgré les efforts fournis par les différents acteurs et partenaires de la lutte contre le paludisme, les objectifs nationaux du plan 2001-2005 n'ont pas été entièrement atteints, encore moins ceux de l'initiative « Faire Reculer le Paludisme » et des cibles de la déclaration d'Abuja¹. Le nouveau plan stratégique se donne pour ambition une réduction de la morbidité et de la mortalité de 50% d'ici 2010 par le renforcement des domaines d'actions prioritaires suivants : la prise en charge des cas; la prévention par la promotion de l'utilisation des moustiquaires traitées aux insecticides et le traitement intermittent; le renforcement des capacités institutionnelles du programme.

Par ailleurs, le Burkina Faso a été frappé par des épidémies récurrentes de méningite ces dix dernières années. Mais on assiste à une baisse sensible du nombre de cas et de décès à partir de 2003. Le nombre de cas est passé de 14 455 en 2003 à 3 625 en 2005 et le nombre de décès de 1743 en 2002 à 751 en 2005. Cela pourrait se justifier par l'impact de la mise en œuvre du plan de riposte depuis 2002. Le taux de létalité demeure néanmoins assez élevé (20,72% en 2005).

De fréquentes éclosions d'épidémies de rougeole sont également enregistrées. En 2005, 1077 cas ont été notés dont 22 décès et un taux de létalité de 2,04%.

Parmi les mesures prises pour faire face aux situations d'urgence, notamment aux épidémies de méningite et autres maladies on peut citer :

- la création de la Direction de la lutte contre la maladie en 2002 ;
- l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan opérationnel de lutte contre les épidémies (plan de riposte) pour la période 2002-2005. Les maladies cibles sont la méningite, le choléra, la fièvre jaune et la rougeole qui créent des flambées épidémiques survenant généralement dans le premier

¹ Les chefs d'état ont convenu à Abuja en 2000 de prendre des mesures appropriées et durables pour renforcer les systèmes de santé afin que, d'ici l'an 2005: (i) au moins 60 % des paludéens aient accès à un traitement rapide, adéquat et abordable dans un délai de 24 heures après l'apparition des symptômes; (ii) au moins 60 % des personnes à risque, surtout les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, puissent bénéficier de la combinaison la plus appropriée de mesures de protection personnelle et communautaire telles que les moustiquaires traitées aux insecticides et d'autres interventions accessibles et abordables pour prévenir l'infection et la souffrance; (iii) au moins 60% de toutes les femmes enceintes à risque, surtout les primipares, aient accès à la chimioprophylaxie ou à un traitement intermittent de présomption.

semestre de chaque année avec le début de l'harmattan et de l'hivernage. Cela a permis une détection précoce et une riposte énergique aux épidémies et les leçons tirées ont orienté l'élaboration d'un plan pour la période 2006-2010 ;

- la formation en 2005 des agents de santé à la surveillance épidémiologique active et passive des maladies d'intérêt en santé public y compris le SIDA.

Les principaux défis à relever sont connus : il faut améliorer le système de santé, faciliter l'accès aux services de santé et accroître les investissements en faveur du secteur de la santé.

6.1.2 Mortalité maternelle

Objectifs et cible MDE :

- Réduire d'un tiers au moins le taux de mortalité maternelle, en vue d'atteindre l'objectif consistant à réduire ce taux de deux tiers à l'horizon 2015.
- Mettre à la portée de tous ceux qui sont en âge d'en avoir besoin, au plus tard en 2015, des soins de santé en matière de procréation, dans le cadre d'un système de soins de santé primaires.

En ce qui concerne la mortalité maternelle, le Burkina Faso a accompli des efforts. En effet, on note une réduction du taux de mortalité maternelle (TMM) de l'ordre de 14,5% en six ans, le taux étant passé de 566 décès pour 100.000 naissances vivantes en 1993 à 484 décès en 1998 (EDSBF II). Les statistiques de routine montrent que le nombre de décès maternels dans les formations sanitaires est en baisse, passant de 206,8 en 2003 à 175,7 décès pour 100.000 parturientes en 2005 (DEP/Santé). Le taux de couverture obstétricale s'améliore, passant de 24,6% en 1991 à 47,3% en 2003, soit une progression de 1,8 point par an. De même, le taux de couverture prénatale est en nette progression, passant de 54,08% en 2002 à 79,97% en 2005, soit une progression de 6,5 points par an. Le taux d'accouchements assistés a progressé, passant de 27,11% en 2003 à 34,08% en 2005 (DEP/Santé), soit un gain de 2,3 points par an.

Malgré le développement d'un programme de maternité à moindres risques dans les districts sanitaires et l'intégration des contraceptifs au circuit de distribution de la Centrale d'achat des médicaments essentiels et génériques, la santé de la femme demeure toujours préoccupante. Les causes directes telles que les hémorragies et les infections sont responsables des cas de décès maternels importants. Les grossesses à risque et précoces continuent d'être les problèmes cruciaux que connaissent les femmes en âge de procréer. Les réponses des services de santé à ces problèmes demeurent toujours insuffisantes bien qu'un effort considérable de formation et d'information soit mené.

Le taux de mortalité maternelle demeure ainsi encore élevé et le chemin à parcourir pour bâtir un monde digne des enfants reste relativement long, comme le montre le graphique n°3. En effet, selon les tendances d'évolution, le TMM se situerait à 402 décès en 2010 (pour un objectif MDE de 323) et 334 en 2015 (pour un objectif MDE de 161 et OMD de 121). Pour arriver à un taux marginal, il faudra attendre 2040. Les efforts doivent être redoublés.

Graphique 3 : Réduire la mortalité maternelle

Error! Not a valid link.

Pour ce qui est de la santé de la reproduction (SR), en dépit des nombreux efforts fournis par les autorités pour l'expansion de la planification familiale (PF), notamment la connaissance des méthodes contraceptives modernes, la majorité des gens est très peu informée. L'EDS (1993) indiquait un taux de prévalence contraceptive de 17% en milieu urbain et 1,5% en milieu rural. En 1998, ce taux atteignait respectivement 20% et 3% environ, soit une progression de 3 et 1,5 points en cinq ans. Les données de l'enquête MICS de 2006 montrent que seulement 13,3% des femmes de 15-49 ans mariées ou en union (dont 32,1% en milieu urbain et 8% en milieu rural) utilisent une méthode contraceptive moderne. Ce taux est nettement en-dessous des attentes du gouvernement burkinabé qui visait un objectif de 32% en 2000. Chaque jour de nombreuses femmes contractent des grossesses non désirées et de nombreuses personnes contractent des infections sexuellement transmissibles. C'est pourquoi le pays s'est doté d'un plan stratégique de sécurisation des produits contraceptifs (2006-2015).

6.1.3 Couverture vaccinale

La couverture vaccinale rend compte, en partie, de l'accès aux services de santé et du comportement des mères vis-à-vis des maladies du PEV. Elle détermine dans une large mesure la protection des enfants de la mortalité infantile. Entre 2002 et 2005, le taux de couverture vaccinale a fortement augmenté. Il enregistre une progression de 20,7 points pour le BCG, 26,8 points pour le DTCP3, 19,4 points pour la rougeole et 22,2 points pour la fièvre jaune. Pour les deux premiers, les taux sont supérieurs à 95% tandis que pour les deux derniers ils sont de 84% en 2005 (DEP/ Santé). Les données de l'enquête MICS de 2006 indiquent que 62,4% des enfants de 18-29 mois ont été vaccinés contre les maladies infantiles avant l'âge de 18 mois, dont 91,2% pour le BCG, 74,3% pour le DTCP3, 79,6% pour la Polio et 78,2% pour la rougeole. Ces progrès significatifs sont dus au fait qu'un paquet d'activités est systématiquement assuré pour le programme élargi de vaccination. Il s'agit entre autres des campagnes de sensibilisation, de la mise en place de la stratégie avancée, de l'organisation des journées nationales de vaccination, du renforcement des compétences du personnel des formations sanitaires.

6.1.4 Malnutrition

Objectif et cible MDE: Réduire d'un tiers au moins le taux de malnutrition des enfants de moins de cinq ans, et surtout des moins de deux ans, et réduire d'un tiers au moins le taux d'insuffisance pondérale à la naissance.

Au Burkina Faso, le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans souffrant d'une insuffisance pondérale a augmenté entre 2003 et 2005, passant de 39% (EDS 2003) à 46,1%. Environ 15,26% des enfants consultés en 2005 étaient malnutris dont 2,55% de cas sévères (DEP/Santé). Selon les données de MICS 2006, le pourcentage d'enfants de moins de cinq souffrant d'insuffisance pondérale modérée (respectivement sévère) est de 38,2% (respectivement 15,3%). Ces taux sont respectivement de 41,7% et 16,5% en milieu rural contre 24,8% et 10,4% en milieu urbain. Le retard de croissance modéré (respectivement sévère) touche 37,1% des enfants (respectivement 17,5%). Ces taux sont respectivement de 41,2% et 20,6% en milieu rural contre 21,3% et 5,7% en milieu urbain. La proportion d'enfants souffrant d'émaciation modérée (respectivement sévère) est de 22,6% (respectivement 7,3%). Ces taux sont respectivement de 23,4% et 7,9% en milieu rural contre 19,8% et 5% en milieu urbain. L'insuffisance pondérale et le retard de croissance se manifestent généralement dès la tranche d'âge 6-11 mois et atteignent leur niveau le plus élevé dans les tranches d'âge 12-23 mois et 24-35 mois.

La malnutrition s'atténue lorsque le statut socioéconomique du ménage augmente. En effet, chez les ménages les plus pauvres, la proportion d'enfants souffrant de retard de croissance et d'insuffisance pondérale est plus de deux fois élevée que chez les ménages les plus riches, soit 22% chez les salariés du public contre 50,4% chez les agriculteurs en 2005. Les données de MICS 2006 montrent également que la proportion est plus élevée chez les ménages les plus pauvres (20% d'insuffisance pondérale sévère, 26,6% de retard de croissance sévère et 8,6% d'émaciation sévère) que ceux les plus riches (8,5% d'insuffisance pondérale sévère, 4,7% de retard de croissance sévère et 4,8% d'émaciation sévère).

La situation nutritionnelle se caractérise par la prédominance de la malnutrition proteino-énergétique et les carences en micro-nutriments (vitamine A, iode, fer). La malnutrition est imputable à l'insécurité alimentaire, l'analphabétisme des femmes, la pauvreté et la faiblesse des services sociaux. Les efforts fournis par le pays ne sont pas suffisants pour atteindre les cibles MDE. C'est pourquoi de nombreuses actions ont été entreprises pour prévenir et combattre la malnutrition, parmi lesquelles :

- la lutte contre les carences en micro nutriments par la distribution gratuite de la vitamine A. L'EDS (2003) révèle que 33% des enfants de moins de cinq ans ont reçu des compléments de vitamines A. En 2006, 67,1% des enfants de 6-59 mois avaient reçu une supplémentation en vitamine A, les 6 mois précédant le MICS.
- l'équipement des laboratoires de titrimétrie en matériels dans les zones frontalières et grands centres de contrôle du sel iodé ;
- l'appui de certaines ONG et associations sur le terrain pour la prise en charge des problèmes de nutrition.

6.1.5 Situation en matière d'eau et d'assainissement

Objectif et cible MDE: Réduire d'un tiers au moins le nombre de ménages ne disposant pas d'installations sanitaires et n'ayant pas accès à l'eau potable à un prix abordable.

Selon les données de l'EP III, le taux de latrinsisation au Burkina Faso n'est que de 33,3% en 2003 (dont 83,8% en milieu urbain et 20,1% en milieu rural). En 2006, il est de 36,9 % dont 94,1% en milieu urbain et 18,5% en milieu rural (MICS). Les efforts ne sont pas suffisants pour atteindre la cible MDE. En effet, selon les données de MICS 2006, environ 62,6% des ménages ne disposent pas de toilettes appropriées (80,9% en milieu rural et 5,8% en milieu urbain). Ce qui fait du Burkina Faso un pays à risque d'épidémie de choléra du fait des conditions d'hygiène et de salubrité précaires dans lesquelles vivent les populations. En 2005, 1036 cas de choléra ont été enregistrés dans certains districts sanitaires dont 14 décès. La région du Centre a été la plus touchée à travers les districts de Pissy et du secteur 30 à Ouagadougou. Les efforts conjugués des autorités, des partenaires, des agents de santé, des populations et des médias, ont permis d'endiguer l'épidémie. Ce qui a rendu la létalité faible (1,35%).

La promotion d'une vie saine pour les enfants de moins de cinq ans passe également par leur accès à une eau potable. Les diarrhées d'origine hydrique sont une des principales causes de mortalité. Les progrès réalisés sont importants. En 2005, 72,5% de la population avait accès à une eau potable contre 69,2% en 2003 et 40% en 1990, soit un gain de 32,5 points en 15 ans. En 2006, la proportion atteint 77,3% (MICS).

Les écoles bénéficient également d'un programme de latrinsisation et d'équipement en eau potable. Ainsi, le projet hydraulique scolaire 2001-2005 mis en œuvre par le MEBA et dont l'objectif est de doter chaque école de la zone du projet d'un forage positif et de latrines, intervient dans 5 provinces (Banwa, Kossi, Ziro, Lorum, Soum, Sissili).

Comme le montre le graphique n°4, le Burkina Faso a réduit de plus de moitié la proportion de la population n'ayant pas accès à une source d'eau potable entre 1990 et 2006. Cependant, le problème reste préoccupant en milieu rural du fait de nombreuses pannes enregistrées au niveau des forages.

Graphique 4 : Réduire la proportion de la population n'ayant pas accès à l'eau potable
Error! Not a valid link.

6.2 FOURNIR UNE EDUCATION DE QUALITE

6.2.1 Education préscolaire et enseignement primaire

Education de la petite enfance

Objectif MDE: Etendre et améliorer l'éducation et les soins complets en faveur de la petite enfance, tant pour les filles que pour les garçons, notamment les plus vulnérables et défavorisés.

On note la mise en place des structures publiques (garderies) chargées de l'éducation de la petite enfance, avec l'appui des partenaires, notamment l'UNICEF et l'UNESCO, à prix modeste permettant l'accès aux couches défavorisées. Les objectifs poursuivis sont la libération des mères de la contrainte de la garde des enfants pour une pleine participation aux actions de développement, l'éveil psychomoteur, la socialisation et l'éducation des enfants ainsi que leur suivi sanitaire et nutritionnel, et leur sécurité. Pour atteindre le maximum d'enfants, des structures non formelles à gestion communautaire (bisongo), ont été créées en milieu rural.

Le tableau n°1 indique que de 2001 à 2004 le nombre de structures publiques a évolué de manière décroissante, car beaucoup d'entre elles ont fermé pour manque de ressources pour assurer le fonctionnement. En 2004-2005 une politique d'appui aux structures déficitaires a permis de relancer ces structures et occasionné la réouverture de la plupart des structures fermées. Pendant la même période, le nombre de structures privées est en perpétuelle croissance à cause de l'engouement des promoteurs privés. Il en est de même pour les structures non formelles dont le nombre est en forte croissance grâce à l'effort de l'UNICEF, mais surtout à l'intervention de nouveaux promoteurs comme Borne Fonden et OSEO. Il y a presque autant de filles que de garçons dans les structures.

Le pourcentage d'enfants qui reçoit une éducation préscolaire a connu une évolution en dents de scie, passant de 1,44% en 2001-2002 à 0,72% en 2002-2003 et à 1,34% en 2004-2005. En 2006 le pourcentage

des enfants de 3 à 5 ans ayant bénéficié d'un programme préscolaire est de 2,2%, soit 3,1% de garçons et 1,3% de filles (MICS 2006). Le taux de pré scolarisation demeure très bas.

Tableau n°1 : Situation des effectifs et des structures d'encadrement de la petite enfance de 2002 à 2005

Année Scolaire	Structures				Effectifs			TAUX (%)
	Publiques	Privées	Non formelles	Total	Filles	Garçons	Total	
2001-2002	76	80	17	173	6 208	6 541	12 749	1,44
2002-2003	72	99	31	202	6 436	6 578	13 014	0,72
2003-2004	63	150	52	265	10 395	10 410	20 805	1,17
2004-2005	91	154	77	322	11 954	12 421	24 375	1,34

Source: DEPE/MASSN

Enseignement primaire

Objectif et cible MDE : Réduire de moitié le nombre d'enfants qui, bien qu'en âge de fréquenter l'école primaire, ne sont pas scolarisés et atteindre d'ici 2010 un taux d'inscription net ou de participation à des programmes d'éducation primaire non traditionnelle de bonne qualité d'au moins 90 pour cent dans l'enseignement primaire.

Le Burkina Faso a certes accompli des efforts importants ces dernières années pour donner aux garçons et aux filles les moyens d'achever un cycle complet d'études primaires. Les effectifs de l'enseignement primaire en 2005/2006 (1 390 571 élèves) ont connu une augmentation de 54,3% par rapport à 2000/2001. De même, le nombre de nouveaux inscrits au CP1 en 2005/2006 (305954 dont 45,1% de filles) a connu une forte progression de 77,7% par rapport à 2000/2001. Dans le même temps, le taux net de scolarisation (TNS) est passé de 23,8% en 1990 à 36,5% en 2002, puis à 45,2% (dont 43,8% pour les filles) en 2005, soit un accroissement de 1,3 point par an sur la période 1990-2005. Mais la progression est plus importante sur la période 2002-2005, soit 2,2 points par an (CF graphique n°5).

Malgré ces acquis importants enregistrés au cours des quatre dernières années, l'objectif de 90% semble trop ambitieux pour le Burkina Faso. Selon les tendances, le taux net de scolarisation sera probablement de l'ordre de 56,2% en 2010, 67,2% en 2015 et 100% en 2030.

Pour atteindre la scolarisation universelle en 2015, le pays devra réaliser un accroissement annuel d'environ 5,5 points du taux net de scolarisation observée en 2005. L'environnement reste favorable à la réalisation de cet objectif. En effet, le Gouvernement burkinabè a adopté, en juillet 1999, le plan décennal de développement de l'éducation de base (PDDEB) pour la période 2001 – 2010 comportant des mesures complémentaires à mettre en œuvre pour promouvoir le développement de l'éducation de base. Elles portent notamment sur : (i) l'actualisation du plan décennal de développement de l'éducation de base pour tenir compte de la nécessité de l'élargissement du concept de l'éducation de base (au premier cycle du secondaire) et des nouvelles initiatives (Education pour tous, Initiative 25 pour 2005, procédures accélérées du G8), (ii) l'effectivité de l'obligation et de la gratuité de l'éducation de base, (iii) l'organisation d'activités dites initiales, en priorité dans les provinces qui ont les taux de scolarisation les plus bas et où il existe des zones à faible demande en éducation primaire apparente ou des résistances à l'école.

Pour faciliter l'accès des enfants handicapés aux enseignements général, classique et professionnel, on note la création le 29 avril 2005 d'un service de promotion de l'éducation intégratrice. Des activités d'éveil artistiques prenant la forme de compétitions artistiques interscolaires dans de nombreuses provinces sont organisées. Certaines de ces manifestations ont pris l'allure de festivals : Concours Artistique du Primaire de Ouagadougou, Concours Artistique des Scolaires et Étudiants de Ouagadougou.

Graphique 5 : Réaliser la scolarisation universelle (taux net de scolarisation)
 Error! Not a valid link.

6.2.2 Alphabétisation des adultes

Objectif et cible MDE : Elever de 50 pour cent le niveau d'alphabétisation des adultes, en particulier des femmes d'ici à 2015.

En ce qui concerne l'alphabétisation des adultes (15-24 ans), le taux reste faible mais en légère progression : de 18,9% en 1994 (EP 1) à 18,1% en 1998 (EP 2) et 21,8% en 2003 (EBCVM). Selon les informations fournies par le tableau de bord de l'éducation de septembre 2006, le nombre de déclarés alphabétisés en 2005/2006 (89687 dont 54,8% de femmes) est en forte progression de 283,1% par rapport à 2000/2001.

L'alphabétisation des femmes rencontre des problèmes et progresse lentement. En effet, le taux est passé de 13% en 1998 à 15,1% en 2003. Les données de MICS 2006 montrent que le taux d'alphabétisation des femmes âgées de 15-24 ans est de 24,7% dont 10,3% en milieu rural et 49,7% en milieu urbain. Ces résultats montrent que moins d'un quart de femmes de 15 ans et plus sont alphabétisées au Burkina Faso. Le taux d'alphabétisation des plus riches (51,5%) est près de 12 fois plus élevé que celui des plus pauvres (4,7%).

Les progrès enregistrés ne semblent pas suffisants pour espérer atteindre l'objectif national de 40% en 2010 et la cible MDE. En effet, le prolongement des tendances observées entre 1994 et 2003 donne un taux de l'ordre de 24% en 2010 et 25,5% en 2015. Cependant, l'environnement reste favorable pour accélérer la réalisation de cet objectif et même aller à l'échelle. En effet, le Gouvernement dispose d'un plan d'action et a mis en place un Fonds national d'appui à l'alphabétisation et l'éducation non formelle (FONAENF) à même d'y contribuer.

6.2.3 Enseignement secondaire

L'enseignement secondaire au Burkina Faso peut être considéré comme le maillon faible du système éducatif national, avec des taux brut de scolarisation au secondaire de 15,55% en 2004 (contre 11,38% en 2000) et au supérieur de 2,22% en 2004 (contre 1,08% en 2000). Une observation de l'évolution du TBS sur l'ensemble des cinq dernières années montre que l'écart entre les sexes est resté sensiblement autour de 5 points. L'indice de parité filles/garçons montre que l'inégalité en défaveur des filles est importante (de 0,64 en 2000 à 0,70 en 2005). Entre les différentes régions du pays, il existe de grandes disparités (Centre avec 42,90%, Hauts Bassins avec 22,81%, Sahel avec 3,66%).

Ces résultats montrent que les progrès sont faibles et très lents. Le TBS au secondaire serait probablement de 20,6% en 2010, de 24,7% en 2015 et de 100% en l'an 2105.

La mise en œuvre du programme de développement de l'enseignement secondaire et supérieur (2006-2015) et du projet enseignement post-primaire II (PEPP II 2006-2009) devrait contribuer à accroître sensiblement les TBS et améliorer la qualité de l'éducation. Une formulation de la politique nationale d'enseignement et de formation technique et professionnelle est en cours depuis septembre 2006.

6.2.4 Éducation des filles

Objectif et cible MDE : Eliminer les disparités entre filles et garçons dans l'enseignement primaire et secondaire d'ici à 2005 et réaliser l'égalité entre les sexes en matière d'éducation d'ici à 2015, en s'attachant à assurer aux filles le plein accès, sur un pied d'égalité, à une éducation de base de bonne qualité, en veillant à ce qu'elles achèvent leurs études.

Il reste beaucoup à faire pour que les mesures prises en faveur de l'égalité des sexes au Burkina Faso deviennent un instrument efficace de lutte contre la pauvreté. La parité garçons/filles dans l'enseignement primaire n'a pas été atteinte en 2005, le ratio étant de l'ordre de 0,80. Mais on note des progrès par rapport à 1990 où il était de 0,62.

La parité entre les filles et les garçons reste également préoccupante dans l'enseignement secondaire. En effet, le ratio s'est peu amélioré sur la période, passant de 0,52 en 1990 à 0,70 en 2005.

L'éducation des filles reste une priorité du Gouvernement burkinabè. C'est pourquoi dans le cadre de l'initiative 25 d'ici à 2005, il a mis en place un projet pour accélérer la scolarisation des filles.

6.2.5. Pour une éducation de qualité

Objectif MDE: Améliorer tous les aspects de la qualité de l'éducation de base de façon que les enfants et les jeunes obtiennent des résultats reconnus et mesurables en particulier en ce qui concerne le calcul, la lecture et l'écriture et les compétences pratiques essentielles

Au niveau de l'éducation de base

Au niveau du formel, une tendance positive se dégage entre 2001 et 2004. Le taux de promotion est en progression sur la période sauf au CP, passant de 87,2% en 2002 à 84,3% en 2004 au CP, de 79,5% à 81,4% au CE et de 81,1% à 81,4% au CM.

Le taux de redoublement connaît une décroissance sur la période 2002-2004, passant de 11,6% à 10,1% au CP, de 15,4% à 13,9% au CE et de 17,5% à 14,7% au CM.

Le taux d'abandon est également en recul pour le CE, passant de 5,1% à 4,7%. Il augmente sur la même période pour le CP (de 1,2% à 5,6%) et le CM (de 1,4% à 3,9%).

Le taux de réussite au certificat d'étude primaire (CEP) connaît une évolution positive au cours de la première phase du PDDEB. Entre 2001 et 2004, ce taux a augmenté de 10,1 points passant de 62,9% à 73%.

Quant au ratio élèves/maître, il est resté stable depuis 2001. Il est de 52 élèves pour un maître (2004/2005). Le ratio livre/élève s'est beaucoup amélioré. Il est passé de 0,55 pour le livre de lecture et 0,42 pour le livre de calcul en 2001/2002 à respectivement 0,68% et 0,58% en 2004/2005, dépassant ainsi les objectifs du PDDEB (0,50 % soit 1livre pour deux).

Le taux d'achèvement du primaire (TAP) en 2005/2006 est évalué à 34,1% contre 27,2% en 2000/2001. Les disparités entre régions sont considérables, puisque le TAP en 2005/2006 varie de 67,5% dans la région du Centre à 13,0% au Sahel. Le TAP des garçons (37,6%) est supérieur à celui des filles (30,4%). Malgré ces progrès, ce taux est parmi les plus faibles d'Afrique sub-saharienne.

En rapprochant le TBS (60,7% en 2005/2006) du TAP (34,1%) afin de mesurer les performances du système, il apparaît que la déperdition est très importante. En effet dans la plupart des provinces l'écart entre le TBS et le TAP est supérieur à 20 points. Les provinces suivantes : Soum, Yagha, Zondoma, Lorum, Ziro, Namentenga, Gnagna, enregistrent les plus fortes déperditions.

Pour le non formel, le volume horaire a augmenté. Le nombre d'heures effectives d'apprentissage en alphabétisation initiale (AI) est passé de 300 à 350 heures et de 240 à 300 heures en formation complémentaire de base (FCB), soit 650 heures au total pour le cycle de formation de base.

Le taux de réussite de l'alphabétisation, qui mesure le pourcentage de ceux qui sortent alphabétisés (admis en FCB) par rapport à ceux qui se sont inscrits en AI l'année précédente, est plutôt bas. Parmi ceux qui s'inscrivent en AI, très peu vont jusqu'au bout du cycle d'alphabétisation de base. Ce taux de réussite de l'éducation non formelle montre toutefois une nette amélioration, passant de 31,7% en 2002 à 84,3% en 2004.

Au niveau de l'enseignement secondaire

Les taux de redoublement sont très élevés. En 2005 /2006, ils sont de l'ordre de 23,2% pour la classe de quatrième et 19, 2% pour la première. Les taux de redoublement des classes d'examen sont très préoccupants et sont respectivement de 38,5% et 32,4% pour les classes de troisième et de terminale.

Pour ce qui concerne les taux d'abandon, ils sont également élevés et atteignent 18,60% en classe de 6^{eme} et 16,1% en seconde (DEP/MESSRS).

En conclusion, on constate une sous-scolarisation des enfants au Burkina Faso. Cette situation favorise la persistance de certaines pratiques telles que la mise au travail précoce des enfants, le confiage des enfants, ainsi que les situations d'exploitation, de violences de tous ordres. Les efforts doivent être alors redoublés.

6.3 PROTEGER LES ENFANTS CONTRE LA MALTRAITANCE, L'EXPLOITATION ET LA VIOLENCE

Objectifs MDE :

- *protéger les enfants contre toutes les formes de maltraitance, de délaissement, d'exploitation et de violence ;*
- *protéger les enfants contre les répercussions des conflits armés et veiller au respect du droit international humanitaire et des instruments relatifs aux droits de l'homme ;*
- *protéger les enfants contre toutes les formes d'exploitation sexuelle, y compris la pédophilie, la traite et le rapt ;*
- *prendre immédiatement des mesures efficaces pour éliminer les pires formes de travail des enfants telles qu'elles sont définies dans la Convention n°182 de l'Organisation Internationale du Travail et élaborer et appliquer des stratégies pour éliminer le travail des enfants qui est contraire aux normes acceptées au niveau international ;*
- *améliorer le sort des millions d'enfants qui vivent dans des conditions particulièrement difficiles.*

6.3.1 Protection contre toutes les formes de maltraitance, de délaissement, d'exploitation et de violence

Les dispositions juridiques internes interdisent les traitements inhumains, cruels ou dégradants, y compris les châtiments corporels. Le décret N°289 bis du 3 août 1965 portant réorganisation de l'enseignement du premier degré, modifié par le décret 67/111 du 20 mai 1967 interdit formellement les châtiments corporels dans les écoles. Des actions de formation, d'information et de sensibilisation sont menées, notamment quand un cas est dénoncé. Pour la prise en charge physique et psychologique des victimes, il a été créé en 2002, à Ouagadougou, un centre d'accueil des enfants victimes de sévices ou de délaissement dénommé " Centre renaissance ". Des actions de sensibilisation sont aussi entreprises pour combattre les mauvais traitements en famille ou en institution.

Un système d'enregistrement des naissances existe. On peut noter à cet effet la mise en place d'un comité national de pilotage de l'enregistrement des naissances en 2003 et formalisé en 2005 par Arrêté N°2005/009 du 18 avril 2005; l'adoption et la mise en œuvre de plans d'action annuels sur l'enregistrement des naissances, le rabatement des frais d'établissement des actes de naissances de 1 500 F CFA à 600 F CFA, soit une baisse de 60%. En terme d'impact, on peut relever les progrès suivants : l'engouement des populations lors des opérations d'enregistrement des naissances; l'augmentation sensible des enregistrements dans le délai légal de deux mois. Le nombre est en effet passé de 183.325 en 2002 à 198632 en 2004 (DEP/MATD). En 2006, 63,7% des enfants de moins de 5 ans étaient enregistrés, soit 85,9% en milieu urbain et 58,4% en milieu rural (MICS 2006). Les raisons du non enregistrement sont notamment le coût trop cher (10,1%), le centre d'enregistrement trop loin (6,6%). On note également que 42,4% des parents disent ne l'avoir pas fait par négligence et 6,5% ne pas savoir que l'enfant devrait être enregistré. C'est pourquoi, les actions surtout d'information et de sensibilisation seront renforcées dans le cadre de la mise en œuvre des plans annuels d'enregistrement des naissances.

Les enfants abandonnés sont confiés à des familles adoptives. Mais la pratique de l'adoption d'enfants telle que conçue par la loi, n'est pas ancrée dans les mœurs et habitudes de la population. En cas de stérilité, les couples préfèrent accueillir l'enfant d'un proche parent, plutôt que d'adopter un inconnu. C'est ce qui justifie la prédominance de l'adoption internationale. En effet, entre 2003 et 2005, 41 enfants seulement ont fait l'objet d'une adoption nationale contre 242 pour l'adoption internationale. Depuis la ratification le 11 janvier 1996 de la convention de la Haye du 29 mai 1993 sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale, des mesures sont prises pour améliorer la surveillance des adoptions internationales. Ainsi :

- le Burkina Faso prend part aux différentes rencontres internationales organisées à la Haye ;
- la Direction de la protection de l'enfant et de l'adolescent du ministère de l'action sociale et de la solidarité nationale fait office d'autorité centrale conformément aux obligations définies dans l'article 7 de la Convention de la Haye. Elle collabore avec celle des autres pays ou avec des organismes agréés,

dans le souci de garantir la protection des enfants, la transparence de la procédure d'adoption et en vue d'enrayer les pratiques contraires aux principes de la Convention de la Haye.

En vue de mettre fin à la pratique des mutilations génitales des femmes (MGF), des actions ont été entreprises, parmi lesquelles :

- la ratification le 19 mai 2005 du protocole additionnel à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, adopté à Maputo le 11 juillet 2003 sous l'égide de l'Union Africaine, dont l'article 5 interdit les mutilations génitales féminines et l'article 6 les mariages forcés ;
- la poursuite des actions d'information, de formation et d'éducation à l'intention des agents de santé communautaire, des jeunes scolarisés et du secteur informel, de la population en général à travers des émissions radio diffusées, des conférences et ciné débats. Au cours de la période 1999-2005, 269 formations, 30 446 séances de causeries, 645 émissions radio et 8958 séances de ciné et conférences ont été réalisées (source : SP/CNLPE) ;
- l'introduction d'un module sur les MGF dans les programmes de l'enseignement primaire et secondaire par une lettre circulaire conjointe en date du 30 juin 2003 des ministères chargés des enseignements ;
- la prise en charge intégrale des victimes de séquelles par la création d'un mini bloc opératoire. De 1999 à 2006, 2360 personnes en ont bénéficié (SP/CNLPE) ;
- l'organisation régulière de patrouilles de sensibilisation et de dissuasion depuis 2000 par des agents des forces de l'ordre ;
- l'organisation de journées de dépôt de couteaux par les exciseuses en 2005 ;
- la mise à disposition de la population d'une ligne téléphonique " SOS excision " ;
- l'utilisation d'approches novatrices impliquant les leaders, les groupes socio-professionnels, les exciseuses, etc. ;
- la création d'un site web (www.sp-cnlpe.gov.bf).

Comme autres formes d'abus et d'exploitation dont les mineurs sont victimes on peut relever la mendicité. Bien que la mendicité soit une infraction prévue et réprimée par le code pénal, on constate que de plus en plus d'enfants sont obligés de mendier sous le couvert de la religion. On assiste également à l'utilisation des jumeaux par leur mère pour mendier au nom de la coutume. Pour combattre le phénomène, diverses actions de sensibilisation sont menées en collaboration avec les responsables religieux et les associations. Un Comité national de lutte contre la mendicité des enfants, composé des représentants de l'Etat et des partenaires dont les représentants des associations islamiques a été mis en place en vue de proposer des stratégies efficaces de lutte contre le phénomène.

On note par ailleurs l'inexistence de mesures visant à protéger les enfants contre les sites Web et les programmes informatiques violents ou pernicieux ayant un impact négatif sur le développement psychologique des enfants.

6.3.2. Protection contre les répercussions des conflits armés

Le Burkina Faso a enregistré au 30 avril 2006, 199 enfants réfugiés dont 117 garçons et 82 filles. Il n'y a pas d'enfants déplacés d'une région à une autre à l'intérieur du Burkina Faso pour cause de conflit. Les enfants réfugiés bénéficient d'une prise en charge au plan scolaire et psycho affectif. A titre d'exemple, l'appui à l'éducation a concerné 50 enfants en 2002-2003 ; 72 en 2003-2004 ; 57 en 2004-2005 et 69 en 2005-2006 (CONAREF).

Pour permettre aux enfants réfugiés de jouir du droit aux loisirs, des organisations caritatives telles que le CREDO (Christian Relief Développement Organisation) et la Mission catholique organisent à chaque fin d'année un arbre de Noël à leur intention.

La situation de crise politique en Côte d'Ivoire depuis septembre 2002 a donné lieu à un retour massif de burkinabé au pays. Le Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR) estime à 365.979 le nombre de personnes ayant regagné le Burkina Faso entre le 19 septembre 2002 et le 31 décembre 2003, dont 33% d'enfants de moins de 15 ans (Analyse de données sur les rapatriés de Côte

d'Ivoire, septembre 2004). Les enfants rapatriés ont bénéficié d'une prise en charge aux plans éducatif, sanitaire, alimentaire et psychologique par le Gouvernement avec l'appui de ses partenaires.

Le Burkina Faso a ratifié le protocole facultatif se rapportant à la convention relative aux droits de l'enfant concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés par Décret n° 2005-661/PRES/PM/MAECR/MASN du 30 décembre 2005.

6.3.3. Protection contre l'exploitation sexuelle, la traite et le rapt

En collaboration avec certaines organisations de la société civile, des actions ont été entreprises pour informer et sensibiliser la population, accorder une assistance juridique et judiciaire et prendre en charge les victimes aux plans sanitaire, alimentaire, psychologique.

Entre 2002 et 2006, 860 enfants ont été pris en charge. De 2003 à 2006, des cas de condamnation d'auteurs de violences sexuelles ont été enregistrés pour viol aggravé et profanation de cadavre sur un élève, pour pédophilie commise sur plusieurs victimes. Quarante et deux (42) cas ont fait l'objet de poursuite judiciaire en 2006.

Le Burkina Faso a ratifié le protocole facultatif se rapportant à la convention relative aux droits de l'enfant concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène les enfants par décret n°2005-660/PRES/PM/MAECR/MASN du 30 décembre 2005.

Une étude sur les violences sexuelles réalisée en 2001, a orienté l'élaboration d'un plan d'action national. De plus, le Burkina Faso a participé à la consultation régionale sur les violences faites aux enfants en 2005 au Mali dans le cadre de l'étude du Secrétaire général des Nations unies sur la violence contre les enfants. Pour donner suite aux conclusions de la rencontre de Bamako, un atelier national de restitution a été organisé et un comité de réflexion a été mis en place pour proposer des stratégies de lutte. Une étude globale sur la violence faite aux enfants est au programme.

Contre la traite des enfants, d'énormes efforts ont été accomplis. A ce sujet on peut noter :

- l'adoption le 27 mai 2003 de la loi n°038-2003/AN portant définition et répression du trafic d'enfant(s) ;
- la signature de trois accords de coopération : accord bilatéral entre le Burkina Faso et la République du Mali le 25 juin 2004 ; accord multilatéral avec 8 autres pays (Bénin, Côte d'Ivoire, Mali, Niger, Nigeria, Guinée, Togo, Libéria) le 27 juillet 2005 pour lutter contre la traite des enfants. Un comité de suivi a été mis en place et ses membres installés en juillet 2006 à Abidjan ; accord multilatéral également avec 23 autres pays de l'Afrique de l'ouest et du centre le 06 juillet 2006 pour lutter contre la traite des personnes, en particulier les femmes et les enfants, ainsi que son plan d'action 2007-2009.

Au titre des actions entreprises, on peut retenir entre autres :

- l'organisation de campagnes médiatiques et d'ateliers d'information, de sensibilisation à l'intention de la société civile, des leaders d'opinion et des enfants, avec souvent, le théâtre forum et les jeux radiophoniques comme supports ;
- la mise en œuvre depuis 2002 du projet « Lutte contre le trafic des enfants dans la région de l'Est » avec l'appui de LUTRENA qui a permis notamment la formation de 75 membres de CVS dans 5 provinces ;
- la mise en œuvre d'un programme combiné (coopération technique et coopération financière) par la Coopération allemande dans les régions de l'Est et du Sud-Ouest, à travers le PSV/DHTE (Programme Santé Sexuelle, VIH/SIDA, Droits Humains, lutte contre le Trafic et les pires formes de Travail des enfants) et le Fonds Enfants /KfW. Cette intervention a contribué d'une part à la connaissance du phénomène à travers des études de base, et d'autre part à la mise en place de CVS qui reçoivent un appui financier et technique pour mener leurs activités (formation, information/sensibilisation, patrouilles, accompagnement des enfants interceptés). A travers une

grande campagne de théâtre-forum, la coopération a renforcé les capacités d'intervention de 7 troupes théâtrales (formation, encadrement pour la création de pièces théâtrales, équipement) qui ont pu ainsi toucher 70 localités.

Les enfants victimes de traite bénéficient des mesures visant la réunification familiale, de soins adéquats et d'activités de réinsertion (hébergement dans les centres de transit ; accompagnement en famille ou rapatriement dans leurs pays ; scolarisation, placements en apprentissage). Un appui financier est apporté à leur famille pour des activités génératrices de revenus en vue de lutter contre les causes du phénomène. Avec l'appui de l'UNICEF, des fonds sont mis à la disposition des CVS pour faciliter la réunification familiale.

Le protocole additionnel à la Convention des Nations unies contre la criminalité nationale organisée visant à prévenir, à réprimer et à punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants a été ratifié par le Burkina Faso par décret n°2002-61 du 19 février 2002.

De 2002 à 2006, plus de 4000 enfants victimes de traite ont été interceptés. On constate que le trafic interne est plus important. Le nombre des enfants interceptés est également plus important chaque année (763 enfants en 2004 contre 620 en 2003 et 304 en 2002). Cela peut être le signe de l'efficacité des actions.

Des agents des frontières et des agents de la force publique ont reçu une formation visant à la prévention de la traite des enfants et au respect de leur dignité : soit 239 agents de la force publique (119 policiers et 120 gendarmes) et 44 agents des frontières (30 douaniers et 14 agents des eaux et forêts).

Les efforts ont permis d'enregistrer :

- une meilleure connaissance du phénomène ;
- la forte implication des partenaires dont : l'UNICEF, le Bureau International du Travail (BIT) à travers le projet BIT/IPEC/LUTRENA, la Coopération Allemande, Aide à l'Enfance Canada (AEC) et la société civile ;
- l'implication des communautés à travers les CVS ;
- l'élaboration d'un plan d'action de lutte contre la traite des enfants.

La lutte contre la traite des enfants est confrontée à certaines difficultés d'ordre matériel, financier et humain. On peut relever entre autres:

- l'ignorance des populations : elles ne mesurent pas les risques encourus par les enfants victimes du trafic et par conséquent ne sont pas promptes à dénoncer les cas de trafic ;
- la différence entre circulation illégale de mineurs, trafic d'enfants et confiage n'est pas toujours perçue à juste titre. Le phénomène est plutôt vécu comme un fait culturel pour certaines personnes, une source d'enrichissement pour d'autres, rendant par conséquent la lutte plus difficile ;
- la pauvreté des parents et la faiblesse du système éducatif avec pour conséquences le travail/trafic des enfants.

Il convient de relever que les cas d'enlèvement d'enfants sont extrêmement rares. Il s'agit de cas de non représentation par le parent qui n'a pas la garde. Les cas signalés sont en général ceux d'enfants issus de parents séparés dont l'un vit à l'étranger.

6.3.4. Protection contre les pires formes de travail des enfants

Les mesures et actions suivantes ont été prises dans le cadre de la lutte contre les pires formes de travail des enfants :

- l'adoption de la loi n° 033-2004/AN du 14 septembre 2004 portant Code du travail dont l'article 147 fait passer l'âge minimum à tout type de travail de 14 à 15 ans ;
- la création en 2006 d'une Direction chargée de la lutte contre le travail des enfants et ses pires formes au Ministère du Travail et de la sécurité sociale (MTSS) ;

- la mise en œuvre par le MTSS des programmes centrés sur la lutte contre les pires formes de travail des enfants et le soutien des actions éducatives en milieu ouvert qui concerne essentiellement les enfants en difficultés ;
- la mise en place d'un comité directeur national du programme international pour l'abolition du travail des enfants ;
- la réalisation de trois (3) films de sensibilisation sur le travail des enfants : la rançon de l'or, un apprenti peut en cacher un autre, la galère silencieuse ;
- l'appui à l'Association des enfants et jeunes travailleurs (AEJT) pour la réalisation de ses activités notamment par la construction d'une maison d'écoute.

En terme d'impact des programmes, on peut noter que 623 enfants (158 garçons et 465 filles) victimes de pires formes de travail ont été réhabilités grâce au projet IPEC. De même, 234 enfants ont été retirés des sites d'or du sahel par l'ONG « Action pour la Promotion des Droits de l'Enfant », avec l'appui de l'UNICEF. Leur réhabilitation a consisté en la formation, à l'équipement et à l'installation pour mener divers métiers (couture, mécanique, élevage). Ces enfants ont bénéficié également d'une prise en charge pour le renforcement de leur niveau scolaire.

Une étude est en cours de réalisation pour la définition des pires formes de travail des enfants et la mise en œuvre d'un nouveau cadre juridique sur le travail des enfants. On relève par ailleurs que le nombre d'inspecteurs et de contrôleurs du travail a connu une augmentation, passant de 40 en 2002 à 93 en 2006, soit une progression de 132,5%, ce qui contribue à une meilleure protection des enfants travailleurs .

6.3.5 Protection des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles

Il s'agit principalement des enfants vivant dans la rue et ceux en conflit avec la loi.

Pour les enfants vivant dans la rue, une prise en charge socio-éducative et pédagogique s'effectue à travers trois types de structures publiques et privées : les structures ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Ces structures sont au nombre de 9 dont 7 privées. Les deux structures publiques, la Maison de l'Enfance André Dupont de Orodara (MEADO) et le Centre d'Éducation Spécialisée et de Formation (CESF) de Gampéla, encadrent environ 300 enfants par an aux plans scolaire et pré professionnel : maçonnerie, menuiserie, élevage, couture, soudure. L'objectif est de faciliter l'insertion sociale et économique de ces derniers par l'apprentissage d'un métier, la scolarisation, l'alphabétisation et la formation. Il faut noter l'adoption d'un programme national AEMO en 2005 qui prend en compte, hormis les enfants de la rue, ceux victimes de violences sexuelles, les enfants et jeunes vulnérables, les enfants issus des institutions spécialisées, y compris la prison.

En ce qui concerne les enfants en conflit avec la loi, l'un des progrès importants enregistrés au cours de la période, en matière de justice pour mineurs, est l'adoption de la loi N° 28-2004/AN du 8 septembre 2004, portant modification de la loi N° 010/93/ADP du 17 mai 1993 portant organisation judiciaire au Burkina Faso, qui crée les juridictions pour mineurs. A cet effet, les tribunaux pour enfants ont été créés et les juges des enfants nommés et installés dans les Cours d'Appel de Bobo-Dioulasso et de Ouagadougou. Un juge des enfants a été nommé à Ouagadougou et un à Bobo-Dioulasso. Dans les autres juridictions (Tribunaux de grande instance), les juges exercent cumulativement à leur fonction, les missions de juges des enfants. Le processus de création des juridictions spéciales est en cours.

Un effort est aussi fait pour doter chaque maison d'arrêt et de correction (MAC) de quartier pour mineurs et de travailleurs sociaux. Dans chacune des 17 MAC fonctionnelles, il existe au moins un travailleur social. Douze (12) MAC disposent d'un quartier pour mineurs. Par ailleurs, il existe quatre (4) établissements d'éducation spécialisée qui reçoivent les mineurs accusés, reconnus coupables d'une infraction pénale ou en danger moral. Il s'agit du Centre de Laye, de la Maison de l'Enfance André Dupont d'Orodara, du Centre d'éducation spécialisée et de formation de Gampéla et du Centre pénitentiaire de Baporo.

Sur le terrain, des ONGs et associations telles que le Mouvement Burkinabé pour l'Émergence de la Justice Sociale (MBEJUS), Prisonniers Sans Frontière et l'Association Pénitentiaire Africaine apportent une assistance judiciaire aux mineurs poursuivis devant le tribunal et contribuent à l'amélioration des conditions

de vie des mineurs dans les prisons. Elles participent, à travers l'apprentissage de métiers, à la réinsertion des enfants.

Malgré les efforts, la protection des enfants rencontre des difficultés, notamment d'application effective des textes et des lois ; il faut du reste relever le défi de l'apparition de nouveaux types de violences. En effet, on constate une abondante législation dans le domaine des enfants, mais il convient de souligner le problème de la non effectivité de cette législation due essentiellement à la persistance de certains facteurs socio culturels qui constituent des limites à la réalisation des droits de l'enfant. L'impact d'autres facteurs tels que la pauvreté, l'ignorance, l'analphabétisme, la méconnaissance des textes n'est pas à négliger.

6.4. LUTTER CONTRE LE VIH-SIDA

Objectifs et cibles MDE :

- *Fixer, d'ici à 2003, des objectifs nationaux assortis de délais pour réaliser l'objectif de prévention arrêté au niveau mondial tendant à réduire de 25 pour cent, d'ici à 2005, la séroprévalence chez les jeunes des deux sexes âgés de 15 à 24 ans dans les pays les plus touchés, et de 25 pour cent à l'échelle mondiale, d'ici à 2010, et intensifier les efforts pour réaliser ces objectifs et lutter contre les stéréotypes et les comportements sexistes, ainsi que les inégalités de traitement entre les sexes en ce qui concerne le VIH-Sida, en encourageant la participation active des hommes et des garçons.*
- *Réduire de 20 pour cent d'ici à 2005 et de 50 pour cent d'ici à 2010 la proportion d'enfants infectés par le VIH, en faisant en sorte que 80 pour cent des femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals aient accès à des services d'information, de conseils et d'autres services de prévention du VIH-Sida, en augmentant les services de traitement efficaces disponibles pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant et en assurant aux femmes séropositives et à leurs enfants l'accès à ces services, ainsi que grâce à des interventions efficaces en faveur des femmes séropositives, y compris des services de conseils confidentiels et de dépistages volontaires, l'accès aux traitements, en particulier aux thérapies antirétrovirales et, le cas échéant, la fourniture de lait maternel et la prestation de soins continus.*
- *Formuler d'ici à 2003 et exécuter d'ici à 2005 des politiques et stratégies nationales pour mettre en place et renforcer aux niveaux gouvernemental, familial et communautaire des capacités pour créer un environnement favorables aux orphelins et aux garçons et filles séropositifs et touchés par le VIH-Sida, notamment pour leur fournir des services de conseils et d'appui psychosocial appropriés, leur assurer l'inscription dans les écoles ainsi que l'accès au logement, à une bonne nutrition, aux services de santé et services sociaux au même titre qu'aux autres enfants et protéger les orphelins et les enfants vulnérables de toutes les formes de sévices, de violence, d'abus, d'exploitation, de discrimination et de traite ainsi que de la perte de leur héritage.*

Selon l'ONUSIDA, en 2005, 350 000 orphelins et autres enfants vulnérables en contexte de VIH/SIDA ont été recensés dont 80 000 sont infectés, soit 22,8% (SP/CNLS) ; le nombre de PvVIH sous des anti-rétroviraux (ARV) est passé de 116 en fin 2003 à 2734 en fin 2004 dont 117 enfants. Le nombre d'enfants est estimé à 420 en 2006. De bonnes perspectives sont ouvertes aux malades dans le domaine des soins avec la réduction récente, dans une fourchette de 38% à 96%, des prix des ARV.

Des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et de prise en charge pédiatrique du VIH/SIDA sont élaborés et mis en œuvre par le Ministère de la Santé. De trois districts pilotes en 2002, le programme est passé à 37 en 2005 sur un ensemble de 55, soit 67%.

On note également l'existence d'une politique de prise en charge des enfants vivant avec le VIH notamment par les ARV, au Centre hospitalier universitaire pédiatrique « Charles de Gaulle » et au dispensaire « Saint Camille » à Ouagadougou. Pour élargir l'offre en matière de prise en charge médicale des enfants infectés par le VIH, un hôpital pédiatrique est en construction à Bobo-Dioulasso. Un cadre stratégique de prise en charge des OEV a été également adopté en 2005.

Au plan législatif, l'article 14 de la loi n°049-2005/AN du 22 décembre 2005 relative à la santé de la reproduction interdit toute discrimination motivée par l'infection au VIH/SIDA et garantit la confidentialité dans les rapports de la personne infectée avec le personnel socio-sanitaire.

On relève l'existence de nombreuses ONG et associations de lutte contre le SIDA (au moins 1 000 structures associatives) et la forte implication des partenaires techniques et financiers. On peut signaler

également la forte implication des nombreux acteurs en faveur de la prise en charge des OEV à travers le forum annuel.

Les efforts fournis par le Gouvernement pour intensifier les mesures de prévention et promouvoir les changements de comportement semblent donner des résultats satisfaisants. En effet, selon les données de l'Onusida à partir des sites sentinelles, on enregistre un recul important du taux de prévalence qui passe de 7,17% en 1997 à 4,2% en 2002, puis à 2,01 en 2005. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est estimé à 180.000 et 88% sont des adultes de 15 à 49 ans et 12% des enfants de moins de 15 ans. Sur cette proportion d'adultes, 49,4% sont des femmes.

Cependant, le SIDA pourrait constituer la plus grande menace pour le développement du Burkina Faso, au cours des années à venir, si les efforts de sensibilisation et de prise en charge des malades et des orphelins et autres enfants vulnérables ne sont pas renforcés. En effet, en 2006, 93% des ménages abritant des OEV du SIDA n'ont reçu aucun soutien (médical, moral, etc.). Seulement 4,7% avaient reçu un soutien médical (MICS 2006).

Au total, on peut remarquer que le pays semble être sur la bonne voie pour stopper la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance, comme l'atteste le graphique n°6.

Graphique 6 : Ralentir la progression du Sida et Inverser la tendance actuelle

Error! Not a valid link.

L'environnement est favorable à la réalisation de cet objectif. En effet, le Conseil national de lutte contre le sida (CNLS), par son rattachement au plus haut niveau de l'Etat (Présidence du Faso) et par le développement d'une lutte multisectorielle, partenariale (car associant les personnes vivant avec le VIH, les ONG et les organisations communautaires de base) peut relever les défis avec l'appui de la communauté internationale. Le conseil est décentralisé au niveau régional, provincial, départemental et communal. Tous les départements ministériels ont mis en place des comités de lutte contre le VIH/SIDA. Le volet relatif à la prise en charge des OEV figure toujours dans le cadre stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2006-2010 et permettra entre autres d'appuyer la mise en œuvre du programme national de prise en charge des OEV conduit par le ministère en charge de l'action sociale.

La lutte contre le VIH/SIDA est un des domaines prioritaires de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Une attention particulière est accordée à l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA, les personnes affectées et les groupes spécifiques et vulnérables (orphelins, femmes enceintes, jeunes...).

VII : ENSEIGNEMENTS ET INITIATIVES POUR LA PROMOTION D'UN MONDE DIGNE DES ENFANTS

7.1 Enseignements et initiatives prises pour l'accélération des progrès

Quelques enseignements sont à tirer pour aller de l'avant :

1. Le Gouvernement burkinabé ne dispose pas d'un plan d'action spécifique consacré aux objectifs et cibles du MDE. L'absence d'un tel instrument ne permet pas de traduire davantage les priorités lors de l'élaboration du budget. L'élaboration d'un tel document est une nécessité pour un meilleur suivi des objectifs et des cibles du MDE en cohérence avec le Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté.
2. La pauvreté et l'analphabétisme exposent les couches vulnérables (enfants et femmes) à la discrimination et à l'exclusion. C'est pourquoi la lutte contre la pauvreté ne doit pas se limiter à l'amélioration du revenu. Elle commence par les enfants et les jeunes qui sont le présent et l'avenir de la nation. L'investissement dans l'enfance est un gage de succès des programmes de lutte contre la pauvreté.
3. Les ressources budgétaires destinées à la réalisation des objectifs du MDE sont insuffisantes au regard des besoins dans ce domaine. Le Gouvernement, dans le cadre de la mise en œuvre de l'initiative 20/20, poursuivra ses efforts pour accroître les ressources internes en faveur des

secteurs sociaux. De même, la communauté internationale doit accroître l'aide publique au développement pour permettre d'aller à l'échelle (scaling up) dans le cadre de la réalisation des objectifs du MDE. Le rapport de suivi est, à cet effet, un puissant instrument de plaidoyer, de dialogue de politique et de mobilisation de ressources.

4. Dans le domaine de l'élaboration des instruments de suivi, les efforts devront être faits pour apporter plus de visibilité aux actions entreprises et aux résultats obtenus dans les différents secteurs par la collecte régulière et la mise à disposition à grande échelle des données collectées, notamment la mise en place d'un observatoire des droits de l'enfant.
5. Au niveau du partenariat, la grande mobilisation de l'ensemble des acteurs, notamment de la société civile et surtout des enfants et des jeunes montre que la promotion et la protection des droits de l'enfant est sur une bonne dynamique. Cependant une meilleure coordination des interventions et leur capitalisation sont nécessaires pour leur donner plus d'effet. Cela induit plus de concertation.
6. Réaffirmation de la volonté politique : le Gouvernement burkinabé a exprimé sa volonté politique pour promouvoir le développement de l'enfant. Cette expression devra être mieux traduite sur le plan institutionnel en créant un dispositif institutionnel et en le rattachant au plus haut niveau de l'Etat. Ce qui permettra de privilégier les problèmes des enfants dans l'agenda politique.
7. Priorité à la survie des enfants : le Gouvernement renforcera sa volonté de lutter contre la mortalité des enfants. Elle devra se traduire par un accroissement des ressources budgétaires en faveur du secteur de la santé, notamment réaliser à court terme la norme OMS de 10%. Un accent particulier sera mis sur l'encadrement de la petite enfance, pour assurer aux enfants un bon départ dans la vie, de même que sur la protection des enfants contre les différentes formes d'exploitation et de violence auxquelles ils sont soumis, en de promouvoir leur leurs droits à la survie et au développement.
8. Renforcement du partenariat : les efforts seront poursuivis pour renforcer la coopération avec la société civile pour la mise en œuvre et le suivi des progrès des cibles du MDE.

D'ores et déjà des initiatives ont été prises, et ont permis de contribuer à l'accélération de l'atteinte des objectifs. On peut noter ainsi:

En matière de santé :

- La mise en œuvre :
 - de l'initiative « faire reculer le paludisme » ;
 - du plan de riposte contre les maladies ;
 - de la stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) dans la région du Centre-Est et les perspectives d'extension à 4 autres districts sanitaires de ladite région;
- La dynamisation du PEV avec l'institution de journées nationales de vaccination et l'adoption d'une stratégie de vaccination dite de "porte en porte".

En matière d'éducation:

- l'obligation, depuis 2004 , d'inscrire tout enfant en âge d'être scolarisé qui se présente à l'école ;
- l'institution des systèmes à double flux (les élèves sont répartis en 2 cohortes qui fréquentent alternativement la même salle de classe) et multigrade (une même salle de classe comporte les 2 années d'un même cours : ex : 1^{ère} et 2^{ème} années du cours préparatoire), pour l'accès du plus grand nombre ;
- l'institution de cantines scolaires permettant une fréquentation régulière et le maintien des enfants à l'école. La politique de l'État burkinabé est de couvrir toutes les écoles en cantines scolaires.
- la campagne massive de sensibilisation pour l'éducation des filles ;

- la distribution gratuite de manuels scolaires. En 2003-2004, le nombre de manuels était de 619.672 soit 370. 308 pour la lecture et 249. 364 pour le calcul. Il est passé à 1.266.055 en 2004-2005, soit 864. 133 pour la lecture et 401. 922 pour le calcul.

7.2. Initiatives futures planifiées pour l'accélération de l'atteinte des objectifs

Il n'y a pas d'initiatives spécifiques, mais certaines mesures prises tant au niveau national qu'au niveau régional contribueront à l'accélération de l'atteinte des objectifs. Ainsi :

- **Au plan national**

En matière d'éducation

La mise en œuvre de politiques, programmes et projets permettront de :

- porter le taux de pré scolarisation à 4,6% en 2010 (PDDEB) et 10% en 2015(EPT);
- porter le taux de scolarisation à 70% en 2010 et celui de l'alphabétisation à 40% à 2010;
- porter le taux de scolarisation et d'achèvement du cycle primaire des filles à respectivement 65% et 60% en 2010 ;
- porter le taux de scolarisation au secondaire à 27% en 2014 ;
- faire passer le taux de scolarisation des filles à 48,69% en 2014 ;
- porter le taux de scolarisation au supérieur à 5% en 2014.

La refondation du système éducatif en cours devra aussi permettre de :

- développer l'enseignement technique et professionnel afin d'améliorer l'efficacité externe du système éducatif en renforçant l'employabilité des jeunes;
- restructurer le système dans le sens d'une meilleure intégration des ordres d'enseignement ;
- opérationnaliser le principe de l'obligation scolaire qui couvre la période de 6 à 16 ans (article 2 de la loi d'orientation de l'éducation);
- établir des passerelles entre le sous-système formel et le sous-système non formel, entre l'enseignement général, la formation technique et professionnelle et les différentes offres de formation possible.

En matière de protection

Il s'agira particulièrement de :

- créer des centres secondaires d'état civil dans l'ensemble des villages du Burkina Faso ;
- rendre effective sur le terrain la gratuité des déclarations des naissances qui auront été faites dans le délai légal (2 mois) ;
- adopter et mettre en œuvre le plan d'action « tolérance zéro à la mutilation génitale féminine d'ici 2010 »;
- achever la relecture du code pénal et du code de procédure pénale afin de corriger les insuffisances par rapport à la protection à apporter au mineur de 16 et 17 ans en situation de conflit avec la loi;
- développer des stratégies appropriées pour la prise en charge des filles et familles vivant dans la rue ;
- mettre en oeuvre un plan intégré de communication pour mieux lutter contre les fléaux suivants : l'excision, le mariage forcé et précoce, la traite des enfants.

En matière de santé

On note:

- la mise en œuvre du projet BKF 6129 « Assistance aux groupes vulnérables » (phase II), qui devra contribuer à : (i) augmenter la fréquentation des services de santé ; (ii) améliorer l'état nutritionnelle des femmes et des enfants de moins de 5 ans ; (iii) promouvoir l'éducation sanitaire et nutritionnel des mères ; (iv) améliorer la sécurité alimentaire des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/SIDA et/ou la tuberculose ; (v) améliorer l'adhérence des patients sous traitement anti-tuberculeux et/ou sous

- ARV et des mères incluses dans le programme PTME ; (vi) promouvoir l'IEC sur le SIDA et la tuberculose au sein des populations ;
- la mise en œuvre de la stratégie « Accès universel à la prévention, au traitement, à la prise en charge et à l'appui dans le cadre de la lutte contre le VIH/SIDA et les IST » ;
 - l'adoption et la mise en œuvre d'une feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale.

- **Au niveau régional**

Il s'agira principalement d'organiser des rencontres spécifiques et de veiller à la mise en oeuvre des différents accords et recommandations qui y sont issues.

VIII : CONCLUSION

Depuis 2002, de nombreux efforts ont été faits par l'Etat avec l'appui de nombreux partenaires, pour assurer à terme, un monde digne des enfants. Cela s'est notamment traduit par une plus grande implication des différents acteurs du domaine et des enfants eux-mêmes. Des alliances se sont formées et de nombreuses initiatives prises pour accélérer l'atteinte des objectifs et cibles MDE. On constate un intérêt manifeste à tous les niveaux en faveur de l'amélioration de la situation de l'enfant au Burkina Faso. Des efforts en matière d'allocation budgétaire, de suivi des progrès, de mise en oeuvre de plusieurs plans, programmes et projets ont été enregistrés. Des progrès ont été ainsi réalisés, comme le montrent les indicateurs dans les domaines tels que la santé et l'éducation.

Cependant, le chemin à parcourir pour réaliser « Un monde digne des enfants » est relativement long. Les facteurs contraignants sont multiples et surtout d'ordre économique et socioculturel.

L'élaboration du présent rapport offre ainsi l'opportunité au Burkina Faso de prendre conscience qu'il faut redoubler d'efforts pour respecter les engagements de 2002. C'est pourquoi des initiatives sont planifiées pour accélérer l'atteinte des objectifs.

BIBLIOGRAPHIE

- UNICEF, *Un monde digne des enfants*, juillet 2002
- BURKINA Faso, *Rapport pays de suivi des objectifs du millénaire pour le développement*, décembre 2003
- BURKINA FASO, *Bilan commun de pays*, octobre 2004
- BURKINA FASO, *Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté*, juillet 2004
- BURKINA FASO, *Un pays qui progresse*, décembre 2005
- Ministère de la Santé, *Annuaire statistique 2005*
- BURKINA FASO, *Programme d'actions prioritaires de mise en œuvre du CSLP, Rapport de mise en œuvre 2005*, avril 2006
- BURKINA FASO, *Rapport initial du BURKINA FASO sur la mise en œuvre de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant*, mai 2006
- BURKINA FASO- MASSN, *troisième et quatrième rapports sur la mise en œuvre de la Convention relative aux Droits de l'Enfant, version provisoire*, octobre 2006
- Ministère de l'enseignement de base, direction de l'étude et de la planification, *tableau de bord de l'éducation de base, année scolaire 2005/2006*, septembre 2006
- Données provisoires des données de l'Enquête à indicateurs multiples MICS Burkina 2006.