



Conseil économique et social

Distr. limitée
5 novembre 1999

Original: français

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Première session ordinaire de 2000

31 janvier-4 février 2000

Point 8 de l'ordre du jour provisoire*

Note de pays**

Burkina Faso

Résumé

La Directrice générale présente la note de pays concernant le programme de coopération avec le Burkina Faso pour la période 2001 à 2005.

La situation des enfants et des femmes

1. Le Burkina Faso, pays sahélien enclavé, a une population estimée à 10,9 millions d'habitants, dont 56 % entre 0 et 18 ans et 52 % de femmes. Le produit national brut est de 310 dollars par habitant et le classement du pays selon l'Indice de développement humain – 172e sur 174 – en font l'un des pays les plus pauvres du monde. Le développement du pays présente de fortes disparités régionales. Le Burkina Faso a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant, et le rapport initial a recommandé notamment un appui de la communauté internationale dans le domaine de l'administration de la justice pour mineurs,

ainsi que la mise en place d'un système satisfaisant de collecte des données sur la situation des enfants. Le Burkina Faso a également ratifié la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Une croissance économique annuelle soutenue de 3,8 % depuis six ans, une stabilité politique relative, le dynamisme des communautés ainsi qu'un engagement politique en faveur de la décentralisation et de l'Initiative 20/20 offrent un cadre favorable pour le programme de coopération.

2. Bien que la mortalité infantile et infanto-juvénile ait connu une baisse importante entre 1976 et 1998, de 167 à 105 et de 360 à 219 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, la situation des enfants et des femmes demeure très précaire. Le paludisme, les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la malnutrition (qui affectent 29 % des enfants de 0 à 5 ans) constituent 75 % des pathologies de l'enfant. La séroprévalence du VIH au niveau global de la population, estimée à 7 %, est en

* E/ICEF/2000/2.

** Un additif au présent rapport contenant la recommandation finale du programme de pays, sera soumis à l'approbation du Conseil d'administration lors de sa deuxième session ordinaire de 2000.

progression. Un quart seulement de la population consomme exclusivement de l'eau potable et le taux de latrines est de 17 %. La chute de la couverture vaccinale (de 47 % à 31 % entre 1995 et 1998 pour le vaccin diphtérique, coquelucheux et tétanique) et la baisse de l'utilisation des formations sanitaires (de 32 % à 18 % entre 1986 et 1995) témoignent des dysfonctionnements du système de santé. Malgré une augmentation globale de 11 % depuis 1990, dont 10 % pour les filles, le taux brut de scolarisation (40 %) reste très faible, notamment chez les filles (33 %), et est marqué par de fortes disparités régionales. L'enseignement préscolaire au niveau formel commence à partir de 3 ans mais ne couvre que 1,8 % des enfants et ne prend pas en compte la vision du développement intégral du jeune enfant. En 1993, 31 % des adolescentes de 15 à 19 ans avaient déjà un enfant ou étaient enceintes pour la première fois. Conséquence à la fois de la pauvreté, de l'urbanisation croissante et de l'éclatement de la famille, le nombre de cas rapportés d'abandons d'enfants et la délinquance juvénile augmentent en milieu urbain. À Ouagadougou, 159 mineurs étaient en prison en 1994, contre 11 en 1990, et 3 730 enfants vivaient dans les rues de la capitale en 1997, contre 2 250 en 1990. Plus de 50 % des enfants âgés de 10 à 14 ans travaillent, en particulier dans le secteur informel.

3. Les femmes ont un accès limité à la gestion des ressources économiques et éprouvent de grandes difficultés à épargner, investir ou bénéficier de crédits. Leur productivité, ainsi que leur niveau de qualification, sont faibles; en 1995, 88 % des femmes étaient analphabètes. La mortalité maternelle est estimée à 566 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ses causes directes sont les hémorragies, les infections puerpérales et les dystocies. Selon une enquête effectuée en 1996, plus de 66 % des femmes burkinabè sont excisées.

Enseignements tirés de l'expérience récente du programme

4. La revue à mi-parcours a mis en évidence un certain nombre de résultats. La mortalité maternelle a chuté de 17 % en 18 mois dans le cadre du projet «soins obstétricaux d'urgence» à l'hôpital régional de Fada. La réalisation de 185 écoles satellites (ES) a permis la scolarisation de 27 600 élèves, contribuant ainsi à l'augmentation de 4 % du taux global de scolarisation – dont 2 % pour les filles – entre 1996 et 1998. L'évaluation de 1998 a révélé que les performances des élèves des ES sont supérieures à celles des élèves du système classique. L'utilisation des langues

nationales, la proximité géographique et culturelle, ainsi que la participation des communautés, expliquent ce succès. Depuis 1997, une prise en charge intégrée des enfants de 3 à 6 ans (à Bisongo) est expérimentée autour des ES. Le programme eau-assainissement a opérationnalisé une collaboration inter-sectorielle avec le programme éducation à travers l'installation de forages et de latrines scolaires dans les ES, et a contribué dans neuf districts endémiques à une réduction de 40 % du nombre de cas de dracunculose sans toutefois permettre son éradication. Grâce aux Réseaux de femmes animatrices, près de 53 000 femmes ont été formées en santé, nutrition, hygiène et sur leurs droits. La lutte dans sept provinces contre la pratique de l'excision a constitué une activité phare du programme. La participation des enfants à l'analyse de leurs problèmes a été amorcée grâce à la création d'un Parlement des enfants. La réalisation de l'enquête à indicateurs multiples (dit «MICS») en 1996 a permis de disposer d'un outil d'évaluation fiable qui sera répétée en l'an 2000.

5. En outre, la revue à mi-parcours a souligné l'existence d'objectifs trop ambitieux, insuffisamment adaptés à la réalité du pays et disproportionnés par rapport aux ressources disponibles. Afin d'améliorer l'impact et l'efficacité des programmes, une convergence des interventions et une plus grande collaboration intersectorielle ont été opérées dans les régions les plus défavorisées du pays à partir de 1998. Un appui opérationnel aux formations sanitaires a été amorcé dans les régions de Fada et Tenkodogo. La qualité de l'enseignement dans les ES a été consolidée afin de répéter ce système dans d'autres régions. Suite aux recommandations du Comité des droits de l'enfant, les conditions de détention des mineurs dans la prison de Ouagadougou ont été améliorées.

Stratégie proposée pour le programme de pays

6. La préparation du programme de coopération 2001-2005 débuta en septembre 1998 avec la tenue de la revue à mi-parcours, qui fut suivie d'une mise à jour de l'analyse de la situation effectuée selon les approches droit et genre. La grande majorité des acteurs et des partenaires du programme participèrent à la réunion de stratégie qui permit de recueillir un consensus sur les futures orientations du programme, en référence avec le Plan national de développement et en cohérence avec le plan à moyen terme et l'Agenda global de l'UNICEF.

7. Le programme de coopération visera la lutte contre la pauvreté, l'amélioration des conditions de vie des

enfants et des femmes au Burkina Faso et la réalisation de leurs droits. D'ici à l'an 2005, le programme contribuera, dans la zone d'intervention, à : a) renforcer le bien-être et augmenter les chances de survie de l'enfant et de la femme burkinabè à travers une réduction de la mortalité infanto-juvénile de 20 %, de la mortalité maternelle de 20 % et de la morbidité liée aux maladies d'origine hydrique et à l'environnement; b) améliorer le processus de développement des enfants et des femmes par l'acquisition de connaissances et de compétences essentielles, grâce notamment à une augmentation de 10 % du taux brut de scolarisation des enfants de 7 à 14 ans, y compris des filles, et la création d'un environnement favorable au développement des enfants de 0 à 8 ans et des adolescents; et c) appuyer les efforts du Gouvernement et de la société civile pour développer une culture de droit, faire appliquer les droits des enfants, des adolescents et des femmes, et mettre en oeuvre des mesures de protection spéciale en faveur des groupes particulièrement défavorisés.

8. Le programme de coopération s'inscrira dans une triple perspective de consolidation ou d'extension des acquis de la coopération passée et d'innovation dans certains domaines prioritaires, notamment la lutte contre le VIH/sida et le paludisme. Il s'appuiera sur cinq axes stratégiques principaux : a) la prestation de services à travers l'augmentation de l'accessibilité géographique et économique des bénéficiaires à des services de base de qualité; b) le renforcement des capacités nationales, particulièrement au niveau décentralisé à travers l'amélioration de la planification, le renforcement du suivi et de l'évaluation (grâce à la mise en oeuvre d'un plan intégré de suivi et d'évaluation) et le renforcement des systèmes décentralisés d'information et de collecte de données; c) l'habilitation des bénéficiaires par la mise en oeuvre d'approches participatives innovatrices au niveau communautaire, et notamment à travers la participation des enfants et des adolescents à l'analyse de leurs problèmes, ainsi qu'à la promotion de leurs droits; d) le plaidoyer et la communication en appui au programme, afin que l'intérêt supérieur de l'enfant soit pris en compte dans la réforme des secteurs sociaux et dans le cadre du Programme d'investissement sectoriel éducation, et afin de mobiliser les ressources additionnelles nécessaires à la mise en oeuvre du programme de coopération; et e) le renforcement des partenariats existants avec des institutions telles que Save the Children Federation, et la création de nouvelles alliances avec des partenaires capables de relayer les activités de l'UNICEF dans les régions situées hors de la zone de concentration du programme.

9. Le programme s'inscrira aussi dans la nouvelle dynamique liée à la préparation d'ici l'an 2000 d'un Bilan commun de pays et d'un Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (UNDAF), sur la base de la programmation concertée déjà existante dans les domaines de la santé et de l'éducation.

10. Le programme 2001-2005 comportera quatre programmes sectoriels et trois programmes transversaux. En plus de l'appui aux interventions d'envergure nationale, le programme couvrira une zone de concentration commune au système des Nations Unies, qui comprend 11 provinces du nord et de l'est du pays et couvre 21 % de la population. Ce choix traduit un souci d'équité et est justifié par des taux de scolarisation et des indicateurs sociosanitaires très bas, et un niveau de pauvreté élevé. Un appui sélectif sera toutefois maintenu dans certaines provinces situées hors de cette zone. La collaboration intersectorielle et la convergence des interventions seront opérationnalisées autour des points d'entrée du programme que sont l'éducation de base et la protection des enfants. Le renforcement des structures décentralisées de l'État, sous la coordination des Directions provinciales de la planification, et la revitalisation des Réseaux de femmes animatrices au niveau communautaire seront initiés dans deux provinces de la zone de concentration.

11. Dans l'esprit de l'Initiative de Bamako, le programme *santé* contribuera à accroître l'accessibilité, l'utilisation et la qualité des soins de santé primaire et des soins obstétricaux d'urgence dans trois régions sanitaires de la zone de concentration, à travers la mise en oeuvre d'un paquet minimum d'activités, la revitalisation des formations sanitaires et la participation communautaire. Au niveau national, le programme apportera son appui au programme élargi de vaccination, à la lutte contre le VIH/sida, notamment la réduction de la transmission mère-enfant, à la promotion des micronutriments et au renforcement du système d'information sanitaire.

12. Dans la zone de concentration, le programme *éducation de base* contribuera à accroître le taux de scolarisation des enfants de 7 à 14 ans, en particulier des filles, à augmenter le taux d'encadrement des enfants de 3 à 6 ans, et à faire passer l'effectif des 9 à 15 ans des Centres d'éducation de base non formelle (CEBNF) de 1 200 à 5 000. Le programme mettra l'accent sur la qualité, l'efficacité et le rendement de l'enseignement de base, ainsi que sur le passage vers le système classique. L'éducation parentale favorisera la mise en oeuvre d'une approche intégrée et multisectorielle en faveur du développement des enfants de 0 à 8 ans.

13. Le programme *assainissement, eau potable et environnement* contribuera à : a) améliorer les conditions d'hygiène, l'assainissement et l'accès à l'eau potable pour 60 000 familles dans la zone de concentration; b) assurer une disponibilité en latrines et en eau potable dans 100 % des ES et CEBNF, et en latrines dans 100 % des écoles publiques ciblées par le programme; et c) arrêter la transmission de la dracunculose d'ici à l'an 2002 et à l'éradiquer d'ici à l'an 2005.

14. Le programme *protection juridique et socioéconomique* de l'enfant et de la femme contribuera à : a) l'application d'instruments juridiques nationaux en matière d'assistance et de protection de l'enfant, de l'adolescent(e) et de la femme; et b) la mise en oeuvre de mesures spéciales de protection en faveur des groupes vulnérables tels que les femmes défavorisées, les mineurs en prison, les jeunes de la rue et les orphelins de parents décédés du sida. La lutte contre la pratique de l'excision conservera une place privilégiée dans le programme.

15. Le programme *plaidoyer et communication* contribuera à promouvoir la connaissance ainsi que l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et à susciter des changements de comportement favorables à la survie, au développement

harmonieux et à la protection des enfants et des femmes burkinabè, grâce à la mise en oeuvre d'un plan intégré de communication en appui au programme.

16. Le programme *planification sociale, suivi et évaluation* se propose d'assurer la planification annuelle du programme de coopération; d'assurer le suivi régulier, l'évaluation et la documentation de sa mise en oeuvre; de promouvoir la recherche dans des domaines clefs concernant l'enfant et la femme; de renforcer les systèmes d'information décentralisés; de contribuer à la préparation aux urgences; et d'assurer également le suivi de l'application des Conventions.

17. Le programme *appui intersectoriel* contribuera à la mise en oeuvre du programme de coopération par la prise en charge des dépenses intersectorielles de personnel et de fonctionnement.

Montant estimatif du budget

Montant estimatif du programme de coopération, 2001-2005^a

(En milliers de dollars des États-Unis)

	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	Total
Santé	3 400	7 100	10 500
Éducation de base	2 980	7 150	10 130
Assainissement, eau potable et environnement	3 000	2 050	5 050
Protection juridique et socioéconomique	3 300	1 800	5 100
Plaidoyer et communication	2 480	450	2 930
Planification sociale, suivi et évaluation	2 000	450	2 450
Appui intersectoriel	1 980	–	1 980
Total	19 140	19 000	38 140

^a Ces chiffres sont indicatifs et sujets à modification une fois que les données financières globales seront connues.