

Burkina Faso 2006 – 2010*

I. Progress on key indicators

Indicator	Value	Year	Value	Year
Child population (millions, under 18 years)	7.3	2003	8.0	2008
U5MR (per 1,000 live births)	193	2003	169	2008
Underweight (% , moderate and severe)	38	2003	32	2007
Maternal mortality ratio (per 100,000 live births)	480	2003	480	1994-1998
Primary school enrolment (% net, male/female)	35/28	2003	52/42	2006
Primary school attendance (% net, male/female)				
Survival rate to last primary grade (%) [#]	93	2003	72	2006
Use of improved drinking water sources (%)	51	2002	72	2006
Use of improved sanitary installations (%)			13	2006
Adult HIV prevalence rate (%)	4.2	2003	1.6	2007
Child labour (% , children 5–14 years old)	57	2003	47^a	2003
GNI per capita (US\$)	300	2003	480	2008
One-year-olds immunized with DPT3 (%)	84	2003	79	2008
One-year-olds immunized with measles vaccine (%)	76	2003	75	2008

[#]Data refer to primary school children completing grade one who reach grade 5.

^aData do not correspond to the model definition.

*The summary on progress on key indicators (Parts I and II) is only available in English.

II. Progress on key MTSP indicators 2006 – 2010

Focus Area I – Young child survival and development

- Country programme fully conducted a gender analysis to identify gaps/challenges in family and community care practices;
- Medium-term budget/expenditure framework includes quantified targets for scaling up high impact health and nutrition interventions.

Focus Area II – Basic education and gender equality

- Quality standards for primary education based on “child-friendly schools” or on similar models adopted.

Focus Area III – HIV / AIDS and Children

- HIV/AIDS education integrated into the national curriculum at the secondary level partially or fully.

Focus Area IV – Child Protection from violence, exploitation and abuse

- Policies established on the provision of alternative care for children, in line with international standards.

Focus Area V – Policy Advocacy and Partnerships for Child Rights

- UNICEF provided significant support to the most recent CRC and CEDAW reporting process.

Consolidated Results Report: UNICEF Burkina Faso Country Programme 2006-2010

UNICEF MTSP Focus Area	Key Results Expected	Key Progress Indicators	Description of Results Achieved	Constraints and Facilitating Factors
FA 1 - Survie de l'Enfant et de la Mère	1.1. Réduire de 20 % le taux de mortalité infanto-juvénile ; de 20 % le taux de mortalité maternelle, le taux de morbidité liée aux maladies transmises par l'eau et à l'environnement sera réduit.	<p><i>1.1.1 Taux de Mortalité Infanto-Juvénile (184 pour 1000 Naissances vivantes (EDS 2003))</i></p> <p><i>1.1.2 Taux de mortalité infantile (81 pour 1000 (EDS 2003))</i></p> <p><i>1.1.3 Taux de Mortalité Maternelle (484 pour 100 000 naissances vivantes (EDS 1998))</i></p> <p><i>1.1.4 Taux de Morbidité liées aux maladies hydriques (1% de prévalence de la diarrhée chez les 0-5 ans dans les deux dernières semaines, EDS 2003)</i></p>	<p>Selon le RGPH -BF 2006, le taux de Mortalité infanto-juvénile est de 141,9 pour 1000, le taux de Mortalité infantile est de 55,3 pour 1000 et le ratio taux de Mortalité Maternelle est de 307, 3 pour 100 000 naissances vivantes mais ces taux ne peuvent être comparés à ceux de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2003.</p> <p>Plusieurs programmes et plans d'intervention en faveur de la santé du couple mère-enfant ont été élaborés et sont en cours d'exécution (Plan d'Investissement OMD Sante, Plan Stratégique pour la mise en œuvre de la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME) Communautaire 2009-13, Plan d'Accélération de la Réduction de la Mortalité infanto-Juvénile, 2009). Ces programmes et plans prennent en compte les interventions à gain rapide en vue de la réduction des taux de mortalité maternelle et infantile.</p>	La nouvelle EDS IV n'est pas disponible et donc la comparaison avec le statut de ces indicateurs n'est pas possible actuellement mais devrait l'être en Octobre 2010.
	1.2. Les taux de couvertures vaccinales chez les enfants de moins de 1 an ont atteints les niveaux suivants : - BCG : 92% - DTCP3/DTC+HepB+Hib : 90% - Vaccin anti rougeoleux: 85% - Vaccin anti amaril: 85%	<p><i>1.2.1 Taux de couverture vaccinale par antigène : 2005</i></p> <p><i>§ BCG : 100%</i></p> <p><i>§ Rougeole : 84%</i></p> <p><i>§ DTCP3 : 96%</i></p> <p><i>§ Fièvre jaune : 84%</i></p> <p><i>2009</i></p> <p><i>§ BCG : 100%</i></p> <p><i>§ Rougeole : 99%</i></p> <p><i>§ DTC+ HepB-Hib3 : 100%</i></p> <p><i>§ Fièvre jaune: 99%</i></p>	<p>Atteinte et dépassement des objectifs de couverture vaccinale administrative pour l'année 2009 pour tous les antigènes.</p> <p>Réduction du taux d'abandon penta 1/penta 3 est substantielle.</p> <p>La disponibilité permanente de vaccins et une bonne sécurité vaccinale sont des points forts du Programme Elargi de Vaccination (PEV) avec l'achat des vaccins de routine par le Burkina Faso. L'introduction du HepB et Hib depuis 2006 a permis d'assurer une bonne couverture des enfants contre ces maladies.</p>	Problème de la validité des données de couverture administrative avec une résurgence des cas de polio virus sauvage (15) et Rougeole (Plus de 53,000) en 2009 en dépit des CV excellentes! Les nombreuses campagnes pour contrôler ces épidémies entraînent de sérieuses disruptions du PEV de routine. Insuffisance dans la mise en œuvre de la surveillance cas par cas de certaines maladies évitables par la vaccination (PFA, TNN, coqueluche) Insuffisance dans l'utilisation des outils de gestion des vaccins et consommables ; Insuffisance de l'implication des communautés dans les activités de vaccination et de surveillance

	<p>1.3.- La mortalité et la morbidité liées au Paludisme, aux IRA, à la rougeole et à la malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans sont réduites.</p>	<p><i>Taux de létalité du paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé (CSPS, CMA, CHR, CHN); CSPS : 5% en 2005 à 3,22% en 2009</i></p> <p><i>Taux morbidité liée au paludisme et aux IRA :</i> <i>Incidence rapportée du paludisme de 146 cas en 2005 à 257 cas en 2009 pour 1.000 habitants</i></p> <p><i>Taux d'insuffisance pondérale chez les enfants de < 5 ans : 35.2% (EDS 2003, réf OMS 2005); 26% en 2009 (SMART 2009, réf OMS 2005).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • L'incidence du paludisme a augmenté sensiblement ce qui semble dû à une fréquentation plus importante des FS et à un meilleur rapportage. La létalité intra FS a diminué pour les enfants. • Les résultats de l'enquête SMART de 2009 indiquent une réduction de l'insuffisance pondérale de 26% passant de 35.2% en 2003 (EDS 2003, Référence OMS 2005) à 26% (SMART 2009 référence OMS 2005). Les efforts importants accomplis ces 3 dernières années en matière de nutrition notamment la mise en œuvre d'un nouveau protocole de traitement de la malnutrition aiguë en 2007 et la contractualisation avec les Organisation Non-Gouvernementale (ONG) et les Organisation à Base Communautaire (OBC) pour la mise en œuvre des interventions essentielles en nutrition au niveau communautaire ont contribué à l'atteinte de ce résultat. 	<p>La non disponibilité de moustiquaires dans le pays a été une contrainte principale pour la lutte au paludisme. L'introduction de la prise en charge du paludisme simple par les ACT (Artemisinin Combined Therapy) au niveau communautaire devrait permettre un meilleur accès plus précoce.</p>
	<p>1.4. Les prévalences des carences en micronutriments (iode, vitamine A, fer) sont réduites d'au moins 25%</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taux de couverture en Vit A chez les enfants de 6 à 59 mois : 100% (JNV 2005 premier et deuxième passage) pour le premier passage 2009</i> • <i>Proportion de ménages qui utilisent le sel adéquatement iodé (15 ppm ou plus) : 45% (EDS 2003)</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Taux de couverture en Vit A chez les enfants de 6 à 59 mois : > 90% à chaque passage semestrielle. Plusieurs stratégies ont été mises en oeuvre pour maintenir la couverture très haute : Journées Survie de l'Enfant, Campagnes Vitamine A, JNV+ Vit A. • Des données récentes sur la proportion de ménages qui utilisent du sel adéquatement iodé ne sont pas disponibles. L'information sera renseignée par EDS IV de 2010. 	<p>Le gouvernement a pris la décision de financer les couts opérationnels des campagnes de supplémentation en vitamine A par le panier commun du Programme d'Appui au Développement Sanitaire (PADS) ce qui a permis de maintenir des taux de couverture élevés. Pour ce qui concerne le sel iodé, l'existence de nombreux acteurs dans le contrôle du sel et la faiblesse de la coordination et du suivi ont constitué une contrainte.</p>
	<p>1.5. La mortalité due à la malnutrition protéino-calorique est amenée à moins de 5% chez les enfants de moins de 5 ans</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Taux d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans : Le taux d'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 21.2% (EDS 2003, référence OMS 2005) à 11.3% (SMART 2009, référence OMS 2005) .</i> • <i>Nombre de cas de malnutris aigües sévères suivis: ND en 2005; Nombre de cas de malnutris aigües sévères traité en 2009, 29 000 cas avec des performances supérieures au minimum requis (guérison à 90%, décès à 2%, abandon à 6% et non réponse au</i> 	<p>Les efforts faits dans le domaine de la prévention aussi bien par les services de santé que par les ONG/OBC, le renforcement des capacités nationales en matière de prise en charge de la malnutrition aiguë, l'appui des ONG dans la prise en charge, l'assistance technique matérielle et financière des agences du SNU (UNICEF, PAM, FAO) ont contribué à la réduction du taux d'émaciation de 46% et de passer de zéro enfant traité selon le nouveau protocole au début de la mise en</p>	<p>L'existence du protocole national de prise en charge (PEC) de malnutris aigües sévères et l'arrivée d'ONG internationales ont contribué à l'augmentation de la couverture des enfants malnutris aigus sévères. La contrainte majeur c'est les insuffisances dans la prise en charge de la malnutrition aigue modérée (faible couverture) et la faiblesse des activités préventives de nutrition (promotion de l'alimentation des nourissons et jeunes</p>

		<i>traitement à 2%)</i>	œuvre du CPAP à 29,000 /103,000 enfants en 2009, soit une couverture de prise en charge de 28%.	enfants, promotion de la croissance etc). L'essentiel des données de traitement de la malnutrition provient des ONG. Le système d'information du ministère de la santé ne permet pas de renseigner sur le nombre d'enfants malnutrition correctement pris en charge, ni sur la mortalité de ces enfants.
1.6. Couverture en eau potable, en assainissement de base (latrines) et pratiques des règles d'hygiène élémentaire améliorées dans 5 provinces et dans les zones ciblées par la PCIME, et promotion de l'hygiène dans quatre secteurs défavorisés de Ouagadougou.	<p><i>1.6.1 % Populations ayant accès à l'eau potable. Données de base 2005 non-disponibles. Taux de couverture d'eau potable dans 5 province et les zones ciblée par la PCIME 51.93% (moyenne des 5 provinces) . (2008, DGRE).</i></p> <p><i>1.6.2 Nombre de latrines familiales créés 9,500 latrines ont été créés entre 2005-2009</i></p> <p><i>1.6.3 % de la population disposant de latrines améliorées</i> <i>Pour la Province de Ganzourgou: le % est passé de 7% en 2005 à 33% en 2009 (taux sur les 5 provinces non disponible)</i> <i>Taux national de couverture en assainissement en milieu rural, 5% en 2005 et 6% en 2008 [Joint Monitoring Programme, 2010]</i></p> <p><i>1.6.4 % de la population utilisant les points d'eau potable.</i> <i>Pas d'enquête (voir 1.6.1)</i></p> <p><i>1.6.5 % de la population des zones pratiquant le lavage des mains avant les repas et après l'utilisation des toilettes.</i> <i>Données non-disponibles.</i></p> <p><i>1.6.6 % de la population connaissant au moins un moyen de désinfection de l'eau.</i> <i>Environ 2.5 % pour Ganzourgou et Gagna (CAP 2009).</i></p>	<p>Les activités ont permis d'assurer la couverture effective de 772 villages sur 5 provinces en eau, assainissement, lavage des mains, conservation de l'eau.</p> <p>L'implication des groupements des femmes dans les activités intégrées d'eau, d'hygiène, d'assainissement et de santé, a permis une couverture de 36% au niveau de la province du Ganzourgou.</p>	<p>L'efficacité de l'approche communautaire pour la couverture de qualité requiert, entre autre, des forts partenariats stratégiques et une bonne coordination sur le terrain pour la durée du Programme - c'est ce que le programme s'est forcé à appliquer à travers les structures décentralisées et les organisations féminines avec des résultats encourageants dans le Ganzourgou.</p>	
1.7. Transmission de la maladie du ver de Guinée interrompue et l'éradication certifiée	<p><i>1.7.1.. Prévalence du ver de guinée</i> <i>Aucun cas depuis 2007.</i></p> <p><i>1.7.2. Nombre de cas de ver de guinée</i> <i>2004: 60 cas</i> <i>2009: 0 cas</i></p>	<p>Le Burkina Faso est en pré-certification d'éradication du ver de Guinée, avec la mise en place du Comité de pré-éradication.</p>	<p>La transmission du ver de guinée a été incluse dans la surveillance des épidémies</p>	

	1.8. Le taux de couverture en CPN1 des femmes enceintes a augmenté de 73% à 90%	1.8.1 % <i>Taux de CPN1</i> 2005: 80% (<i>Annuaire statistique 2005 DEP/SMS</i>) 2008: 95% (<i>annuaire statistique 2008 DEP/SMS</i>)	Le taux de couverture en CPN1 est 95% et le taux de couverture en CPN2 est de 75% en 2008 (<i>Annuaire statistique 2008 DEP/MS</i>).	La subvention des SONU a été un facteur favorisant, cependant le paquet de services délivrés n'est pas toujours complet.
	1.9. Le taux de couverture obstétricale sera porté de 57 à 70% (60% prévu par le PNDS)	1.9.1 <i>Pourcentage des césariennes réalisées sur césariennes attendues (0,80% Annuaire statistique 2005 DEP/MS); Le pourcentage des césariennes réalisées sur césariennes attendues est 1,30% en 2008.</i> 1.9.2 <i>Taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les formations sanitaires (39%(EDS 2003) et 54% en 2006 (MICS 2006)</i> 1.9.3 <i>Pourcentage des formations sanitaires appliquant les SOUB/SOUC;</i> 1.9.4 <i>Prévalence contraceptive (24,3% en 2006 (Annuaire statistique 2006 DEP/MS)) La prévalence contraceptive est de 28,2% en 2008 (Annuaire statistique 2006 DEP/MS)).</i> 1.9.5 <i>Nombre de fistules prises en charge non disponible</i>	En dépit des progrès réalisés, le taux de césariennes reste très faible dans l'ensemble des régions sanitaires et nettement en dessous du minimum de 5% de la norme OMS. La subvention des accouchements et des SONU par l'Etat depuis fin 2006 a permis de relever les indicateurs. de santé maternelle. Cela se traduit par une amélioration notable des taux d'accouchements assistés dans certains districts, avec un taux d'accouchements assistés par du personnel qualifié dans les formations sanitaires de 65,2% en 2008 (<i>Annuaire statistique DEP/MS</i>). 100% des CMA fonctionnels, CHR et CHU offrent les SONUC avec souvent des difficultés pour la disponibilité en sang pour la transfusion sanguine.	La subvention des SONU a été un facteur favorisant, de même les formation des medecins en chirurgie essentielle et l'augmentation de la disponibilité de personnel. L'accessibilité des formations sanitaires demeure une contrainte.
	1.10. 70% des femmes enceintes ont reçu leur seconde dose de Vaccin antitétanique (VAT 2)	1.10.1 % <i>de femmes enceintes ayant reçu VAT2</i> 2005: VAT2 :72% 2009 VAT2; 94%	32 districts à haut risques pour le tétanos maternel et néonatal ont faits l'objet de trois campagnes avec le vaccin anti tétanique chez les femmes en âge de procréer (15-49 ans)	La sous notification des cas de Tétanos Maternel et Néonatal demeure une contrainte. Insuffisance dans la mise en œuvre de la surveillance cas par cas de certaines maladies évitables par la vaccination (PFA, TNN, coqueluche)
	1.11. Le nombre de contacts curatifs par an et par habitant est amené de 0.3 à au moins 0.5	1.11.1 <i>Nombre de nouveaux contacts par/ habitant et par an dans les structures de soin de premier niveau (0,34 en 2005 à 0,51 Nouveau Contact par habitant par an(Annuaire statistique DEP/MS 32005))</i>	Augmentation régulière de cet indicateur qui montre une meilleure utilisation des soins curatifs par la population.	Cet indicateur pourrait être introduit pour les enfants 0-5 ans dans le SNIS. Discussion en cours.
FA 2 - Education de Base	2.1. Le Taux Brut de Scolarisation (TBS) de 70% dont 65% pour les filles; porter à 40% le taux d'alphabétisation; réaliser un taux d'encadrement de la petite enfance de 4,6%.	2.1.1 <i>Taux Brut de Scolarisation désagrégé par sexe - 2005/06: 61,4% dont 68,4% (G) et 54,3% (F) 2008/09: 72,4% , 77,1% (G) et 67,7% (F)</i> 2.1.2 <i>Taux d'alphabétisation désagrégé par sexe - 2005: 23,6% dont 31,5% (H) et 16,6% (F) 200: 28,3%, dont 36,7% (H) et 21,0% (F)</i>	Amélioration de l'accès à l'éducation de base par une augmentation de l'effectif des salles de classes du primaire qui passe de 26444 en 2005 à 35129 en 2009, des centres d'encadrement de la petite enfance de 34 en 2005 à 90 en 2009, et du nombre de CPAF de 5000 en 2006 à plus de 15500 en 2010, avec un accent particulier	<u>Contraintes</u> : Retard considérable dans la réalisation des infrastructures, faible taux de couverture de certaines provinces, faible couverture de la cantine scolaire, forte demande pour les innovations

		<p>2.1.3 Taux d'encadrement de la petite Enfance désagrégé par sexe - 2005: 1.45% 2008/09: 2.7% dont 2,8% (F) et 2,7% (G)</p>	<p>sur l'éducation des filles et l'alphabétisation des femmes. Hausse de la demande éducative facilitée par une forte sensibilisation des bénéficiaires et des partenaires, ONG et associations, pour les filles notamment avec une à deux campagnes nationales de sensibilisation par an durant la période 2005-2010.</p>	<p>éducatives du programme de coopération, mais maintien de ces dernières à l'échelle pilote</p> <p><u>Opportunités</u> : La création du Compte d'affectation spéciale du Trésor (CAST) comme mécanisme supplémentaire de financement du Plan de Développement de l'Education de Base (PDDEB), le Fast Track Initiative (FTI) avec ses ressources supplémentaires pour le secteur, la mise en place de la réforme éducative avec la gratuité des manuels et des fournitures scolaires au primaire, le recrutement régional d'enseignants, volontaires compris et la mobilisation soutenue des ressources par le programme de coopération.</p>
	<p>2.2.L'augmentation au niveau national des effectifs et la réduction des disparités entre les garçons et les filles dans l'enseignement primaire</p>	<p>2.2.1 Taux Brut de Scolarisation - 2005/06: 61.4% dont 68.4% (G) et 54.3% (F) 2008/09: 72.4% dont 77.1% (G) et 67.7% (F)</p> <p>2.2.2 Taux Net de Scolarisation - 2005/06: 48,2% dont 53.8% (G) 42.6% (F) 2008/09: 57.9% dont 61.3% (G) et 54.5% (F)</p> <p>2.2.3 Taux d'Admission en 1ère année - 2005/06: 73.2 % dont 79.4 % (G) et 66.8 % (F) 2008/09: 78,0 % dont 80.3 % (G) et 75.5 % (F)</p> <p>2.2.4 Nombre de salles de classe construites et équipées - 2005/06: 26,444 salles de classes (4,356 au Privé et 22,088 au Public) 2008/09: 35,129 salles (dont 6,183 publics et 28,946 privées)</p> <p>2.2.5 Nbre de structures scolaires (Ecoles bilingues) construites et équipées dans le cadre de l'extension des innovations éducatives: Structures construites et équipées de 2005 à 2009: 28 Ecoles Satellites (ES), 14 CEBNF et 34 Bisongo portant leur nombre à 313 ES, 82 CEBNF et 90 Bisongo.</p>	<p>Amélioration de l'accès à l'éducation de base par une augmentation de l'effectif des salles de classes du primaire qui passe de 26444 en 2005 à 35129 en 2009, des centres d'encadrement de la petite enfance de 34 en 2005 à 90 en 2009, et du nombre de CPAF de 5000 en 2006 à plus de 15500 en 2010, avec un accent particulier sur l'éducation des filles et l'alphabétisation des femmes. Hausse de la demande éducative facilitée par une forte sensibilisation des bénéficiaires et des partenaires, ONG et associations, pour les filles notamment avec une a deux campagnes nationales de sensibilisation par an durant la période 2005-2010.</p>	
	<p>2.3. L'augmentation des effectifs des écoles satellites de 23 400 à 40 000 dont 50 % de filles .</p>	<p>2.3.1 Taux d'accès aux Ecoles Satellites désagrégé par sexe: 2.3.2 Taux brut d'admission désagrégé par sexe 2.3.3 Taux d'encadrement des Ecoles satellites désagrégé par sexe 2.3.4 Taux d'achèvement désagrégé par sexe 2.3.5 Taux d'abandon désagrégé par sexe 2.3.6 Taux de redoublement désagrégé par sexe <i>Ces indicateurs ne sont pas renseignés</i></p>	<p>Ces innovations étant dans des espaces où il existe des écoles classiques il est difficile de renseigner actuellement les indicateurs listés dans la colonne Indicateurs de progrès. Cependant, les objectifs quantitatifs de départ de chaque innovation éducative ont été atteints.</p>	<p><u>Contraintes</u> : Faible couverture de la cantine scolaire, forte demande pour les innovations éducatives du programme de coopération, forte mobilité des enseignants des innovations éducatives, la forte demande éducative pour les innovations qui sont restées à l'échelle pilote.</p> <p><u>Opportunités</u> : Gratuité des manuels et des fournitures scolaires; présence de l'UNICEF dans le CAST</p>

	<p>2.4. L'amélioration de la qualité de l'enseignement .</p>	<p>2.4.1 le Ratio livre de lecture / élève est passé de 0,63 en 2005/2006 à 1,13 en 2008/2009 et le ratio livre de calcul / élève est passé de 0,74 en 2005/2006 à 1,15 en 2008/2009 pour les différents manuels scolaires</p> <p>2.4.2 le Ratio Maitre / Elève passe de .52.en 2005/2006 à .54.7 en 2008/2009</p> <p>2.4.3 Nombre d'enseignants disposant des différents manuels pédagogiques (Non renseigné)</p> <p>2.4.4 Paquet éducatif essentiel (disponible dans toutes les écoles)</p>	<p>Amélioration de l'accès et de la qualité grâce à la gratuité des manuels et fournitures scolaires et du matériel pédagogique, et au recrutement massif régionalisé des enseignants (3000/an) auquel s'ajoutent les enseignants volontaires</p>	<p><u>Contraintes</u> : Persistance du besoin en enseignants et répartition inégale des enseignants entre zones rurales et urbaines.</p>
	<p>2.5. Le renforcement de la prise en charge intégrée des enfants de 0 à 6 ans et l'augmentation de l'effectif des Bisongo de 2 400 à 8 000 dont 50 % de filles.</p>	<p>2.5.1. Taux d'encadrement de la petite Enfance est passé au plan national de 1,45% en 2005 (tout sexe confondu) à 2,7% dont 2,8% pour les filles et 2,7% pour les garçons en 2008/2009</p> <p>2.5.2 Taux d'encadrement de la petite enfance désagrégé par sexe. garçons 2,7% et filles 2,8 %</p> <p>2.5.3 Nombre de Bisongos construits. De 2005 à 2008 /2009, l'effectif des bisongo est passé de 53 centres à 90 centres .</p>	<p>Bien que les objectifs soient atteints, les faibles taux de préscolarisation résultent du fait que le Ministère en charge de sous-secteur n'investit pas dans la construction de nouvelles infrastructures du préscolaire malgré les prévisions de construction dans le Plan de Développement de l'Education de Base (PDDEB). Seuls le privé, les ONG ou d'autres institutions construisent des structures préscolaires.</p>	<p><u>Contraintes</u> : Faible allocation de ressources au développement du sous-secteur. <u>Opportunités</u>: Fonds Fast Track Initiative (FTI) prévu pour le développement du préscolaire, prise de conscience par les populations de l'impact du préscolaire sur l'éducation des enfants.</p>
	<p>2.6. L'augmentation de l'accès à l'éducation non formelle pour les adolescents, et pour les membres des structures communautaires de gestion, avec parité pour les filles et les femmes.</p>	<p>2.6.1 Taux d'accès aux structures non formelles désagrégé par sexe (non disponible)</p> <p>2.6.2 Nombre de bénéficiaires des formations professionnelles et de l'apprentissage y compris l'enseignement technique:(14,135 adolescents et adolescentes en 2008/2009 avec 11 963 admis aux évaluations soit un taux de promotion de 84,63 % dans l'éducation de base non formelle) hormis l'enseignement technique.</p> <p>2.6.3 Nombre de personnes alphabétisées désagrégé par genre. En 2005 90,000 dont 50,000 femmes et 40,000 hommes et 2007 250,000 dont 150,000 femmes et 100,000 hommes</p>	<p>Accroissement de l'intérêt par les femmes pour l'alphabétisation facilitée par l'ouverture de centres d'alphabétisation dans les 48 maisons de la femme et la forte sensibilisation accompagnée d'un fort plaidoyer de la Première Dame</p>	<p><u>Contraintes</u>: Insuffisance de ressource allouées au développement de l'alphabétisation au regard des besoins croissants, difficultés de mise en œuvre de la stratégie du "Faire-faire", et faible taux de scolarisation dans le pays concourant au maintien du fort taux d'analphabétisme.</p> <p><u>Opportunités</u>: Elaboration en cours du Programme National pour l'Accélération de l'Alphabétisation (PRONAA) à l'horizon 2015 et forte demande en alphabétisation surtout de la part des femmes.</p>

	<p>2.7. Couverture à 100 % en eau potable et assainissement des écoles satellites, Bisongos et CEBNFs dans 20 provinces, et celle des écoles mère accrue de 10 points dans 5 provinces.</p>	<p><i>2.7.1% couverture des écoles en eau potable 58% (sur 387 écoles) en 2005; 68% (sur 506 écoles) en 2009</i></p> <p><i>2.7.2% couverture des écoles en assainissement de base prenant en compte l'aspect genre 58% (sur 387 écoles) en 2005 58% (sur 506 écoles) en 2009</i></p> <p><i>2.7.2% des élèves pratiquant le lavage des mains Données non-disponibles</i></p>	<p>Les résultats présentés proviennent des statistiques annuelles du Ministère de l'Éducation de Base et de l'Alphabétisation (MEBA). Ils incluent les contributions de tous les acteurs intervenant dans les zones concernées, même si celles de l'UNICEF dans ces zones soient importantes. Il convient de noter que les taux de couverture mentionnés pour l'assainissement sont relatifs aux écoles disposant de toilettes fonctionnelles. Ils ne prennent en compte ni : le type de toilettes; ni l'aspect genre (séparation de blocs pour filles et garçons); ni le ratio nombre d'enfants par cabine.</p>	<p>Contraintes: Plusieurs partenaires continuent de réaliser des écoles sans prévoir la réalisation d'infrastructures d'eau et d'assainissement. Ce fait constitue une contrainte majeure pour la couverture totale des écoles en eau et en assainissement.</p> <p>Opportunité: Le programme national d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement (PN-AEPA) prend en compte la réalisation d'infrastructures d'eau potable et d'assainissement dans les écoles en prenant en compte l'aspect genre. Les efforts conjugués du Ministère de l'Agriculture et ceux du MEBA devraient permettre une couverture totale des écoles en eau potable et d'assainissement à moyen terme, si tous les acteurs de l'éducation coopèrent. D'autres parts l'introduction des thèmes émergents dans les curriculum de l'enseignement (primaire et secondaire) constitue une grande opportunité pour la pérennisation des interventions d'éducation à l'hygiène dans les écoles.</p>
FA 3 - Le VIH-SIDA et les enfants	<p>3.1. Les capacités institutionnelles des structures de planification, de coordination et de suivi-évaluation sont renforcées.</p>	<p><i>3.1.1 Structures Fonctionnelles / Planification/ Coordination / Suivi-Evaluation. - Deux cadres de concertations et de coordination mises en place (Enfants affectés par le VIH et Prévention du VIH auprès des jeunes).</i></p>	<p>Manuel National de Suivi -Évaluation développé en 2006</p> <p>En concordance avec les principes du Three Ones et de la Déclaration de Paris, un Panier Commun VIH a été mis en place en Janvier 2009. Il inclut actuellement 6 partenaires (en dehors de l'Etat), dont l'UNICEF.</p> <p>Un plan National de Prévention VIH auprès des Jeunes (2009-2011) développé et approuvé en 2009.</p>	<p>Le rôle des institutions dans le leadership national n'a pas été clair dans certains domaines programmatiques comme la prévention du VIH chez les jeunes, et la nutrition dans le contexte VIH. Ceci a, entre autres, entravé la bonne coordination dans ces domaines. Trouver une niche pour les agences UN incluant l'UNICEF est un défi étant donné la place grandissante que prennent les mécanismes de financement comme le Fond Mondial. Les prises de décisions basées sur les évidences concernant l'allocation des fonds au niveau du Panier Commun VIH sont aussi un défi.</p>
	<p>3.2. Le taux de transmission du VIH de la mère à l'enfant est réduit de 50%.</p>	<p><i>3.2.1 Taux de Transmission VIH/SIDA mère à l'enfant. Baseline fin 2005 : Non Déterminé 2009: 3,3% (Etude OMS, 2009)</i></p>	<p>Depuis 2006, le pays dispose d'un plan de passage à échelle, prenant en compte les protocoles conformes aux recommandations internationales. Grâce à la mise en œuvre de ce plan, à la volonté politique et à l'amélioration</p>	<p>Contraintes: La stigmatisation et la discrimination constituent encore un frein à l'adhésion des femmes à la PTME</p>

		<p>3.2.2 <i>Pourcentage des femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement ARV pour réduire le risque de transmission mère enfant</i> <i>Baseline 2006 : 9,27%</i> <i>2010: 29,9% rapport UNGASS 2010 en cours de validation en Avril 2010</i></p>	<p>de la coordination des intrants, des progrès importants ont été faits notamment en matière de couverture de sites Prévention de la Transmission Mère Enfant (PTME) et d'adhésion au dépistage des femmes. En effet, l'offre de service PTME est passé de 15,4% à 81% des formations sanitaires de 2005 à 2009, le taux d'adhésion au dépistage est passé de 38,8% en 2005 à 50% en fin 2009 (Rapport National PTME). Le renforcement de la coordination des intrants PTME/VIH au niveau central a été un facteur clé dans l'amélioration de ce taux d'adhésion. Cet appui a été entre autres, apporté par l'UNICEF/UNITAID. La proportion de femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement ARV pour réduire le risque de transmission mère-enfant est passé de 09, 27% en 2006 à 29,9% en 2009 (rapport UNGASS).</p>	<p>La faiblesse de l'implication des hommes et de la communauté à la PTME</p> <p>La disponibilité des intrants PTME, notamment des réactifs de dépistage.</p> <p>Facteurs facilitant : Appui de l'UNICEF dans l'élaboration et la mise en œuvre du programme national PTME dans la coordination de la gestion des stocks et des approvisionnements en intrants</p>
<p>3.3. La prévalence du VIH/SIDA chez les adolescents et jeunes de 10 à 24 ans est réduit de 25 % au moins dans 10 provinces.</p>		<p>3.3.1 <i>La prévalence du VIH au niveau de la population jeune de 10- 24 ans.</i> <i>1.3% (Rapport Plan National Multisectoriel de Lutte contre le Sida 2009)</i></p>	<p>En 2007, la prévalence était de 2.0%. de plus en plus de jeunes sont touchés par la sensibilisation. Un plan national de renforcement de la prévention a été adopté et une équipe nationale de prévention du VIH chez les jeunes est entrain d'être mise en place.</p>	<p>Cependant, les actions adaptées de sensibilisation en direction des groupes les plus à risques devraient être davantage développées</p>
<p>3.4. Une prise en charge globale, médicale , psychosociale est assurée à 1250 enfants de moins de 18 mois à 14 ans infectés par le VIH/SIDA et une protection, des soins et un soutien à 5000 orphelins et enfants vulnérables d'ici fin 2010.</p>		<p>3.4.1 <i>Nombre de structures dispensant le paquet minimum d'activités en PEC psychologique, sociale et économique.</i> <i>Pour le programme UNICEF :Baseline : 0</i> <i>Valeur la plus récente : 23 organisations à base communautaire(OBC), et 5 ONG locales.</i></p> <p>3.4.2 <i>Pourcentage de structures dispensant des prestations (soins, PEC psychologique) selon les normes et les directives de prise en charge.</i><i>Baseline: 9</i> <i>structures/formations sanitaires en 2005</i> <i>Donnée plus récente: 39 structures/formations sanitaires (fin 2009)</i></p> <p>3.4.3 <i>% d'enfants pris en charge par rapport au nombre prévu</i> <i>Pour le programme UNICEF :Baseline : 0%</i> <i>Valeur la plus récente (fin 2009): 1,415/ 5,000 (28%)</i></p>	<p>3.4.1 Renforcement des capacités de 5 ONG locales, ainsi que de 23 associations à base communautaires dans la gestion et la mise en œuvre d' un programme dont bénéficient les enfants et familles les plus vulnérables dans 5 districts.</p> <p>3.4.2 La décentralisation de la prise en charge pédiatrique est maintenant effective et n'est plus seulement centrée sur les 02 plus grandes villes (Ouagadougou et Bobo-Dioulasso). Il y a une augmentation significative du nombre d'enfants de moins de 15 ans mis sous traitement de 420 en fin 2005 à 1342 en fin 2009. (Sources : Rapport CMLS)</p> <p>3.4.3 A travers le programme 1,415 enfants et adolescents, incluant ceux qui sont affectés par</p>	<p>3.4.1. L'absence de point focal pour la prise en charge pédiatrique a ralenti le processus de mise en œuvre de ce volet.</p> <p>3.4.2. Le système national de routine qui permet de faire une assurance qualité sur la dispensation de la PEC des OEV, et de s'assurer que les services apportés sont conformes aux normes nationales est à renforcer.</p> <p>3.4.3. L'approche qui vise à améliorer l'accès à un paquet de services aux enfants vulnérables à un coût unitaire par enfant plus élevé que ce qui avait été initialement prévu, ce qui a limité le nombre d'enfants atteints par le programme.</p>

			le VIH, ont pu continuer de fréquenter l'école, avoir un meilleur accès à la santé tout en offrant à leurs familles des opportunités d'activités génératrices de revenus.	
	3.5. L'Information pertinente sur le VIH /SIDA et la politique des Nations Unies en matière de lutte contre le SIDA sera fournie à tout le Personnel et à leur famille.	<p>3.4.1 Pourcentage de staff membres connaissant la définition de VIH et de SIDA et la différence entre les deux: 98% et 92%</p> <p>3.4.2 Pourcentage de staff connaissant les voies de transmission du VIH 91% pour le sang et 71% pour les liquides séminales</p> <p>3.4.3 Pourcentage de staff connaissant l'ampleur du SIDA dans le contexte où ils vivent et dans le monde n/a</p> <p>3.4.4 Pourcentage de staff connaissant la politique des Nations Unies en matière de lutte contre le VIH/SIDA 73%, et 44% pour UN CARES</p> <p>Source: Rapport d'évaluation de la stratégie d'apprentissage du VIH/sida pour les nations Unies/ juin 2008 (Baseline non disponible)</p>	La fourniture des informations sur le VIH/sida s'est fait davantage de façon bilatérale. Ce qui est une stratégie efficace et l'interaction permet d'approfondir l'information. Une équipe de facilitateurs de la stratégie d'apprentissage du VIH pour les Nations Unies développe les activités sous le contrôle de l'équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH/sida	L'importance accordée à cette activité est moindre. Les ressources financières ne couvrent pas les activités et le personnel y accorde moins d'importance
FA 4 - Protection des Enfants: Prévenir et répondre aux violences faites aux enfants, à l'exploitation, et aux abus sexuels	4.1. Le cadre normatif national est harmonisé avec les principaux textes internationaux à la protection des enfants et des femmes et est appliqué.	4.1.1 Le document de politique nationale de protection et d'assistance disponible. 2005: non disponible 2007: Politique Nationale d'Action Sociale	<p>Code de l'enfance adopté en 2006 et vulgarisé dans les 45 provinces du pays avec 4.625 exemplaires distribués.</p> <p>La loi portant définition et répression du trafic d'enfants de mai 2003 a été relue en mai 2008 en vue de prendre en compte entre autres, la problématique de la mendicité juvénile. Ainsi la nouvelle loi 09-2008/AN portant lutte contre la traite des personnes et les pratiques assimilées a été adoptée par l'assemblée nationale le 15 mai 2008 et promulguée par décret présidentiel le 19 juin 2008.</p> <p>Ratification de la convention sur les droits de la personne handicapée en 2009 et adoption de la loi portant promotion et protection des personnes handicapées (2010).</p> <p>La vulgarisation des droits de l'enfant s'est poursuivie avec la reproduction du guide CDE en 7000 exemplaires et de la charte (CADBE) en 2036 exemplaires. Au total 6.529 guides CDE et 1.192 CADBE ont été diffusés.</p>	<p>CONTRAINTES</p> <p>Le très faible apport financier du gouvernement (ou peut-être sa faible visibilité) et l'absence d'une approche programme pour la mise en œuvre des Plans d'action nationaux : lutte contre la traite des enfants, la pratique de l'excision, les pires formes de travail des enfants, les violences sexuelles faites aux enfants, la prise en charge des enfants vivant dans la rue, lutte contre la mendicité juvénile , la faible capacité d'absorption des ressources fournies, (ceci semble paradoxale)</p> <p>Les capacités de gestions limitées, les ressources humaines insuffisantes, trop mobiles ou pas suffisamment compétents ;</p> <p>La faible déconcentration /couverture géographique de certains départements ministériels : Ministère de Promotion de la Femme (MPF), Ministère de Promotion des Droits Humains (MPDH) notamment;</p> <p>L'absence de dispositif cohérent de collecte, traitement, analyse et diffusion de</p>

	<p>4.2. Le code des personnes et de la famille est vulgarisé et appliqué, en particulier l'enregistrement des naissances est accru..</p>	<p>4.2.1 % population touchées , sensibilisées au CPF.</p> <p>4.2.2 Taux d'enregistrement des naissances 63,7% (64,4% chez les garçons et 63,0% chez les fille) MICS 2006 Données 2010 suite a l'Enregistrement Gratuit et Universel des Naissance non encore disponibles</p> <p>4.2.3 Nombre d'actes d'état civil(acte de naissance, jugements supplétifs et actes de mariages) 2006-Déc. 2009: 892.965 jugements supplétifs d'actes de naissance et copies intégrale, régularisation de la situation matrimoniale (mariages à l'état civil) de 5190 couples Système enregistrement des naissances efficace</p>	<p>Le plaidoyer a eu comme impact la réduction des frais d'établissement des jugements supplétifs d'actes de naissance de 80% et permis l'élaboration d'un plan d'action national.</p> <p>La contribution de l'UNICEF a permis l'établissement des jugements supplétifs d'actes de naissance et au renforcement des capacités institutionnelles du ministère en charge de l'administration du territoire. L'opération nationale d'enregistrement gratuit et universel des enfants de 0 à 18 ans décrétée en 2009 suit toujours son cours.</p>	<p>données statistiques ; La faible coordination des PTF autour des thématiques-clés de protection de l'enfance au Burkina Faso Le faible suivi/supervision des activités de terrain ;</p> <p>OPPORTUNITES :</p> <p>-L'existence et l'appui à la vulgarisation de la Politique Nationale d'Action Sociale adoptée ;</p> <p>-le soutien à la mise en place d'un système permanent de collecte, de traitement et de diffusion des données statistiques en matière d'action sociale et humanitaire au Burkina Faso, y compris un répertoire exhaustif des ONG et Associations intervenant dans le secteur de l'action sociale ;</p>
	<p>4.3. Des mécanismes de prévention, rapatriement et réinsertion des enfants victimes sont développés et étendus dans le cadre de la lutte contre le trafic, les pires formes du travail et l'exploitation sexuelle des enfants.</p>	<p>4.3.1 Nombre d'enfants victimes de trafic, de pires formes de travail et de violence pris en charge</p> <p>De 2006 à décembre 2009: - 2.521 enfants victimes de traite ont été interceptés (1.420 filles et 1.101 Garçons) dont 2.075 victimes de traite interne (1.303 filles et 772 Garçons) et 446 victimes de traite transfrontalière (117 filles et 329 Garçons).</p> <p>-207 mères de victimes ont été réhabilitées .</p> <p>- 80 Comités de vigilance et de surveillance (CVS) sont fonctionnels sur 128 mis en place.</p> <p>- 2.680 enfants et jeunes travailleurs (EJT); 4200 enfants victimes d'exploitation sexuelle ; et 2.534 enfants orpailleurs ont été soutenus.</p>	<p>La réinsertion et la réhabilitation des enfants victimes d'abus, de maltraitance et d'exploitation se sont poursuivies et améliorées, à travers leur auto responsabilisation tout en réduisant les inégalités liées au genre.</p> <p>Les actions d'alphabétisation, de formation à la production, de placement en apprentissage, d'octroi de technologies appropriées, de dotation de fonds de roulement au profit des enfants (garçon set filles) et dans certains cas de leurs mères sont mises en œuvre par le biais d'ONG ou d'Associations à travers la stratégie du faire faire. Les réponses globales et communautaires sont de plus en plus privilégiées au détriment des réhabilitations individuelles en vue de la pérennité de la réinsertion et d'une bonne prévention.</p> <p>La prise en compte des mères ou tutrices de ces enfants constitue une plus value importante pour l'UNICEF dans la lutte contre les pires formes de travail des enfants au Burkina Faso.</p>	<p>L' adoption de la loi en faveur des personnes handicapées suite à la ratification de la convention des Nations unies relative aux droits des personnes handicapées ;</p> <p>- la finalisation de la Stratégie Nationale et du Plan d'Action National de pris en charge des personnes handicapées</p> <p>-L'opérationnalisation des juridictions pour mineurs et la mise en place et la mise en place de 2 brigades régionales de protection de l'enfance à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso.</p> <p>-Le renforcement des interventions nationales en faveur des enfants handicapés et des enfants vivant en structures spécialisées (ex : orphelinats, prisons, écoles spécialisées)</p>
	<p>4.4. La prévalence des mutilations génitales féminines est réduite et les mécanismes de prévention sont renforcés</p>	<p>4.4.1 Taux de prévalence de MGF (voir commentaire)</p>	<p>La pratique de l'excision a connu une tendance à la baisse. Selon EDS 2003, la prévalence de la pratique de l'excision était de 77,2% chez les femmes en âge de procréer tandis que les résultats du MICS de 2006</p>	<p>-La poursuite du plaidoyer pour la mise en place d'un numéro vert avec des mesures</p>

			<p>donnent un taux de 72,5%, dont 59,7% chez les 15-19 ans. L'évaluation nationale des quinze ans du CNLPE en 2006, révèle une prévalence de 49,5% dont 28 % chez les filles de moins de 15 ans.</p> <p>Depuis 2006, 834 femmes ont bénéficié de réparation de séquelles d'excision ; toute chose qui a contribué au bonheur des couples concernés.</p> <p>Un plan d'action national de promotion de l'abandon des MGF dans la perspective de la Tolérance zéro de 2008 à 2012 a été élaboré.</p> <p>Le principe de l'approche de la Convention Sociale a été accepté en fin 2009 par le SP/CNLPE. Les activités connexes sont en début d'exécution.</p>	<p>d'accompagnement qui faciliteront les contacts en faveur des enfants victimes de violences, d'abus et d'exploitation et leur prise en charge adéquate ;</p> <p>-La poursuite du plaidoyer pour la nomination d'un Défenseur des Droits des Enfants au Burkina Faso ;</p> <p>-L'engagement de la Banque Mondiale dans la protection sociale est un développement intéressant en raison de leur expertise technique et leurs ressources financières.</p> <p>-Le Burkina Faso a été au premier plan dans la bataille contre les Mutilations Génitales Féminines (MGF). Le Président en personne s'est impliqué dans cette lutte à travers une déclaration en Mai 2009.</p>
4.5. L'application des plans d'action nationaux pour la protection des enfants victimes de violence sexuelle, des orphelins et autres enfants vulnérables est assuré	4.5.1 Niveau des résultats atteints par l'application des textes et la mise en œuvre des plans d'action nationaux à l'endroit des enfants victimes de violence sexuelle, des orphelins et autres enfants vulnérables	<p>Chaque année, le programme assure la prise en charge adéquate de 4 500 enfants vivant dans la rue, 4 200 enfants victimes de violences sexuelles, 1 200 enfants handicapés et 4 000 orphelins et autres enfants vulnérables (OEV) en contexte de VIH.</p> <p>Une étude nationale sur les violences contre les enfants a été réalisée en 2008, montrant l'ampleur de la violence (80 % des enfants disent d'être victimes de violence physique, verbale, psychologique, et/ou sexuel). La famille et l'école sont les lieux où s'exercent le plus de violences.</p> <p>La mendicité des enfants a pris une proportion inquiétante avec 12.525 enfants mendiants recensés en 2008 dans quatre villes. Le ministère en charge de l'action sociale a élaboré un programme pour attaquer ce phénomène en collaboration avec des ONG et Associations.</p>		

	<p>4.6. Des solutions alternatives à l'institutionnalisation et la détention des mineurs sont mises en œuvre</p>	<p>4.6.1 <i>Nombre de mineurs en conflit avec la loi pris en charge</i> 4.6.2 <i>Nombre de mineurs en détention dans les cellules séparées/</i> 4.6.3 <i>Nombre bénéficiant de mesures adéquates.</i> 4.6.4 <i>Nombre de mineurs en détention bénéficiant de mesures adéquates</i> 4.6.5 <i>Nombre de mineurs en conflit avec la loi bénéficiant de solutions alternatives.</i></p>	<p>Les actions entreprises ont permis d'améliorer les conditions de garde à vue de 521 mineurs et de 220 femmes. L'alternative à la détention des enfants a été effective par la remise d'enfants à des ONG (Keogo, Progetto Africa ou AMPO) ou au Centre de Laye voire à leurs parents, ce qui a eu comme impact une baisse sensible de la durée moyenne de garde à vue qui est passé d'une moyenne de trois semaines à une moyenne de 4 jours.</p> <p>De même, 459 mineurs et femmes ont bénéficié d'un paquet d'activités : apprentissage professionnel (menuiserie, couture, artisanat, jardinage et embouche ovine), alphabétisation, séances de psychothérapies, accompagnements de mineurs et des femmes en familles.</p> <p>Un projet de loi portant protection de l'enfance a été élaboré. Son adoption prochaine et la mise en place de brigades régionale de protection de l'enfance à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso –réalisé en 2009- seront le gage d'un cadre juridique et institutionnel protecteur des enfants en conflit avec la loi.</p>	
	<p>4.7. Les connaissances, les compétences de vie courante et la participation des enfants sont renforcés</p>	<p>4.7.1 <i>Nombre d'associations et organisations d'enfants constituées</i> 4.7.2 <i>Nombre d'adolescents (tes) ayant accès aux services sociaux de base</i> 4.7.3 <i>Nombre adolescents (es) bénéficiant d'AGR</i></p>	<p>Au total 5.480 enfants et femmes ont bénéficié d'éducation et d'alphabétisation, de compétences de vie courante et d'activités génératrices de revenus. Elles sont composées de filles domestiques (550), de filles victimes de traite (513) et leurs mères (314), de filles déscolarisées ou victimes de mariage précoce (585). Plus de 1.000 OEV ont bénéficié d'alphabétisation et de prise en charge scolaire, vestimentaire et alimentaire.</p> <p>-Ces actions ont permis d'améliorer les conditions de vie des familles, et une plus grande participation des enfants et des femmes aux sphères de décision au sein de la famille parce que les enfants réhabilités rapportent des ressources financières.</p>	

	4.8. L'accès aux services sociaux et aux transferts sociaux , pour les enfants et les femmes les plus vulnérables est assuré.	4.8.1 % des enfants et femmes vulnérables ayant accès aux services sociaux de base.	Résultante des sept produits précédents, il s'agit de prise en charge en matière d'éducation et de formation technique spécifique, de santé, de réhabilitation sociale, de promotion d'activités génératrices de revenus et d'accompagnement juridique. -Un partenariat plus étroit est en train d'être établi avec la Banque mondiale pour apporter un appui substantiel dans ce domaine.	
FA 5 Plaidoyer en faveur des enfants dans le domaine des politiques, des lois et des budgets (PSE)	5.1. La planification conjointe du programme de pays au sein de l'UNDAF est renforcée.	5.1.1. <i>Nombre de programmes conjoints fonctionnels: 4 programmes conjoints fonctionnels (2010)</i>	Les programmes conjoints fonctionnel sont: - Santé (programme Partnership for Maternal and Newborn and Child Health) - Education pour Tous - Projet conjoint Eliminer le Mariage des Enfants au Burkina Faso : un plan pour la protection, le renforcement des capacités et de l'action communautaire (2008-10), - Lutte contre le VIH-SIDA	La plupart des programmes conjoints ne reflètent pas les 'guidelines' UNDG, mais regroupent plutôt les activités et programmes des différentes agences. Par conséquent, il y a une faible appropriation des programmes.
	5.2. Les études, enquêtes et évaluations sont disponibles pour l'élaboration des politiques, stratégies et programmes socio-économiques au profit des enfants et des femmes.	5.2.1 <i>Statistiques et analyse des données désagrégées par sexe de la population disponibles</i> 5.2.2. <i>Recensement général de la population et de l'habitation réalisé en 2006</i> 5.2.3 <i>Document de politiques, stratégies disponibles.</i> 5.2.4. <i>MICS réalisé</i>	Les données MICS 3 ont été collectées en 2006 et désagrégées par sexe et par région. Les données de l'enquête nutrition SMART, et enquête nutritionnelle sur l'insécurité alimentaire VAMU ont été rendues disponibles en 2009 et ont démontrées une nouvelle tendance pour le Burkina Faso qui rompt avec la tendance de MICS3 et de DHS 3. Le Recensement Général de la Population 2006, financé conjointement par le SNU, a produit des données démographiques disponibles qui ont été analysées par sexe et par région. Dans le domaine des politiques et stratégies, des outils de plaidoyer ont été développés pour une meilleure prise en compte des problématiques touchant les enfants dans la politique de réduction de la pauvreté. Un mécanisme de dialogue se met progressivement en place dans le secteur de la protection sociale, qui va figurer dans la Stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD) en cours de formulation, suite à l'engagement du gouvernement pour l'élaboration en 2010 d'une stratégie nationale sur la protection	La réalisation à temps des enquêtes demeure un défi important pour assurer que l'élaboration des politiques et programmes soit basée sur les évidences. Cela est due, entre autre, à des faiblesses organisationnelles des structures gouvernementales y compris dans la promotion des études et des analyse. Par contre, le partenariat avec la Banque Mondiale a été un facteur favorable qui a été très utile, voir indispensable, pour renforcer l'engagement du gouvernement dans les différents processus.

			sociale.	
	5.3. Les capacités nationales pour le suivi - évaluation des politiques nationales et pour la planification des programmes sont renforcées.	<p>5.3.1 Nombre de structures de collecte et de traitement des données renforcées (INSD, DRED, ONAPAD, UERD, DGHU, DEP des Ministères ...)</p> <p>5.3.2 Nombre de structures fournissant régulièrement des informations</p> <p>5.3.3 Disponibilité d'outils méthodologiques adaptés.</p> <p>5.3.4 La stratégie genre est disponible - La Politique Nationale Genre a été adoptée en 2009</p> <p>5.3.4 Nombre de structures centrales et décentralisées assurant la révision et le renforcement des politiques, stratégies et programmes prenant en compte les droits de l'enfant et des Femmes</p>	<p>Les capacités nationales des structures de collecte ont été renforcées au niveau Central avec la formation en Dev Info des points focaux des départements ministériels. Quatre régions du Burkina ont pu bénéficier d'un projet pilote de Gestion de Base de Données Dev Info axé sur les indicateurs de la pauvreté. Cet puissant outil a permis d'améliorer la gestion et le suivi des indicateurs tant au niveau national qu'au niveau des 4 régions pilotes. Il a permis aussi la mise en place d'une Base de Données nationale orientée Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté (CSLP) / PAP / OMD.</p> <p>Au regard des questions du genre, un Fond Commun Genre a été mis en place et la Politique Nationale Genre a été adoptée en 2009.</p>	<p>Le système statistique national présente trois principales contraintes pour les suivi/évaluation du CSLP ainsi que du Programme de Coopération, notamment:</p> <ul style="list-style-type: none"> - le niveau de représentativité des enquêtes auprès des ménages s'arrête à la région ou à la province - la contrainte de calendrier statistique, qui influe sur la disponibilité temporelle des données et des indicateurs (à savoir, le retard accusé dans la réalisation de l'EDS IV); - la sous exploitation des données produites.
<p>FA 5 - Plaidoyer en faveur des enfants dans le domaine des politiques, des lois et des budgets</p> <p>(Communication - Plaidoyer)</p>	5.1. Les familles, communautés et populations adoptent les pratiques familiales clés dans le domaine des droits de l'enfant et de la femme.	<p>5.1.1 Proportion de la population cible ayant accès à l'info dans ces domaines 60% en 2009 (Baseline non disponible)</p> <p>5.1.2 % de la pop cible sensibilisée et faisant une bonne utilisation de l'information relative à ces domaines 5,000,000 de personnes soit 30% de la population en 2009 (Baseline non disponible)</p> <p>5.1.3 % de la pop participant activement à la promotion des droits, à la protection de la paix et à la prévention des conflits/ voir 5.1.2.</p> <p>5.1.4 La pop cible ayant participé à la gestion et à la résolution des conflits Non disponible</p> <p>5.1.5 Nombre de médias contribuant au renforcement de la paix créés 25 radios et télévisions locales et nationales, 10 organes de presse en 2009 (Baseline non disponible)</p> <p>5.1.6 Nombre de structures associatives œuvrant pour la paix 1250 structures associatives (noyaux relais, troupes théâtrales, réseaux et associations de jeunes...) en 2009 (Baseline non disponible)</p>	<p>Mise en place d'un système de 1200 noyaux relais - soit 6000 personnes - dans 1200 villages, pour mener de manière permanente des causeries et porte à porte.</p> <p>Mise en place d'une cellule C4D en appui à la Stratégie d'Accélération de la Survie et Développement de l'Enfant (SASDE) avec la participation des ministères, de l'UNICEF, OMS, ONG et associations. Elaboration /mise en œuvre de divers plans de communication/(SASDE- vaccination, grippe aviaire, grippe A H1N1).</p>	<p>§ Le problème de motivation des membres des noyaux relais se pose. Leurs actions sont souvent limitées par le manque de moyens de déplacement (vélos).</p> <p>§ La complexité de la mobilisation des ressources locales</p> <p>§ La disponibilité et l'engagement des médias constituent un atout à travers leurs diversités (médias publics / privés, associatifs, communautaires, confessionnels...)</p> <p>§ Large couverture des médias (plus de 80 radios et télévisions)</p> <p>§ Le dynamisme des associations constitue un facteur favorable à la mise en œuvre des activités du PIC</p> <p>§ Les familles et communautés sont de plus en plus réceptives aux messages.</p> <p>§ Recul progressif du caractère tabou de certains thèmes</p>

	<p>5.2. Le partenariat pour une meilleure application des droits de l'enfant et de la femme et pour la promotion d'une culture de la paix est renforcée.</p>	<p>5.2.1 Proportion de la population cible ayant accès à l'information pour la construction de la paix: <i>20% de la population</i></p> <p>5.2.2 Proportion de la population cible sensibilisée et faisant une bonne utilisation de l'information relative à la construction de la paix: <i>5% de la population cible</i></p> <p>5.2.3 Proportion de la population cible participant activement à la protection de la paix et à la prévention des conflits: <i>60% de la population plus précisément les leader sociaux: Chefs traditionnels coutumiers et religieux</i></p> <p>5.2.4 Proportion de la population cible ayant participé à la gestion et la résolution de conflits: <i>40% de la population ont participé à des gestions de conflits (conflits entre éleveurs et agriculteurs)</i></p> <p>5.2.5 Nombre de médias contribuant au renforcement de la paix créés: <i>25 radios et télévisions locales et nationales, 10 organes de presse</i></p> <p>5.2.6 Nombre de structures associatives œuvrant pour la paix: <i>98 structures (notamment religieuses (Musulmans, Catholiques et Protestantes et associatives))</i></p>	<p>Mise en place des associations des chefs coutumiers et religieux pour soutenir plusieurs actions: lutte contre le VIH -SIDA, promotion de l'abandon de la pratique de l'excision. Plus de 100 chefs coutumiers et religieux impliqués fortement dans la promotion des droits de l'enfant et de la culture de la tolérance et de la paix.</p>	<p>Depuis la crise Ivoirienne les différentes parties prenantes ont pris conscience d'une nécessité de renforcer la culture de la paix dans l'esprit des citoyens. Il demeure que la politique nationale de promotion d'une culture de la Paix initiée par le Ministère de la Promotion des droits humains n'est toujours pas officiellement adoptée par le gouvernement.</p> <p>Les différents conflits internes intervenus entre éleveurs et agriculteurs ont montré aussi la fragilité de cette paix relative qui existe et a interpellé beaucoup de décideurs et des hommes de Média</p> <p>Existence d'une culture de dialogue et de concertation à l'échelle nationale et au plan moderne et traditionnel: Parenté à plaisanterie</p> <p>Non existence de positions radicales ou extrémistes au sein des différentes structures ou Institutions sociales religieuses et formations politiques du pays</p>
	<p>5.3. Le renforcement de la participation des enfants, des jeunes et des femmes pour la protection de leurs droits</p>	<p>5.3.1 Nombre d'associations d'enfants, de jeunes et de femmes œuvrant pour la promotion de leur droit: <i>60 structure associatives</i></p> <p>5.3.2 Nombre et nature des activités menées: <i>42 activités</i></p>	<p>60 structures associatives d'enfants de jeunes et de femmes (parlement des enfants, des jeunes, les femmes) œuvrent pour la promotion de leurs droits</p> <p>42 activités de plaidoyer menées par des Associations et la tenue de Session du Parlement des enfants ont été organisées pour la promotion des droits de l'enfant</p>	<p>Le taux de scolarisation croissant contribue à une bonne participation des différents groupes pour la promotion de leurs droits.</p> <p>Le concept de participation a besoin d'être bien construit par des spécialistes pour arriver à aider les différentes couches à réellement participer à la promotion de leur droits.</p> <p>Au Burkina Faso les Associations sont très actives depuis longtemps et toutes leurs activités de plaidoyers sont acceptées par la population.</p>
	<p>5.4. La mobilisation des ressources est accrue pour les actions en faveur de l'enfant et de la femme</p>	<p>5.3.3 Taux de mobilisation des ressources.</p> <p>5.3.4 Nombre et nature des activités de mobilisation des ressources</p>		