

Cameroun

Projet de descriptif de programme de pays 2013-2017

Le projet de descriptif de programme de pays relatif au Cameroun (E/ICEF/2012/P/L.35) a été présenté au Conseil d'administration pour examen et commentaires lors de sa deuxième session ordinaire de 2012 (11-14 septembre 2012).

Le présent document a été révisé par la suite et cette version finale a été approuvée lors de la première session ordinaire de 2013 du Conseil d'administration, le 8 février 2013.

Données de base†

(2010 sauf indication contraire)

Nombre d'enfants (millions, moins de 18 ans)	9,3
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	136
Insuffisance pondérale (% , modérée et sévère, 2011) (urbain/rural, plus pauvre/plus riche)	15 ^a 7/20,/..
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, ajusté)	690 ^b
Fréquentation scolaire dans le primaire/assiduité (% net, garçon/fille, 2009)	97/86
Taux de survie jusqu'à la dernière année de scolarité dans le primaire (% garçon/fille, 2008)	99
Utilisation des ressources en eau améliorée (%)	77
Utilisation de services d'assainissement améliorés (%)	49
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (% , 15-49 ans, homme/femme, 2009)	5,3
Travail des enfants (% , 5 à 14 ans, garçon/fille, 2006)	31
	70
Enregistrement des naissances (% , de moins de 5 ans, 2006) (% garçon/fille, urbain/rural, plus pauvre/plus riche)	714/69, 86/58, 51/91
RNB par habitant (dollars des États-Unis)	1 160
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses de vaccins associés DTC3 (%)	84
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%)	79

† Des données supplémentaires sur les enfants et les femmes sont également disponibles sur le site www.childinfo.org/.

^a Les estimations sur l'insuffisance pondérale sont basées sur les normes de croissance de l'enfant de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptées en 2006.

^b L'estimation reportée est de 669 décès pour 100 000 naissances vivantes (1998-2004), présentée dans l'enquête démographique et sanitaire en 2004.

Le groupe interinstitutions des Nations Unies (OMS, UNICEF, FNUAP et la Banque mondiale) produit des jeux de données internationales comparables sur la mortalité maternelle et compense ainsi le problème bien documenté de sous-déclaration et du classement erroné des décès maternels et fournit également des estimations pour les pays qui n'ont pas de données. Des séries de données comparables sur les taux de la mortalité maternelle pour les années 1990, 1995, 2000, 2005 et 2010 sont disponibles sur http://www.childinfo.org/maternal_mortality.html.

Résumé de la situation des enfants et des femmes

1. En 2007, la pauvreté monétaire au Cameroun touchait 40 % de la population et 46 % des enfants de moins de 18 ans. De 2001 à 2007, le nombre d'enfants pauvres est passé de 3,6 millions à 4,1 millions. On observe de fortes disparités de l'incidence de la pauvreté des enfants entre les zones rurales (60 %) et urbaines (16 %). Les régions de l'Adamaoua, de l'est, du nord et de l'extrême nord du pays rassemblent 60 % des enfants pauvres. Facteur de stigmatisation, la pauvreté infantile empêche les enfants de s'affirmer, la protection et la réalisation des droits. Certaines normes sociales (mariages, grossesses précoces, refus de collaborer avec le personnel sanitaire de sexe opposé) continuent d'avoir un impact négatif sur la santé de la mère et de l'enfant avec pour conséquences, un faible taux

d'accouchements assistés (64 % en 2011), l'insuffisance de la prise en charge des complications obstétricales (16 %) et le fort taux de mortalité maternelle estimé à 690 pour 1 000 naissances vivantes en 2010.

2. Bien qu'il demeure élevé, le taux de la mortalité infanto-juvénile est passé de 146 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2001 à 136 en 2006 et 122 en 2011. La cible de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD 4) fixée à 76 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2015 ne semble pas en voie d'être atteinte.

3. Selon l'Enquête démographique et de santé (EDS) et l'Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) de 2011, 33 % des enfants souffrent de malnutrition chronique dont près de la moitié (14 %) sous une forme sévère. Le taux de retard de croissance augmente rapidement avec l'âge. De 12 % chez les enfants de moins de 8 mois, il passe à 17 % chez ceux de 9 à 11 mois, puis continue d'augmenter pour atteindre un maximum de 42 % chez les enfants de 18 à 23 mois et de 24 à 35 mois, pour décroître ensuite. La situation nutritionnelle affiche de grandes disparités entre les zones rurales et urbaines ou entre les sexes. Le niveau de malnutrition chronique est légèrement plus élevé chez les enfants de sexe masculin (35 %) que ceux de sexe féminin (30 %); les enfants en milieu rural accusent plus fréquemment un retard de croissance (41 %) que ceux vivant en milieu urbain (22 %). L'état nutritionnel, qui a une forte influence sur la mortalité infanto-juvénile, révèle une insuffisance pondérale modérée et sévère chez 14,6 % des enfants en 2011. Cette situation est aggravée par l'augmentation du taux de morbidité infantile due aux maladies diarrhéiques, qui est passé de 19 % à 21 % entre 2006 et 2011, ainsi que par la récurrence des épidémies de choléra qui, en trois années, ont fait plus de 34 000 victimes dont 1 500 décès, plongeant le pays dans une situation d'urgence.

4. Les progrès en matière de vaccination sont mitigés : le taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes a légèrement augmenté (de 48 % en 2004 à 53 % en 2011), soit un progrès annuel de moins de 1 %.

5. La mortalité maternelle continue d'être un sujet de préoccupation. Les décès maternels sont essentiellement dus à l'inaccessibilité géographique des services de santé, au faible pouvoir d'achat des populations en général et des femmes en particulier. Dans les zones rurales, 57 % des femmes de 20 à 24 ans déclarent s'être mariées avant l'âge de 18 ans et dans certaines régions du pays, les femmes ne sont pas autonomes pour se rendre seules dans un centre sanitaire.

6. Le taux de prévalence de l'infection du VIH/sida chez les 15 à 49 ans estimé autour de 5,3 % en 2004 est de 4,3 % en 2011 (2,9 % chez les hommes et 5,6 % chez les femmes). Le Cameroun demeure ainsi dans le groupe des pays à épidémie généralisée. Près de 560 300 personnes vivent avec le VIH dont 55,8 % de femmes et 8,5 % d'enfants de moins de 14 ans. La prévalence est élevée chez les femmes enceintes (7,6 %). Entre 2008 et 2010, le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables (OEV) est passé de 183 500 à 304 000.

7. En 2010, le taux brut d'accès à l'enseignement préscolaire était de 27,2 %, avec de très fortes disparités géographiques. Les taux les plus bas affectent les minorités ethniques et les réfugiés ainsi que la partie septentrionale du pays avec 3,6 % à l'extrême nord, 6,3 % au nord et 10,6 % dans l'Adamaoua. Le taux net de scolarisation au primaire était de 88 %, soit 92 % pour les garçons et 83 % pour les filles. Le taux d'achèvement du cycle primaire progresse et se situe à 73 %.

8. En 2007, 32 % des enfants de 5 à 14 ans travaillaient; en 2010, 39,7 % des enfants de 10 à 17 ans étaient dans la même situation. Récemment, le délai d'enregistrement gratuit des naissances a été étendu de 30 à 90 jours, ce qui devrait permettre de relever le taux d'enregistrement des naissances. En 2011, 800 enfants étaient détenus, dont 80 % pour des infractions mineures. Le dernier rapport du Comité des droits de l'enfant regrette la lenteur du processus d'adoption du projet de code de protection de l'enfant et du projet de code des personnes et de la famille, ainsi que l'insuffisante application des nombreuses lois déjà adoptées.

Principaux résultats et enseignements tirés de la coopération antérieure, 2008-2012

Principaux résultats obtenus

9. Le programme 2008-2012 a soutenu l'élaboration a) des plans nationaux de lutte contre l'exploitation et la traite des enfants, l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et du passage à échelle de la prévention de la transmission mère-enfant; et b) du plan stratégique de soins aux OEV 2010-2012 et de la politique nationale de développement intégral du jeune enfant. Le programme a contribué à l'élaboration d'autres documents normatifs, dont la stratégie sectorielle de santé. Plusieurs études, enquêtes et évaluations ont produit des éléments factuels et nourri le Système d'information sur la gestion de l'éducation (SIGE), les deux bases de données sur les politiques sociales et les indicateurs de suivi des objectifs du Millénaire pour le développement accessibles en ligne, ainsi que les débats stratégiques lors du forum national sur la vulnérabilité de l'enfant et la protection sociale.

10. Le taux de couverture vaccinale DTC3 stagne : 82 % en 2007, 84 % en 2010 (formulaire de rapport conjoint) et 82 % en 2011. Le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans ayant dormi sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide reste bas : de 13 % en 2006 à 21 % en 2011 (MICS 2006, EDS MICS 2011) alors que l'objectif national est fixé à 80 %. Une campagne nationale de distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) est en cours depuis 2011. L'UNICEF fournit des moustiquaires et sensibilise la population sur l'efficacité de leur utilisation. L'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) est mis en œuvre dans 267 villages dont 131 ont été certifiés « Fin de défécation à l'air libre ». L'adoption de l'ATPC par d'autres partenaires au développement contribue à son passage à échelle. Le programme a soutenu la lutte contre l'épidémie de choléra en réalisant des activités de prévention et de réponse, telles que la potabilisation de l'eau, la désinfection des milieux souillés et l'éducation des populations, outre l'élaboration en 2011 de la composante eau et assainissement du plan national de contingence de lutte contre le choléra.

11. Depuis le début du cycle, la couverture de l'offre des services de nutrition est passée de 6 à 40 districts de santé et une attention particulière a été accordée aux régions septentrionales. Les capacités des prestataires de ces services et des relais communautaires ont été considérablement renforcées en matière de prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë et d'actions nutritionnelles essentielles menées dans les centres de nutrition thérapeutique en interne et les centres de nutrition ambulatoire. Le renforcement des interventions nutritionnelles a contribué à la réduction de l'anémie chez les enfants et les femmes même si le taux demeure élevé, respectivement 60 % et 40 % en 2011. Depuis 2008, les enfants de moins de

5 ans reçoivent de la vitamine A et sont déparasités deux fois par an. La fortification de l'huile végétale raffinée enrichie en vitamine A et de la farine de blé en fer, zinc, acide folique et vitamine B12 est désormais une réalité.

12. Dans le domaine du VIH/sida, la proportion de femmes enceintes reçues en consultation prénatale qui acceptent de faire le test de dépistage est passée de 77 % en 2007 à 82 % en 2010 et celle des femmes enceintes séropositives recevant les antirétroviraux (ARV) prophylactiques de 46,6 % en 2008 à 56,7 % en 2010. Le nombre de formations sanitaires offrant la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) a quant à lui pratiquement doublé, passant de 1 327 en 2007 à 2 067 en 2010. Bien que le nombre d'enfants infectés bénéficiant d'un traitement ARV ait augmenté de 2 450 en 2008 à 4 440 en 2011, ces chiffres ne représentent qu'environ 9,1 % des enfants nécessitant un traitement en 2011. Chez les jeunes de 20 à 24 ans, la prévalence a diminué de 5,4 % en 2004 à 2,2 % en 2011. En 2010, environ 25 % des 304 210 OEV ont bénéficié d'une prise en charge.

13. Le programme a contribué à l'amélioration du taux net de scolarisation en promouvant la scolarisation des filles par l'octroi de bourses et le plaidoyer en faveur d'une plus grande implication des communautés. Compte tenu du faible taux d'accès au préscolaire, 12,68 % au niveau des zones d'éducation prioritaires (ZEP), et de l'ampleur de la déperdition scolaire (taux d'achèvement de 55,75 % dans ces ZEP), le programme a testé plusieurs solutions de remplacement pour stimuler la préparation à l'entrée au cycle primaire et la réinsertion scolaire. La première propose aux enfants n'ayant pas accédé à la maternelle de développer les compétences nécessaires à leur adaptation à l'école primaire. La seconde fournit une mise à niveau qui permet aux enfants déscolarisés de réintégrer leur classe. L'éducation parentale sert comme levier pour stimuler l'engagement communautaire, l'appropriation, l'extension et la pérennisation des interventions, surtout en faveur de la scolarisation des filles vulnérables, des réfugiés, des enfants handicapés et des minorités ethniques.

14. Le plaidoyer et le renforcement des capacités ont permis d'aboutir à un meilleur environnement protecteur de l'enfant. On note ainsi que l'appui à la réforme de l'état civil a permis la délivrance de 12 350 actes de naissance, que la durée moyenne de la détention préventive des mineurs est passée de 8 à 3 mois dans les juridictions de Douala et que des quartiers/cellules pour mineurs ont été créés dans 59 des 75 prisons du pays. Les évaluations des interventions relatives au parlement des enfants, à la justice juvénile et à l'enregistrement des naissances, ainsi que l'étude sur les solutions de remplacement à la détention, ont permis d'améliorer le cadre juridique avec notamment l'extension des délais d'enregistrement des naissances, le renforcement des mesures de remplacement à la détention dans le Code pénal (qui fait actuellement l'objet d'une révision) et la création d'un centre de rééducation des mineurs en conflit avec la loi. Le plan national de lutte contre la traite des personnes, le code de protection de l'enfant et le code des personnes et de la famille sont en discussion.

Enseignements tirés

15. Le Cameroun est un pays à revenu moyen inférieur où l'UNICEF met en œuvre, outre le programme régulier, un programme d'urgence (choléra, malnutrition, polio, rougeole, etc.) dans près de la moitié du pays avec des ressources insuffisantes. La contribution de l'État à cette urgence récurrente est limitée bien que le budget national pour le développement soit quasiment financé

par les ressources internes. Cependant, en dépit des efforts déployés par le Gouvernement, les problèmes de gouvernance empêchent d'atteindre des résultats majeurs dans l'accès et la qualité des services de base. Le nouveau programme devra accorder une attention particulière au renforcement des mécanismes, des capacités et des financements en matière de préparation et de réponse à ces urgences.

16. Le manque de données désagrégées fournies par les systèmes d'information ne permet pas de mesurer efficacement la performance et l'équité des interventions, d'où une capacité moindre à identifier et mesurer les actions prioritaires en faveur des enfants et des groupes défavorisés. Le nouveau programme accordera une attention particulière au renforcement des systèmes de suivi sensibles à l'équité. En éducation de base, la mise en œuvre du SIGE améliore déjà cette situation et renforcera l'intégration des composantes programme.

17. La mise en œuvre effective de la décentralisation a conduit depuis 2010 à des transferts de ressources budgétaires aux communautés pour accroître l'offre et la qualité des services sociaux de base. C'est sur cette dynamique positive que le programme 2013-2017 compte asseoir sa stratégie des approches à base communautaire afin d'améliorer l'accès aux services et de renforcer les mécanismes locaux de surveillance de la levée des goulots d'étranglement.

18. Pour renforcer l'équité des interventions du programme et répondre aux besoins des enfants les plus désavantagés dans les régions les plus pauvres (nord et est du pays), la revue à mi-parcours a conduit à un recentrage des interventions du programme de six à quatre régions pour l'éducation de base, et de 62 à 30 districts de santé pour l'offre des services 4P¹. Ce recentrage sera consolidé pour renforcer l'intégration des actions de l'ensemble des composantes programmatiques et pour mettre l'accent sur la région du Sahel, dont les indicateurs socioéconomiques affichent les niveaux les plus bas.

Programme de pays, 2013-2017

Tableau budgétaire récapitulatif

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Composantes du programme</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	Total
Survie du jeune enfant	7 093	22 438	29 531
Éducation de base	6 400	10 020	16 420
VIH et sida	6 410	12 700	19 100
Protection de l'enfant	3 672	2 520	6 192
Politique sociale et planification	3 000	42	3 042
Intersectorielle	5 250	–	5 250
Total	31 825	47 710	79 535

¹ Programme des 4P : prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, soins pédiatriques, protection des enfants orphelins et vulnérables et prévention du sida chez les jeunes.

Processus de préparation

19. Le programme de pays est le résultat d'un processus participatif associant les partenaires gouvernementaux. Le Document de stratégie pour la croissance et l'emploi (DSCE) 2010-2020 et le plan-cadre des Nations Unies pour l'assistance au développement (PNUAD) 2008-2012 ont contribué à l'élaboration du nouveau programme. Ce processus a assuré l'alignement du programme avec les priorités nationales et les avantages comparatifs du Système des Nations Unies (SNU) formulés dans le PNUAD 2013-2017.

20. L'analyse de situation, les recommandations du Comité sur la Convention relative aux droits de l'enfant, le rapport de la revue à mi-parcours 2010 et autres évaluations ont aussi orienté les discussions. Sous la direction du Ministère chargé de la planification, la première version a été présentée à l'ensemble des partenaires clefs pour examen et amendements.

Résultats et stratégies des composantes du programme

21. Le programme vise à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement confirmés comme prioritaires par le Document de stratégie pour la croissance et l'emploi et le PNUAD avec une attention particulière à la survie, au développement et à la protection intégrée des enfants, notamment des plus vulnérables.

22. Le programme permettra d'atteindre les principaux résultats suivants :

a) Les interventions à haut impact sur la santé, la nutrition et l'eau et l'assainissement sont choisies puis mises en contexte (niveau stratégique) avant d'être mises en œuvre (niveau opérationnel) pour contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes et allaitantes;

b) La proportion d'enfants vulnérables, en particulier de filles, issus du préscolaire qui accèdent à une éducation de base de qualité augmente dans les ZEP;

c) Les enfants, les adolescents et leurs parents se protègent contre le VIH/sida et bénéficient d'une prise en charge globale et équitable dans les districts de santé où intervient le programme;

d) Le système de protection de l'enfance contre les abus, la violence et l'exploitation est renforcé et l'accès à la citoyenneté et aux services judiciaires est amélioré;

e) Les politiques nationales et sectorielles prennent en compte le socle de protection sociale et la dimension équité en faveur des plus vulnérables, notamment des enfants et des femmes.

23. Ces résultats seront atteints grâce à un ensemble de stratégies dont les plus importantes sont : appropriation des initiatives par les acteurs et présence géographique soutenue dans les zones et les poches de vulnérabilité/iniqité; développement des capacités nationales pour une meilleure prise en compte de l'enfant dans les politiques publiques et budgétaires; partenariat stratégique avec les institutions qui accompagnent la décentralisation et la bonne gouvernance étendue à la société civile et au secteur privé dans le but d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services via le renforcement des capacités techniques assurant la

fourniture de services ciblant les personnes les plus vulnérables; intégration et action intersectorielle qui, au-delà des composantes programmatiques de l'UNICEF, renforcera les mécanismes de coordination au sein du PNUAD; financement basé sur les performances en collaboration avec d'autres partenaires, notamment la Banque mondiale; approche à base communautaire centrée sur la mise en œuvre de stratégies innovantes et d'une communication ciblée pour susciter le changement des pratiques sociales défavorables aux enfants.

24. Les cinq principes programmatiques des Nations Unies (genre, gestion axée sur les résultats, approche basée sur les droits humains, développement des capacités et durabilité environnementale) guident tous les choix stratégiques et managériaux du programme. L'accent sera particulièrement mis sur la prévention/réponse aux situations d'urgence, notamment la crise nutritionnelle et le choléra qui sévissent de manière quasi endémique au nord du pays.

25. Le programme comprend cinq composantes dont une transversale (politique sociale et planification). Il a une couverture nationale et se centre sur les régions les plus défavorisées.

26. **Survie du jeune enfant.** Cette composante comprend trois sous-composantes : la santé, la nutrition, ainsi que l'eau, l'assainissement et l'hygiène.

27. La santé vise à améliorer la couverture des interventions à haut impact sur la santé de la mère et de l'enfant. Au niveau stratégique, le programme contribuera à élaborer et revoir les documents ayant trait aux politiques et aux stratégies et à promouvoir l'accès aux soins (entre autres, gratuit) des personnes les plus vulnérables. Au niveau opérationnel, un paquet d'interventions intégrant le programme élargi de vaccination, la prise en charge communautaire du paludisme, des diarrhées et des infections respiratoires aiguës et la promotion des pratiques familiales essentielles visera les communautés les plus démunies. Les prestataires de soins bénéficieront d'un renforcement des capacités, du suivi et de la supervision.

28. La nutrition vise à porter à échelle la prévention de la malnutrition et à améliorer le statut nutritionnel des enfants de 0 à 59 mois ainsi que des femmes enceintes et allaitantes. Les actions visant à réduire la malnutrition chronique et les carences en micronutriments seront renforcées à travers la promotion de l'allaitement maternel exclusif, la promotion des pratiques adéquates de l'alimentation du jeune enfant et la fortification alimentaire. Le contrôle de qualité des aliments fortifiés sera renforcé et la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë portée à échelle. Sur le plan stratégique, le plaidoyer en matière de nutrition sera renforcé.

29. La sous-composante eau, assainissement et hygiène accordera une attention particulière aux actions liées aux urgences, à l'accès à l'eau potable, à l'assainissement de base des populations vulnérables et à l'opérationnalisation des documents stratégiques mettant l'accent sur la promotion des bonnes pratiques en matière de communication pour le développement. Les actions de promotion de l'ATPC et du lavage des mains avec du savon seront poursuivies en ciblant prioritairement les zones où la défécation à l'air libre est très répandue.

30. **Éducation de base.** Cette composante renforcera et étendra l'approche « réseau » visant à favoriser la mise en commun des ressources et des expériences et à développer les capacités des acteurs clés dans les ZEP actuelles ainsi que dans d'autres zones de sous-scolarisation. Les principales interventions seront centrées

sur l'accès à l'école (y compris le préscolaire), la réduction des disparités de genre, la qualité et la pertinence de l'éducation. L'assainissement dans les écoles sera amélioré avec la construction de latrines et de points d'eau et la promotion de l'hygiène. Le renforcement du SIGE et l'éducation parentale soutiendront ces interventions en faveur des enfants vulnérables, y compris les minorités ethniques et les réfugiés. L'éducation parentale, particulièrement l'engagement des pères, constituera un levier essentiel pour sensibiliser les communautés et leur faire accepter l'extension d'un curriculum accéléré pour l'entrée à l'école primaire et la réinsertion des enfants déscolarisés.

31. **VII et sida.** Ce volet vise à accélérer les progrès vers l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH à l'horizon 2017 en parachevant le passage à l'échelle de la PTME, la prise en charge pédiatrique et la consolidation des 4P comme piliers stratégiques du programme. Ainsi, outre la PTME, la prévention primaire visant les adolescents et les jeunes ainsi que le renforcement des politiques de prise en charge des orphelins et des enfants vulnérables seront également portés à l'échelle en synergie avec la protection. Les 4P seront mis en œuvre par le biais d'interventions à haut impact basées sur des éléments factuels et l'équité.

32. **Protection de l'enfant.** La composante contribuera au renforcement du système de protection afin d'améliorer l'accès des plus vulnérables aux services et de prévenir les abus, la violence et l'exploitation. Elle prévoit l'élaboration d'une stratégie nationale de protection de l'enfant et le soutien aux réformes pertinentes du système de l'état civil et de justice pour les enfants. Une approche à base communautaire centrée sur la promotion du changement des pratiques sociales nuisant aux droits des enfants sera mise en œuvre. En outre, le renforcement d'un système national d'information sur les enfants et les familles vulnérables, la diffusion de normes et de procédures relatives à la prise en charge alternative à l'emprisonnement et à la justice pour enfants ainsi que le développement des capacités permettront de créer un environnement protecteur pour les enfants.

33. **Politique sociale et planification.** La composante vise à développer le plaidoyer en faveur de la prise en compte des droits de l'enfant dans les politiques publiques et les allocations de ressources. L'accent sera mis sur la protection sociale afin de réduire les iniquités. Le Cameroun dispose en effet de ressources internes suffisantes pour soutenir les investissements, notamment dans les filets sociaux. Le programme, de concert avec la Banque mondiale, l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et le Programme alimentaire mondial (PAM) soutient déjà la mise en place d'un socle national de protection sociale. La composante appuiera également, au niveau national, l'élaboration d'une stratégie de protection sociale basée sur l'enfant et le genre et, au niveau local, l'intégration des besoins des populations les plus vulnérables dans les plans communaux de développement.

34. La collecte et l'analyse de données renforceront la base des éléments factuels, le plaidoyer politique et la planification stratégique pour la mise en œuvre des interventions du programme. La microplanification sera soutenue au niveau décentralisé. Le renforcement des capacités de suivi et d'évaluation permettra d'accroître la disponibilité des données désagrégées sur la situation des enfants et des femmes, particulièrement des plus vulnérables, et d'appuyer les systèmes de monitoring des résultats aussi bien au niveau central que décentralisé en vue

d'identifier, suivre et lever les goulots d'étranglement réduisant l'impact et l'équité des interventions. Le programme entend affecter environ 10 % de ses ressources au soutien du suivi et de l'évaluation.

35. **Intersectorielle.** L'intersectorielle sera consacrée au financement des coûts opérationnels (logistique, magasinage et dépenses de fonctionnement) et du personnel transversal.

Rapports avec les priorités nationales et le PNUAD

36. Les priorités nationales de développement sont définies dans le DSCE pour la période 2010-2020 et les stratégies sectorielles de développement. Une concertation entre le Gouvernement et le SNU a permis de retenir par consensus trois domaines clefs des résultats du PNUAD (croissance forte, durable et inclusive; emploi; gouvernance et gestion stratégique de l'État). L'UNICEF se focalise sur trois des cinq effets du PNUAD :

a) Effet 2 : le socle de protection sociale est développé et le système national de protection sociale est modernisé d'ici à 2017;

b) Effet 3 : les populations, en particulier les plus vulnérables et les réfugiés, ont un accès accru et équitable aux services de santé et d'éducation de qualité et les utilisent d'ici à 2017;

c) Effet 5 : les institutions nationales et locales assument leur mission de façon participative, transparente et dans le respect des égalités de genre, des droits de l'homme et de l'état de droit.

37. Ces trois effets ont été déclinés en résultats des composantes du programme pour contribuer à l'atteinte des résultats du PNUAD et du DSCE, à savoir l'accès aux services sociaux de base, la promotion de la santé communautaire et la protection sociale des personnes les plus vulnérables.

Rapports avec les priorités internationales

38. Le programme de pays est guidé par 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. Ses objectifs et stratégies visent à garantir la prise en compte directe et indirecte des besoins des enfants vulnérables et à accélérer les progrès vers les objectifs du Millénaire pour le développement.

39. Le programme intègre aussi par le biais de sa contribution aux effets 1, 2, 3 et 5 du PNUAD, les priorités du Plan stratégique à moyen terme 2006-2013 de l'UNICEF. La mise en œuvre de la politique harmonisée concernant les transferts de fonds permettra de renforcer le respect des principes de la Déclaration de Paris.

Principaux partenariats

40. Le programme poursuivra les actions de plaidoyer afin que l'UNICEF, le PAM, le Bureau international du Travail, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le PNUD et la Banque mondiale appuient conjointement le Gouvernement dans la mise en œuvre du socle national de protection sociale. Il mobilisera également le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et la Banque mondiale pour qu'un appui financier et technique conjoint soit apporté au financement de la

cinquième enquête couplée EDS/MICS qui fournira les indicateurs permettant de mesurer les progrès vers l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement. En outre, dans le cadre de la mise en œuvre du plan opérationnel conjoint signé en 2011, l'UNICEF, l'OMS, le FNUAP, la Banque mondiale et ONUSIDA consolideront leur partenariat relatif à la campagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle.

41. Au niveau local, le renforcement de la collaboration avec le secteur privé suscitera son implication effective dans l'offre de services en faveur des enfants. L'UNICEF nouera des partenariats avec les principaux acteurs de la décentralisation, notamment le Fonds d'équipement et d'intervention intercommunal, le Programme national de développement participatif et l'Association des communes et villes unies du Cameroun afin d'assurer l'intégration des programmes favorables aux droits des enfants dans les plans communaux de développement.

Suivi, évaluation et gestion du programme

42. Sous la direction du Ministère de l'économie, de la planification et de l'aménagement du territoire (MINEPAT), le Gouvernement et l'UNICEF sont coresponsables de la gestion, du suivi et de l'évaluation du programme. Ils s'appuient pour cela sur les analyses périodiques de l'analyse de la situation, élaborées à partir de données fiables et désagrégées, du suivi de la mise en œuvre des interventions sur le terrain, des indicateurs clefs inscrits dans la matrice des résultats du programme, des revues sectorielles, des évaluations conduites ou soutenues par le programme dans le cadre de la mise en œuvre du Plan intégré de suivi et d'évaluation 2013-2017. Un plan de travail bisannuel glissant sera élaboré pour chacune des composantes des programmes, en concertation avec le Gouvernement et les autres partenaires. Les revues semestrielles et annuelles utiliseront ce plan comme cadre de référence.

43. Une revue à mi-parcours sera organisée en 2015. Entre 2016 et 2017, une enquête couplée EDS/MICS à couverture nationale, portant sur un échantillon représentatif de ménages, fournira une base d'évaluation globale du programme.