

République du Togo

Projet de descriptif de programme de pays 2014-2018

Le projet de descriptif de programme de pays relatif à la République du Togo (E/ICEF/2013/P/L.8) a été présenté au Conseil d'administration pour examen et commentaires lors de sa session annuelle de 2013 (18-21 juin 2013).

Le présent document a été révisé par la suite et cette version finale a été approuvée lors de la deuxième session ordinaire de 2013 du Conseil d'administration, le 6 septembre 2013.

Données de base†

(2011, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants (millions, moins de 18 ans, garçon/fille)	1,4/1,4
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	110
Insuffisance pondérale (% , modérée & sévère) (% , garçon/fille, urbain/rural, plus pauvre/plus riche)	17 19/15; 10/20; 21/9
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, ajusté 2010)	300 ^a
Utilisation de ressources en eau améliorées (%)	61
Utilisation de services d'assainissement améliorés (%)	13
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné DTC3 (%)	81
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%)	67
Fréquentation scolaire dans le primaire/assiduité (% net, garçon/fille)	91/87
Taux de survie jusqu'à la dernière année de scolarité dans le primaire (% , garçon/fille)	94/85
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (% , 15-49 ans, homme/femme)	3,4
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes (%)	3,2
Travail des enfants (% , 5 à 14 ans, garçon/fille)	28/29
Enregistrement des naissances (% , de moins de 5 ans) (% garçon/fille, urbain/rural, plus pauvre/plus riche)	78 78/78; 93/71; 59/97
RNB/habitant (dollars des États-Unis)	560

† Des données supplémentaires sur les enfants et les femmes ainsi que des notes méthodologiques sur les estimations sont également disponibles sur le site www.childinfo.org/.

^a Le chiffre indiqué dans le tableau ci-dessus représente le taux ajusté de la mortalité maternelle calculée par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle. L'estimation rapportée au niveau du pays est de 300 décès pour 100 000 naissances vivantes (2010).

Résumé de la situation des enfants et des femmes

1. Le Togo a connu une phase de stabilisation et une amélioration de son économie durant ces cinq dernières années. Le taux de croissance du revenu national brut (RNB) a atteint 3,9 % en 2011. La croissance s'est appuyée sur la reprise de la coopération internationale, mais aussi sur des réformes économiques et financières. Une forte croissance démographique – estimée à 2,84 % selon le dernier recensement (2010) – absorbe une grande partie des bénéfices de la croissance et exerce une forte pression sur l'offre de services sociaux. Le niveau de pauvreté de la population reste élevé (58,7 %)¹. Si le taux de pauvreté monétaire a légèrement diminué entre 2006 et 2011, le taux d'extrême pauvreté est passé de 28,6 % en 2006 à 30,4 % en 2011. Les inégalités entre pauvres et riches se sont accrues et d'importantes disparités subsistent entre les régions : le taux de pauvreté atteint 90 % dans la région des Savanes, contre 31 % à Lomé. Une analyse de la pauvreté

¹ Source : Enquête sur le Questionnaire des indicateurs de base du bien-être, 2011.

multidimensionnelle montre également que la région des Savanes abrite la plus grande proportion d'enfants désavantagés. La vulnérabilité des communautés aux perturbations climatiques, avec des inondations dans le Sud et un déficit de pluviométrie dans le Nord, reste élevée.

2. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est resté stationnaire entre 2006 et 2010; il est particulièrement élevé dans les deux régions du Nord, soit 167 pour mille² dans la région de Kara et 144 dans la région des Savanes. Les affections néonatales et le paludisme sont responsables de 50 %³ des décès, soit respectivement 31 % et 18 %. 44 % des enfants de moins de cinq ans souffrent d'un retard de croissance dans la région des Savanes, pour une moyenne nationale de 29 %. La prévalence du VIH s'élève à 3,4 %⁴ dans la population et à 1,5 % (G : 0,9; F 2,2) chez les jeunes de 15 à 24 ans. L'accès géographique, les barrières financières et le manque d'informations limitent la demande des services et les pratiques favorables à une bonne croissance. L'analyse des données désagrégées disponibles ne fait pas ressortir les disparités liées au sexe dans l'utilisation des services pour les enfants. L'accès à l'eau et l'assainissement reste limité, surtout en milieu rural, où seuls 39 % des ménages ont accès à une source d'eau potable et 12 % à des latrines améliorées.

3. L'abolition des frais de scolarité en 2008 a entraîné une augmentation des taux de fréquentation scolaire, estimé à 91 % pour les garçons et 87 % pour les filles en 2010. Le taux d'achèvement présente d'importantes disparités régionales, puisque seulement 49 %⁵ des filles terminent le cycle primaire dans les Savanes et 59 % dans les Plateaux, contre une moyenne nationale de 70 % pour les filles (moyenne nationale globale : 75 %). Au primaire, l'offre éducative ne permet pas de répondre à la demande avec la qualité requise, notamment en termes d'enseignants qualifiés, de capacité d'accueil et d'équipements pédagogiques. Le redoublement, la violence à l'école et les coûts d'opportunité sont des causes fréquentes d'abandon⁶. Les enfants vulnérables, comme ceux vivant avec un handicap et ceux qui travaillent, restent souvent hors du système éducatif.

4. Le travail des enfants est largement répandu, étant estimé à 28 % pour les garçons et à 29 % pour les filles. Près d'un demi-million d'enfants ne vivent pas dans leur famille biologique. Les punitions physiques sévères sont courantes (17 % des enfants de deux à quatorze ans). Plus de 30 % d'enfants de moins de cinq ans n'ont pas été enregistrés à la naissance en zone rurale. La traite des enfants persiste malgré les efforts du gouvernement. En janvier 2012, le Comité des droits de l'enfant a recommandé que le Togo adopte la politique nationale de protection de l'enfant approuvée en décembre 2008.

² Enquête en grappes à indicateurs multiples (MICS) 2010 ; toutes les données non référencées plus loin dans le texte de ce document sont issues du MICS 2010.

³ Child Health Epidemiology Reference Group 2012.

⁴ Rapport mondial ONUSIDA 2012.

⁵ Annuaire statistique du MEPSA, année scolaire 2011-2012.

⁶ Rapport sur l'identification des enfants en dehors du système scolaire – « Child to Child », MEPSA, 2012.

Principaux résultats et enseignements tirés de la coopération antérieure, 2008-2013

a) Principaux résultats obtenus

5. Le programme 2008-2013 a contribué au développement du Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) et des plans d'actions opérationnels (PAO) de district basés sur une analyse des goulots d'étranglement avec une participation des ayants droit. Un système de suivi semestriel est mis en place. Une stratégie nationale d'interventions intégrées à base communautaire développée en 2010, est mise en œuvre. Le programme a contribué à son application en développant des outils de formation et en formant 960⁷ agents de santé communautaires (ASC), facilitant ainsi l'accessibilité d'un paquet à haut impact à 70 000 enfants de moins de cinq ans vivant dans les villages éloignés des structures sanitaires. 349 structures sanitaires ont la capacité de traiter les enfants sévèrement malnutris, ainsi que 565 ASC au niveau communautaire. L'introduction de la stratégie d'assainissement total piloté par les communautés en 2010 et des méthodes de forage manuel en 2012 offre la possibilité d'améliorer l'accès à l'assainissement et à l'eau potable à moindre coût.

6. En 2012, 81 %⁸ des enfants⁹ de moins de cinq ans dorment sous moustiquaire imprégnée. Un paquet essentiel pour le nouveau-né a été défini; fin 2012, 10 % des structures sanitaires offrant des services obstétricaux étaient équipées et leur personnel était formé, avec une cible de 100 %. La proportion des structures de santé offrant des services de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) du VIH est passée de 5 % à 64 %¹⁰ entre 2007 et 2012. L'UNICEF a contribué à former le personnel de 236 sites et à équiper l'ensemble des sites. La proportion de femmes enceintes testées pour le VIH est passée de 8 % en 2007 à 45 % en 2012. Le diagnostic précoce du VIH s'étend sur 136 structures (aucune en 2009).

7. Le programme a appuyé l'élaboration et l'adoption d'un plan sectoriel de l'éducation (PSE, 2010-2020) et sa déclinaison en plans régionaux. Une approche communautaire de développement de la petite enfance a été pilotée en zone rurale, bénéficiant en 2012 à 8 142¹¹ enfants (3 939 filles) dans 129 centres d'éveil. Cette expérience renseignera la stratégie nationale en cours de développement. Pour améliorer la qualité de l'enseignement, le programme a contribué à la formation de 5 000 enseignants volontaires sans formation initiale en poste dans les zones rurales défavorisées. Un modèle d'éducation inclusive pour l'intégration des enfants vivant avec un handicap est développé en collaboration avec les organisations non gouvernementales (ONG) et les associations de personnes handicapées. 359 enfants ont été intégrés et plus de 700 enseignants ont été formés à la pédagogie inclusive.

8. Le Code de l'Enfant adopté en 2007 a été largement disséminé. La ratification de la Convention de La Haye et du Protocole de Palerme et l'adoption d'une nouvelle loi portant sur l'organisation de l'état civil, avec l'extension à 45 jours du délai de déclaration des naissances, représentent d'importants progrès. La création

⁷ Fin 2012.

⁸ Étude indépendante réalisée par le Corps de la Paix – ensemble du pays sauf Lomé Commune, 2012.

⁹ En dehors de Lomé.

¹⁰ 403 structures sur un total de 627.

¹¹ Source : Rapport annuel MEPSA-UNICEF 2012, idem pour le nombre de centres d'éveil.

de mécanismes intégrés de prise en charge et de suivi des enfants victimes de violence et une meilleure coordination des acteurs ont contribué au renforcement du système national de protection. Une analyse de situation de l'enregistrement des naissances, basée sur l'analyse des goulots d'étranglement, a abouti à l'adoption d'une stratégie nationale. Chef de file des partenaires pour la protection sociale, l'UNICEF a contribué à l'élaboration d'une Politique Nationale de Protection Sociale validée en 2012.

b) Leçons à retenir

9. Les dynamiques communautaires ont permis de maintenir un accès aux services sociaux de base, éducation et santé, durant les années de crise sociopolitique. Le programme a appuyé avec un succès divers des approches communautaires sectorielles dans ces mêmes communautés. Toutefois l'absence d'une réelle interaction entre les différentes composantes limite l'impact de ces interventions. Il convient d'adopter une approche holistique, en appuyant de manière effective la participation des plus vulnérables et le renforcement des capacités des ayants droit.

10. Suivant la recommandation de la revue à mi-parcours, la gestion du programme a été décentralisée par la mise en place de plans de travail élaborés au niveau régional pour chaque composante de programme, de 2011 à 2013. Bien que le processus de décentralisation ne soit pas encore effectif au Togo, le programme a ainsi accompagné le gouvernement dans ses efforts de déconcentration en favorisant une gestion des services sociaux plus proche des communautés. Cette approche a permis d'impliquer les parties prenantes au niveau décentralisé, de responsabiliser les Directeurs régionaux du Plan dans leur rôle de coordinateur du développement et d'ajuster les stratégies aux réalités locales pour l'accomplissement des résultats.

11. L'analyse des goulots d'étranglement au niveau des districts a montré que les centres de santé périphériques ne reçoivent qu'une subvention limitée du niveau central. Les coûts sont couverts par les fonds de recouvrement, à la charge des patients, donnant lieu à une prescription excessive préjudiciable aux familles pauvres. La gestion des fonds est confiée aux comités de gestion communautaires dont le fonctionnement doit être réévalué. Au-delà du renforcement du paquet intégré d'interventions au niveau périphérique, le programme doit davantage s'impliquer dans les systèmes de gestion pour obtenir les résultats escomptés.

12. Le programme a mis en place avec le gouvernement une ligne verte pour signaler les cas de violence à l'encontre des mineurs, accompagnée d'un ensemble de services : centre de transit, assistance juridique, accompagnement psychosocial et médical. La ligne est opérationnelle depuis 2009 et reçoit en moyenne 500 appels par jour. Elle a fait l'objet d'une évaluation indépendante positive. Au départ, la ligne était gérée par le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN), tandis que le centre de transit était géré par une ONG. En décembre 2011, l'ensemble des services est passé sous la responsabilité du MASSN, qui prend aujourd'hui en charge plus de 50 % des coûts. Ce processus d'appropriation par l'État garantit la pérennité du système. Les bases établies créent les conditions requises pour une extension. La réplique de cette expérience pourrait être envisagée dans d'autres secteurs où l'intervention des ONG s'avère nécessaire pour des initiatives innovantes, mais peut laisser place à une prise en charge progressive par l'État.

Le programme de pays, 2014-2018

a) 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 et croissance	5 733	29 628	35 361
Éducation et développement	3 847	9 893	13 740
Protection des enfants et autonomisation des adolescent(e)s	3 547	8 506	12 053
Politique sociale et plaidoyer	2 729	4 973	7 702
Intersectorielle	1 481	–	1 481
Total	17 337	53 000	70 337

b) Processus de préparation

13. La préparation du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2014-2018 a été initiée dès les premières étapes de validation de la Stratégie de Croissance Accélérée et de Promotion de l'Emploi (SCAPE 2013-2017) du gouvernement, sur laquelle le PNUAD s'aligne. La préparation du nouveau programme de pays a été initiée simultanément au PNUAD et dans la continuité des modifications introduites à la revue à mi-parcours pour le renforcement de l'accent sur l'équité.

14. Les avis des femmes, des filles et des garçons d'âge scolaire, des enseignants et du personnel de santé des communautés vulnérables ont été recueillis dans le contexte de l'Analyse de la situation des enfants et des femmes et pris en compte, ainsi que les recommandations du Comité des droits de l'enfant de janvier 2012. La préparation du programme de pays a été coordonnée par le Ministère de la Planification, du Développement et de l'Aménagement du Territoire (MPDAT) et a inclus des consultations avec les ministères concernés, les directions régionales et préfectorales, les partenaires au développement et les ONG.

c) Composantes du programme, résultats et stratégies

15. L'objectif général du programme pays est de catalyser les actions pour réduire les disparités, notamment celles liées au genre, et faire avancer le droit à la survie, au développement, à la protection et à la participation des enfants, tout en renforçant la résilience de leur famille. Le programme couvre l'ensemble du territoire national, l'accent étant mis sur les zones les plus défavorisées. Il comprend trois composantes principales et une composante d'analyse socioéconomique et de plaidoyer, et soutient les priorités nationales de la SCAPE : réduction de la mortalité infantile-juvénile à 57 % pour mille; réduction de la prévalence de l'insuffisance pondérale chez les moins de cinq ans de 17 % à 12 %; atteinte d'un taux net de scolarisation de 96 % ainsi qu'un taux d'achèvement de 90 % pour le cycle fondamental, avec une parité de 0,97 entre filles et garçons; fréquentation de l'enseignement préscolaire par 18 % des enfants de 4-5 ans; utilisation d'un traitement antirétroviral par plus de 85 % des femmes enceintes séropositives; accès à des latrines améliorées pour 55 %

de la population (hors Lomé); enregistrement systématique de tous les nouveau-nés; mise en place de filets sociaux pour les familles les plus vulnérables, notamment celles ayant des enfants.

16. Les résultats du programme intègrent les principes d'une action sur : a) l'environnement politique, légal et normatif; b) l'amélioration de l'offre en renforçant les capacités des détenteurs d'obligation; et c) la demande, via le renforcement des capacités des ayants droit à solliciter et utiliser des services de qualité. Le programme s'appuie sur les stratégies suivantes : a) le plaidoyer pour des allocations budgétaires croissantes aux secteurs sociaux, guidé par des analyses socioéconomiques; b) la mobilisation de fonds en faveur des enfants et l'efficacité de leur utilisation; c) la complémentarité et l'efficacité des partenariats; d) le développement de modèles d'offre de services et de création de la demande dans des zones géographiques à typologies diverses; e) la poursuite de l'approche décentralisée de la gestion du programme mettant l'accent sur la participation communautaire; f) la facilitation d'échanges d'expériences Sud-Sud; g) le renforcement de la documentation des interventions pour informer les stratégies nationales; h) l'accent sur le genre et les adolescent(e)s, avec le renforcement des compétences de vie; i) l'identification des vulnérabilités de l'enfant dans les zones périurbaines et des réponses nécessaires; et j) les stratégies de prévention et d'atténuation des risques de catastrophes ainsi que l'éducation au changement climatique.

i) Survie et croissance

17. La composante, en appui au PNDS, a pour objectif de contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité du nouveau-né et du jeune enfant liée aux complications néonatales, au paludisme, à la diarrhée, à la pneumonie, aux maladies vaccinables, au VIH et à la malnutrition. Pour atteindre ces résultats, le programme œuvrera à différents niveaux du système.

18. D'une part, les capacités des familles seront renforcées pour l'adoption de pratiques familiales essentielles, y compris celles portant sur la nutrition, l'hygiène et l'assainissement, favorisant ainsi un bon état de santé et de nutrition de l'enfant, une meilleure utilisation de soins préventifs et le recours rapide au personnel de santé en cas de maladie. En outre, dans 100 % des villages de 16 districts de Kara, Plateaux et Savanes, les ménages ne pratiqueront plus la défécation à l'air libre. D'autre part, l'offre de service sera améliorée pour : a) assurer la disponibilité d'un paquet de soins essentiels à tous les nouveau-nés dans les structures sanitaires; b) renforcer la couverture vaccinale; c) mettre en place des mesures préventives et curatives efficaces contre le paludisme; d) assurer l'expansion et la qualité des services de PTME en garantissant un suivi effectif du couple mère-enfant et une prise en charge thérapeutique des enfants infectés; e) mettre en œuvre le plan national stratégique pour la nutrition; et f) et mettre en œuvre le plan stratégique du secteur de l'eau.

19. Les PAO ciblant la levée des goulots d'étranglement de l'offre et de la demande des douze districts des régions de Kara et Savanes, affichant les plus forts taux de mortalité infanto-juvénile du pays, seront appuyés pour la mise en œuvre de stratégies correctrices, notamment la consolidation d'un paquet d'interventions à haut impact de santé et de nutrition au niveau communautaire, pour la réduction des disparités dans la couverture effective des services.

20. Au niveau de la gestion du système, la composante contribuera à renforcer la disponibilité des médicaments et des commodités essentielles et leur accessibilité financière au niveau périphérique, ainsi qu'une répartition plus équitable du personnel qualifié. Des mesures d'accompagnement telles que le paiement basé sur la performance et la mise en place de mesures de protection sociale en santé seront adoptées. La composante appuiera l'institutionnalisation de la planification annuelle et du suivi dans les districts sanitaires en se focalisant sur les régions de Kara et Savanes pour une raison d'équité, sur un district périurbain de Lomé et sur un district rural à forte densité de population pour mieux modéliser les stratégies correctrices.

21. Parmi les principaux partenaires figurent le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Eau, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'Agence française de développement (AFD), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Fonds mondial pour l'assainissement, GAVI Alliance, la Banque mondiale (BM), la Banque africaine de développement (BAD), l'Union européenne (UE) et les organisations non gouvernementales (ONG).

ii) *Éducation et développement*

22. La composante s'aligne sur l'objectif du PSE d'assurer une éducation de base de qualité à chaque enfant et vise l'atteinte d'un taux net de scolarisation de 96 % avec une parité filles/garçons, un taux brut de fréquentation du préscolaire de 20 %, ainsi qu'un taux net d'achèvement de 90 % pour les filles et garçons de 25 inspections des régions de Savanes et Plateaux qui sont nettement en dessous de la moyenne nationale.

23. La composante utilisera : a) un plaidoyer basé sur la documentation d'expériences pour l'adoption d'un modèle d'éducation alternative pour les enfants qui travaillent et l'intégration dans le PSE d'options éducatives adéquates pour les enfants vivant avec un handicap; et b) le développement des capacités pour une mise en œuvre effective de la carte scolaire et une gestion améliorée des ressources humaines aboutissant à une réduction des disparités dans la répartition des enseignants. Le recrutement d'institutrices sera encouragé afin de progresser vers la parité des sexes dans le corps enseignant. Un appui sera apporté pour la planification, le suivi et la production de statistiques scolaires fiables.

24. La composante soutiendra l'introduction de l'apprentissage des compétences de vie dans l'enseignement primaire et une démarche de protection et de participation de l'enfant en milieu scolaire par la prévention des violences à l'école, la mise en place des gouvernements d'enfants et des formations aux droits de l'enfant. L'environnement scolaire sera amélioré grâce à l'équipement des écoles en eau et assainissement et à l'introduction du concept d'école verte.

25. La composante visera la réduction des disparités dans les taux d'achèvement en ciblant 25 inspections des régions des Savanes et Plateaux, par : a) la mise en œuvre des Projets d'École et le suivi des goulots d'étranglement comme outil de prise de décision au niveau de l'école et de l'inspection; et b) la mobilisation des commissions communautaires spécialisées de protection des enfants, des agents de l'action sociale, des Comités de Parents d'Élèves et des comités de gestion des écoles pour des initiatives locales visant la réduction des abandons, la mise en place

de tutorats, l'intégration des enfants non scolarisés et la prévention des mariages précoces.

26. L'UNICEF assure le rôle de chef de file des partenaires auprès du Ministère de l'Éducation Primaire, Secondaire et de l'Alphabétisation (MEPSA) et travaille avec l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture, le Programme alimentaire mondial, l'AFD, la BM, le Partenariat mondial pour l'éducation des filles et des femmes, les ONG et la société civile.

iii) Protection des enfants et autonomisation des adolescent(e)s

27. La composante appuie la mise en œuvre de la SCAPE en renforçant la résilience des familles vulnérables, en consolidant les systèmes de protection des filles et des garçons contre la violence et en œuvrant pour la promotion de comportements positifs pouvant réduire les facteurs de vulnérabilité des enfants et des adolescent(e)s.

28. Cette composante facilitera : a) l'évaluation d'impact d'un projet pilote de transfert monétaire centré sur l'enfant, financé par la Banque mondiale et greffé sur le programme de nutrition pour renseigner la stratégie nationale de protection sociale; et b) le dialogue politique pour la mise en œuvre de cette stratégie et notamment de programmes ciblant les enfants vulnérables, dans l'optique de couvrir au moins 4 % des enfants d'ici 2018.

29. Le système national de protection de l'enfance sera renforcé par la consolidation de structures communautaires dans les régions de Kara et Savanes, l'adaptation du modèle aux quartiers périurbains de Lomé; et l'appui au MASSN pour : a) l'extension du mécanisme intégré de détection, de prise en charge et de suivi des enfants victimes de violences permettant d'assister au moins 3 000 enfants victimes d'abus par an; et b) l'amélioration des mécanismes de régulation, de supervision et de coordination à tous les niveaux et de la gestion de l'information, avec la production annuelle d'un tableau de bord.

30. La composante appuiera le gouvernement pour la révision du cadre légal et l'élaboration des rapports sur les engagements pris au niveau international en matière de protection de l'enfant et de la femme. La mise en œuvre du plan national d'enregistrement des naissances sera facilitée. Le nombre d'enfants sans acte de naissance sera réduit de moitié dans Kara et Savanes et dans cinq arrondissements défavorisés de Lomé grâce à l'institutionnalisation d'un suivi des goulots d'étranglements dans l'offre et l'utilisation des services d'état civil et l'identification des actions correctrices. Le modèle sera documenté pour alimenter le plaidoyer. Le renforcement d'un système de justice équitable pour les enfants en contact avec la loi sera réalisé afin d'assurer que, chaque année, au moins 75 % des dossiers transmis portant sur des violences contre les enfants sont traités selon les normes internationales de la justice pour mineurs. La participation des enfants sera facilitée par la sensibilisation des adultes et le renforcement des capacités des jeunes afin qu'ils jouent un rôle plus actif dans leurs écoles et communautés. L'autonomisation des adolescent(e)s sera renforcée par l'introduction de l'apprentissage aux compétences de vie en fin du cycle primaire et dans les programmes gérés par les ONG.

31. Le MASSN, le MEPSA, les ministères de la Justice, de l'Administration territoriale, du Travail, du Développement à la Base, le FNUAP, le Bureau

international du Travail (BIT), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Banque mondiale, les ONG et la société civile sont les principaux partenaires.

iv) Analyse socioéconomique et plaidoyer

32. Cette composante contribuera à la mise en œuvre des priorités inscrites dans la SCAPE pour les secteurs sociaux en appuyant : a) la production et l'utilisation de données désagrégées mesurant la pauvreté, les disparités et les discriminations, notamment celles liées au genre; et b) une planification, une budgétisation et une utilisation efficiente des ressources, favorisant l'équité dans la survie, l'éducation, la protection et le développement de tous les enfants, soutenues par des analyses socioéconomiques appropriées. Ces analyses permettront d'influencer la mise en cohérence de l'allocation des budgets de l'État et des ressources des partenaires avec le cadrage budgétaire de la SCAPE en établissant des partenariats stratégiques avec les institutions comme le Fonds monétaire international (FMI), la Banque mondiale, la BAD et l'UE.

33. Les capacités des cadres aux niveaux national et décentralisé seront renforcées pour améliorer l'efficacité de la planification, de la budgétisation et de la coordination entre secteurs afin de réduire les disparités socioéconomiques et géographiques. La composante appuiera la Direction Nationale de la Statistique pour la réalisation d'enquêtes nationales mesurant les indicateurs sociaux et la diffusion de données désagrégées sur les enfants et les femmes. Un plaidoyer au plus haut niveau sera effectué sur la base d'études sur la pauvreté des enfants, sur l'impact des politiques et l'effet des chocs, ainsi que sur l'identification d'options de renforcement de la résilience, afin que les politiques nationales soient davantage centrées sur les enfants. La diffusion et l'utilisation des évaluations et des études sera assurée par le développement de stratégies de dissémination adaptées à la diversité des parties prenantes, y compris les communautés et les ménages concernés. Outre les partenaires déjà cités, la composante aura pour partenaires principaux le MPDAT, le PNUD et les organisations de la société civile.

v) Composante intersectorielle

34. Cette composante fournira un appui à la mise en œuvre effective du programme par une gestion efficiente des budgets, des approvisionnements et de la logistique, des ressources humaines et du développement des capacités.

d) Rapports avec les priorités nationales et le PNUAD

35. La SCAPE couvre cinq axes stratégiques : a) le développement des secteurs à fort potentiel de croissance; b) le renforcement des infrastructures économiques; c) le développement du capital humain, de la protection sociale et de l'emploi des jeunes; d) le renforcement de la gouvernance; et e) la promotion d'un développement participatif, équilibré et durable. Le PNUAD, aligné sur celle-ci, a développé trois effets portant sur : a) le renforcement des capacités du secteur agricole, la gestion durable de l'environnement et la promotion de l'emploi; b) l'accès équitable à des services sociaux de base de qualité; et c) la gouvernance renforcée pour la réduction des inégalités. Le programme de pays contribue à six produits de l'effet deux et à trois produits de l'effet trois.

e) **Rapports avec les priorités internationales**

36. Le programme est structuré de manière sectorielle, en alignement avec la programmation du gouvernement pour l'atteinte des objectifs et de la Déclaration du Millénaire. La conception du programme a été guidée par la Convention des droits de l'enfant et des autres conventions internationales relatives aux droits des enfants et des femmes. Le programme s'inscrit dans l'initiative « Une promesse renouvelée » pour la survie de l'enfant et la dynamique de la campagne « Unis pour les enfants contre le SIDA ».

37. Le programme intègre les principes de la Déclaration de Paris, de l'Agenda d'Accra et de l'Agenda de Busan. Il contribuera au PNUAD dans l'application des recommandations de l'Examen Quadriennal Complet 2012 pour le développement des capacités nationales, la promotion d'un développement durable, l'éradication des causes de l'extrême pauvreté et de la faim, la coopération Sud-Sud, l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.

Principaux partenariats

38. Le plaidoyer en cours sera poursuivi avec le FMI et l'UE pour influencer les allocations budgétaires de l'État et avec la BAD pour la gouvernance du secteur Santé. L'UNICEF poursuivra son rôle de facilitation auprès des ministères de la Santé et de l'Éducation pour la mobilisation des ressources des Fonds globaux et participera activement aux comités sectoriels de la plateforme de l'aide.

39. Les partenariats existants seront maintenus : avec le gouvernement français, l'OMS, l'UNFPA et ONU-Femmes pour la mise en œuvre de l'initiative Muskoka de réduction de la mortalité maternelle et infantile-juvénile; avec l'OMS, le PNUD, le BIT et la Banque mondiale dans le cadre de la protection sociale; avec l'OMS et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme pour les enfants vivant avec un handicap; avec l'ensemble des organisations des Nations Unies pour la réponse au VIH/sida; avec les ONG et les associations locales engagées dans les différents secteurs sociaux. Les médias, notamment les radios communautaires, les leaders d'opinion, les dirigeants religieux et les parlementaires contribueront à l'atteinte des résultats. Le conseil consultatif des enfants participera au processus de planification, de mise en œuvre et de suivi du programme. Le programme développera de nouvelles alliances avec les associations de jeunes, de femmes, de personnes vivant avec un handicap et autres organisations de la société civile.

Suivi, évaluation et gestion du programme

40. Le MPDAT, en charge de la coordination du programme, et l'UNICEF appuieront le développement de Plans de Travail Pluriannuels pour chaque composante aux niveaux national et régional et en suivront la mise en œuvre, y compris dans leurs dimensions intersectorielles. Le rôle des directions régionales et préfectorales sera mis en valeur pour une gestion déconcentrée du programme qui favorisera l'efficacité et l'équité, en se rapprochant des réalités du terrain, et une meilleure appropriation des parties prenantes. Au niveau national, une cellule de suivi et d'évaluation du PNUAD coordonnera les revues. Un plan de suivi et d'évaluation détaillera les différentes études, évaluations et recherches

opérationnelles à réaliser dans un but de documentation des résultats du programme et d'élargissement des connaissances sur la situation des enfants et les disparités socioéconomiques, géographiques et entre les sexes.
