

Burkina Faso

Projet de descriptif de programme de pays 2011-2015

Le projet de descriptif de programme de pays relatif au Burkina Faso (E/ICEF/2010/P/L.24) a été présenté au Conseil d'administration pour examen et commentaires lors de sa deuxième session ordinaire de 2010 (7-9 septembre 2010).

Le présent document a été révisé par la suite et cette version finale a été approuvée lors de sa première session ordinaire de 2011 du Conseil d'administration, le 11 février 2011.

Données de base^a
(2008, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de moins de 18 ans (millions)	8,0
Taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	169
Insuffisance pondérale (% , modéré et grave, 2007)	32
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1994-1998)	480
Taux d'inscription dans l'enseignement primaire (% net, garçons/filles, 2006)	52/42
Élèves terminant leur première année qui atteignent la cinquième année de scolarité (% , 2006)	72
Utilisation des sources améliorées d'eau potable (% , 2006)	72
Utilisation des installations sanitaires améliorées (% , 2006)	13
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (% , 2007)	1,6
Enfants qui travaillent (% , mineurs âgés de 5 à 14 ans, 2003)	47 ^b
RNB par habitant (dollars des États-Unis)	480
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos (DTC3) (%)	79
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%)	75

^a Des données supplémentaires concernant ce pays, sur les enfants et les femmes, sont disponibles sur le site www.unicef.org.

^b Indique que les données ne correspondent pas à la définition type.

Résumé de la situation des enfants et des femmes

1. Le Burkina Faso, pays sahélien de 14 millions d'habitants, produit des efforts de développement importants dont les résultats sont cependant limités par son enclavement, de maigres ressources naturelles, une forte vulnérabilité aux chocs exogènes, des enjeux de gouvernance et de décentralisation et un capital humain encore fragile. La croissance économique, estimée à 6,5 % durant la période 2003-2007, peine à réduire la pauvreté monétaire, qui touche 46,4 % de la population et 50,5 % des enfants. La population urbaine pauvre a doublé entre 1994 et 2003, même si 90 % des personnes pauvres vivent toujours en milieu rural. La croissance démographique très élevée (3,1 % par an) laisse présager que la population burkinabé va doubler durant les 20 prochaines années.

2. Le Burkina Faso jouit d'une stabilité politique depuis deux décennies et joue un rôle important dans les processus de médiation sous-régionaux. Cependant, il est confronté à des chocs exogènes (inondations, épidémies, crise économiques, etc.), dont le nombre et la gravité affectent les ménages et les enfants les plus vulnérables, déjà fortement exposés à une situation d'insécurité alimentaire et nutritionnelle chronique. Une étude de l'UNICEF sur l'impact de la crise économique mondiale au Burkina Faso montre que l'incidence de la pauvreté monétaire de l'enfant pourrait augmenter de 3 points en 2010, entraînant une baisse possible de la scolarisation et une augmentation du travail des enfants¹. Après 10 années de mise en œuvre du

¹ Balma et *al.*, 2009.

Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, les résultats obtenus restent encore mitigés.

3. Compte tenu de la persistance du niveau élevé de pauvreté et du faible taux de prévalence de la contraception, le Burkina Faso est actuellement confronté à des défis démographiques considérables: il a une des croissances démographiques les plus dynamiques d'Afrique sub-saharienne à 3,1% par an entre 1996 et 2006. Sa population a plus que doublé depuis 1980 et le taux d'urbanisation est passé de 15% en 1996 à 22% en 2006. Cela crée une forte pression sur la capacité d'offre des services sociaux de base de qualité; sur l'emploi, en particulier pour les jeunes ; et met un frein aux efforts de réduction de la pauvreté. Le taux de fécondité toujours très élevé est passé de 6,8 en 1996 à 6,2 en 2006 et constitue un frein à la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale.

4. Le taux de mortalité infanto-juvénile reste très élevé, à 169 pour 1 000 naissances vivantes. Soixante-dix pour cent meurent encore à domicile et les enfants des familles les plus pauvres ont un risque de mourir avant l'âge de 5 ans 50 % plus élevé que ceux des familles les plus riches. Les principales causes directes de mortalité demeurent les infections respiratoires aiguës (24 %), le paludisme (21 %), les maladies diarrhéiques (19 %) et les causes néonatales (18 %) (Child Health Epidemiology Reference Group, 2003). La malnutrition à elle seule est une cause directe ou associée de 35 % des décès et le taux d'émaciation est de 11,3 % (enquête SMART 2009). L'accès à l'assainissement (33 % en milieu urbain, 6 % en milieu rural en 2008) et l'allaitement maternel exclusif (6,8 % en 2006) doivent impérativement être renforcés. L'enquête démographie et de santé 2010 permettra de mieux juger les progrès réalisés en matière de survie et développement de l'enfant durant la période 2006-2010 et aussi de mettre à jour le taux de mortalité maternelle dont la dernière estimation date de 1998.

5. Le taux brut de scolarisation primaire atteint 72,6 % en 2008-2009 (44 % en 2000-2001), cependant on observe des disparités importantes entre milieu urbain (90 %) et milieu rural (51 %) et en fonction des revenus. Le ratio filles/garçons au primaire progresse significativement, passant de 0,7 en 2000 à 0,89 en 2009. La transition primaire secondaire (28,4 % en 2007-2008) enregistre toujours une forte disparité entre garçons (31,9 %) et filles (24,6 %). En 2008, le taux de prévalence du VIH était estimé à 1,6 % pour la population générale et à 2 % chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans². Cependant, d'importantes disparités persistent avec des prévalences en zones urbaines atteignant 4 % (notamment à Ouagadougou) et des prévalences très élevées auprès de groupes à risque (16 % chez les travailleuses du sexe).

6. Grâce aux efforts nationaux et à un engagement politique fort, l'excision est en déclin (28 % chez les filles de moins de 15 ans contre 77,8 % chez les femmes 15-49 ans)³. Cinquante-deux pour cent des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans. Environ, 41 % des enfants de 5 à 17 ans mènent une activité économique contre 51 % en 1990⁴. Quelques 10 000 enfants, dont plus de 40 % ont moins de 12 ans, travaillent dans les sites d'orpaillage et carrières. Dans l'étude nationale sur les violences contre les enfants (2008), 72 % des adultes reconnaissent avoir exercé la violence et 80 % d'enfants affirment avoir été victimes de violences.

² Rapport Plan national multisectoriel 2009.

³ Comité national de lutte contre la pratique de l'excision, 2006.

⁴ Enquête nationale sur le travail des enfants, 2006.

Principaux résultats et enseignements tirés de la coopération précédente 2006-2010

Principaux résultats obtenus

7. Le résumé de la matrice de résultats qui accompagne le texte présente de façon détaillée les principaux résultats atteints par le programme 2006-2010.

8. Le programme a contribué à augmenter le nombre d'enfants malnutris correctement pris en charge pour atteindre 30 330 en 2009, avec un taux de guérison de 90 % et un taux de mortalité de 2 %. La couverture vaccinale administrative atteint 99 % pour le vaccin pentavalent 3 et le vaccin antirougeoleux VAR (contre, respectivement, 96 % et 84 % en 2005), mais la persistance d'épidémies de rougeole et de cas de poliomyélite questionne les données de couverture vaccinale et la qualité des interventions. Le taux de consultation des enfants de moins de 5 ans souffrant d'infections respiratoires aiguës est passé de 22 % en 2003 à 39 % en 2008. La proportion des femmes enceintes infectées par le VIH qui reçoivent un traitement antirétroviral (ARV) est passée de 9 % en 2006 à 30 % en 2009. Le nombre d'enfants vivant avec le VIH de moins de 15 ans recevant des ARV a augmenté de 420 (2005) à 1 342 (2009) sur une estimation de 10 000 enfants vivant avec le VIH.

9. Le programme a réalisé 247 forages au profit de 74 100 personnes soit un accroissement de 5,5 % du taux de couverture dans cinq provinces d'intervention. Dans la province du Ganzourgou où est testée une approche d'assainissement intégré à base communautaire, la couverture effective en assainissement est passée de 7 % en 2005 à 33 % en 2009. Le pays est actuellement en phase de précertification de l'éradication de la dracunculose avec zéro cas enregistré depuis 2007.

10. A travers son implication dans la mise en œuvre du Programme Décennal pour le Développement de l'Éducation de Base, l'UNICEF a appuyé la qualité de l'éducation des enfants. Les interventions ont principalement ciblé la formation des enseignants, l'introduction de thèmes émergents dans les curricula, la supervision et la disponibilité en matériel pédagogique, et ont contribué à l'augmentation du taux net de scolarisation de 48 % en 2005/06 à 58 % en 2008/09 (61 % pour les garçons et 55 % pour les filles). En termes d'infrastructures, les capacités d'accueil au préscolaire, au primaire et en éducation non formelle ont été augmentées respectivement de 2 900, 10 840 et 6 000 places.

11. Un code de l'enfance (2006), une politique nationale d'action sociale (2007) et une politique nationale genre (2009) ont été adoptés. Le dialogue politique et le partenariat ont permis l'élaboration en 2010 d'une stratégie nationale sur la protection sociale. La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées a été ratifiée en 2009 et une loi portant promotion et protection des personnes handicapées a été adoptée en 2010. L'opération nationale d'enregistrement gratuit et universel des naissances (2009-2010) a permis à 310 000 enfants de bénéficier d'un acte de naissance. Environ 25 000 enfants et adolescent(e)s vulnérables ont été pris en charge.

Enseignements tirés

12. Les sollicitations du Gouvernement et des partenaires pour une implication tangible du système des Nations Unies dans la mise en œuvre de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide ont entraîné un renforcement de l'implication de l'UNICEF dans le dialogue politique sectoriel et une entrée dans les paniers communs de financement de l'éducation (2007), de la santé (2008) et du VIH/sida (2010). Ces efforts d'alignement et d'harmonisation ont significativement renforcé la synergie et la complémentarité avec l'ensemble des partenaires mais aussi le positionnement stratégique, la crédibilité et les capacités de l'UNICEF à analyser et influencer les politiques, plans et budgets sectoriels en faveur des enfants. Ils seront poursuivis dans le nouveau programme.

13. Des progrès significatifs ont été réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie nationale d'accélération de la survie et du développement de l'enfant (SASDE), grâce notamment à l'identification et la mise en œuvre de paquets minimum d'interventions à gains rapides par niveau. Le renforcement des services de santé progresse, mais des goulots d'étranglement ralentissent encore le passage à l'échelle des activités au niveau communautaire. Le soutien au développement d'une politique de santé communautaire et le renforcement des mécanismes de contractualisation avec la société civile sont des mesures essentielles pour accélérer la SASDE et atteindre les familles et les enfants les plus vulnérables.

Programme de pays pour la période 2011-2015

Tableau budgétaire récapitulatif

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Programme</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	Total
Santé et nutrition	18 400	42 300	60 700
Promotion et protection des droits	10 900	11 500	22 400
Éducation de qualité pour tous	11 600	17 500	29 100
Eau, assainissement et hygiène	9 000	12 100	21 100
Communication, plaidoyer, participation et développement des jeunes	10 000	3 300	13 300
Politiques sociales, planification, suivi et évaluation	8 000	600	8 600
Coûts transversaux	7 845	500	8 345
Total	75 745	87 800	163 545

Processus de préparation

13. En attendant la finalisation du document national de stratégie de croissance accélérée et de développement durable (SCADD 2011-2015) dû en octobre 2010, le Gouvernement a donné son accord pour que le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD 2011-2015) soit élaboré sur base de la note conceptuelle de la SCADD et du diagnostic national conjoint tenant lieu de bilan commun du pays. Le document PNUAD 2011-2015 a été signé le 26 mars 2010. Sur cette base, un moment de réflexion stratégique a été organisé sous le leadership du Ministère de l'économie et des finances, avec la participation de tous les partenaires du programme UNICEF et des représentants du Bureau régional. Le présent

document de programme de pays a été élaboré sur cette base. Il prend également en compte les recommandations du Comité des droits de l'enfant émises suite à la présentation en janvier 2010 des troisième et quatrième rapports périodiques du Burkina Faso sur la mise en application de la Convention relative aux droits de l'enfant. Compte tenu du nombre des recommandations émises, elles ont été priorisées en fonction du monitoring de la situation; de la gravité des problèmes concernés (allocation de ressources en faveur de l'enfance, mortalité infantile et néo-natale, enfants handicapés, abus, exploitation et violences, justice juvénile, enfants déscolarisés et pires formes de travail des enfants); des domaines qui n'ont pas été pris en compte par d'autres partenaires ou qui sont sous-financés (par exemple, la justice juvénile et l'handicap); des synergies et des complémentarités avec d'autres acteurs (ONG et partenaires techniques et financiers), ainsi que de la capacité de mobilisation des ressources.

Objectifs, principaux résultats escomptés et stratégies

Les résultats

14. Le programme de coopération 2011-2015 contribuera à l'accélération de l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement et à la réalisation des priorités nationales en matière i) d'accélération de la survie et le développement de l'enfant; ii) d'éducation de qualité pour tous; et iii) réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité des enfants.

15. Les principaux résultats des composantes de programme, qui accompagnent le texte, visent notamment à contribuer à l'atteinte des objectifs nationaux suivants : a) le taux de mortalité infanto-juvénile est réduit de 169 ‰ en 2005 à 62,3 ‰ en 2015; b) le ratio de mortalité maternelle est réduit de 480 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1998 à 142 décès en 2015; c) la prévalence de l'insuffisance pondérale des enfants de moins de 5 ans est réduite à 20 %; d) le taux brut d'admission au primaire est augmenté de 78 % en 2008/2009 à 100 % en 2015 avec une parité filles/garçons de 1 en 2015 contre 0,89 en 2008/2009; e) le taux d'achèvement au primaire est accru de 42 % en 2008/2009 à 75 % en 2015; f) 84 % des femmes enceintes infectées reçoivent un traitement antirétroviral complet pour réduire le risque de transmission mère-enfant; g) la couverture en eau potable en milieu rural et semi-urbain est accrue de 56 % en 2008 à 76 % en 2015; h) la couverture en assainissement amélioré passe d'environ 10 % en 2008 à 54 % en 2015; i) au moins 50 % des enfants vulnérables identifiés sont pris en charge; j) 100 % des enfants sont enregistrés à la naissance; k) l'adoption des six pratiques familiales essentielles pour la survie et le développement de l'enfant est promue, avec une augmentation d'au moins 30 % par pratique; l) assurer que 30 % des jeunes de 10 à 24 ans utilisent les services conviviaux de santé pour les jeunes; et m) assurer la mise en place d'un socle national de protection sociale sensible aux enfants.

Les stratégies clefs

16. Pour atteindre les résultats escomptés, le programme-pays s'appuiera sur les stratégies interdépendantes de plaidoyer, de renforcement des capacités nationales des acteurs gouvernementaux et de la société civile, de provision de services et de produits essentiels en faveur des enfants, et de mobilisation des ressources.

17. Le programme-pays couvrira tout le territoire national. La mise en œuvre des différentes composantes du programme associera des interventions à vocation nationale axées sur le dialogue politique et sur la contribution à la mise en œuvre des politiques et plans sectoriels, avec des interventions ciblées géographiquement au profit de communautés ou de groupes d'enfants particulièrement vulnérables.

18. La stratégie d'accélération de la survie et du développement de l'enfant constituera le principal vecteur de programmation auquel tous les programmes contribueront. Les interventions couvriront tout le territoire national avec cependant un accent particulier sur sept régions (couvrant 60 % de la population totale) ayant les indicateurs les plus bas en matière de survie et développement de l'enfant, de la mère et du nouveau-né.

19. À travers une programmation plus systématiquement axée sur les droits humains, une attention particulière sera accordée à la réduction des vulnérabilités sociales, des inégalités, exclusions et discriminations empêchant les enfants et les femmes de jouir de leurs droits. Le programme renforcera les capacités des enfants, des familles et des communautés à réclamer leurs droits ainsi que celles des autorités nationales à remplir leurs obligations. Elle permettra aux différents acteurs d'identifier les priorités d'intervention en tenant compte du genre, des disparités et de la vulnérabilité des enfants les plus défavorisés. Le programme appuiera simultanément les stratégies visant les changements de comportement et de convention sociale, la décentralisation et l'appui à la société civile, la participation et l'autonomisation des enfants, des jeunes et des femmes. Le renforcement de la prise en compte de la dimension genre s'appuiera sur la mise en œuvre de la politique nationale genre et sur les recommandations de l'audit genre du programme-pays réalisé en 2009. En ligne avec les nouvelles orientations nationales en matière de réponse au VIH/sida, la prise en compte des 4 « P » (Prévention de la transmission mère-enfant, VIH pédiatrique, prise en charge des orphelins et prévention chez les jeunes) sera intégrée dans les programmes santé, éducation, protection et communication afin d'améliorer la complémentarité, l'efficacité et la pérennité des interventions.

20. Soutenue par une mise à jour continue de la situation des enfants et des femmes, la programmation axée sur les résultats permettra une définition plus claire des résultats intermédiaires et renforcera les mécanismes de planification, budgétisation, suivi et évaluation. Elle facilitera la documentation des évidences et des bonnes pratiques et clarifiera le partage des responsabilités entre tous les acteurs. En ligne avec la réforme des Nations Unies et la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, le programme poursuivra ses efforts d'harmonisation, d'alignement et de programmation conjointe en vue de participer plus activement et efficacement au dialogue politique et influencer politiques, stratégies, plans et budgets en faveur des enfants et des femmes.

21. En étroite collaboration avec les autres agences des Nations Unies, le programme appuiera les mécanismes nationaux de prévention, de préparation et de réponse aux urgences et notamment la mise en œuvre du plan national de contingence multirisque – à l'élaboration duquel l'UNICEF a fortement contribué en 2009-2010. Il se dotera d'outils et de ressources permettant à l'UNICEF de jouer pleinement et efficacement son rôle de chef de file dans les secteurs de nutrition, eau/assainissement et hygiène, éducation et protection des enfants en situation d'urgence.

Liens avec les priorités nationales et le PNUAD

22. En cohérence avec les priorités nationales issues de la note conceptuelle de la SCADD et des principales approches sectorielles en cours, le PNUAD 2011-2015 s'articule autour de trois effets majeurs : i) la consolidation de l'économie et l'accélération du rythme de la croissance; ii) le développement du capital humain; et iii) la promotion de la gouvernance et le développement local. Comme mis en évidence dans la matrice de résultats, la contribution du programme-pays s'inscrit principalement au niveau du deuxième effet du PNUAD visant l'amélioration du capital humain à travers des résultats escomptés en matière de santé et nutrition, de VIH/sida, d'éducation de base, d'eau-hygiène-assainissement et de promotion et protection des droits des enfants et femmes. Cependant, les différentes composantes du programme contribuent aussi directement ou indirectement aux deux autres effets majeurs de la SCADD.

Liens avec les priorités internationales

23. Les résultats du programme-pays sont solidement alignés sur les OMD et sur les domaines cibles du plan stratégique à moyen terme de l'UNICEF pour la période 2009-2013. Ils contribuent à la promotion, à la mise en œuvre et au suivi de la Convention relative aux droits de l'enfant et des principales autres conventions internationales en faveur des enfants et des femmes. Ils intègrent les enjeux des initiatives internationales (harmonisation de la santé en Afrique, initiative des Nations Unies en faveur de l'éducation des filles). Le programme contribue également aux agendas de la Déclaration de Paris et du Forum d'Accra en matière d'appropriation nationale et d'efficacité de l'aide.

Les composantes du programme

Santé et nutrition

24. En ligne avec les orientations du plan national de développement sanitaire, la composante santé/nutrition contribuera à la réduction de la morbidité et de la létalité maternelle, néonatale et infanto juvénile dues au paludisme, aux infections respiratoires aiguës, à la diarrhée, à la malnutrition, au VIH, aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement et aux maladies évitables par la vaccination. L'atteinte de ces résultats nécessitera d'une part une contribution au dialogue politique et d'autre part un renforcement des capacités du système de santé, des communes et de la société civile pour fournir des services de soins curatifs, préventifs et promotionnels de qualité, accessibles géographiquement et financièrement.

25. La sous-composante accès à des services de santé de qualité pour l'enfant et la mère visera la mise en œuvre et le suivi d'un paquet complet d'interventions à haut impact y compris au niveau communautaire et dans le domaine de la santé de la reproduction et le développement de système de financements solidaires des soins de santé. La sous-composante lutte contre la malnutrition chez les enfants et les mères visera à soutenir la mise en œuvre du plan stratégique national nutrition 2010-2015 par le passage à l'échelle de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère et de la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant au niveau des structures de santé et des communautés. L'appui à la lutte contre les carences en micronutriments sera renforcé. La sous-composante sur la

prévention de la transmission mère-enfant (PTME) et prise en charge pédiatrique (PECP) visera l'accès universel aux services PTME et PECP de qualité à travers a) le renforcement du continuum de soins pour les mères, les nouveau-nés et les enfants; b) la mise en place d'un réseau de diagnostic précoce du VIH chez les nourrissons exposés; et c) le renforcement des capacités nationales et de la gestion des intrants.

Promotion et protection des droits

26. Cette composante appuiera la mise en place d'un socle de protection sociale sensible aux enfants. Elle renforcera les capacités des services sociaux, des institutions juridiques et de la sécurité, de la société civile et des communautés pour réduire les vulnérabilités et protéger efficacement les enfants et les femmes contre les discriminations, les violences, les abus et l'exploitation. Elle poursuivra l'harmonisation du cadre normatif d'action sociale avec les principaux textes internationaux de protection des enfants et des femmes et renforcera la mise en œuvre et le suivi de l'application effective de ces textes. Elle facilitera l'évolution et la promotion de normes sociales positives qui protègent les enfants et les femmes.

27. La sous-composante protection des enfants et des femmes vulnérables visera à fournir à 50 % des enfants vulnérables identifiés une prise en charge adéquate améliorant leurs conditions de vie et facilitant leur réinsertion sociale et familiale. Il s'agira notamment des enfants vivant dans la rue, vivant avec handicap, victimes de violence, d'abus, de traite, d'exploitation et des pires formes de travail et les enfants affectés par le VIH. Les capacités des structures étatiques, associatives et communautaires seront renforcées pour offrir des soins psychosociaux qui respectent les normes et procédures en vigueur pour les orphelins et enfants vulnérables. La justice des enfants et particulièrement des solutions alternatives à la détention des mineurs et des femmes seront promues – dans le cadre de l'état de droit et en étroite collaboration avec les partenaires nationaux et de développement dans le secteur de la justice. La mise en place de filets sociaux de sécurité, y compris des transferts monétaires, l'accès aux services sociaux de base et aux services sociaux spécialisés, seront conçus ou renforcés au profit des enfants et des femmes les plus démunis. La promotion de l'abandon de la pratique de l'excision s'intensifiera, à travers l'approche « changement de la convention sociale ». La sous-composante promotion des droits et suivi permettra de renforcer la législation pour promouvoir et protéger les droits des enfants ayant besoin de protection spéciale. Elle renforcera la capacité du gouvernement, des communes et de la société civile à faire respecter la législation en matière de protection des enfants, de justice juvénile et d'enregistrement des naissances.

Éducation de qualité pour tous

28. L'appui de l'UNICEF dans le secteur de l'éducation de base s'inscrira dans les priorités nationales et celles du PNUAD visant le développement du capital humain et le renforcement du système éducatif en vue de l'atteinte des objectifs nationaux dans le secteur. Cette composante appuiera le gouvernement dans l'objectif national visant l'atteinte de la scolarisation primaire universelle d'ici 2020, avec comme résultat intermédiaire un niveau d'admission universel de 100 % dès 2015 et un taux d'achèvement de 75 % en 2015. Ces résultats sont spécifiés dans la note de cadrage du programme de développement accéléré du secteur de l'éducation de base, qui met

l'accent sur l'amélioration de la qualité, la pertinence des apprentissages et la réduction des disparités (géographiques et de genre).

29. Ces résultats seront atteints à travers : i) la poursuite du plaidoyer pour la scolarisation de tous les enfants, avec un accent particulier sur les filles et les groupes vulnérables, mais aussi pour l'amélioration de la qualité des apprentissages; ii) le renforcement du dialogue politique, facilité par la participation financière du programme au panier commun de financement de l'éducation de base, pour une meilleure prise en compte des filles, de la petite enfance et des enfants déscolarisés et handicapés, et une gestion plus efficace du secteur; et iii) le financement d'interventions visant à créer et renforcer l'environnement scolaire favorable à l'apprentissage et à l'amélioration de la qualité de l'éducation à travers notamment: la mise en œuvre du modèle « École amie des enfants » adapté au contexte national, la promotion de l'éducation alternative et inclusive pour les jeunes déscolarisés, non scolarisés et les enfants vivant avec handicap, l'amélioration de la transition primaire-post-primaire en particulier des jeunes filles, et, enfin, l'utilisation des nouvelles technologies de l'information et de la communication au service de l'éducation.

Eau, assainissement et hygiène

30. Cette composante contribuera aux objectifs nationaux visant l'accroissement de la couverture effective en eau potable et un accès renforcé à l'hygiène et à l'assainissement au niveau communautaire, familial et scolaire. Dans le contexte du plan national d'approvisionnement en eau potable et assainissement (2006-2015), l'UNICEF accompagnera le gouvernement dans l'animation du dialogue politique autour de l'assainissement, notamment en milieu rural et périurbain défavorisé.

31. L'approche communautaire intégrée « d'assainissement total » sera étendue aux deux régions du Plateau Central et Centre-Nord et touchera environ 1 850 000 personnes, faisant passer le taux de couverture d'environ 10 % en 2008 à 54 % en 2015. En complémentarité avec les composantes santé-nutrition et communication, elle visera l'accélération de la survie et du développement de l'enfant à travers la promotion du lavage des mains au savon, l'utilisation et la gestion d'installations d'assainissement et d'eau potable adaptées, et l'amélioration de la qualité de l'eau de boisson. En complémentarité avec la composante éducation de qualité pour tous, elle contribuera à l'amélioration de l'environnement scolaire en assurant la couverture en eau potable, assainissement et hygiène prenant compte les aspects genre et handicap. La composante favorisera le renforcement des capacités des structures communales et communautaires, y compris les associations féminines. La sous-composante eau potable contribuera à accroître l'accès à l'eau potable des populations les plus éloignées et les plus pauvres des zones rurales et périurbaines de 56 % en 2008 à 76 % en 2015 avec un accent particulier sur le traitement de l'eau à domicile.

Politiques sociales, planification, suivi et évaluation

32. Au niveau national, cette composante visera à promouvoir les objectifs nationaux de développement équitable et de réduction de la pauvreté, de développement humain, et de gouvernance améliorée en s'assurant que : a) la dimension enfant est effectivement prise en compte dans la conception et la mise en œuvre des stratégies nationales de développement et dans l'analyse des dépenses

publiques; b) le dialogue national sur l'élaboration d'un socle de protection sociale sensible aux enfants est alimenté par le renforcement des capacités nationales, la production d'évidences et la recherche en protection sociale; et c) la collecte régulière et l'analyse de données de qualité sur les enfants et les femmes existe et met l'accent sur les conditions de vie, la pauvreté, les disparités, l'exclusion et le genre.

33. Cette composante assumera aussi : a) la fonction de coordination de la programmation conjointe, du suivi et de la documentation du programme pays dans le contexte du PNUAD – y compris la prise en compte effective des dimensions transversales genre et VIH/sida; et b) l'amélioration des fonctions évaluation, recherche et gestion des connaissances afin de mesurer les progrès, documenter les bonnes pratiques et partager les leçons apprises au sein du programme et avec les partenaires et les autres acteurs du développement.

Communication, plaidoyer, participation et développement des jeunes

34. Cette composante contribuera à accroître le plaidoyer en faveur de la promotion et de la protection des droits des enfants à tous les niveaux de la société, et à renforcer les capacités des communautés, des familles et des enfants pour réclamer ces droits. La sous-composante communication pour le changement de comportement renforcera les capacités des familles et des communautés à adopter les six pratiques familiales clefs pour la survie et le développement de l'enfant (lavage des mains, utilisation des moustiquaires imprégnées, allaitement maternel exclusif, prévention et traitement des diarrhées, alimentation complémentaire adéquate du jeune enfant et PTME) à travers la promotion de la participation communautaire, l'utilisation des médias de masse, le marketing social et la communication interpersonnelle. La sous-composante plaidoyer et mobilisation pour les droits visera la promotion d'actions positives pour assurer que les décideurs politiques et administratifs, les chefs traditionnels et religieux, et les communautés connaissent les droits de l'enfant et contribuent à leur respect et application. Des actions de plaidoyer auprès du Gouvernement et des autres acteurs contribueront à l'appropriation et la prise en compte optimale des recommandations du Comité des droits de l'enfant, tenant compte de la prévalence et de la gravité des problèmes soulevés. La sous-composante jeunesse favorisera la participation effective des jeunes dans les instances décisionnelles – programmatiques et opérationnelles – en tant qu'acteurs de leur propre développement. Les réseaux et associations de jeunes seront renforcés à cet effet. Cet espace de dialogue sera un point d'entrée pour la prévention du VIH, l'apprentissage des compétences de vie courante, y compris dans les aspects liés à la santé de la reproduction des adolescents, la promotion de l'égalité de genre et en vue d'une meilleure réponse nationale aux besoins et aspirations des jeunes.

Les coûts transversaux

35. Les coûts transversaux appuieront les aspects opérationnels et logistiques du programme, l'amélioration des capacités de gestion tant du personnel de l'UNICEF que des partenaires. Ils couvriront également les dépenses d'appui à la mise en œuvre du programme ainsi que certains coûts de fonctionnement du bureau pays.

Principaux partenariats

36. Une attention particulière sera accordée au renforcement de la collaboration avec les partenaires techniques et financiers impliqués dans les mécanismes de coordination et de suivi des OMD, de la SCADD, des approches sectorielles et des fonds globaux (Fonds mondial, Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, Fondation Gates, Facilité internationale d'achat de médicaments). Le partenariat avec les agences du système des Nations Unies permettra la mise en œuvre de quatre programmes conjoints dans les domaines de l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, du genre, du VIH/sida et du renforcement des capacités nationales de préparation et réponse aux urgences. Un programme intégré d'appui au développement local sera mis en œuvre dans la région de la Boucle du Mouhoun.

37. Les partenariats stratégiques existants seront poursuivis et renforcés dans les domaines tels que : a) les nouvelles modalités de l'aide (Pays-Bas et système des Nations Unies); b) la nutrition et réduction de l'impact de la crise (Banque mondiale, Union européenne, Agence des États-Unis pour le développement international, PAM et Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture); c) la réduction de l'impact des changements climatiques sur les enfants (Japon); et d) la mise en place d'un socle de protection sociale (Bureau international du Travail, Organisation mondiale de la Santé, PAM, Banque mondiale, Fonds monétaire international et Union européenne). Le partenariat avec les comités nationaux de l'UNICEF ciblera des approches pilotes démonstratives et innovantes localisées géographiquement pour alimenter le dialogue politique et documenter les évidences. Le programme-pays développera la contractualisation avec les ONG et associations pour accélérer la couverture des activités SASDE à base communautaires et pour renforcer la protection des enfants vulnérables. Les médias, les associations de jeunes et de femmes, et les leaders traditionnels et religieux continueront à être des alliés importants dans le plaidoyer et la mise en œuvre.

Suivi, évaluation et gestion du programme

38. La coordination et le suivi du programme de coopération seront assurés par le Ministère de l'économie et des finances. Les programmes et leurs plans de travail respectifs seront mis en œuvre par les ministères techniques compétents, leurs structures déconcentrées, avec un recours aux organisations de la société civile et au secteur privé lorsque nécessaire et pertinent. La gestion du programme s'intégrera autant que possible dans les mécanismes nationaux de pilotage définis pour le suivi de la SCADD et des réformes sectorielles. Une cellule de suivi du PNUAD coordonnera la programmation conjointe du système des Nations Unies et organisera les revues périodiques des progrès vers l'atteinte des résultats communs. L'UNICEF appuiera techniquement ses partenaires au niveau central et local pour la mise en œuvre des activités définies dans le plan d'action du programme de coopération. Les plans de travail pluriannuels rendus plus flexibles grâce à l'introduction d'une programmation dynamique et à un meilleur alignement aux cadres des réformes sectorielles seront gérés en étroite collaboration avec les Ministères techniques concernés et permettront une gestion du programme mieux axée sur les résultats. Un plan intégré de suivi/évaluation sera défini afin de mesurer la performance du programme et déterminera les principales activités d'évaluation, de recherche, de revue et de documentation, y compris le renforcement des capacités des partenaires. Un investissement substantiel va être fait dans la documentation

axée sur les résultats et l'évaluation des effets et de l'impact des interventions en collaboration avec les universités et institutions de recherche nationales et internationales.
