

**Fonds des Nations Unies pour l'enfance**

Conseil d'administration

**Descriptif de programme de pays révisé**

**Niger (2014-2018)**

*Résumé*

Le projet de descriptif de programme de pays relatif au le Niger (E/ICEF/2013/P/L.6) a été présenté au Conseil d'administration pour examen et commentaires à sa session annuelle de 2013 (18-21 juin). Le Conseil a approuvé le budget indicatif global de 94 078 000 dollars sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et un prélèvement de 104 827 000 dollars sur les autres ressources, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales pour la période 2014 à 2018.

Conformément à la décision 2006/19 du Conseil d'administration, le présent document a été révisé et affiché sur le site web de l'UNICEF, au plus tard six semaines après l'examen du descriptif de programme de pays à la session annuelle. Le descriptif de programme de pays révisé sera ensuite soumis au Conseil d'administration pour approbation à sa deuxième session ordinaire de 2013.

## Données de base†

(2011, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants (millions, moins de 18 ans, garçon/fille) . . . . .	4,6/4,4
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes) . . . . .	125
Insuffisance pondérale (% , modérée et sévère) (% , garçon/fille, urbain/rural, plus pauvre/plus riche) . . . . .	39 40/37, 44/39, ../..
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, ajusté, 2010)	590 <sup>a</sup>
Utilisation de ressources en eau améliorées (% , 2010) . . . . .	49
Utilisation de services d'assainissement améliorés (% , 2010) . . . . .	9
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné DTC3 (%) . . . . .	75 <sup>b</sup>
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%) . . . . .	76 <sup>b</sup>
Fréquentation scolaire dans le primaire/assiduité (% net, garçon/fille, 2010) . . . . .	64/52
Taux de survie jusqu'à la dernière année de scolarité dans le primaire (% , garçon/fille, 2010) . . . . .	71/67
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (%), 15-49 ans, homme/femme . . . . .	0,8
Taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes (%) . . . . .	..
Travail des enfants (% , 5 à 14 ans, garçon/fille, 2006) . . . . .	43/43
Enregistrement des naissances (% , de moins de 5 ans, 2006) (% garçon/fille, urbain/rural, plus pauvre/plus riche) . . . . .	32 <sup>c</sup> 32/31, 71/25, 20/67 <sup>c</sup>
RNB par habitant (dollars des États-Unis) . . . . .	360

† Des données supplémentaires sur les enfants et les femmes ainsi que des notes méthodologiques détaillées sur les estimations sont disponibles sur le site [www.childinfo.org](http://www.childinfo.org).

<sup>a</sup> Le chiffre indiqué dans le tableau ci-dessus est le taux de mortalité maternelle ajusté calculé par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle. L'estimation rapportée au niveau du pays est de 648 décès pour 100 000 naissances vivantes (2006), comme indiqué dans l'Enquête démographique et de santé/ Enquête par grappe à indicateurs multiples 2006.

<sup>b</sup> Les chiffres indiqués dans le tableau ci-dessus sur la vaccination sont des estimations interinstitutions préparées par l'OMS/UNICEF. Les données sont désagrégées par genre comme suit : DTC3 garçon 68 % et fille 71 % comme indiqué dans l'Enquête sur la survie de l'enfant au Niger, 2010; rougeole garçon 68 % et fille 69 %, comme indiqué dans l'Enquête sur la survie de l'enfant au Niger, 2010.

<sup>c</sup> Les données sont différentes de la définition de l'indicateur standard.

## Résumé de la situation des enfants et des femmes

1. Avec 16,3 millions d'habitants, dont 80 % de ruraux et 57 % d'enfants, le Niger est classé 186<sup>e</sup> sur 187 pays dans le rapport sur le développement humain 2011. Le pays est caractérisé par un niveau élevé de fécondité (7,6 enfants par femme au niveau national et 8,1 en milieu rural), une rapide croissance démographique (3,3 % par an), et une croissance économique insuffisante (2,1 %) pour satisfaire la demande sociale. Il en découle une pauvreté massive (59,5 % en milieu urbain et 63,9 % en milieu rural) exacerbée par les inégalités socioéconomiques, les disparités entre les sexes et diverses crises : inondations,

invasions acridiennes, crises alimentaires récurrentes et désertification. La résidence en milieu rural, le sexe féminin, la pauvreté, la vulnérabilité aux catastrophes naturelles et à l'insécurité alimentaire et le mode de vie nomade sont les principaux facteurs d'inégalité.

2. L'insécurité dans les pays voisins (Libye, Nigéria, Mali) avec un afflux de migrants et de réfugiés ainsi que la menace terroriste dans le pays ont entraîné un accroissement des dépenses de défense et de sécurité au détriment des secteurs sociaux. Le doublement des exportations pétrolières et minières prévu entre 2011 et 2016 offre toutefois des perspectives de relance de la croissance économique.

3. La mortalité des enfants a baissé de 6 % par an entre 2006 et 2012 [enquête démographique et de santé au Niger et enquêtes en grappes à indicateurs multiples, 2012 (EDSN-MICS)], dépassant le seuil de 4,3 % nécessaire pour atteindre l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. Les mortalités maternelle et néonatale demeurent toutefois élevées surtout en milieu rural en raison de la précocité et du niveau élevé de la fécondité dans un contexte où plus de deux tiers (71 %) des accouchements surviennent sans assistance médicale. L'insuffisance et la répartition inégale des ressources, la dépendance par rapport aux financements extérieurs, l'enclavement de certaines localités et le nomadisme limitent l'accès équitable aux services de santé de qualité. La disponibilité insuffisante de médicaments essentiels et de points d'eau dans les structures de santé, la faiblesse au niveau technique et le retard dans le recours aux soins entravent l'utilisation de ces services.

4. Le niveau élevé de malnutrition chronique (46 %), atteignant 50 % à Maradi et Zinder, et le taux de malnutrition aiguë constamment au-dessus du seuil d'alerte (10 %) et du seuil d'urgence (15 %) pendant les années d'insécurité alimentaire accroissent les risques de morbidité et de mortalité et compromettent la croissance et le développement du jeune enfant. Les carences en micronutriments constituent un problème de santé publique majeur au Niger, où plus de 7 enfants sur 10 sont anémiés. Les pratiques d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) sont encore inadéquates. Seuls 23 % des nouveau-nés bénéficient d'allaitement maternel exclusif et la qualité de l'alimentation de complément n'est conforme aux standards que pour 3 enfants sur 100. Les principales causes sont l'insécurité alimentaire récurrente, les soins inadéquats aux niveaux familial et communautaire, la faible utilisation des services de santé exacerbée par la pauvreté, les inégalités sociales et la pression démographique. Le faible accès à l'eau potable et la défécation à l'air libre constituent également des facteurs aggravants.

5. La séroprévalence du VIH/sida varie de 0,8 % dans l'ensemble à 1,7 % parmi les femmes enceintes, dépassant 20 % parmi les professionnelles du sexe. Les femmes enceintes bénéficient d'un accès limité au conseil et dépistage du VIH lors des consultations prénatales et d'importants besoins non satisfaits de prise en charge des femmes enceintes et des enfants séropositifs ont été relevés. La faiblesse des connaissances des moyens de prévention, de la disponibilité des antirétroviraux et de l'accessibilité aux soins de qualité explique sans doute ce constat.

6. Malgré une amélioration continue des taux de scolarisation, les performances s'avèrent insuffisantes pour atteindre l'objectif 2 du Millénaire pour le développement et réduire les disparités entre les taux de scolarisation des garçons (88 %) et des filles (71 %), des citadins (108 %) et des ruraux (71 %). Ces inégalités sont principalement dues aux insuffisances en termes d'allocations de ressources, de capacité d'accueil et de personnel enseignant qualifié, à la précarité de

l'environnement scolaire et à la faible qualité de l'éducation, à la persistance de pratiques socioculturelles défavorables à l'éducation, surtout pour les filles, et à la pauvreté et à l'insécurité alimentaire limitant l'accès des plus défavorisés à l'éducation. L'augmentation rapide des effectifs scolarisables, qui devraient doubler entre 2010 et 2020, représente un défi majeur pour une offre de services éducatifs de qualité à tous les enfants.

7. Au Niger, les enfants sont exposés à diverses formes d'abus et de violences. Le taux d'enregistrement des naissances reste faible (32 %), surtout en milieu rural (25 %), et près de trois quarts des garçons et des filles travailleurs effectuent des travaux préjudiciables à leur développement. Le mariage précoce, touchant plus de 75 % des jeunes filles, est un problème majeur de protection de l'enfance, surtout en milieu rural. La faiblesse des mécanismes de coordination et de concertation avec les communautés et les enfants, la faible disponibilité et utilisation des services de protection, le maintien de pratiques traditionnelles favorisant le mariage précoce et le travail des enfants entravent leur protection. Les résistances de certains groupes de pression à l'adoption des textes de lois, y compris certaines dispositions de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) favorables à la promotion de l'égalité des sexes, constituent des contraintes majeures à la protection de la jeune fille et à la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE).

## **Principaux résultats et enseignements tirés de la coopération antérieure 2009-2013**

### **a) Principaux résultats obtenus**

8. Des résultats substantiels ont été enregistrés grâce à une mobilisation de ressources efficace, tant pour le programme régulier que pour l'urgence. Le Niger a enregistré une baisse de la mortalité des enfants de 6 % par an entre 2006 et 2012. Ces performances, supérieures à celles des pays voisins, ont été réalisées grâce à la promotion des pratiques familiales essentielles (PFE), à la lutte contre la malnutrition et à la réduction des barrières financières et géographiques à l'accès aux services de santé.

9. Dans le cadre de la réponse aux crises nutritionnelles de 2010 et 2012, le programme a soutenu la mise en place d'un réseau de plus de 800 centres de récupération nutritionnelle, permettant la prise en charge de plus d'un million d'enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère. La politique d'intégration de la prise en charge de la malnutrition encouragée et soutenue par l'UNICEF pose les jalons pour la pérennisation de cet acquis. La réponse aux urgences a été efficace grâce à une planification précoce et conjointe, une bonne coordination au sein des clusters où l'UNICEF a joué un rôle clef et une bonne mobilisation des ressources dans le cadre du Processus de l'appel consolidé.

10. Le programme a également contribué à l'amélioration de l'accès à l'éducation, avec un doublement du taux de préscolarisation et un accroissement du taux de scolarisation et d'achèvement primaire de 3 % par an.

11. Les résultats de l'évaluation du programme montrent que dans le domaine de la protection de l'enfance, l'amélioration du dispositif institutionnel via la création de directions départementales de l'état civil, la formation des juges et la création

d'une brigade pour les mineurs sont des acquis essentiels pour une approche systémique de la protection de l'enfance. Les interventions basées sur la communauté mises en œuvre dans les domaines des PFE, de l'Assainissement total piloté par la communauté (ATPC) et de la protection ont contribué à la prise de conscience et au changement de comportements favorables à une meilleure réalisation des droits de l'enfant. Le programme a contribué à l'adoption d'une politique nationale de protection sociale et au développement de stratégies opérationnelles comme le transfert de fonds en situation d'urgence.

## b) Leçons à retenir

12. La revue à mi-parcours du programme a montré que, dans un contexte de crises récurrentes, la mise en œuvre du programme régulier, tout en assurant une réponse efficace à l'urgence, exige : a) l'intégration de l'urgence dans les différentes composantes programmatiques; et b) la flexibilité et le renforcement des synergies dans la programmation, un suivi régulier et le développement de partenariats stratégiques pour améliorer le système d'alerte et de coordination de la réponse aux urgences, et la documentation et la capitalisation des leçons apprises pour harmoniser les interventions.

13. Selon les résultats de l'évaluation du programme, la mise en œuvre des interventions communautaires doit se fonder sur : a) l'implication des services étatiques et des élus locaux pour capitaliser les expériences et assurer l'appropriation et la pérennisation à travers l'engagement d'autres partenaires intervenant dans le domaine; b) la mobilisation des communautés et leur responsabilisation pour amorcer une dynamique de changement des normes et des comportements et créer une émulation favorable à leur diffusion; et c) la mise en œuvre de mécanismes de coordination et de concertation mettant en réseau les différents acteurs, comme dans le cas de l'ATPC, des PFE et de la protection de l'enfance.

## 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>	<b>Total</b>
Survie de l'enfant	18 000	35 675	<b>53 675</b>
Nutrition	15 500	22 702	<b>38 202</b>
Éducation	15 500	22 500	<b>38 000</b>
Protection de l'enfant	10 000	9 600	<b>19 600</b>
Communication pour le développement	10 000	7 100	<b>17 100</b>
Politique sociale, planification, suivi et évaluation	11 000	2 250	<b>13 250</b>
Intersectorielle	14 078	5 000	<b>19 078</b>
<b>Total*</b>	<b>94 078</b>	<b>104 827</b>	<b>198 905</b>

\* Sur la base des montants mobilisés au cours des dernières années, des fonds d'urgence (ORE) de 20 à 30 millions de dollars sont attendus annuellement, soit 100 à 150 millions pour 5 ans, non inclus dans le total ci-dessus.

## b) Processus de préparation

14. Le processus a commencé en 2011 lors de la revue à mi-parcours du programme, avec la participation des partenaires gouvernementaux, du système des Nations Unies (SNU), de la société civile, des enfants et des communautés. En 2012, la mise à jour de l'analyse de la situation et l'évaluation des stratégies du programme selon une approche basée sur l'équité ont guidé la définition de la vision stratégique et alimenté les discussions internes et les concertations avec le bureau régional lors du moment stratégique de réflexion. Les orientations stratégiques du programme sont alignées avec les priorités nationales du Plan de développement économique et social 2012-2015 et du plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2014-2018. Elles ont été validées par le Gouvernement et les acteurs de la société civile.

## c) Composantes du programme, résultats et stratégies

15. Le nouveau programme vise la pleine réalisation des droits des enfants du Niger et la réduction des disparités dans un souci d'équité. Il veillera à la consolidation des acquis à travers le passage à l'échelle des interventions réussies et le renforcement des synergies avec le SNU et les autres partenaires pour la mise en œuvre d'un paquet d'interventions permettant d'améliorer la résilience des communautés vulnérables. La plupart des interventions seront menées à l'échelle nationale, l'accent étant mis sur les régions d'Agadez, Diffa, Maradi, Tahoua et Zinder. Les filles, les ruraux, les plus pauvres et les nomades seront prioritairement ciblés, étant identifiés comme les plus défavorisés.

16. Chaque composante du programme mènera des interventions aux niveaux stratégique et opérationnel et intégrera un volet d'urgence conformément aux « Principaux engagements pour les enfants dans l'action humanitaire » pour répondre aux crises et catastrophes tout en assurant l'articulation entre l'humanitaire et le développement.

17. Le programme sera structuré en six composantes, avec les résultats suivants : **Survie de l'enfant** : a) les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, particulièrement les plus vulnérables, bénéficient de manière accrue des interventions à haut impact de qualité pour la prévention et la prise en charge des maladies de la mère et de l'enfant; b) les femmes enceintes, les adolescents et les enfants ont accès et utilisent de manière accrue des services de soins préventifs et curatifs de qualité pour une génération sans sida; et c) les enfants, particulièrement les plus vulnérables, ont un accès amélioré à l'eau potable et aux infrastructures d'assainissement adéquates dans les écoles, les centres de santé et les communautés pour la prévention des maladies. **Nutrition** : les enfants âgés de moins de 5 ans, les femmes enceintes et allaitantes, particulièrement les plus vulnérables, ont accès et utilisent de manière accrue des services promotionnels, préventifs et curatifs de qualité, pour la prévention de la malnutrition chronique, la prise en charge de la malnutrition aiguë et la réduction des carences en micronutriments. **Éducation** : les enfants scolarisables notamment les filles, les ruraux, et les enfants vulnérables ont accès et utilisent de manière accrue les services d'éducation de base de qualité. **Protection de l'enfance** : les enfants et les adolescents les plus vulnérables sont mieux protégés des abus, violences et exploitations. **Communication pour le développement** : les leaders, les communautés, les familles et les jeunes adoptent des normes et comportements plus favorables à la survie, au développement, à la

protection et à la participation des enfants. **Politique sociale, planification, suivi et évaluation** : les enfants, particulièrement les plus vulnérables, bénéficieront d'une meilleure prise en compte de leurs droits dans les politiques, stratégies et programmes de développement national et local ainsi que dans les allocations et l'utilisation des ressources publiques.

18. Les principales stratégies du programme seront fondées sur l'approche basée sur les droits humains et le genre : l'accent sera mis sur la participation des communautés, des enfants et des jeunes, et des interventions spécifiques cibleront les plus défavorisés. Elles consisteront à renforcer les capacités et les systèmes, la fourniture des services et la communication pour le développement. Chaque composante mettra en œuvre un volet plaidoyer et partenariat stratégique et un volet communautaire pour améliorer l'accès et l'utilisation des services fournis. La priorité sera accordée à la réduction des inégalités et à l'amélioration de la résilience des ménages, des communautés et des systèmes.

19. La résilience sera opérationnalisée à travers six piliers : a) la réduction de la prévalence de la malnutrition chronique; b) l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base; c) la promotion du changement social et de l'évolution des comportements; d) la mise en œuvre de la politique de protection sociale; e) l'opérationnalisation de mécanismes de prévention et de réponse aux risques (réduction des risques de catastrophe, adaptation au changement climatique et renforcement de la paix); et f) le partenariat stratégique.

*i) Survie de l'enfant*

20. Le programme s'appuiera sur les partenariats stratégiques développés avec le SNU (Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations Unies pour la population, Banque mondiale), GAVI, le Fonds mondial et les autres partenaires de la santé pour contribuer à la mise en œuvre de l'approche sectorielle et à l'accélération des progrès en améliorant la mobilisation et l'utilisation optimale des ressources. Il veillera à la réduction des disparités et à l'amélioration de la résilience des plus défavorisés.

21. Les acquis en termes de réduction de la mortalité infanto-juvénile seront consolidés et le programme se focalisera davantage sur la réduction des mortalités maternelle et néonatale. Le programme soutiendra le Système de suivi des résultats pour l'équité (MoRES) dans le Système national d'information sanitaire, la réforme du système national d'approvisionnement et de distribution, la révision des mécanismes de mise en œuvre de la gratuité des soins et la mise en place du nouveau paquet pour la case de santé. Les efforts seront intensifiés dans le cadre des campagnes de masse avec la poursuite de la distribution des moustiquaires imprégnées et du Programme élargi de vaccination pour éliminer le tétanos néonatal, contrôler la rougeole et éradiquer la poliomyélite. La mise à l'échelle de la Stratégie de survie de l'enfant permettra d'améliorer la qualité de la prise en charge des principales maladies tueuses (diarrhée, pneumonie, paludisme) à tous les niveaux, et notamment communautaire. Pour lutter contre les mortalités maternelle et néonatale, l'accent sera mis sur la Consultation prénatale recentrée (CPN-R) et le renforcement des Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU). Le paquet de prise en charge du nouveau-né sera étendu au niveau des structures sanitaires de premier recours et de référence (coin nouveau-né), ainsi qu'au niveau communautaire.

22. La Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) et la prise en charge pédiatrique des enfants infectés et affectés seront priorisées. Les sites PTME seront étendus à l'ensemble des formations sanitaires du pays. La PTME sera systématiquement intégrée dans les paquets CPN-R et les SONU. Le partenariat avec ONUSIDA sera renforcé pour assurer la complémentarité des interventions.

23. Le volet eau, hygiène, assainissement s'efforcera de développer l'approche sectorielle dans le cadre du partenariat Assainissement et eau pour tous (SWA). La mise en œuvre de l'Initiative de planification nationale pour les résultats permettra d'améliorer la coordination intersectorielle, la planification stratégique et le suivi et évaluation. Compte tenu du faible taux d'accès des communautés rurales à l'eau potable et du taux élevé de pannes des ouvrages (19 %), le programme soutiendra la mise en place d'un système fiable de suivi et de maintenance des infrastructures. Le programme contribuera au passage à l'échelle de l'ATPC, à la dotation des écoles et centres de santé des zones ciblées en points d'eau potable, latrines et en équipements de lavage des mains, ainsi qu'à la promotion de cette pratique. Les communautés éligibles seront dotées de forages à faibles coûts.

*ii) Nutrition*

24. La nutrition deviendra une composante programmatique à part entière. Elle visera à consolider les acquis en matière de prise en charge de la malnutrition aiguë, via la poursuite de la mise en œuvre de la politique d'intégration de la malnutrition aiguë dans les structures publiques et le renforcement des capacités des prestataires et des capacités de coordination des structures centrales, régionales et départementales. Dans le cadre de la lutte contre la malnutrition chronique, le programme soutiendra la mise en œuvre d'interventions multisectorielles et intégrées à grande échelle au cours de la fenêtre d'opportunité des mille premiers jours (de la gestation à l'âge de 2 ans). L'accent sera mis sur l'amélioration des pratiques recommandées d'ANJE, la supplémentation en vitamine A et le déparasitage, ainsi que la fortification alimentaire à domicile.

25. Ce programme travaillera en collaboration avec le Gouvernement, particulièrement dans le cadre de l'initiative « 3N » (les Nigériens nourrissent les Nigériens) et avec les plateformes initiative Renforcement de la nutrition et REACH. Un partenariat sera établi avec le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'OMS pour la prise en charge de la malnutrition aiguë, ainsi qu'avec différentes organisations non gouvernementales (ONG) pour les interventions communautaires. La collaboration avec le dispositif national de prévention et gestion des crises et les ONG nationales et internationales sera renforcée dans le cadre de la réponse aux urgences. Un partenariat sera établi avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le PAM, les Ministères de l'hydraulique, de l'agriculture et de l'éducation pour le renforcement de la résilience des ménages vulnérables. En s'appuyant sur les acquis de la gestion de la crise alimentaire et nutritionnelle de 2012, au cours de laquelle le « WASH in Nut » et la stimulation psychosociale ont été intégrés à la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère, la collaboration avec le secteur WASH (eau, assainissement et hygiène), la santé et la protection de l'enfance sera renforcée, afin d'accélérer l'amélioration de l'état nutritionnel des jeunes enfants.

iii) *Éducation*

26. Les interventions suivront trois axes principaux : le renforcement des capacités de gestion et de pilotage du système, l'amélioration de l'accès et du maintien des enfants à l'école, et l'amélioration de la qualité des apprentissages et des conditions d'enseignement. Le programme soutiendra la mise en œuvre de l'approche sectorielle à travers une meilleure implication dans la coordination du cadre de partenariat et le pilotage du Plan sectoriel de l'éducation et de la formation 2013-2020. La mise en œuvre du programme s'appuiera sur le Partenariat mondial pour l'éducation et des partenariats clefs tels que la stratégie conjointe d'alimentation scolaire avec le PAM, la FAO et ONU-Femmes, visant le maintien des filles à l'école et la réduction de déperdition scolaire liée à l'insécurité alimentaire.

27. Pour améliorer l'accès et le maintien des enfants à l'école dans un contexte d'accroissement rapide de la population scolarisable, le programme contribuera à la disponibilité d'infrastructures et d'équipements scolaires et au développement de modèles d'éducation inclusive et alternative. Il œuvrera à la réduction des disparités par des interventions en faveur de la scolarisation des filles, des enfants en milieu rural et des enfants ayant des besoins spécifiques. La qualité de l'éducation sera améliorée par la modélisation d'approches visant le renforcement des structures de formation des enseignants et d'encadrement pédagogique de proximité. Des normes fondamentales de qualité et d'équité seront adoptées et mises en œuvre. Il participera à la promotion de l'éducation pour la paix et à la réponse aux urgences.

iv) *Protection de l'enfance*

28. Cette composante contribuera au renforcement des services d'état civil dans les 266 communes et à la mise en œuvre d'un paquet de services de protection des enfants et des adolescents contre les abus, les violences et l'exploitation. Elle renforcera l'environnement juridique, institutionnel, communautaire et familial pour une meilleure réalisation des droits. Le programme poursuivra son appui aux institutions étatiques et non étatiques afin qu'elles disposent d'un cadre juridique et institutionnel harmonisé avec les conventions internationales. Le partenariat avec l'Assemblée nationale, la société civile et le SNU sera renforcé pour le plaidoyer. Le programme continuera à soutenir la mise en œuvre de l'approche systémique de la protection de l'enfance.

29. Il appuiera des initiatives de protection au niveau communautaire et travaillera en collaboration avec les écoles, les ONG et les organisations communautaires pour l'élimination des abus, des violences et de l'exploitation à l'encontre des enfants et particulièrement des adolescentes. Afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des enfants et adolescents à risque ou victimes, les capacités techniques des partenaires de l'action sociale et de la justice seront renforcées et les services éducatifs judiciaires et préventifs et les services sociaux des tribunaux seront développés.

v) *Communication pour le développement*

30. Cette nouvelle composante transversale assurera la coordination, l'intégration, et la modélisation des interventions visant le changement social et de comportement. Elle continuera à soutenir les approches communautaires actuelles (ATPC, protection, PFE) pour leur passage à l'échelle. Elle ciblera les familles et les ménages pour l'adoption de comportements positifs, ainsi que les adolescents en

tant qu'acteurs de développement et porteurs de changement. Les compétences de vie et la capacité de prise de décisions des adolescents seront renforcées. Les compétences en matière de leadership et d'organisation des communautés seront améliorées pour favoriser leur participation aux processus décisionnels et améliorer leur résilience.

31. Au niveau institutionnel, le programme soutiendra le développement des compétences des services techniques déconcentrés, des responsables communaux, des organes de presse et des structures représentatives de la jeunesse. Des alliances et des partenariats stratégiques seront créés ou renforcés avec les médias, les groupes de pression, les leaders et les élus locaux dans le domaine des normes sociales et de la participation des jeunes. Des partenariats seront également développés avec le SNU pour la prévention du VIH parmi les adolescents et la consolidation de la paix.

vi) *Politique sociale, planification et suivi*

32. Cette composante transversale contribuera à placer les droits des enfants au cœur des politiques nationales et des agendas de réformes financières tout en renforçant le développement local. Le programme soutiendra le système national de planification stratégique pour une bonne prise en compte des droits de l'enfant et de l'équité dans le Programme de développement économique et social (PDES) et les politiques sectorielles et la mise en œuvre de réformes visant l'efficacité et l'efficience budgétaires. L'appui à l'opérationnalisation de la Politique nationale de protection sociale permettra de réduire la vulnérabilité des enfants et de renforcer la résilience des familles. L'appui à la décentralisation se fera par la mise en œuvre de modèles décentralisés basés sur le renforcement de l'équité dans les zones de concentration du programme et par le soutien à l'opérationnalisation du transfert de compétences et des ressources aux collectivités territoriales.

33. Le programme œuvrera à l'amélioration et à la gestion des connaissances sur la situation des enfants et des femmes pour le plaider en faveur des droits de l'enfant et la formulation des politiques publiques. Il appuiera également le passage à l'échelle du MoRES à travers : le renforcement des systèmes d'information sectoriels notamment dans les domaines de la santé, de l'éducation et de la protection de l'enfant; le développement de partenariats avec l'Institut national de statistique, les ministères sectoriels et les instituts de recherche pour renforcer les mécanismes de suivi au niveau décentralisé et la levée des goulots d'étranglement limitant l'efficacité et l'impact des interventions; le renforcement des capacités nationales en matière de suivi et d'évaluation en vue de l'institutionnalisation de l'évaluation.

vii) *Intersectorielle*

34. La composante intersectorielle couvre les besoins en gestion et le soutien au programme, notamment les ressources humaines, le plaider et la mobilisation de fonds, l'approvisionnement, la logistique, le fonctionnement des bureaux de zone ainsi que les coûts administratifs et dépenses opérationnelles.

**d) Rapports avec les priorités nationales et le PNUAD**

35. Le programme est parfaitement aligné avec les priorités nationales du PDES 2012-2015, l'initiative « 3N » et les politiques et programmes sectoriels, traduisant

l'engagement du Gouvernement à atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement et à lutter contre la pauvreté et la vulnérabilité. Le programme contribuera à la réalisation des trois résultats stratégiques du PNUAD 2014-2018 : a) la résilience (sécurité alimentaire et nutritionnelle, gestion environnementale, prévention et gestion des risques et catastrophes); b) le développement social et le capital humain; et c) la promotion de la gouvernance, de la paix et de la sécurité.

**e) Rapports avec les priorités internationales**

36. Le programme est guidé par les principes de la CDE, de la CEDEF, du monde digne des enfants ainsi que des autres traités internationaux liés aux droits humains. Il s'inscrit dans les orientations internationales relatives aux objectifs du Millénaire pour le développement, à la Déclaration du Millénaire, au Plan stratégique à moyen terme, à la Promesse renouvelée et à l'agenda après-2015. Il contribuera à la réalisation des principes de la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

**Principaux partenariats**

37. Le programme renforcera les partenariats existants avec le Gouvernement, les ONG nationales et internationales, les partenaires techniques et financiers et les donateurs en vue de maximiser les résultats aux niveaux global et sectoriel. Les partenariats avec des structures nationales et locales (communautés, associations de jeunesse, collectivités territoriales, médias et secteur privé national) joueront un rôle clef dans les domaines du changement social et communautaire et du plaidoyer en faveur des droits des enfants. Le programme contribuera également au bon fonctionnement des clusters en vue d'une réponse coordonnée et multisectorielle aux urgences.

38. Au sein du SNU, la stratégie de partenariat sera inscrite dans le cadre de la mise en œuvre du PNUAD et des directives de « Unis dans l'action ». Le programme participera au développement d'initiatives conjointes avec les agences du SNU sur des thèmes prioritaires comme la résilience, la lutte contre le VIH/sida, la lutte contre les mortalités maternelle et néonatale, la protection sociale et la promotion des droits des enfants et des femmes.

**Suivi, évaluation et gestion du programme**

39. Le comité de pilotage assurera la coordination du programme sous l'égide du Ministère du plan, avec la participation des ministères impliqués dans la mise en œuvre des composantes programmatiques. La coordination s'inscrira dans les mécanismes nationaux de suivi du PDES.

40. Un système de suivi et évaluation participatif basé sur l'équité sera mis en place pour assurer le suivi de l'évolution des disparités et des goulots d'étranglement et guider la prise de décisions pour l'adoption des mesures correctrices appropriées. Les enquêtes, les études, les évaluations et le renforcement du suivi et de l'évaluation aux niveaux national et communautaire prévus dans le Plan intégré de suivi et d'évaluation (PISE) permettront de disposer de données quantitatives et qualitatives pour le suivi de toutes les composantes du programme. Une collecte de données complémentaires est prévue en 2013 pour renseigner la situation de référence de tous les indicateurs retenus dans la matrice des résultats.

L'analyse continue de la situation des enfants et des femmes, l'évaluation des principales composantes selon une approche basée sur l'équité et la revue à mi-parcours prévue en 2016 permettront de guider la mise en œuvre du programme et de documenter les leçons apprises. Devinfo sera utilisée pour promouvoir une meilleure utilisation des données pour la prise de décisions. Les évaluations rapides des situations humanitaires et la mise en œuvre de l'Approche harmonisée de transferts de fonds figurent également parmi les priorités. Ces activités contribueront au renforcement du système de suivi et évaluation du PNUAD et des programmes nationaux.

---