



Objectif de Politique

1. Mise en Place d'un Environnement Favorable

Les lois et règlements nationaux promeuvent certains soins de santé pour les femmes enceintes, mais laissent de côté certains aspects importants de la santé des jeunes enfants. Le Burkina a une politique multisectorielle explicite appelée Stratégie Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance (2007), mais la coordination au niveau de la prestation de services a besoin de plus d'attention. En termes de financement DPE, aucun critère transparent pour l'allocation des ressources n'est utilisé dans le secteur de l'éducation, alors que certains critères sont utilisés dans les secteurs de la santé et de la nutrition. Globalement, le niveau de financement du DPE n'est pas adéquat dans le secteur de l'éducation. Le secteur de la santé est plus adéquatement financé que le secteur de l'éducation.

2. Mise en Oeuvre à Grande Echelle

Plus d'attention à l'équité dans l'accès aux services de DPE est nécessaire au Burkina Faso. Malgré les efforts du gouvernement pour assurer l'accès aux services essentiels de DPE pour tous les enfants, les niveaux de couverture restent faibles, en particulier pour les enfants issus de familles défavorisées et ceux qui vivent dans les zones rurales ou marginalisés. La prestation de services de DPE devrait être élargie dans tous les secteurs afin de s'assurer que les enfants ont la possibilité d'atteindre leur plein potentiel dans la vie

1. Surveillance et Assurance de la Qualité

Des normes de qualité d'infrastructure et de prestation de service sont établies pour les établissements d'éducation de la petite enfance, mais la conformité avec ces normes n'est pas systématiquement contrôlée par le gouvernement. Plus de 90% des centres d'éducation de la petite enfance sont gérés par la communauté de base et les opérateurs privés. Le Ministère de l'action sociale et le Ministère de l'éducation tentent d'augmenter le nombre de ces centres qui sont enregistrés auprès du gouvernement afin de mieux surveiller leur conformité avec les normes officielles.

Situation

Emergent



Emergent



Emergent



Approche Systémique pour de Meilleurs Résultats en Matière d'Éducation – Développement de la Petite Enfance (SABER-DPE)

SABER - DPE recueille, analyse et diffuse des informations complètes sur les politiques de DPE à travers le monde. Dans chaque pays participant, il y a une littérature diversifiée, et des entrevues avec un éventail d'intervenants de DPE, y compris les responsables gouvernementaux, les fournisseurs de services, la société civile, les partenaires au développement et des universitaires. Le cadre SABER-DPE présente une évaluation globale et intégrée de la façon dont l'environnement de politique générale dans un pays affecte le développement des jeunes enfants. Cette évaluation peut être utilisée pour identifier la façon dont les pays abordent les mêmes défis politiques liés au DPE, avec le but ultime de l'élaboration de politiques efficaces pour les jeunes enfants et leurs familles.

Encadré 1 présente une liste abrégée des interventions et des politiques que l'approche SABER-ECD recherche dans les pays lors de l'évaluation du niveau de développement de la politique de DPE. Cette liste n'est pas exhaustive, mais vise à fournir une liste initiale de contrôle pour les pays afin de prendre en compte les politiques et les interventions clés nécessaires dans tous les secteurs.

Trois Objectifs Stratégiques de la Politique de Développement de la Petite Enfance

SABER-DPE identifie trois objectifs de la politique de base auxquels les pays devraient s'attaquer pour assurer des résultats optimaux au DPE: l'établissement d'un environnement favorable, l'exécution et la surveillance à grande échelle et assurer la qualité. Améliorer le DPE nécessite une approche intégrée pour répondre aux trois objectifs. Comme décrit dans la figure 1, pour chaque objectif de politique, une série de leviers politiques sont identifiés à travers lesquels les décideurs peuvent renforcer le DPE. Renforcer les politiques de DPE peut être considéré comme une continuité ; tel que décrit dans le tableau 1 à la page suivante, les pays peuvent aller d'une situation latente à un niveau avancé de développement dans les différents leviers et objectifs politiques.

Encadré 1 : Liste de Contrôle pour examiner la façon dont le DPE est promu au niveau pays

Qu'est-ce qui devrait être mis en place au niveau national pour promouvoir des interventions coordonnées et intégrées du DPE pour les jeunes enfants et leurs familles ?	
Soins de Santé	
<ul style="list-style-type: none"> • Examens de santé standard pour femmes enceintes • Agents de santé qualifiés à l'accouchement • Vaccination des enfants • Consultations régulières des enfants 	
Nutrition	
<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'allaitement au sein • Iodation du sel • Enrichissement en fer 	
Apprentissage Précoce	
<ul style="list-style-type: none"> • Programmes d'éducation parentale (pendant la grossesse, après l'accouchement et pendant la petite enfance) • Service de garde des enfants (de grande qualité) surtout pour les parents qui travaillent • Ecole préscolaire gratuite (de préférence deux ans avec un programme d'étude et des salles de classes appro-priées et des mécanismes d'assurance de la qualité) 	
Protection Sociale	
<ul style="list-style-type: none"> • Services pour orphelins et enfants vulnérables • Politiques pour la protection des enfants avec des besoins spéciaux et promouvoir leur participation/leur accès aux services du DPE • Mécanismes de transfert financier ou de soutien de revenus pour joindre les familles les plus vulnérables (pourraient inclure des transferts en espèces, la protection sociale, etc.) 	
Protection de l'Enfant	
<ul style="list-style-type: none"> • Enregistrement de naissance exigée • Protection de l'emploi et pauses d'allaitement pour les nouvelles mères • Dispositions particulières dans le système judiciaire pour jeunes enfants • Garanti de congés parentaux payés pour moins de six mois • Lois sur la violence domestique et leur application • Suivi de la maltraitance des enfants (spécialement pour jeunes enfants) • Formation des agents chargés de l'application de la loi en ce qui concerne les besoins particuliers des jeunes enfants 	

Figure 1 : Trois principaux objectifs de la politique de DPE

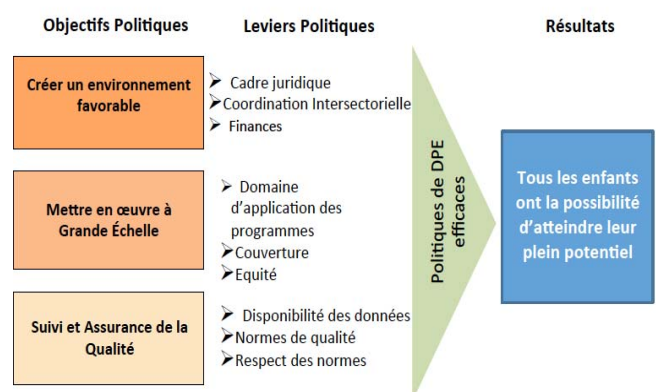






Tableau 1 : Objectif de politique et niveaux de développement du DPE

Objectif de Politique du DPE	Niveau de Développement			
	Latent	Emerging	Established	Advanced
	 Latent	 Emergent	 Etabli	 Avancé
Etablissement d'un environnement favorable	Cadre juridique inexistant ; financement ad-hoc ; faible coordination intersectorielle.	Cadre juridique minimal ; certains programmes ont un financement durable ; un certain degré de coordination intersectorielle.	Règlements dans certains secteurs ; fonctionnement de la coordination intersectorielle ; financement durable.	Cadre juridique développé ; coordination inter-institutionnelle solide ; financement durable.
Mise en œuvre générale	Faible couverture ; programmes pilotes dans certains secteurs ; forte inégalité dans l'accès et aux résultats.	Extension de la couverture, mais des lacunes demeurent ; des programmes mis en place dans quelques secteurs ; inégalité dans l'accès et aux résultats.	Couverture quasi-universelle dans certains secteurs ; programmes établis dans la plupart des secteurs ; une faible inégalité dans l'accès.	Couverture universelle ; stratégies globales dans tous les secteurs, services intégrés pour tous, certains adaptés et ciblés.
Surveillance et Assurance de la Qualité	Un minimum de données d'enquête disponibles ; normes limitées pour la fourniture de services de DPE ; pas de mise en application.	Informations sur les résultats au niveau national ; les normes pour les services existent dans certains secteurs ; aucun système pour surveiller la conformité.	Informations sur les résultats au niveau national, régional et local ; les normes pour les services existent pour la plupart des secteurs ; le système en place pour surveiller régulièrement la conformité.	Informations sur les résultats du niveau national au niveau individuel ; des normes existent pour tous les secteurs ; système en place pour assurer un suivi régulier et contrôler la conformité.

Objectif 1 de la Politique : Créer un Environnement Favorable

➤ Leviers Politiques : Cadre Juridique • Coordination Intersectorielle • Finance

Un environnement favorable est indispensable à la conception et à la mise en œuvre de politiques efficaces de DPE¹. Les composantes essentielles d'un environnement favorable sont : l'existence d'un cadre juridique et réglementaire adéquat pour soutenir le DPE ; la coordination au sein des secteurs et entre les institutions afin de fournir les services de manière efficace ; et des ressources fiscales suffisantes dotées de mécanismes d'allocations transparents et efficaces.

Levier Politique 1.1 : Cadre Juridique



Le cadre juridique comprend toutes les dispositions législatives et réglementaires pouvant affecter le développement des jeunes enfants dans un pays. Les dispositions législatives et réglementaires ayant un impact sur le DPE sont diverses en raison du large éventail de secteurs qui influencent le DPE et à cause des

différents intervenants que la politique de DPE peut et devrait cibler, tels que les femmes enceintes, les jeunes enfants, les parents et les personnes qui en ont la responsabilité.

Les lois nationales prescrivent une disposition des soins de santé pour les femmes enceintes. En vertu de la Politique Nationale de Santé (*La politique nationale de santé*) (2010), le Gouvernement du Burkina Faso (GdBF) offre des visites prénatales gratuites aux femmes et subventionne 80% du coût de la prestation. Selon cette politique, des examens de santé standard pour le VIH et les MST sont fournis pour les femmes enceintes, en plus d'orientations vers d'autres services si nécessaires.

Les lois et règlements nationaux omettent certains aspects importants de la santé pour les jeunes enfants, y compris la prestation d'un cycle complet de vaccination des enfants et en fournissant des visites médicales aux enfants après 5 ans. Selon la Direction de la prévention par les vaccinations du Ministère de la Santé, les enfants doivent recevoir des vaccins leur permettant d'être immunisés contre certaines maladies

¹ Brinkerhoff, 2009 ; Britto, Yoshikawa & Boller, 2011 ; Vargas-Baron, 2005

des enfants² sauf pour la méningite et les oreillons ce qu'ils font seulement en cas d'épidémie.

Selon la Politique Nationale de Santé - guide national de référence Politique Nationale de la Santé - document national de référence Contre- Référence, des visites médicales régulières pour le e bien-être de l'enfant sont prévues pour les jeunes enfants âgés de moins de 5 ans. Après 5 ans, les enfants n'ont droit seulement aux visites médicales qu'en cas de paludisme. La fréquence des visites avant cinq ans est la suivante: deux fois avant un mois, une fois par mois entre deux mois- 12 mois et tous les trois mois entre 1 et 5 ans. Cependant, il n'existe aucune politique en place pour des visites régulières de l'enfant après 5 ans. Le GdBF est dans le processus d'élaboration d'un texte juridique pour les services en faveur des enfants âgés de plus de 5 ans.

Les lois nationales prescrivent une disposition d'apport alimentaire approprié pour les femmes enceintes et les enfants. La politique de la nutrition (Politique de la Nutrition, 2007) encourage l'allaitement maternel. En outre, elle exige l'enrichissement des aliments, y compris l'enrichissement de l'huile en vitamine A, le sel avec de l'iode et le blé avec du fer. Cependant, le maïs et le riz ne sont pas tenus d'être enrichis selon cette politique.

Certaines politiques protègent les femmes enceintes et les nouvelles mères et favorisent les opportunités pour les parents de prodiguer des soins aux nouveau-nés et aux nourrissons dans leur première année de vie ; Toutefois, davantage pourrait être fait. Selon le Code du travail (Code du Travail, 2008), le Burkina Faso offre 14 semaines rémunérées à 100% tandis que le congé de paternité est de trois jours. En outre, certaines des lignes directrices proposées par la convention de l'OIT sur la protection de la maternité sont suivies au Burkina Faso. Le Code du Travail du Burkina Faso (2008) pénalise et empêche le licenciement des femmes enceintes. Cependant, il ne est pas illégal pour un employeur de poser des questions sur la situation de famille au cours d'une entrevue d'emploi, les employeurs ne sont pas tenus de donner aux employés un poste équivalent à leur retour de congé de maternité, les employeurs sont tenus de fournir des temps de pause pour les mères allaitantes (1 heure et 30 minutes- mais seulement pour le service public), et des salles de soins infirmiers ne sont pas garantis. Le Tableau 2 montre que les politiques de congé

au Burkina Faso sont comparables à celles offertes par d'autres pays de la région.

Tableau 2 : Comparaison des politiques de congés de maternité et de paternité en Afrique Sub-saharienne

Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal
98 jours de congés de maternité avec 100% du salaire, 3 jours avec 100 % du salaire pour les pères	98 jours de congés de maternité avec 100% du salaire, 2 avec 100 % du salaire pour les pères	98 jours de congés de maternité avec 100 % du salaire, 3 jours avec 100 % du salaire pour les pères.	98 jours de congés de maternité avec 100% du salaire, 1 jour avec 100 % du salaire pour les pères	98 jours de congés de maternité avec 100% du salaire, aucune donnée sur les congés de paternité

Source : OIT, 2012

L'éducation préscolaire n'est pas obligatoire, ni gratuite dans le pays. Le taux brut de scolarisation au Burkina Faso est de seulement 3,5% avec plus de 85% des effectifs dans le secteur non gouvernemental et privé (ISU, 2011 -2012).

Les politiques et les services de garde et de protection sociale sont bien développés. Selon le Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale (MASSN), il y a une politique qui exige l'enregistrement des enfants à la naissance. Le GdBF favorise la réduction de la violence familiale à travers les initiatives suivantes : la prévention de la violence par le biais de visites à domicile, l'offre de formation pour l'éducation et la protection de la petite enfance (EPPE), la sensibilisation des enseignants sur la maltraitance et la négligence, le suivi de la maltraitance des enfants et le reporting des activités. Selon le MASSN, le système judiciaire national offre une formation pour les juges, les avocats, les agents d'application de la loi, des tribunaux spécialisés, et soutient la création de services juridiques spécialisés pour enfants.

² PEV un cours complet sur les vaccinations vise 9 vaccins qui préviennent les maladies : tuberculose ; diphthérie ; coqueluche ; tétanos ; poliomyélite ; rougeole ; hépatite B ; Haemophilus influenza type b ; et fièvre jaune.

Principales Lois et Réglementations régissant le DPE au Burkina Faso

- Stratégie Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance (SNDIPE)
- Programme National d'Education Préscolaire (PNEP)
- Programme national d'éducation parentale
- Politique nationale de santé révisée 2010
- Politique de nutrition révisée 2007

Levier Politique 1.2 : Coordination Intersectorielle



Le développement au cours de la petite enfance est un processus multidimensionnel.³ Afin de satisfaire aux divers besoins des enfants au cours de leurs premières années de vie, la coordination gouvernementale est essentielle, aussi bien horizontalement entre les différents secteurs, que verticalement, du niveau local au niveau national. Dans de nombreux pays, les acteurs non-étatiques (aussi bien nationaux qu'internationaux) participent à la prestation des services du DPE ; pour cette raison, les mécanismes de coordination avec les acteurs privés sont aussi essentiels.

Le Burkina Faso a une politique de DPE multisectorielle explicite. En 2007, la Stratégie Nationale de Développement Intégré de la Petite Enfance a été adoptée par le conseil des Ministres. La stratégie décennale couvre l'Éducation, la Santé, la Nutrition, la Protection Sociale, la Protection de l'Enfant et l'Eau, l'Assainissement et l'Hygiène et est applicable aux niveaux national, régional, provincial et communal. Cependant, il n'y a pas de plans de mise en œuvre ou de mobilisation des ressources pour la stratégie. Il convient de noter qu'un plan pour le développement intégré du DPE a été élaboré en 2008, pour couvrir la période 2009-2012, mais aucun fonds n'a été mobilisé pour sa mise en œuvre.

Bien qu'il n'y ait pas d'ancrage institutionnel désigné pour coordonner le DPE dans tous les secteurs- y compris la santé, l'éducation, la protection sociale et la nutrition, il y a des unités spécialement chargées de programmes de développement et de politique de DPE dans le MASSN et le MENA. Au niveau du MASSN, la Direction de la Petite Enfance (*Direction de la Promotion de l'encadrement de la Prime Enfance*) veille à la mise en

œuvre des programmes de développement pour les enfants de moins 0-3 ans, tandis que la Direction du Développement de l'Education Préscolaire est responsable de l'éducation pré-primaire pour les 3-5 ans au sein du MENA. Les différents acteurs chargés de la mise en œuvre de la *stratégie nationale de développement intégré de la petite enfance* ne se rencontrent pas régulièrement. Cependant, il existe des manuels de prestation de services intégrés et les directives sont disponibles. Par exemple, il existe des manuels pour les programmes d'enseignement et l'éducation des parents et des lignes directrices pour les travailleurs de terrain.

Selon le MASSN, des réunions annuelles de coordination sont organisées entre acteurs étatiques et non étatiques. Il s'agit des sessions du conseil national pour l'enfance.

Encadré 2 : L'expérience chilienne : avantages de la conception de la politique multisectorielle et mise en œuvre

³ Naudeau et al., 2011; UNESCO-OREALC, 2004; Neuman, 2007

Résumé : Une politique de DPE multisectorielle est un document exhaustif qui articule les services offerts aux enfants et aux autres intervenants clés, y compris les responsabilités des fournisseurs de services et des décideurs politiques. La politique présente également le cadre juridique et réglementaire dans un pays et aborde les éventuelles lacunes. En règle générale, une politique peut inclure un ensemble de buts ou d'objectifs et un plan de mise en œuvre qui décrit la façon dont ils seront atteints. Les avantages de le faire sont multiples. Le processus de préparation exige que toutes les parties prenantes y contribuent, ce qui favorise une approche plus holistique, synergique au DPE et identifie une possible duplication des objectifs par les acteurs individuels. Un autre avantage est que le cadre de politique clarifie les limites dans lesquelles toutes les parties prenantes fonctionneront et créeront des mécanismes de responsabilisation.

Un tel exemple est Chile Crece Contigo ("Le Chili grandit avec toi", CCC), une politique intersectorielle mise en place en 2005. L'approche multi disciplinaire est conçue pour atteindre une qualité élevée de DPE en protégeant les enfants dès la conception avec des services pertinents et opportuns qui offrent des possibilités de stimulation précoce et de développement. Un élément essentiel du système est qu'il fournit un soutien différencié et garantit des services essentiels aux enfants des 40 % foyers les plus pauvres, y compris l'accès gratuit à l'école préscolaire. En outre, CCC exige la fourniture de services en faveur des orphelins, des enfants vulnérables et des enfants ayant des besoins spéciaux. La création et la mise en œuvre de CCC a été accompli à travers une approche multisectorielle, hautement synergique à tous les niveaux de gouvernement. Au niveau central, le Conseil Présidentiel est responsable de l'élaboration, de la planification et du budget du programme. A chacun des niveaux national, régional, provincial et local, il existe des organismes institutionnels chargés de la supervision et du soutien, de l'action opérationnelle, ainsi que du développement, de la planification et du budget pour chaque niveau respectif. La Loi *Chili Crece Contigo* (n° 20.379) a été créée en 2009.

Considérations essentielles pour le Burkina Faso :

- ✓ Politique Multisectorielle qui articule les responsabilités de chaque entité gouvernementale
- ✓ Approche hautement synergique de prestation de service
- ✓ Soutien garanti aux ménages les plus pauvres

**Levier Politique 1.3 :
Finance**



Bien que les cadres juridiques et la coordination intersectorielle soient indispensables à l'établissement d'un environnement propice au développement du jeune enfant, l'investissement financier adéquat est essentiel pour s'assurer que les ressources sont disponibles pour mettre en œuvre les politiques et atteindre les objectifs de prestation de services. Les investissements dans le DPE peuvent donner des rendements élevés publics, mais ils sont souvent sous-approvisionnés sans le soutien du gouvernement. Les investissements dans les premières années peuvent donner des rendements plus élevés que ceux d'investissements équivalents réalisés plus tard dans le cycle de vie d'un enfant et peuvent conduire à des avantages intergénérationnels durables⁴. Non seulement les investissements dans le DPE génèrent des rendements élevés et persistants, mais ils peuvent aussi améliorer l'efficacité des autres investissements sociaux et aider les gouvernements à répondre à plusieurs priorités avec des investissements individuels.

Le processus budgétaire est quelque peu transparent au Burkina Faso dans le secteur de la santé, mais pas transparent dans le secteur de l'éducation. Aucun critère n'est utilisé dans le secteur de l'éducation afin de déterminer les allocations budgétaires, tandis que certains critères sont utilisés dans les secteurs de la santé et de la nutrition. Le budget pour le DPE est coordonné à travers le MASSN et le MENA. Les deux ministères tiennent des réunions conjointes pour la planification et la répartition du budget. Le gouvernement peut rapporter fidèlement les dépenses publiques en faveur du DPE dans la santé, l'éducation, la protection sociale, et la nutrition.

Le niveau de financement du DPE est inadéquat. Le tableau 3 affiche la répartition des dépenses préscolaires dans d'autres pays de la région. Les données des dépenses publiques de 2007 montrent que 0,6% du budget de l'éducation publique a été consacré à l'éducation préscolaire. Selon MICS en 2011, 32% des vaccins du PEV de routine ont été financés par le gouvernement.

⁴ Valerio & Garcia, 2012; OMS, 2005; Hanushek & Kimko, 2000 ; Hanushek & Luque, 2003

Tableau 3 : Dépenses Publiques au Préscolaire dans certains pays Africains Sub-Sahariens

	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal
Répartition des dépenses publiques d'éducation au préscolaire	0.6 %	NA	0.3 %	2.0 %	0.3 %
Dépense Préscolaire en pourcentage du PIB	0.1 %	NA	NA	0.1%	NA

Source : UNESCO Institut des Statistiques, 2010-2012 (données les plus récentes disponibles)

Le niveau des finances publiques est quelque peu équitablement réparti entre les différents segments de la société. Pour les centres d'éveil et d'éducation préscolaire publics, les coûts varient selon le milieu (urbain, semi-urbain ou rural). Le gouvernement n'assure que les premiers investissements (bâtiment et équipement) et les salaires du personnel fonctionnaire (éducateur de jeunes enfants et moniteur d'éducation de jeunes enfants). D'autres types de frais qui sont facturés et qui peuvent varier considérablement d'un centre à l'autre comprennent : frais d'inscription, frais de scolarité, frais de fournitures pédagogiques, frais goûter, frais d'uniforme frais des associations de parents d'enfants. Dans le secteur de la santé, 20% des frais de main-d'œuvre sont imputés aux mères, tandis que le traitement pour les vaccinations, la diarrhée, la tuberculose, les soins prénatals sont gratuits. Selon l'OMS, les dépenses personnelles de santé en pourcentage des dépenses totales de santé sont de 36% en 2012 pour le Burkina Faso. Tableau 4 compare les indicateurs de dépenses de santé au Burkina Faso avec d'autres pays de la région. Il est intéressant de noter que le gouvernement du Burkina Faso dépense plus en santé par habitant que le Mali et le Niger, pays de comparaison.

Tableau 4 : Comparaison Régionale des indicateurs de dépenses de santé

	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal
Dépense totale pour la Santé en pourcentage du PIB	6 %	7 %	6 %	7 %	5 %
Dépenses personnelles en pourcentage des dépenses totales de santé en pourcentage des dépenses de santé privées	80 %	77 %	100 %	88 %	77 %
Dépenses des administrations publiques de santé par habitant (ajusté en parité de pouvoir d'achat)	90	144	74	44	96
Vaccins de routine du PEV financés par le gouvernement	32 %	30 %	NA	14 %	32 %

Source : OMS Base de données Mondiales des Dépenses en Santé, 2013 ; UNICEF, 2013

Le niveau de rémunération pour le personnel de service de l'EPPE est faible par rapport à d'autres professionnels du développement humain dans le pays. Dans les centres de la petite enfance, le salaire minimum pour un éducateur du préscolaire formé est de 40 % inférieur à celui d'un enseignant de l'école primaire (210 USD par an contre 371 USD par an). Ces salaires reflètent les exigences du gouvernement pour les enseignants qualifiés, mais en réalité, les majorités des enseignants ne sont pas formés et travaillent dans le secteur non-gouvernemental où leur rémunération est probablement de moins 210 USD par an perçus par les éducateurs du préscolaire public. Les professionnels des centres communautaires de garderie d'enfants, ne sont pas payés par le gouvernement. Les *Bisongos* sont la forme prédominante de garderie de base communautaire au Burkina et ces enseignants sont payés par la communauté. En outre, les professionnels des services de vulgarisation de la santé ne sont pas payés par le gouvernement.

Options politiques visant à renforcer un Environnement favorable pour le DPE au Burkina Faso

- **Cadre Juridique** – Le Burkina Faso a élaboré des politiques et règlements dans tous les secteurs concernés pour soutenir le DPE. Bien que le gouvernement ait introduit un certain nombre de politiques au cours des dernières années pour soutenir l'éducation préscolaire, les taux de scolarisation préprimaire restent très faibles au Burkina Faso. Le Burkina Faso pourrait envisager l'introduction d'une politique de l'éducation préscolaire obligatoire et une approche progressive pour étendre la couverture universelle. En termes de politique de santé, le GdBF devrait envisager d'étendre les lois et règlements nationaux afin d'exiger un cycle complet d'immunisation des enfants, y compris pour la méningite et les oreillons. Il devrait envisager de renforcer les politiques qui protègent les femmes enceintes et les nouvelles mères et promouvoir les possibilités pour les parents de fournir des soins pour les nouveaux nés y compris - ce qui rendrait illégal pour un employeur de poser des questions sur la situation de famille et un emploi garanti à leur retour de congé parental.
- **Coordination Intersectorielle** – Élaborer un plan de mise en œuvre budgétisé pour soutenir la politique multi-sectorielle. Le gouvernement pourrait envisager de former un groupe de travail multi-sectoriel dont le premier projet pourrait être d'identifier les ressources disponibles au sein du GdBF et dans le secteur public/privé pour la mise en œuvre de la politique multi-sectorielle. Il est important que l'écart entre les ressources internes disponibles et le coût de la mise en œuvre de la politique soit identifié. La formation et les capacités du personnel du gouvernement devant leur permettre de s'engager et de défendre efficacement le soutien financier de donateurs *internationaux* soutiendraient grandement les efforts visant à mobiliser les ressources vers le DPE.
- **Finance** – Il est important que le gouvernement s'engage à un soutien financier durable pour la mise en œuvre des politiques de DPE.

- Actuellement, le gouvernement fournit un financement limité au DPE et il n'y a pas de mécanismes pour les ministères visant à coordonner les dépenses sur le DPE. Le GdBF pourrait améliorer la collecte de données par l'entremise des ministères concernés sur les dépenses par groupe d'âge afin de mieux suivre les ressources disponibles liées au DPE. Ils devraient également élaborer des mécanismes pour la planification conjointe des dépenses sur le DPE et / ou le partage des données sur les allocations budgétaires liées au DPE et aux dépenses.

Objectif Politique 2 : Mise en œuvre à Grande Echelle

➤ Leviers Politiques : Portée des Programmes • Couverture • Équité

La mise en œuvre à grande échelle fait référence à la portée des programmes du DPE disponibles, à l'étendue de la couverture (en pourcentage de la population éligible) et au degré d'équité dans la prestation de services du DPE. Par définition, une attention sur le DPE implique (au minimum) des interventions en matière de santé, de nutrition, d'éducation, de protection de l'enfant et de protection sociale et devrait cibler les femmes enceintes, les jeunes enfants et leurs parents, les éducateurs et les soignants. Une politique du DPE conséquente devrait inclure des programmes dans tous les secteurs essentiels; fournir une couverture comparable et un accès équitable par les régions et le statut socio-économique - en particulier afin d'atteindre les jeunes enfants les plus défavorisés et leurs familles.

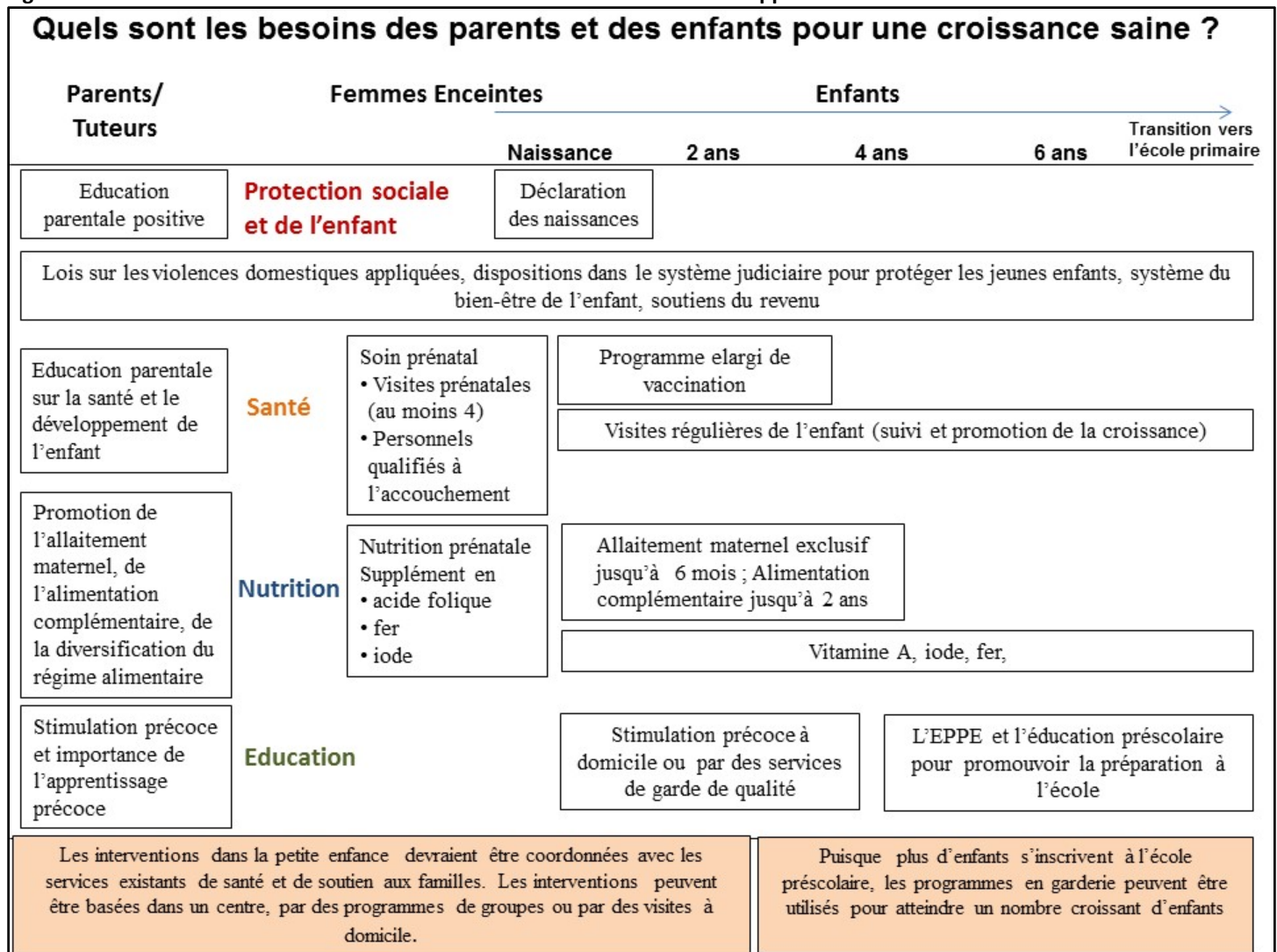
Levier Politique 2.1 : Portée des Programmes

Emergent



Des systèmes efficaces de DPE ont des programmes établis dans tous les secteurs essentiels et veillent à ce que tous les enfants et les femmes enceintes aient un accès garanti aux services essentiels et aux interventions dont ils ont besoin pour vivre sainement. La portée des programmes évalue dans quelle mesure les programmes du DPE dans tous les secteurs clés atteignent tous les bénéficiaires. La figure 2 présente un résumé des principales interventions nécessaires pour soutenir les jeunes enfants et leurs familles par l'intermédiaire des différents secteurs à différents stades de la vie d'un enfant.

Figure 2 : Interventions Essentielles durant les Différentes Périodes de Développement



Le Tableau 1 résume l'éventail des interventions du DPE disponibles au Burkina Faso actuellement.

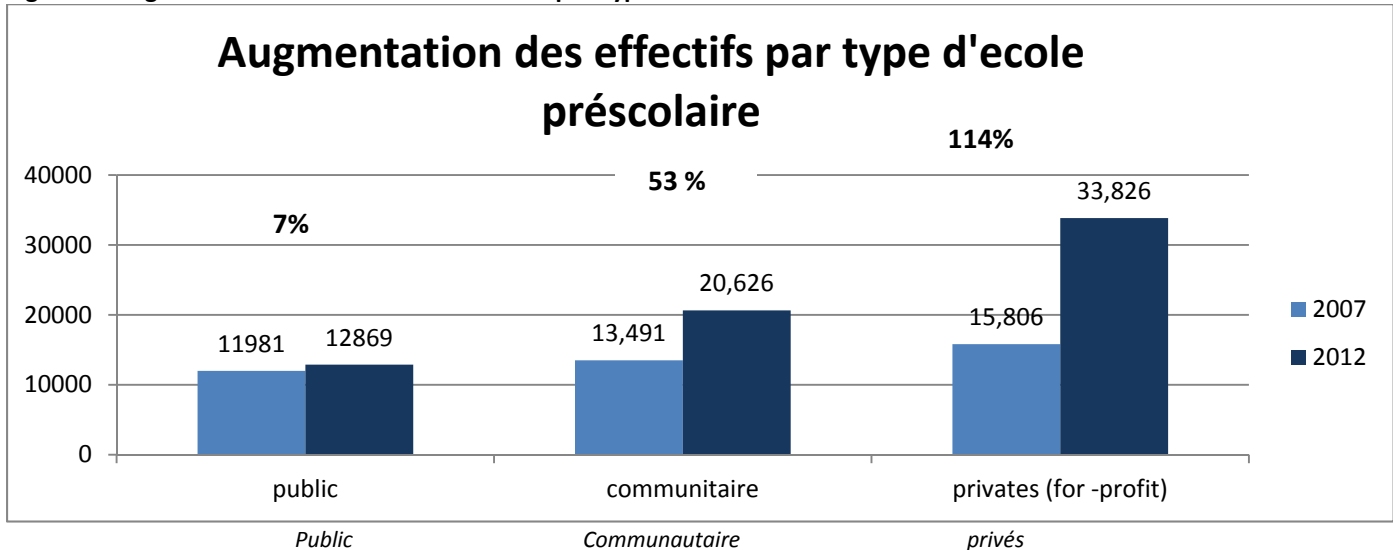
Tableau 1 : Les Programmes et la Couverture du DPE au Burkina Faso

Programmes et Couverture du DPE au Burkina Faso				
Intervention du DPE	Echelle			
	Programmes Pilotes	Faible couverture, toutes régions	Forte couverture, quelques régions	Echelle Nationale
Santé				
Soin de Santé prénatal		X		
Vaccination complète pour nourissons				X ⁵
Bien-être de l'enfance et surveillance de la croissance	X			
Education				
Education et Protection de la Petite Enfance dans le Public		X		
Education de la Petite Enfance dans le Privé		X		
Education et Protection de la Petite Enfance dans la communauté de Base		X		
Nutrition				
Appui en Micronutriments pour femmes enceintes		X		
Complémentaires pour femmes enceintes	X			
Support en Micronutriments pour jeunes enfants	X			
Complément alimentaires pour jeunes enfants	X			
Enrichissement des aliments				X
Programme alimentaire dans le préscolaire	X			
Parentalité				
Education Parentale intégrée dans les programmes de santé communautaires		X		
Visite à domicile pour fournir des messages d'éducation parentale		X		
Lutte contre la pauvreté				
Transfert monétaire conditionné par les services de DPE ou inscription	NA			
Besoin spéciaux				
Programmes pour OVCs	X			

Les modèles d'éducation préscolaire en vigueur au Burkina Faso à l'heure actuelle comprennent ceux gérés par le secteur public, le secteur privé, et ceux qui sont gérés par la communauté. Il y avait 309 centres communautaires et les 522 centres privés à but lucratif enregistrés en 2012-2013. Le gouvernement dispose également d'environ 90 centres d'éveil et d'éducation préscolaire publics qui sont concentrés dans les principales villes. Les centres communautaires appelés espaces d'entraide communautaire pour l'enfance/Bisongo et espace d'éveil éducatif (3E) sont financés par des partenaires comme UNICEF, Bornefonden, Hunger project et Solidar Suisse. Le fonctionnement de ce modèle est financé par la communauté tandis que l'assistance technique pour mise en place des centres, et la formation des animateurs sont assurées par l'Etat et ses partenaires.

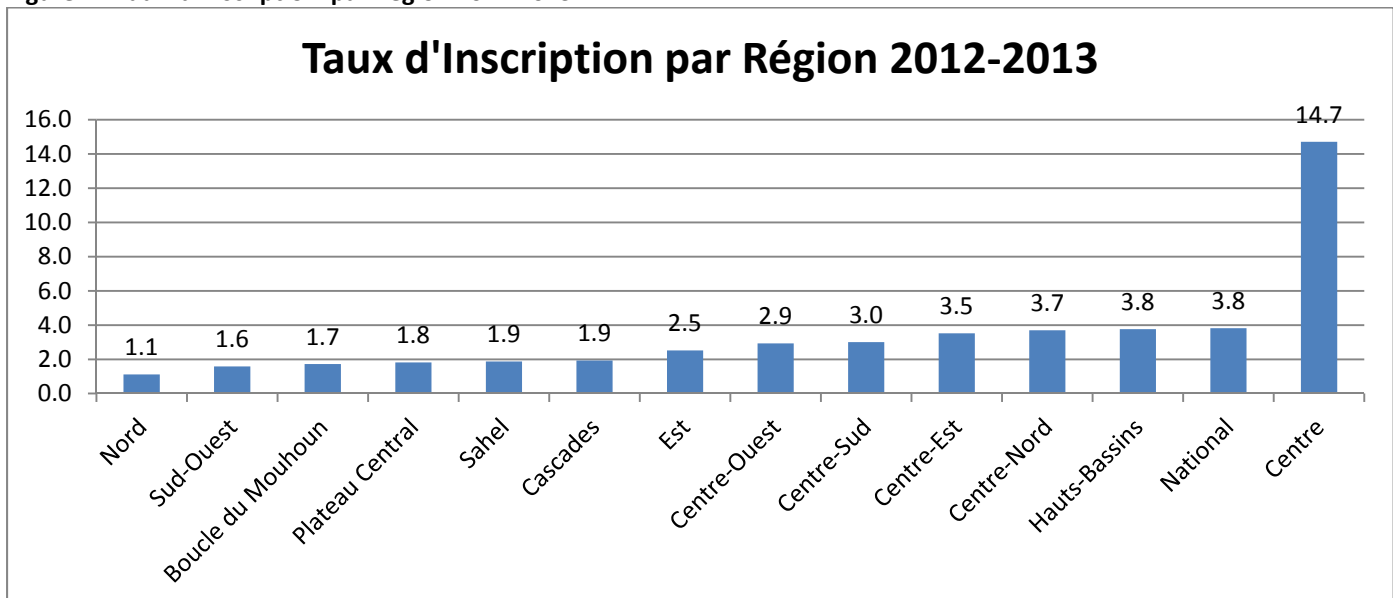
⁵ Concerne les enfants d'un an vaccinés contre le DPT (correspondant aux vaccins DPT3B) seulement.

Figure 3 : Augmentation du Taux de Scolarisation par Type d'Ecole Préscolaire



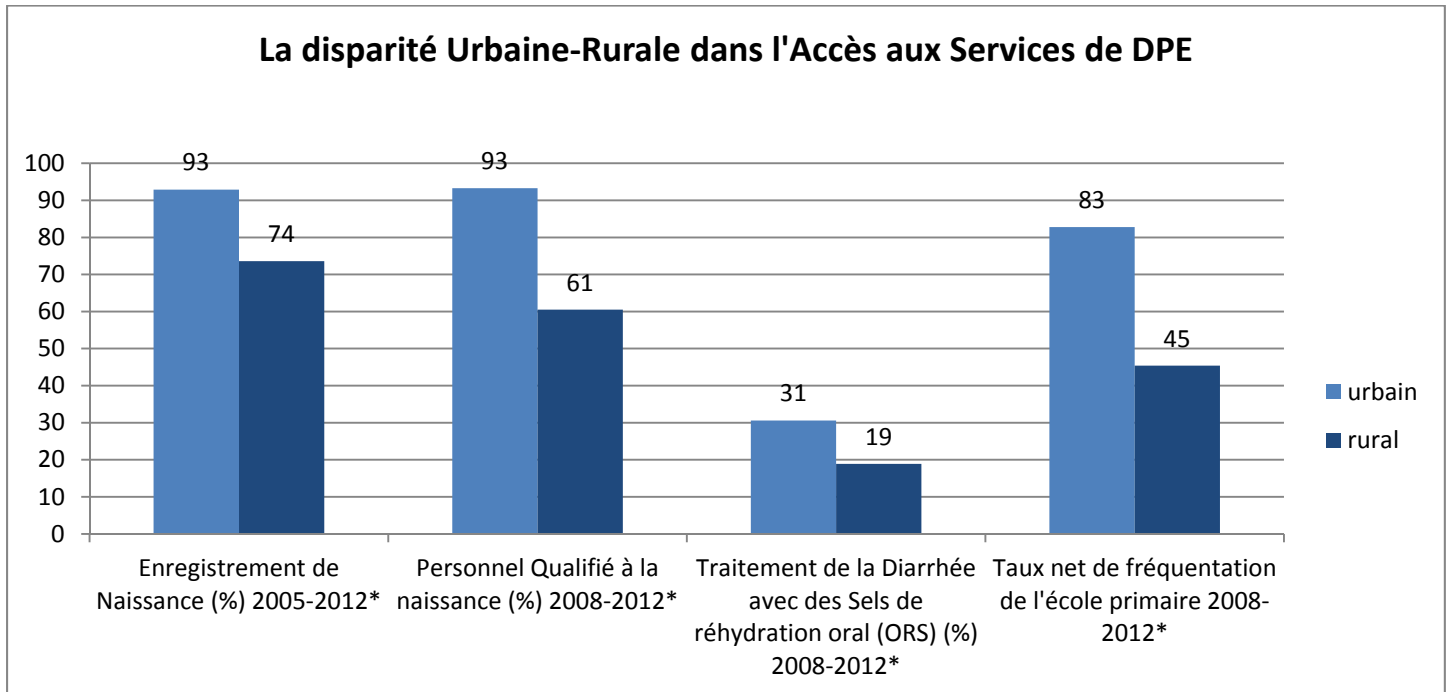
La Figure 3 montre une augmentation significative des effectifs scolarisés au préscolaire au Burkina Faso sur une période de plus de 5 ans entre 2007-2012. La croissance la plus significative s'est faite dans le secteur privé – où les niveaux d'inscription ont augmenté de 114 % (plus de 15.000 nouveaux enfants inscrits).

Figure 4 : Taux d'Inscription par Région 2012-2013



La Figure 4 montre la gamme des niveaux de scolarisation entre les différentes régions du Burkina Faso. Comme on le voit ci-dessus, les régions avec un accès faible sont au Nord, dans le Sud-Ouest, et dans la Boucle du Mouhoun. Les taux de scolarisation sont plus élevés dans la région Centre, où le principal centre urbain d'Ouagadougou se trouve.

Figure 5 : La disparité Urbaine-Rurale dans l'accès aux services de DPE



Source : Annuaire Statistique, 2012

La Figure 5 montre un niveau significatif de la disparité dans l'accès aux services de DPE au Burkina Faso pour ceux qui vivent dans les zones rurales par rapport à ceux des zones urbaines. Ce taux de couverture sur quatre indicateurs importants de services de DPE est mis en évidence ci-dessus.

Les programmes de protection sociale répondant aux besoins des parents d'enfants âgés de 0-8 ans sont variés au Burkina Faso. Le gouvernement dispose d'un programme national d'éducation parentale axé sur le DPE qui est mis en œuvre sur l'ensemble du territoire par le MASSN et les autres ministères partenaires dont le MENA et le Ministère de la santé. Le Fonds Chrétien pour l'Enfance du Canada, une ONG internationale développe aussi un programme de la parentalité positive. En Août 2013, environ 1300 adultes répartis dans 14 communautés dans les rôles de prestataires de soins, y compris les parents, les enseignants, du préscolaire et les agents communautaires ont été formés à l'importance du développement de la petite enfance et à l'apprentissage par le jeu (LTP) qui est l'approche de développement de la petite enfance élaborée par Hincks-Dellcrest pour l'éducation parentale. Il y a aussi des programmes de prévention contre l'abus domestique gérés par le gouvernement; une certaine disponibilité de logement temporaire dans les principales villes de Ouagadougou et de Bobo-Dioulasso

pour les orphelins et enfants vulnérables (OEV). Les deux programmes suivants liés au sida sont offerts

gratuitement: PTME (Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH / SIDA) et Traitement antirétroviral du VIH / SIDA.

Les programmes de santé et de nutrition concernant les questions de DPE sont fournis à la fois par le gouvernement et par les partenaires internationaux. Les services de santé disponibles dans les établissements de santé du gouvernement comprennent des visites prénatales gratuites, une disponibilité des prestations de services subventionnées pour les naissances (80% de réduction), la couverture vaccinale, la couverture de contrôle des naissances, en insecticide (pour les femmes enceintes et les enfants), les services de prévention de la transmission du VIH, les rétroviraux gratuits et les vaccins contre la tuberculose.

Sur le plan alimentaire, le gouvernement du Burkina Faso est partenaire avec des organisations internationales pour la prestation de services. Par exemple, l'Initiative

pour les Micronutriments est une ONG internationale travaillant avec le Gouvernement avec pour objectif l'élimination des carences vitaminiques et minérales au Burkina en particulier parmi les jeunes enfants. Le

Programme Alimentaire Mondial (PAM) est un autre partenaire en charge de plus de 12 000 personnes touchées par le VIH au Burkina Faso. En plus de fournir un soutien nutritionnel, le PAM les aide à démarrer leur propre entreprise afin qu'ils puissent se prendre en charge eux-mêmes et leurs familles.

Levier Politique 2.2 : Couverture



Une politique solide du DPE devrait mettre en place des programmes dans tous les secteurs essentiels, assurer un haut degré de couverture et atteindre l'ensemble de la population équitablement – en particulier les jeunes enfants les plus défavorisés – de sorte que chaque enfant et chaque femme enceinte ait un accès garanti aux services essentiels du DPE.

Accès aux interventions essentielles de santé et de nutrition de DPE pour les femmes enceintes est à besoin d'expansion. Trente-quatre pour cent des femmes enceintes ont bénéficié d'au moins quatre visites prénatales en 2011. En outre, 66% des femmes enceintes séropositives ont reçu des ARV pour la PTME en 2012.

Tableau 5 : Comparaison régionale du niveau d'accès aux services essentiels en santé et nutrition pour les femmes enceintes

	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal
Naissances assistées par un personnel qualifié	Environ 70 % (moyenne urbaine et rural)	59.4 %	56.1	29.3	65.1
Femmes enceintes recevant des soins prénatals (au moins une fois)	34 %	90.6 %	74.6	82.9	93.3
Prévalence de l'anémie chez la femme	>40 %	>40 %	>40 %	>40 %	>40 %
Prévalence de l'anémie chez la femme enceinte (2006)	68.3 %	55.1 %	73.4 %	65.5 %	57.6 %

Source : UNICEF MICS4, 2012 ; UNICEF Statistiques Pays, 2008-2012; UNAIDS, 2012 ; OMS Données Mondiales sur l'Anémie, 2006

Le Burkina Faso se rapproche d'un niveau élevé de l'accès aux interventions de santé essentielle pour les jeunes enfants. Le pays a déjà un taux de couverture

élevé (93 %) pour les antibiotiques pour les enfants suspectés de pneumonie. Il dispose également d'un taux de couverture élevé pour les enfants âgés d'un an vaccinés contre la DTC. Toutefois, le GdBF a plus de travail à faire dans le traitement des enfants atteints de diarrhée et d'assurer qu'ils dorment sous une MII.

Tableau 6 : Comparaison régionale du niveau d'accès aux services de santé essentiels pour les enfants en âge de DPE

	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal
Enfants d'un an vaccinés contre le DPT (correspondant aux vaccins DPT3B)	90 %	94 %	74 %	74 %	92 %
Enfant de moins de 5 ans suspectés d'avoir la pneumonie recevant des antibiotiques	93 %	19.2	43.9	NA	NA
Enfant de moins de 5 ans suspectés d'avoir la pneumonie envoyé vers un personnel de santé	56%	38.2	41.8	57.7	49.9
Enfant de moins de 5 ans recevant une réhydratation par voie orale	32.6 %	36.3 %	32.3 %	44.3	22.4

Source : UNICEF MICS4, 2011; UNICEF Statistiques Pays, 2007-2011 ; OMS Données Mondiales sur l'Anémie, 2006

L'accès aux interventions essentielles en nutrition se dessine. Le taux de couverture de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6-59 mois est de 97%. Seulement 25% des enfants âgés de moins de six mois sont exclusivement allaités. Le pourcentage de la population qui consomme du sel iodé est de 34%, alors que plus de 40% des femmes souffrent d'anémie selon l'OMS.

Tableau 7 : Comparaison régionale du niveau d'accès aux services essentiels en nutrition pour les enfants en âge de DPE

	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal
Enfants de moins de 5 ans avec un retard de croissance modéré/sévère	32.9	29.8	27.8	43.9	26.5
Nourrissons exclusivement allaités au sein jusqu'à 6 mois	38.2	12.1	20.4	23.3	39
Enfants prématurés à faible poids	14.1	17	18	27	18.6
Prévalence de l'anémie chez les enfants en âge du préscolaire	91.5 %	69 %	82.8 %	81.3 %	70.1 %

Résumé : la campagne du Brésil de promotion de l'allaitement maternel est un exemple d'effort réussi pour modifier la perception publique et les pratiques de soins de santé, ce qui entraîne une augmentation significative de l'allaitement maternel. La campagne a été lancée en 1980 par l'Institut National de l'Alimentation et de la Nutrition. L'UNICEF et l'Organisation Panaméricaine de la Santé ont contribué à développer des matériaux de sensibilisation du public qui portaient sur le manque de documents d'information sur l'allaitement maternel en portugais. Des brochures pédagogiques ont été largement distribuées aux mères. Une campagne médiatique vedette à la radio, à la télévision, et des points de presse écrite ; et des approbations données par des personnalités bien connues. L'OMS et l'UNICEF ont organisé des cours de formation sur l'allaitement maternel pour les travailleurs de la santé et les gestionnaires, et l'Initiative Hôpital Ami des Bébé a été largement mis en œuvre pour amorcer l'alimentation précoce. Une coalition de nombreux acteurs ont contribué à faire de cette campagne un succès. L'Eglise Catholique, les groupes de mères, les associations de professionnels de la santé, les dirigeants communautaires, les politiciens et les médias ont tous été engagés dans l'effort. Le taux d'allaitement maternel exclusif est passé de 3,6 % en 1986 à 40 % en 2006.

Principales recommandations pour le Burkina Faso s'appuyant sur l'expérience du Brésil :

- ✓ Développer et diffuser des documents en langues locales sur les avantages de l'allaitement pour une variété d'auditoires. Ceux-ci pourraient inclure des matériaux de formation pour les travailleurs de la santé, des brochures de sensibilisation pour les dirigeants communautaires et les ONG, et des brochures pédagogiques pour les mères, y compris les mères qui sont analphabètes.
- ✓ Encourager l'allaitement maternel dans une perspective islamique, et engager les organisations religieuses et les dirigeants pour étendre la sensibilisation
- ✓ Former les travailleurs de la santé pour sensibiliser les mères sur les bienfaits de l'allaitement, et les aider à initier et à maintenir la pratique
- ✓ Engager le soutien des ONGs, des associations de femmes, des travailleurs de la santé, des dirigeants communautaires, etc.

(Source : Mise en place des pratiques d'Allaitement au Brésil. <http://www1.paho.org/English/DD/PUB/NutritionActiveLife-ENG.pdf>)

Source : UNICEF MICS4, 2011 ; UNICEF Statistiques Pays, 2007-2011 ; OMS Données Mondiales sur l'Anémie, 2006

Selon l'UNICEF, le taux de déclaration des naissances est de 76.9% (2005-2012) au Burkina Faso.

Tableau 8 : Comparaison régionale du taux de déclaration des naissances

	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Mali	Niger	Sénégal
Déclaration de naissance 2000-2010	76.9% (2005-2012)	65	80.8	31.8	74.6

Source : UNICEF MICS4, 2011 ; UNICEF Statistiques, 2007-2011

Encadré 3 : Leçons pertinentes de la Colombie : Ruta Integral

Résumé: Le Gouvernement de la Colombie a récemment développé le *De Cero a Siempre*, ou "de Zéro à Jamais" stratégie visant à promouvoir un système complet de DPE dans tous les secteurs concernés. Un élément important de la nouvelle stratégie est la *Ruta Integral de Atenciones*, ou le «Schéma de services complets», qui est une liste établie de services spécifiques de DPE qui devraient être donnés à tous les jeunes enfants. Le *Ruta Integral* fournit un cadre opérationnel qui s'étend à partir de la période prénatale jusqu'à l'âge de 6 ans et comprend des interventions liées à la santé, la nutrition, le développement socio-affectif, la compréhension culturelle et la protection de l'enfant. La nouvelle stratégie DPE de Colombie souligne la mise en œuvre au niveau local; chaque municipalité devrait établir un comité DPE municipal. Ces comités municipaux sont chargés de coordonner les interventions au niveau de la prestation des services afin de s'assurer que les enfants reçoivent tous les services essentiels énoncés dans la Ruta Integral.

Considérations essentielles pour le Burkina Faso :

- ✓ Parce que les décisions politiques et les interventions dans le DPE s'étendent sur plusieurs ministères au Burkina Faso (tels que le Ministère de l'Education, le Ministère de la Santé, de la Nutrition, le Ministère de la Solidarité Sociale), il est important d'avoir un plan d'action commun, non seulement au niveau de la politique, mais aussi à la prestation de service et au niveau local.

Encadré 2 : Campagne du Brésil pour la promotion de l'allaitement maternel, et les enseignements pour le Burkina Faso

**Levier Politique 2.3 :
Équité**

Emergent



Sur la base de solides preuves positives que les interventions du DPE peuvent avoir sur les enfants issus de milieu défavorisés, chaque gouvernement devrait accorder une attention particulière à la prestation

*équitable des services du DPE*⁶. Un des objectifs fondamentaux de toute politique du DPE devrait être de fournir des chances égales à tous les jeunes enfants et à leurs familles.

Le niveau d'équité dans l'accès aux services entre les régions est faible. Il existe un large écart aux niveaux d'inscription préscolaire entre les régions. Par exemple, la région du centre a un taux de scolarisation pré-primaire de 14,7 %, tandis que la province du Nord a le taux de scolarisation le plus bas de toutes les régions 1,1% en 2012-2013.⁷

Il y a un accès équitable à l'école préscolaire par sexe avec 3 % de filles inscrites et 3% des garçons inscrits entre 2008-2012⁸. Ce niveau d'équité entre les sexes dans les inscriptions est noté dans chaque région du pays.

Les services d'EPPE n'accueillent pas encore les enfants ayant des besoins spéciaux. Cependant une politique est en cours d'élaboration avec l'UNICEF pour mieux servir les enfants ayant des besoins spéciaux (achèvement prévu en 2014). L'enseignement dans la langue maternelle est encouragé dans les écoles maternelles, mais il n'est pas obligatoire. Les documents pédagogiques et linguistiques ne sont pas traduits dans les principales langues locales.

L'équité dans l'accès selon le statut socio-économique est faible et a besoin d'amélioration. Par exemple, 20% des femmes les plus riches sont assistées par un accoucheur qualifié 92% du temps, tandis que les 20% des femmes les plus pauvres sont assistées par des accoucheuses qualifiées seulement 46% du temps. De même, 95% des enfants des ménages les plus riches sont enregistrés à la naissance, alors que seulement 62% des ménages les plus pauvres le sont.

L'équité en matière d'accès aux services de DPE dans les zones rurales et urbaines varie de haut en bas en fonction du service. Dans les zones urbaines, le taux d'enregistrement des naissances est de 93 % et dans les zones rurales il est de 74 %. En outre, dans les zones urbaines, 50 % des gens ont accès aux services d'assainissement améliorés tandis que seulement 6,5% des personnes dans les zones rurales ont des services d'assainissement améliorés. Des accoucheuses qualifiées sont présentes dans les zones urbaines pour 93% des naissances, tandis que dans les zones rurales, elles sont

présentes pour 61 % des naissances (entre 2007 et 2012) montrant que la disparité selon l'emplacement est significative.

Options Politiques pour une Mise en Oeuvre à Grande Echelle au Burkina Faso

- **Portée des Programmes** – Comme le montre le tableau 1, Le GdBF devrait envisager d'augmenter la gamme de programmes dans les domaines de la nutrition, de la lutte contre la pauvreté, et dans les interventions pour les OEV.
- **Couverture** – Les taux d'inscription dans les écoles maternelles augmentent de plus en plus rapidement mais la couverture est encore faible à 3,5 % au niveau national. Le gouvernement devrait enquêter sur les modèles de prestation de services qui sont à faible coût et accessibles aux enfants dans les zones urbaines et rurales. Un tel exemple est l'instruction Interactive Audio (IAI) qui a été mis en œuvre avec succès à Zanzibar afin d'augmenter considérablement les taux de scolarisation.

En termes de programmes de santé, moins de 50 % des femmes enceintes ont accès à des visites prénatales. C'est l'occasion pour le GdBF d'enquêter sur les partenariats et les options pour une couverture élargie dans ce domaine. La programmation de la nutrition devrait également être améliorée alors que le pays est confronté au fait que de faibles proportions de la population consomment du sel iodé, il y a un besoin d'amélioration de la proportion de femmes qui allaitent et les taux d'anémie chez les femmes sont extrêmement bas.

- **Equité** – Les plus pauvres et davantage de populations rurales ont moins accès aux interventions du DPE. Le GdBF devrait envisager à cibler des mécanismes pour atteindre les familles les plus marginalisées avec de jeunes enfants ; cela pourrait inclure l'expansion de son programme de transferts monétaires conditionnels ou d'introduire des subventions globales aux villages les plus vulnérables afin de soutenir les services de DPE. Les subventions globales pourraient être utilisées pour soutenir le développement de programmes de santé et

⁶ Engle et al, 2011 ; Naudeau et al., 2011

⁷ Source : Tableau 2, Annuaire Statistique 2012-2013

⁸ UNICEF. Burkina Faso Profil Pays. Date de consultation le 8 Juin 2014.

Données disponibles :

http://www.unicef.org/infobycountry/burkinafaso_statistics.html

de nutrition pour les enfants et/ou d'accès à l'EPPE fournis sur la base des besoins des régions particulières.

Encadré : Leçons pertinentes au Sénégal : Améliorer l'accès à des interventions nutritionnelles pour les populations difficiles à atteindre

Exemple du Sénégal : Coordonner la prestation de services dans tous les secteurs

En 2002, le Programme de Renforcement de la Nutrition (PRN) a été lancé par le Gouvernement du Sénégal pour fournir un soutien multi-sectoriel en nutrition et renforcer les conditions nutritionnelles des enfants de moins de cinq ans, des femmes enceintes et des femmes allaitantes. Il comprend une surveillance collective de la croissance et la Prise en Charge Intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) par des conseils aux mamans, des visites à domicile, et des cours de cuisine. Les interventions du projet intégré de nutrition (c.a.d. suivi et la promotion de la croissance) avec les interventions existantes du secteur de la santé (c.a.d. PCIME). Le Ministère de la Santé et les agences de développement ont déjà fourni un assez bon champ d'application des interventions de santé dans les communautés locales. Ainsi, le secteur de la nutrition a profité des ressources existantes pour fournir des prestations de services du PRN. En raison de l'effet synergique de réunir les secteurs de la nutrition et de la santé, le PRN est devenu un mécanisme fournissant d'autres services essentiels de santé et de nutrition assurés par les programmes existants (y compris les moustiquaires traités à l'insecticide et les suppléments en vitamine A). En 2012, le Gouvernement du Sénégal a élargi le programme de nutrition communautaire pour atteindre plus de 60 pourcent de la population ciblée.

Leçons pour le Burkina Faso :

✓ Le GdBF peut envisager de prendre une approche communautaire pour l'amélioration des supports nutritionnels. Lier le personnel gouvernemental et les travailleurs du secteur de la santé avec ceux de la nutrition pourrait être un moyen de mobiliser des ressources. Le GdBF fournit déjà relativement un bon accès aux services de santé, y compris les accoucheuses et les soins prénatals, ces programmes du secteur de la santé pourraient être élargis pour inclure des composantes nutritionnelles

✓ Promouvoir des pratiques d'alimentation combinée à la prestation des services de santé essentiels peut être une stratégie efficace pour promouvoir le développement global des enfants.

Objectifs Politiques 3 : Suivi et Assurance de la Qualité

➤ Levier Politique : Disponibilité des Données • Normes de Qualité • Conformité aux Normes

Le suivi et la garantie de la qualité renvoient à l'existence de systèmes d'information pour surveiller l'accès aux services du DPE et aux résultats à travers les enfants, aux normes pour les services et les systèmes de DPE pour surveiller et appliquer la conformité avec ces normes. Garantir la qualité des interventions du DPE est essentiel parce que la preuve a démontré que si les programmes sont de haute qualité, l'impact sur les enfants peut être négligeable, voire nuisible.

Levier Politique 3.1 : Disponibilités des Données



Précise, la collecte de données complètes et opportunes peut promouvoir plus efficacement l'élaboration des politiques. Des systèmes d'information bien développés peuvent améliorer le processus décisionnel. En particulier, les données peuvent éclairer les choix politiques concernant le volume et la répartition du financement public, recrutement et formation du personnel, la qualité du programme, le respect des normes et les efforts pour cibler les enfants les plus dans le besoin.

Certaines données administratives et d'enquêtes sont recueillies sur l'accès au DPE et les résultats. Le tableau 9 affiche la disponibilité des indicateurs de DPE sélectionnés au Burkina Faso.

Tableau 9 : Disponibilité des données pour surveiller le DPE au Burkina Faso

Données Administratives :	
Indicateur	Suivi
Taux d'inscriptions à l'EPE par région	✓
Enfants à besoins spéciaux inscrits dans l'EPE (nbre de)	X
Enfants fréquentant les visites de contrôle (nbre de)	X
Enfants bénéficiant d'interventions nutritionnelles publiques (nbre de)	✓
Femmes recevant une nutrition prénatale (nbre de)	✓
Ratio moyen élèves-enseignant dans l'EPE public	✓
Y a-t-il une différence entre les dépenses en EPE du secteur éducation par rapport au budget de l'éducation ?	✓
Y a-t-il une différence entre les dépenses en EPE du secteur santé par rapport au budget de la santé ?	X
Résultats du développement individuel des enfants	X
Données de l'Enquête	
Indicateur	Suivi
Population consommant du sel iodé (%)	✓
Taux supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 -59 mois (%)	✓
Prévalence anémie chez femmes enceintes (%)	✓
Enfants de moins de 5 ans enregistrés à la naissance (%)	✓
Enfants vaccinés contre le DPT3 à l'âge de 12 mois (%)	✓
Femmes enceintes assistant à au moins une visite prénatale (%) (indisponible pour au moins 4 visites)	✓
Enfants inscrits dans l'EPPE par statut socio-économique (%)	✓

Certaines données sont disponibles pour différencier l'accès à l'EPPE et les résultats pour les groupes spéciaux. Les données sont recueillies dans les statistiques annuelles pour l'éducation sur le taux de scolarisation par région par sexe et statut socio-économique. Des données sont également recueillies dans les statistiques annuelles de la santé utilisées dans les établissements de santé par les autorités nationales, régionales, locales urbaines / rurales, et par âge de l'enfant.

Le développement de l'enfant n'est pas mesuré. Les données ne sont pas recueillies pour mesurer le développement de l'enfant à travers les domaines cognitifs, linguistiques, physiques ou socio-affectifs. Les résultats individuels de développement de l'enfant ne sont également pas suivis.

Encadré 5 : Chili Crece Contigo : Le Programme d'Appui au Développement Biopsychosocial

Résumé : *Chile Crece Contigo* a été présenté dans l'encadré 2. Une des principales réalisations du programme est la capacité à fournir en temps opportun, la prestation de services ciblés. Un élément essentiel qui rend cela possible est le Programme d'Appui au Développement Biopsychosocial, qui suit le développement individuel des enfants. Le programme commence lors du premier contrôle prénatal de la mère, moment auquel une «fiche» individuelle est créé pour l'enfant. Chacun des principaux acteurs au sein du réseau de service complet *Chile Crece Contigo* - y compris l'unité de soutien à la famille, le système de santé publique, le système d'éducation publique, et d'autres services sociaux – ont accès au dossier de l'enfant et sont tenus de le mettre à jour pendant que l'enfant progresse à travers les différents services du DPE. S'il y a une quelconque sorte de vulnérabilité, tels que la nutrition inadéquate, le système identifie le service requis pour résoudre ce problème. Grâce à l'approche intégrée de la prestation de service et la gestion du système d'information, ces services sont offerts au bon moment et d'une manière pertinente, en fonction des besoins de chaque enfant.

Considérations essentielles pour le Burkina Faso :

- ✓ Surveillance simplifiée de l'enfant
- ✓ Système adapté aux besoins individuels de l'enfant

Levier Politique 3.2 : Normes de Qualité

Emergent



*Assurer la qualité de prestation de services du DPE est essentiel. Mettre l'accent sur l'accès - sans attention proportionnée pour assurer la qualité - compromet les avantages que les décideurs espèrent que les enfants gagneraient grâce à des interventions du DPE. La qualité des programmes du DPE est directement liée à un meilleur développement cognitif et social des enfants.*⁹

Certaines exigences de qualification sont établies pour les professionnels de l'EPPE et certaines options obligatoires du gouvernement pour le développement professionnel. Il y a deux institutions de formation officielles diplômantes au Burkina Faso à l'heure actuelle pour les professionnels de DPE. L'un est publique et l'autre privé. Il s'agit de: *l'Institut National de Formation en Travail Social* (INFTS) qui est une structure publique sous la tutelle du MASSN. Le second est *le Centre de Formation Pédagogique et Pastorale* (CFPP) qui est une structure privée qui forme des techniciens d'éducation à l'enfance, équivalent de moniteurs d'éducation de jeunes enfants dans le public, et des assistantes

⁹ Taylor & Bennett, 2008; Bryce et al, 2003; Naudeau et al, 2011; Victoria et al, 2003

maternelles. Peu importe si les étudiants sont formés à être des moniteurs de DPE, le diplôme est décerné après un cycle de deux ans. Les diplômés de la structure publique (INFTS) travaillent principalement dans les écoles publiques. L'entrée à l'INFTS est basée sur un concours national. Ceux qui réussissent, sont acceptés, et les droits sont payés par le gouvernement. Une fois diplômés, l'état les affecte comme éducateurs dans les structures publiques. La formation continue est disponible, mais concerne surtout les acteurs du public. Le développement professionnel en cours de service offert aux éducateurs du préscolaire public revêt deux formes. Tout d'abord, ils ont la possibilité de participer à des groupes d'homologues appelés «*Groupe d'Animation Pédagogique*» ou GAP qui se réunissent seulement à Ouagadougou et à Bobo Dioulasso, les deux centres urbains du pays. Le gouvernement organise également des conférences annuelles dans chacune des 13 régions pour que les éducateurs apprennent de nouvelles pratiques et communiquent avec leurs pairs. En outre, le gouvernement organise à leur intention des séminaires de renforcement de capacités.

Les professionnels de DPE dans le secteur privé doivent financer leur propre développement professionnel en cours de service. Les éducateurs et les moniteurs paient de leur poche ou sont parrainés par leurs employeurs. Ils peuvent participer aux GAP par un petit nombre d'éducateurs qui s'impliquent dans les centres communautaires de base (peut-être en raison de la distance). Les GAP sont financés par des groupes individuels d'éducateurs tandis que les conférences sont financées par les directions régionales du MASSN. En outre, entre 2003- 2008, les éducateurs du préscolaire pouvaient s'inscrire dans un cours de formation annuelle du MASSN de 2 semaines et qui était de conception modulaire. Des formations ont été offertes dans chacune des 13 régions du Burkina Faso dans les bureaux régionaux du MASSN. Le coût était de 15. 000 CFA par module, donc, un cours de 2 à 3 modules pendant deux semaines pouvait coûter entre 30. 000 CFA et 45. 000 CFA.

Le MASSN par l'intermédiaire de l'INFTS régleme la formation pré-service pour les professionnels de l'EPPE. Le pré-stage est un service inclus dans le programme du diplôme officiel. Le stage n'est pas nécessaire après l'obtention du diplôme et avant l'entrée formelle dans un emploi rémunéré.

Les agents de santé sont formés à la diffusion des messages de DPE. Selon le *Plan d'Action de la Direction de la Santé de la Famille*, la formation est nécessaire pour les médecins et les infirmières, étendue aux travailleurs des services de santé de la vulgarisation, et aux sages-femmes. Les psychologues ne sont pas tenus d'être formés.

Des normes sont fixées pour les infrastructures et la prestation des services pour les installations de l'EPPE, cependant, beaucoup de ces normes pourraient être renforcées. Les normes d'infrastructure existent, et couvrent la plupart des domaines, y compris l'espace par enfant, le revêtement du sol, et la solidité structurelle mais elles ne prennent pas en compte les exigences pour l'eau potable ou les installations sanitaires (toilettes), par exemple. En termes de ratios éducateurs-enfants, le gouvernement a établi des exigences différentes en fonction de l'âge de l'enfant. Pour les 3-5 ans, le ratio enfants-éducateurs est de 35 : 1. Pour les enfants qui ont entre 0-3, le ratio est de cinq enfants par éducateur (pour ceux qui ne peuvent pas marcher) et huit enfants par éducateur (pour ceux qui marchent). La meilleure solution internationale pour les ratios enfant-éducateurs est de 15 : 1. Le nombre minimum d'heures d'enseignement pré-primaire par semaine est de quatre heures par jour et un minimum de 700 heures par an.

Les procédures d'enregistrement et d'accréditation pour les installations étatiques et non étatiques de l'EPPE sont disponibles. Selon le décret n ° 2007-789 / PRES / PM / Le MASSN / MEF / MATD le GdBF est tenu de surveiller la qualité des infrastructures, de l'équipement, du contenu du programme, de la santé, de la sécurité et de la gestion administrative du pré-scolaire dans le pays. Les structures de l'éducation et de la protection de l'enfance sont soumises à un contrôle des services techniques de l'Etat. Bien qu'il y ait des normes en ce qui concerne la prestation de qualité de la prestation de service au niveau préscolaire, il n'existe aucun outil utilisé pour mesurer l'amélioration de la qualité de la prestation de service.

Levier Politique 3.3 : Conformité aux Normes



L'établissement de normes est essentiel pour fournir des services de qualité du DPE et pour promouvoir le développement sain des enfants. Une fois les normes établies, il est essentiel que des mécanismes soient mis en place pour assurer la conformité aux normes.

Au Burkina Faso, la majorité des éducateurs de l'EPPE ne satisfont pas les normes de formation pré-service établies ou de qualifications professionnelles. La proportion d'éducateurs qualifiés dans les écoles préscolaires enregistrées est de 21,7% et le nombre d'élèves par éducateurs formés est de 107: 1 (ISU).

Les données sur la conformité du secteur non étatique en termes de prestation de service établies et des normes d'infrastructure ne sont pas disponibles. Le MASSN tente d'augmenter le nombre de centres d'EPPE privés qui sont enregistrés avec le gouvernement afin de mieux contrôler le respect de ces centres avec les normes officielles. À l'heure actuelle, l'enregistrement et l'accréditation des écoles maternelles se fait sur une base ad hoc. Le GdBF n'a pas de manière systématique d'identifier de nouvelles écoles maternelles privées pour l'enregistrement. Les écoles maternelles sont actuellement identifiées pour l'inscription d'une des trois façons suivantes : demande d'un propriétaire préscolaire, demande du MASSN, ou par les parents. Selon le personnel du MASSN, le GdBF s'intéresse à l'augmentation du nombre des écoles maternelles privées qui sont officiellement enregistrées, et ainsi, de nouvelles pénalités sont appliquées pour non-conformité avec les normes existantes.

Comparer les politiques officielles avec les résultats

L'existence de lois et de politiques seules ne garantissent pas toujours une corrélation avec les résultats de DPE souhaités. Dans de nombreux pays, les politiques sur le papier et la réalité de l'accès et de la prestation de services sur le terrain ne sont pas en adéquation. Le tableau 10 compare les politiques de DPE au Burkina Faso avec les résultats de DPE. Certaines politiques reflètent la réalité de certaines interventions de DPE, comme le fait qu'au Burkina Faso, la politique nationale rend obligatoire l'enregistrement des enfants à la naissance alors que le taux d'enregistrement des naissances est de 76,9 %. D'autre part, le taux d'allaitement maternel exclusif de 38 % ne semble pas s'aligner sur les politiques respectives étant donné que la

politique du Burkina Faso, est conforme à celle du Code International de Commercialisation des substituts du Lait maternel.

Tableau 10 : Comparaison des Politiques du DPE avec les résultats au Burkina Faso

Politiques de DPE	Résultats
La politique du Burkina Faso est conforme au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	Taux d'allaitement Exclusif au sein (6 mois) 38 %
L'école Préscolaire/la maternelle n'est pas obligatoire quelque soit l'âge	Taux brut d'inscription au préscolaire : 3.5 %
Il n'est pas demandé aux jeunes enfants de suivre un cours complet sur les vaccinations de l'enfant même s'il est demandé qu'ils reçoivent le DPT	Enfant avec DPT (12-23 mois) : 90 %
La réglementation Nationale est de déclarer les enfants dès leur naissance	Exhaustive Déclaration de naissance : 76.9 %

Analyse comparative préliminaire et comparaison internationale du DPE au Burkina Faso

Sur la page suivante, le Tableau 11 présente le classement de la politique de DPE au Burkina Faso au sein de chacun des neuf leviers politiques et des trois objectifs de la politique. Le système de classification SABER-DPE ne classe pas les pays selon une notation globale ; plutôt, il est destiné à partager des informations sur la façon dont les différents systèmes de DPE répondent aux mêmes défis politiques.

Le Tableau 12 présente l'état d'avancement de la politique de DPE au Burkina Faso aux côtés d'une sélection des comparateurs régionaux et mondiaux. La Suède est le foyer de l'une des politiques de DPE la plus complète et développée du monde et réalise un étalonnage des "Avancé" dans tous les neuf leviers politiques.

Options politiques pour suivre et assurer la qualité du DPE au Burkina Faso

- **Disponibilité des données** – Le GdBF dispose d'un système centralisé bien établi pour la collecte des données administratives sur l'accès aux services essentiels de DPE. Toutefois, il n'y a pas de données sur les résultats des services fournis aux bénéficiaires. Par exemple, aucune donnée n'est collectée au niveau du préscolaire pour mesurer l'état de maturité de chaque enfant à rejoindre l'école primaire (c'est à dire leur développement cognitif, socio-affectif suite à leur scolarisation à l'école maternelle).

En tant que tel, le gouvernement devrait envisager des options pour intégrer des mesures de suivi du programme dans leur processus de collecte régulière de données pour les statistiques annuelles. Le GdBF voudra peut-être envisager des partenariats avec des organisations de la société civile internationale compétentes qui ont développé des outils efficaces pour S&E pour le DPE. (Par exemple, Save the Children a développé un outil pour mesurer l'apprentissage des enfants à l'école maternelle). Le GdBF pourrait envisager de piloter ces approches largement dans le but d'identifier les outils adéquats à intégrer dans son système central.

- **Normes de Qualité** – Le GdBF a établi des normes de qualité dans un certain nombre de domaines clés. Il est actuellement dans le processus de révision du programme d'éducation préscolaire pour intégrer à la fois la théorie et l'apprentissage par le jeu. Il a également élaboré des normes formelles pour la certification des professionnels de l'EPPE même si peu d'occasions de perfectionnement professionnel pour les enseignants existent dans les zones rurales ou ceux qui travaillent dans le secteur privé. Le GdBF a également établi des procédures d'enregistrement et d'accréditation pour les installations étatiques et non-étatiques de l'EPPE. Les travailleurs du secteur de la santé

sont également tenus d'être formés pour la diffusion de messages de DPE.

- **Conformité aux normes** – Alors que le GdBF a été efficace dans l'établissement de normes de qualité dans un certain nombre de domaines clés, il n'a pas été aussi efficace pour assurer le respect de ces normes. Le GdBF devrait envisager deux courants d'action afin de remédier à ce problème. Premièrement, il devrait revoir ses normes pour évaluer la réalité des ressources disponibles dans le pays. Par exemple, l'exigence de deux années de formation post-secondaire formelle pour la certification peut être trop exigeant donné le coût élevé de la formation et des bas salaires typiques du secteur de l'EPPE. Au lieu de cela, le gouvernement pourrait mettre en place un système de certification alternatif plus court qui permet aux instructeurs de l'EPPE d'acquérir une formation en 6-12 mois et de recevoir des crédits pour leur expérience sur le travail. Cela peut servir à augmenter la proportion d'enseignants actuellement certifiés et augmenter ainsi la qualité de l'apprentissage dans les classes préscolaires. En plus de cela, le GdBF devrait envisager d'investir dans la formation de ses inspecteurs en santé et éducation centraux et régionaux en évaluant la qualité des infrastructures de l'EPPE et leur conformité, la fourniture des services de conseils aux instructeurs de l'EPPE et aux agents de la santé afin d'améliorer leur pratique. Il devrait envisager de fournir des budgets de fonctionnement pour couvrir le coût de Voyage et l'achat d'ordinateurs portables/d'autres technologies pour aider le personnel à effectuer des visites régulières des sites de centres de l'EPPE et les établissements de soins de santé et faire le suivi des données recueillies jusqu'à l'échelon central. Le gouvernement pourrait également envisager d'utiliser ses programmes d'éducation parentale et des campagnes d'information du public comme un moyen d'encourager les familles à aider à surveiller les normes des services de DPE fournis.

Tableau 12 : Classification et Comparaison Internationales des Systèmes de DPE

Objectif Stratégique du DPE	Levier Politique	Niveau de Développement					
		Burkina Faso	Colombie	Jamaïque	Mali	Suède	Turquie
Créer un environnement favorable	Cadre Légal						
	Coordination Intersectorielle						
	Finance						
Mise en Oeuvre à Grande échelle	Portée des Programmes						
	Couverture						
	Equité						
Suivi et Assurance de la Qualité	Disponibilité des Données						
	Normes de Qualité						
	Conformité aux Normes						
Légende :							
	Latent 	Emergent 	Etabli 	Avancé 			

Tableau 11 : Étalonage de la Politique de Développement de la Petite Enfance au Burkina Faso

Objectif Stratégique du DPE	Niveau de Développement	Levier Politique	Niveau de Développement
Créer un environnement favorable	 <i>Emergent</i>	Cadre Légal	
		Coordination Intersectorielle	
		Finance	
Mise en Oeuvre à Grande échelle	 <i>Emergent</i>	Portée des Programmes	
		Couverture	
		Equité	
Suivi et Assurance de la Qualité	 <i>Emergent</i>	Disponibilité des Données	
		Normes de Qualité	
		Conformité aux Normes	
Légende			
	Latent 	Emergent 	Etabli
			Avancé

Remerciements

L'équipe SABER-DPE au siège de la Banque Mondiale à Washington, DC a préparé ce Rapport Pays. Le rapport présente des données nationales recueillies à l'aide de l'utilisation des instruments de collecte de données sur les politiques et programmes DPE et des données provenant de sources externes. Le rapport a été préparé en consultation avec l'équipe de la Banque Mondiale sur le Développement Humain en Afrique et le Gouvernement du Burkina Faso. Pour des questions techniques ou commentaires sur ce rapport, veuillez contacter l'équipe SABER-DPE (helpdeskecd@worldbank.org).

Acronymes

BEPC	Brevet d'étude du premier cycle
CFPP	Centre de Formation Pédagogique et Pastorale
DPE	Développement de la Petite Enfance
EPPEE	Education et Protection de la Petite Enfance (utilisé de façon interchangeable avec le <i>pré-primaire ou préscolaire</i>)
GdBF	Gouvernement du Burkina Faso
INFTS	Institut National de Formation en Travail Social
APJ	Apprendre Par le Jeu
MASSN	Ministère de l'Action Sociale et de la Solidarité Nationale
MENA	Ministère de l'Education Nationale et de l'Alphabétisation
Monitors	Aide-enseignant(e)s
PTME	Prevention de la Transmission Mère-Enfant

Références

- SABER-ECD Policy Instrument, Burkina Faso 2013
- SABER-ECD Program Instrument, Burkina Faso 2013
- Britto, P., Yoshikawa, H., Boller, K. 2011. "Quality of Early Childhood Development Programs: Rationale for Investment, Conceptual Framework and Implications for Equity." *Social Policy Report*, 25 (2):1-31.
- Engle, P. L., L. C. H. Fernald, H. Alderman, J. Behrman, C. O'Gara, A. Yousafzai, M. Cabral de Mello, M. Hidrobo, N. Ulkuer, and the Global Child Development Steer Group. "Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries." *The Lancet*, Early Online Publication, 23 September 2011. Doi:10.1016/S0140-6736(11) 60889-1.
- Hanushek, E. (2003). "The Failure of Input-Based Schooling Policies." *The Economic Journal* 113; 64-98.
- Hanushek, E. A. and D. D. Kimko. (2000). "Schooling, Labor-Force Quality, and the Growth of Nations." *The American Economic Review*, Vol. 90, No. 5, 1184-1208.
- Naudeau, S, N. Kataoka, A. Valerio, M. J. Neuman, L. K. Elder. 2011. *Investing in Young Children: An Early Childhood Development Guide for Policy Dialogue and Project Preparation*. World Bank, Washington, DC.
- Neuman, M. & Devercelli, A. 2013. "What Matters Most for Early Childhood Development: A Framework Paper." SABER, World Bank, Washington DC
- Neuman, M. J. 2007. "Good Governance of Early Childhood Care and Education: Lessons from the 2007 Education for All Global Monitoring Report." UNESCO Policy Briefs on Early Childhood. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, New York.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). 2011. "Starting Strong III: A Quality Toolbox for Early Childhood Education and Care." OECD Publications, Paris.
- UNESCO-OREALC. 2004. "Intersectoral Co-ordination in Early Childhood Policies and Programmes: A Synthesis of Experiences in Latin America." Regional Bureau of Education for Latin America and the Caribbean, United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization.
- Vargas-Barón, E. 2005. "Planning Policies for Early Childhood Development: Guidelines for Action." Paris: UNESCO/ADEA/UNICEF (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization/ Association for the Development of Education in Africa/United Nations Children'sFund).
- Victoria, B. H., L. Adair, C. Fall, P. C. Hallal, R. Martorell, L. Richter, and H. S. Sachdev 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Consequences for Adult Health and Human Capital." *The Lancet* 371 (9609): 340-57.

L'Initiative des **Systèmes d'Approche pour de Meilleurs Résultats d'Education (SABER)** fournit des données comparatives et des connaissances sur les politiques et les institutions d'Education, dans le but d'aider les pays à renforcer systématiquement leur systèmes éducatifs. SABER évalue la qualité des politiques d'éducation par rapport aux normes mondiales fondées sur des preuves, en utilisant de nouveaux outils de diagnostic et des données détaillées de politiques. Les rapports de pays SABER donnent à toutes les parties ayant un intérêt dans les résultats de l'éducation—des administrateurs, enseignants, et parents aux décideurs et aux hommes d'affaires—un accès, un aperçu objectif qui montre à quel point les politiques des systèmes d'éducation de leur pays sont orientées vers l'assurance que tous les enfants et les jeunes soient instruits.

Ce rapport met essentiellement l'accent sur les politiques dans le domaine du Développement de la Petite Enfance.

Ce travail est un produit du personnel de la Banque mondiale avec des contributions extérieures. Les résultats, interprétations, et conclusions exprimés dans cet ouvrage ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale, de son Conseil d'Administration, ou des gouvernements qu'ils représentent. La Banque mondiale ne garantit pas l'exactitude des données incluses dans ce document. Les frontières, les couleurs, les dénominations, et autres informations figurant sur les cartes du présent ouvrage n'impliquent aucun jugement de la part de la Banque mondiale en ce qui concerne le statut juridique d'un territoire ou l'approbation ou l'acceptation de ses frontières.

