



## Conseil économique et social

Distr. limitée  
7 juillet 2003  
Français  
Original: anglais

**Pour information**

---

### Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2003

15-19 septembre 2003

Point 6 de l'ordre du jour provisoire\*

### Résumé des examens à mi-parcours et des principales évaluations des programmes de pays

#### Asie du Sud

#### *Résumé*

Le présent rapport a été établi en application de la décision 1995/8 du Conseil d'administration (E/ICEF/1995/9/Rev.1), par laquelle ce dernier priait le secrétariat de lui soumettre un résumé des conclusions des examens à mi-parcours des principales évaluations des programmes de pays, en faisant ressortir notamment les résultats obtenus, les enseignements tirés et les modifications éventuelles qu'il conviendrait d'apporter aux programmes. Le Conseil fera des observations sur les rapports et, si nécessaire, donnera des instructions au secrétariat. Le présent rapport ne décrit que les évaluations réalisées en 2002, aucun examen à mi-parcours n'ayant été effectué au cours de cette période.

---

\* E/ICEF/2003/11.



## **Introduction**

1. En 2002, aucun examen à mi-parcours n'a été effectué en Asie du Sud. Le présent rapport résume certaines des principales évaluations réalisées dans la région depuis que le dernier rapport a été présenté au Conseil (E/ICEF/2002/P/L.21).

## **Principales évaluations des programmes de pays**

### **Évaluation du projet « religion et santé » exécuté au Bhoutan**

2. Ce projet, qui vise à améliorer à long terme la santé des enfants et de toute la population, doit permettre d'améliorer l'hygiène dans les monastères et de rendre les moines mieux à même de conseiller la population en matière de santé et de soins aux enfants. Il est exécuté depuis 1998 à l'aide de fonds versés par plusieurs donateurs, dont le Gouvernement autrichien. Une étude entreprise en septembre 2002, qui a fait appel à un ensemble de techniques participatives et qualitatives et utilisé les résultats de deux évaluations antérieures, a dressé le bilan de la formation dispensée aux moines et recensé les moyens matériels fournis aux organismes publics et à la population des quatre régions du pays.

3. Cette étude a révélé que la mentalité et le comportement des moines ont évolué dans le bon sens : l'hygiène s'est améliorée; des pratiques préjudiciables telles que celle consistant à saigner les malades n'ont plus cours; au lieu de pratiquer des rituels sur les malades, les moines leur prodiguent des conseils et les orientent vers des centres de soins; les monastères, les habitations et leurs alentours sont propres; et l'élimination des déchets et les pratiques en matière d'assainissement se sont améliorées. Ces résultats découlent en partie de l'augmentation des investissements privés dans le domaine de l'assainissement et de la contribution de programmes d'éducation extrascolaire à l'exécution du projet.

4. La stratégie consistant à former les moines pour qu'ils éduquent la population s'est avérée efficace et les moines donnent désormais l'exemple en matière de santé et d'hygiène. Cependant, entre 35 % et 45 % des installations sanitaires étaient en mauvais état et mal entretenues. L'expérience a montré que pour assurer durablement l'entretien des installations, il fallait que leur emplacement et leur conception soient adaptés aux besoins des communautés; il fallait en outre établir un programme d'entretien systématique. Comme suite à l'évaluation, des stages de formation consacrés à l'entretien et au fonctionnement des installations sanitaires ont été inclus dans le projet et les liens entre la population et les moines se sont resserrés.

### **Évaluation de la stratégie appliquée en Inde à des groupes de districts frontaliers : intensification de l'exécution des programmes de santé de la procréation et de santé infantile**

5. À l'appui du programme national indien de santé de la procréation et de santé infantile, le Ministère indien de la protection familiale et l'UNICEF ont lancé en mai 2000 une stratégie, actuellement appliquée dans 49 districts frontaliers répartis dans 15 États, qui vise à rendre les systèmes de santé locaux mieux à même d'améliorer la couverture sanitaire et la qualité de certaines interventions et de certains services. Il est prévu, pour atteindre cet objectif, d'établir des partenariats

avec les administrations locales, les organisations non gouvernementales et la société civile.

6. L'aide de l'UNICEF est axée sur l'élaboration et la mise à l'essai de nouveaux modèles et outils devant permettre, dans un premier temps, d'améliorer l'exécution du programme national et, dans un deuxième temps, de dégager des données d'expérience et des enseignements qui pourraient contribuer utilement aux débats de haut niveau sur les politiques, notamment en vue de l'élaboration du deuxième programme de santé de la procréation et de santé infantile. L'UNICEF est intervenu au niveau de la planification et du suivi dans les districts, de la programmation et de l'analyse des politiques gouvernementales et de la rémunération des agents de première ligne et de l'achat de fournitures. Les stratégies sont mises à l'essai sur une période de quatre ans, en vue d'appliquer sur une plus grande échelle les interventions efficaces, les enseignements tirés de l'expérience et les principaux résultats obtenus dans les autres districts couverts par le programme de santé de la procréation et de santé infantile. L'évaluation, qui porte sur la période allant du 1er janvier au 31 décembre 2002, s'est fondée sur les résultats d'une enquête réalisée comparant 19 districts couverts par la stratégie et 18 districts qui ne l'étaient pas.

7. La pleine participation des responsables gouvernementaux et des fonctionnaires de l'UNICEF aux opérations de suivi et de validation a été déterminante. La continuité a été favorisée grâce à des relais au niveau intermédiaire, qui assurent une supervision et un appui logistique et technique constants.

8. La valeur des outils permettant de recueillir des informations sur la santé et de suivre la situation sanitaire dépend de la volonté et de la capacité du personnel de santé de s'en servir. Les opérations de suivi et de validation ont suscité un regain d'intérêt et incité le personnel d'encadrement et les équipes d'agents sanitaires à travailler plus efficacement sur le terrain, en collaboration avec la population. Le personnel d'encadrement comprend mieux ce qu'il faut faire pour améliorer la qualité de l'information mais la compréhension que les professionnels de la santé ont des questions épidémiologiques laisse à désirer. Certains éléments fournis par les États montrent qu'une microplanification rationnelle peut améliorer l'accès aux services de santé.

#### **Évaluation du programme d'éducation exécuté en Inde entre 1997-2002**

9. L'évaluation de ce programme décentralisé a été entreprise aux fins de l'élaboration du programme de coopération entre le Gouvernement indien et l'UNICEF pour la période 2003-2007. Les enseignements qui en ont été tirés ont permis d'établir un lien avec le programme national d'éducation élémentaire universelle (*sarva shiksha abhiyan*).

10. Il a été procédé à une série d'estimations rapides de l'exécution du programme dans cinq États et à des analyses approfondies de son exécution dans deux autres États. De plus, des études réalisées dans cinq États ont permis d'évaluer l'expérience acquise par l'UNICEF dans deux domaines thématiques : l'efficacité de l'enseignement et la participation de la population.

11. L'évaluation a montré que la plupart des activités prévues avaient été menées, mais il n'a pas été possible de déterminer si les objectifs poursuivis – scolarité plus

longue, adoption de méthodes pédagogiques centrées sur les enfants et insertion des enfants marginalisés – avaient été atteints. Les stratégies de scolarisation axée sur la formation en cascade et la mobilisation de la population doivent être remplacées par d'autres, plus efficaces. Ainsi, il faut assurer l'autonomie, la continuité et la cohérence des interventions au niveau local et à celui des États. Il est indispensable, pour obtenir des résultats, de replacer le programme dans un cadre théorique compréhensible et largement applicable, qui clarifie les méthodes fondées sur les droits et les adapte à la microplanification et de mettre en place un solide mécanisme de suivi qui permette de déterminer quelles interventions sont efficaces et de prendre, le cas échéant, des mesures correctives.

#### **Évaluation du projet de réduction de l'anémie chez les adolescents exécuté dans l'État de Gujerat (Inde)**

12. Avec l'appui de l'Unicef, le Gouvernement de l'État de Gujerat (Inde) exécute ce projet dans les 426 écoles du district de Vadodara depuis mars 2000. L'objectif est de réduire de moitié le taux d'anémie et améliorer les habitudes alimentaires de 25 % des 65 000 adolescents du district. La principale stratégie utilisée consiste à faire participer 90 % des adolescents scolarisés et 70 % des adolescents non scolarisés à un programme hebdomadaire d'éducation au rôle du fer dans l'alimentation et de distribution de suppléments de fer, et à rendre au moins un organisme à même d'apporter au Gouvernement un appui technique lui permettant d'appliquer cette stratégie à plus grande échelle.

13. Selon une évaluation réalisée à l'issue des deux premières années d'exécution du projet, qui portait sur les taux d'anémie enregistrés avant et après cette période, les résultats sont encourageants. Quatre-vingt-dix pour cent des filles ont participé au programme et leur taux d'anémie a été réduit de 20 %. Environ 13 000 ne sont plus anémiées et un nombre deux fois plus important ont un taux d'hémoglobine plus élevé et sont moins gravement anémiées. Le Gouvernement de l'État de Gujerat étendra ce programme pilote à trois autres districts en 2003. L'école de médecine de Vadodara a créé une unité qui est chargée d'en appuyer l'exécution.

14. Il n'a pas été possible d'associer les adolescents non scolarisés au projet par l'intermédiaire des filles scolarisées. Il faudrait peut-être se tourner vers d'autres truchements comme des travailleurs locaux motivés, des associations et des médias.

15. Si le suivi de la distribution de suppléments de folate de fer a été efficace et a permis de réduire les taux d'anémie, le matériel de communication utilisé (brochures et affiches), pourtant présenté comme complet, n'a permis ni d'améliorer les connaissances des adolescents ni de les convaincre de modifier leurs habitudes alimentaires. Une stratégie de communication plus rigoureuse et un système de suivi plus solide, qui permette de prendre des mesures correctives, seront donc mis en place. Dans l'intervalle, à court terme, on continuera à vérifier que les consignes de distribution de suppléments de fer destinées à réduire les taux d'anémie extrêmement élevés sont respectées.

#### **Évaluation du programme psychosocial exécuté à Sri Lanka**

16. Grâce à une aide financière du Gouvernement australien, le bureau de l'UNICEF au Sri Lanka a appuyé des interventions visant à aider les membres de la population touchés par la guerre entre mars 2001 et juin 2003 à se rétablir psychologiquement et à se réinsérer socialement. Le programme est parvenu : a) à

améliorer l'état de santé et le bien-être psychosocial d'environ 72 000 femmes et enfants; et b) à rendre le Gouvernement et les ONG avec lesquelles il travaille mieux à même de prendre en charge les interventions psychosociales et d'en assurer la bonne coordination. En septembre 2002, il s'est employé, à l'aide de diverses techniques qualitatives, à évaluer le programme afin de le remodeler en fonction du processus de paix qui se met actuellement en place.

17. Il a constaté à cette occasion que les interventions pratiquées étaient pertinentes et utiles aux personnes et aux familles touchées, mais que les résultats obtenus ne pourraient être maintenus à long terme parce que les ressources financières et humaines disponibles étaient insuffisantes par rapport aux buts visés, ce qui tenait en partie au fait que l'aide apportée par les organisations non gouvernementales nationales et internationales participant au programme était subordonnée à l'apport de fonds extérieurs. Il faut simplifier les mécanismes de suivi, qui doivent cependant permettre de vérifier les résultats obtenus, et il faut établir des lignes de conduite de base. Il faudrait également établir un dispositif de base qui permette d'évaluer l'impact du programme.

18. Au cours de la prochaine phase, l'accent sera mis non sur les soins spécialisés, mais sur l'orientation des personnes touchées par la guerre vers les services communautaires et sur des activités de sensibilisation mettant l'accent sur des valeurs et des comportements normatifs. Il y a lieu de fixer des priorités et de définir des stratégies en ce qui concerne les interventions spécialisées qu'exigent les enfants soldats et les soldats démobilisés; les veuves, les orphelins et les enfants touchés par le VIH/sida; les victimes de mines terrestres; et les enfants et les adolescents en rupture scolaire. Certaines de ces interventions peuvent s'inscrire dans le cadre des infrastructures existantes mais d'autres doivent être repensées et il faut fixer de nouvelles priorités. Il faudra donc concevoir de nouveaux modes d'intervention, créer de nouvelles capacités et prévoir de nouveaux moyens de mise en oeuvre. L'UNICEF doit se fixer pour priorité d'établir des directives prescrivant de bonnes pratiques et de programmer des interventions de qualité et des activités de sensibilisation auprès des donateurs, afin que tous les groupes de population ayant des besoins spéciaux puissent bénéficier, au même titre que les autres, d'une assistance.

19. Compte tenu des résultats de l'évaluation, les interventions psychosociales ont été incorporées dans les programmes du Ministère sri-lankais de l'éducation et de la protection de l'enfance, qui s'est doté d'un réseau opérationnel pour les inscrire dans la durée.