



Conseil économique et social

Distr. limitée
18 juillet 2005
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2005

28-30 septembre 2005

Point 5 de l'ordre du jour provisoire*

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

Afrique centrale et de l'Ouest

Résumé

Le présent rapport a été établi en application de la décision 1995/8 (E/ICEF/1995/9/Rev.1), par laquelle le Conseil d'administration a prié le secrétariat de lui soumettre un résumé des examens à mi-parcours et des principales évaluations des programmes de pays, en faisant ressortir notamment les résultats obtenus, les enseignements tirés et les modifications qu'il pourrait être nécessaire d'apporter à ces programmes. Le Conseil doit faire des observations sur ce rapport et formuler des directives à l'intention du secrétariat, s'il y a lieu. Les examens à mi-parcours et les évaluations décrites dans le présent rapport ont été réalisés en 2004.

* E/ICEF/2005/10.



Introduction

1. Le présent rapport porte sur les examens à mi-parcours de sept programmes de pays d'Afrique centrale et de l'Ouest (Gabon, Gambie, Guinée, Guinée équatoriale, Nigéria, Sao Tomé-et-Principe et Togo) auxquels il a été procédé en 2004. Il traite également d'une évaluation du Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant réalisée dans le nord-est du Ghana et donne un aperçu des principales activités menées par le bureau régional pour renforcer les capacités d'évaluation des pays et des bureaux de pays.

Examens à mi-parcours

Gabon

2. **Processus d'élaboration de l'examen à mi-parcours.** La population, des organisations non gouvernementales (ONG), les autorités religieuses et tous les ministères d'exécution ont participé à l'élaboration de l'examen à mi-parcours, conduite par le Ministère de la planification et du développement. Des représentants d'ONG, de la société civile et d'organismes des Nations Unies ont pris part à la réunion consacrée à l'examen.

3. **Situation des enfants et des femmes.** En 2000, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était estimé à 87 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle à 519 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de scolarisation des enfants de 6 à 15 ans était alors estimé à 94 %, avec de légères différences entre zones rurales et zones urbaines, mais aucune entre garçons et filles. Le taux de prévalence du VIH/sida était de 8 % en 2002.

4. **Principaux résultats et problèmes.** L'UNICEF a développé ses alliances et partenariats stratégiques. Son rayonnement a contribué à faire apparaître une vision commune des moyens permettant d'accélérer la mise en œuvre du plan stratégique à moyen terme (PSMT) en vue de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement et les priorités nationales à l'aide de programmes. Comme l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) l'y incitaient depuis plusieurs années, le Gouvernement a financé l'achat de vaccins par l'intermédiaire de la Division des approvisionnements de l'UNICEF pour 2004 et 2005. Le taux de couverture vaccinale systématique dans le pays est passé de 17 % en 2000 à 40 % en 2003. La campagne de vaccination a servi de vecteur à la lutte contre le paludisme et à la promotion de l'éducation parentale et de l'enregistrement des naissances.

5. L'application des recommandations du Comité des droits de l'enfant progresse grâce à l'appui de l'UNICEF et d'autres partenaires extérieurs. La traite des enfants est désormais considérée comme un crime en vertu d'une loi adoptée en 2004. On a prêté une attention particulière aux populations pygmées vulnérables et marginalisées en renforçant leurs capacités et en les sensibilisant à l'importance d'adopter des comportements qui réduisent la morbidité et la mortalité. Un partenariat fructueux en matière de prévention du VIH/sida unit les médias, les organisations religieuses, les clubs de jeunes et les ONG. Ainsi, 369 éducateurs ont été formés et 123 clubs de jeunes créés dans 133 établissements d'enseignement secondaire, fréquentés par 93 % des éléments du groupe de population visé. Des codes régissant l'importation de sel iodé et la commercialisation de substituts du lait

maternel ont été adoptés par le Gouvernement. Ces avancées majeures permettront au pays d'atteindre l'objectif de iodation universelle du sel d'ici à 2005.

6. **Ressources utilisées.** Un montant total de 1 845 000 dollars a été alloué au titre des ressources ordinaires, 1 020 000 dollars ayant été dépensés au titre du programme intégré dans les zones urbaines et 438 000 dollars au titre du programme de promotion et de développement des politiques sociales au cours des trois premières années du cycle de programmation. Sur un crédit de 2 960 000 dollars ouvert à la rubrique Autres ressources, 1 996 785 dollars ont été levés, dont 405 618 dollars ont été dépensés au titre du programme intégré dans les zones urbaines et 633 135 dollars au titre du programme de promotion et de développement des politiques sociales.

7. **Évaluation des stratégies du programme et enseignements tirés.** L'implantation d'un nouveau bureau de l'UNICEF à Libreville, par ailleurs chargé de la gestion intégrée de deux autres bureaux de pays, ceux de la Guinée équatoriale et de Sao Tomé-et-Principe, a posé un problème de taille dans l'exécution du programme.

8. Les initiatives déjà menées avec le secteur privé, notamment avec les compagnies pétrolières, sont de bonnes occasions de développer le programme de pays. Cette collaboration avec le secteur privé pourrait permettre de renforcer la participation de la société civile à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

9. **Recommandations approuvées.** Selon les conclusions de l'examen à mi-parcours, le programme en cours n'a pas pris en compte l'importance de la famille dans la lutte contre les violations des droits de l'enfant, la traite des enfants et la transmission du VIH/sida, dans la réduction de la mortalité maternelle et dans la promotion de l'éducation parentale. Le programme devrait davantage mettre l'accent sur la protection de l'enfance, le développement des politiques sociales et le renforcement des capacités des communautés et des familles.

Gambie

10. **Processus d'élaboration de l'examen à mi-parcours.** L'élaboration de l'examen à mi-parcours a commencé début 2004 : des directives ont alors été données aux responsables des services de l'État et au personnel de l'UNICEF, puis un comité de coordination a été créé. Les 24 et 25 novembre 2004, une réunion consacrée à l'examen à mi-parcours a rassemblé les principales parties prenantes, y compris les ministères d'exécution, les ONG partenaires et les organismes des Nations Unies.

11. **Situation des enfants et des femmes.** Entre 1993 et 2003, les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de 5 ans ont baissé, passant respectivement de 84 à 64 pour 1 000 naissances vivantes et de 260 à 135 pour 1 000 naissances vivantes. Au niveau national, le taux brut de scolarisation dans les établissements d'enseignement primaire, y compris les écoles arabes suivant le programme classique, est de 91 % (94 % pour les garçons et 88 % pour les filles). Bien que des enfants soient exploités sexuellement par des touristes, les actes de maltraitance et d'exploitation sexuelles dont les enfants sont victimes sont le plus souvent imputables à des Gambiens sollicitant leurs faveurs en échange d'argent et de cadeaux. Malgré la volonté politique affirmée de combattre la maltraitance et

l'exploitation sexuelles des enfants, les mécanismes nationaux de protection de l'enfance restent peu efficaces et il n'est pas fait appel aux services des ONG. Les abandons de bébé sont en hausse, 26 cas ayant été signalés en 2003, contre six en 2000. Cette même année, seuls 32 % des enfants de moins de 5 ans que compte le pays avaient été enregistrés à la naissance. La traite des enfants n'a fait l'objet d'aucune étude mais la présence en Gambie, en 2004, de 12 enfants ghanéens issus d'une colonie de pêcheurs du Ghana a révélé l'existence d'une filière entre les deux pays. Une fois retrouvés, ces enfants ont été rapatriés au Ghana avec le concours de l'UNICEF. La mutilation génitale des femmes (MGF) se pratique dans la grande majorité des ethnies mais aucune donnée n'est disponible. Le taux de prévalence du VIH/sida au sein de la population dans son ensemble est de 1,4 %, et si les jeunes ont une connaissance solide de la maladie, ils ne disposent pas de l'autonomie fonctionnelle nécessaire pour se protéger de l'infection.

12. Principaux résultats et problèmes. Des résultats satisfaisants ont été obtenus en matière de survie de l'enfant à la suite d'interventions menées dans certaines zones du pays (Lower River Division, Central River Division et Upper River Division). Alors qu'il avait sensiblement chuté fin 2001, le taux de couverture vaccinale est resté supérieur à 80 % pour tous les antigènes dans l'ensemble des circonscriptions. La chaîne du froid, vieillissante, a été presque entièrement remplacée et, en 2004, le budget de l'État a pour la première fois été établi de façon à couvrir tous les achats de vaccins et les dépenses afférentes. Une campagne d'administration systématique de vitamine A a été lancée, plus de 50 % de la population du pays en ayant bénéficié en 2002. Par ailleurs, une campagne de vaccination nationale de trois jours a permis de maintenir le taux de couverture vaccinale au-dessus de 90 % pour ce qui est de la poliomyélite et de la rougeole. L'exécution du Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant dans les zones d'intervention a donné des résultats remarquables en matière de prévention et de traitement du paludisme, ce qui a conduit le Gouvernement à redéployer le Programme à l'échelle nationale. Les campagnes en faveur de la iodation universelle du sel ont abouti à la mise sur le marché, inédite, de sel iodé produit localement. Une loi alimentaire qui n'a pas encore été promulguée autorise l'importation de sel iodé. Néanmoins, étant donné que plus de 90 % des ménages ne consomment pas ce type de sel, l'objectif de iodation universelle du sel d'ici à 2005 n'est pas garanti.

13. S'appuyant sur la réussite de l'Initiative en faveur d'une communauté amie des bébés, qui encourage l'allaitement exclusif, des initiatives en faveur du développement du jeune enfant ont été créées et commencent à être mises en œuvre au sein des communautés. On a élaboré un programme d'éducation parentale, accompagné d'un manuel, ce qui a permis de toucher 40 % des enfants de moins de 5 ans dans les zones d'intervention. Les services de santé ayant récemment commencé à enregistrer les naissances, le taux national correspondant, jusqu'alors faible (32 %), devrait fortement progresser. Par ailleurs, les capacités nationales ont été sensiblement renforcées en matière de promotion du changement de comportement, ce qu'atteste l'élaboration de campagnes de communication intégrées et de qualité portant sur le développement du jeune enfant et la vaccination.

14. Dans les zones d'intervention, le taux de scolarisation des filles a augmenté, passant de 63 % en moyenne en 2002 à 81 % en 2004. Au cours de la même période, le taux d'abandon scolaire a fortement baissé, chutant de 26 à 16 %. Les taux de

scolarisation des garçons et des filles étant respectivement de 51 et 49 %, la Gambie devrait atteindre la parité dans l'enseignement primaire en 2005. Cependant, la persévérance, les taux de réussite et les résultats des filles laissent encore à désirer.

15. Par l'intermédiaire de l'Initiative des écoles amies des filles, des membres de clubs de mères et d'autres femmes adultes ont été inscrites à des cours d'alphabétisation et de formation, où elles ont amélioré les compétences dont elles peuvent tirer un revenu et se sont préparées à participer activement, en tant que décideurs, aux réunions de planification tenues par les collectivités.

16. Des résultats notables ont été obtenus en matière de politiques et de législation nationales, dont la mise au point d'une politique de l'enfance et d'un plan d'action national en faveur de l'initiative Un monde digne des enfants. On a également élaboré une nouvelle politique d'éducation, assortie d'un nouveau plan-cadre pour la période 2004-2015, en vue de réaliser les objectifs d'éducation pour tous, ainsi qu'un cadre relatif aux politiques de développement du jeune enfant et une politique de prévention du harcèlement sexuel dans les écoles. Un projet de loi sur l'enfance, établi et adopté avec le concours des parties prenantes, rassemble en un même texte toutes les lois en la matière et harmonise la législation nationale avec la Convention relative aux droits de l'enfant. La loi doit être promulguée en 2005. La *Tourism Offences Act* (loi sur les crimes et délits commis par les touristes), adoptée en 2003, interdit l'exploitation sexuelle des enfants dans le cadre du tourisme et prévoit de lourdes peines à l'encontre des coupables. La publication d'un rapport sur la maltraitance et l'exploitation sexuelles des enfants a permis de sensibiliser la population à cette question, de renforcer l'engagement des hauts fonctionnaires, d'encourager l'instauration d'un partenariat solide avec les acteurs du secteur touristique, et elle a entraîné l'élaboration d'un plan d'action national contre l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales et la création d'un groupe d'étude du tourisme pédophile. L'établissement d'un rapport destiné au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, dans lequel ont été réunis les premier, deuxième et troisième rapports de la Gambie sur la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, a été l'occasion de promouvoir les droits des femmes et l'égalité des sexes.

17. **Ressources utilisées.** Un crédit d'un montant total de 2 492 000 dollars a été ouvert au titre des ressources ordinaires pour la période 2002-2004. Pour ce qui est des autres ressources, le plafond a été fixé à 4 620 000 dollars, dont 3 981 000 dollars ont été réunis entre 2002 et 2004. Le programme de services de base a recueilli à ce jour 87 % du montant total qui lui a été alloué au titre des autres ressources pour le cycle de programmation quinquennal. En tout, 72 % des ressources disponibles (ressources ordinaires et autres ressources) ont été dépensées. Le programme de pays a consacré presque toutes les ressources dont il disposait aux cinq priorités du PSMT, les dépenses étant réparties comme suit : vaccination (33 %), développement du jeune enfant (31 %), instruction des filles (27 %), VIH/sida (6 %) et protection de l'enfance (3 %).

18. **Évaluation des stratégies du programme et enseignements tirés.** Étant donné que les principaux éléments du programme reposent sur une approche multisectorielle, l'absence de mécanisme officiel de coordination du programme de pays a ralenti l'exécution de celui-ci. Le manque de compétences et l'insuffisance du nombre de fonctionnaires nationaux chargés du programme, associés à des taux élevés de réduction naturelle des effectifs dans les ministères d'exécution, ont

affecté la capacité d'absorption globale. La lenteur de la décentralisation et la superficie exagérée de la zone couverte ont empêché l'exécution du programme de services de base, élément le plus important du programme de pays. Les capacités restent embryonnaires en matière de gestion de données et d'établissement de rapports. L'accès aux services sociaux de base, surtout l'éducation, a souvent été privilégié au détriment de la qualité. Le suivi de l'exécution du programme a été insuffisant.

19. L'engagement politique ferme dans les domaines de l'instruction des filles, de la vaccination et de la lutte contre le tourisme pédophile ouvre des perspectives. De même, l'adoption en 2004 des projets de loi de finances et de loi sur le contrôle des comptes, ainsi que de la *Local Government Act* (loi sur l'administration locale), peut permettre d'accélérer la décentralisation. Le déblocage de fonds provenant de l'Initiative pour l'accélération de l'éducation pour tous et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et l'exécution du plan à moyen terme de l'État pour la période 2005-2009, qui englobe le plan d'action national en faveur de l'initiative « Un monde digne des enfants », offrent des perspectives supplémentaires.

20. **Recommandations approuvées.** Les mesures d'ajustement convenues reposent sur la création d'un mécanisme officiel de coordination du programme de pays qui exploitera les informations obtenues grâce à un suivi commun plus efficace, et sur un accord en vertu duquel l'État intégrera les contributions de contrepartie, y compris les crédits prévus au titre du dédouanement et du transport des fournitures, dans son budget pour l'exercice 2006. Si la superficie de la zone couverte par l'élément le plus important du programme n'a pas été modifiée, il a été décidé, compte tenu des conclusions de l'examen à mi-parcours, de créer des zones de convergence qui serviront de modèles lors de l'élaboration des futurs programmes. La MGF n'étant plus un sujet tabou en Gambie, un programme de suppression de cette pratique sera incorporé au programme de pays.

Guinée

21. **Processus d'élaboration de l'examen à mi-parcours.** Dix ministères d'exécution ont participé à l'élaboration de l'examen à mi-parcours, qui a commencé début 2003. Les données issues de l'Enquête en grappes à indicateurs multiples et d'autres études et évaluations ont servi de point de départ à l'examen, des analyses ayant par ailleurs été menées aux niveaux infranational et national.

22. **Situation des enfants et des femmes.** La situation socioéconomique s'est dégradée, conséquence directe du conflit armé dans les pays voisins et du fait que les ressources affectées à la sécurité nationale excèdent celles allouées aux services sociaux. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est estimé à 177 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle à 528 pour 100 000 naissances vivantes. En 2003, un enfant sur trois souffrait d'un retard de croissance modéré ou grave. Le taux de prévalence du VIH/sida est passé de 1,3 % en 1996 à 4,3 % en 2004.

23. Le taux de scolarisation dans les établissements d'enseignement primaire a progressé, passant de 61 % en 2001 à 77 % en 2004 (50 à 70 % pour les filles). Depuis l'éclatement du conflit armé en 2000, un nombre croissant d'enfants ont été séparés de leurs parents, victimes de la traite ou exploités.

24. **Principaux résultats et problèmes.** Le taux de couverture vaccinale a augmenté en 2004, atteignant 77 % pour le vaccin antituberculose (BCG), 68 % pour le triple vaccin (antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux, ou DTC) et 72 % pour le vaccin contre la rougeole. Grâce aux campagnes de vaccination et aux améliorations apportées au Programme élargi de vaccination (PEV), on a pu réduire le nombre de cas de rougeole et de tétanos. Les actions en matière de santé ont été concentrées sur six provinces. Un système intégré de santé maternelle a été mis au point, en étroite collaboration avec la population, sous la forme d'une mutuelle de santé. Le Ministère guinéen de la santé a intégré ce système dans sa politique nationale avec l'appui du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), de la Banque africaine de développement et de la Banque mondiale. La proportion de ménages consommant du sel iodé a progressé, passant de 12 % en 1999 à 68 % en 2003. Le taux de prévalence du goitre chez les enfants de 6 à 16 ans a pour sa part diminué : 27 % en 2003, contre 64 % en 1994.

25. L'appui apporté par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), l'OMS, la Banque mondiale et l'UNICEF a permis d'établir un plan stratégique de lutte contre le VIH/sida et d'adopter une politique de prévention de la transmission materno-fœtale du VIH. L'UNICEF a encouragé l'harmonisation de la législation nationale avec la Convention relative aux droits de l'enfant et d'autres instruments internationaux. Il a également contribué à une enquête sur l'enregistrement des naissances, la traite des enfants et la situation des orphelins et des enfants vulnérables. Il a en outre financé des activités de soutien psychosocial à l'intention des orphelins, auxquels il a fourni des soins médicaux, de la nourriture et une aide en matière d'éducation.

26. Le programme a aidé le Gouvernement à élaborer des stratégies nationales en faveur du jeune enfant fondées sur son document directif. Il a contribué à améliorer l'enseignement dispensé dans les écoles primaires en construisant 56 salles de classe et en équipant les écoles, fréquentées par 80 000 enfants, dont une majorité de filles, de latrines, d'un accès à de l'eau salubre, de terrains de jeux, de livres scolaires et d'autres fournitures. Il a également permis, par la formation, d'améliorer la qualité de l'enseignement dispensé dans les centres d'enseignement non scolaire (Centres Nafa).

27. Dans les zones où le niveau d'instruction des filles est bas, des actions ciblées ont contribué à le faire remonter. Le taux brut de scolarisation des filles a augmenté, passant de 36 à 57 %, tandis que le taux de redoublement a baissé, chutant de 19 à 8 %.

28. Collaborant avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, le programme de pays a fourni des médicaments et des vaccins dans les camps de réfugiés et alentour. Les campagnes de vaccination de masse contre la fièvre jaune et la rougeole ont touché presque tous les enfants visés. Plus de 25 000 personnes ont eu accès à des soins de santé primaires, 18 000 enfants d'âge scolaire réfugiés et déplacés ont repris l'école dans des conditions d'apprentissage normales, et 15 000 autres enfants ont bénéficié de mesures de protection spéciales.

29. **Ressources utilisées.** Au total, un montant de 11 966 000 dollars au titre des ressources ordinaires et un autre de 15 750 000 dollars au titre des autres ressources ont été accordés au programme de pays pour le cycle quinquennal. Entre 2002 et 2004, le programme a dépensé 7 880 000 dollars au titre des ressources ordinaires et 11 331 000 dollars au titre des autres ressources, y compris les fonds levés par

l'intermédiaire de la procédure d'appel global. Environ 10 millions de dollars ont été collectés sur la période au titre des autres ressources, hors fonds issus de la procédure d'appel global.

30. **Principaux résultats et problèmes.** L'exécution du programme s'est heurtée à des problèmes majeurs, les plus sérieux étant les longs retards dans la liquidation de l'assistance en espèces consentie aux gouvernements, les difficultés de mise en œuvre des activités pendant la saison des pluies, la faible participation de la population, l'instabilité politique chronique dont souffre la sous-région, les mauvais résultats de l'économie et la médiocrité de la desserte en électricité et en eau des habitants du pays.

31. L'application de lois visant à protéger les enfants, le renforcement des partenariats avec la société civile, la mise en place d'une politique de décentralisation propice à la participation et à l'autonomisation de la population, l'exécution du Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant et l'établissement d'une programmation commune au titre du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) offrent des perspectives prometteuses.

32. **Recommandations approuvées.** Dans l'examen à mi-parcours, il est recommandé de convertir le programme de développement de l'enfant en programme en faveur de l'instruction des filles pour mieux traiter les disparités entre les sexes dans le domaine de l'éducation. Le programme intersectoriel de développement communautaire et de suivi et d'évaluation deviendra un programme d'appui intégré au développement de l'enfant, forme sous laquelle il aura une plus grande influence sur les communautés. Le projet relatif à l'eau et à l'hygiène sera transféré vers ce programme en vue de favoriser l'accès des écoles et des établissements de santé à l'eau et à l'assainissement. L'ONU devrait promouvoir l'utilisation du logiciel *DevInfo* en matière de suivi de l'évolution des indicateurs de mise en œuvre du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté et de réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Guinée équatoriale

33. **Processus d'élaboration de l'examen à mi-parcours.** L'examen à mi-parcours a été organisé et réalisé par le Ministère de la planification, avec le concours de collectivités locales, d'ONG, de dignitaires religieux et de tous les ministères d'exécution. La réunion d'examen a donné lieu à de nombreux échanges, auxquels d'autres organismes des Nations Unies, comme le FNUAP et l'OMS, ont apporté une précieuse contribution.

34. **Situation des enfants et des femmes.** Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a chuté de 206 ‰ en 1990 à 153 ‰ en 2002. Le taux de mortalité maternelle est de 352 pour 100 000 naissances vivantes. Le maigre budget accordé par l'État aux campagnes de vaccination a entraîné une diminution de la couverture vaccinale en 2001 et en 2002. Si le taux de fréquentation scolaire dans les établissements primaires est élevé, la qualité de l'enseignement laisse à désirer.

35. **Principaux résultats et problèmes.** Suite à la vaste campagne de sensibilisation menée par l'UNICEF, le Gouvernement a financé l'achat de vaccins et de matériel de vaccination. En dépit des maigres moyens institutionnels et

organisationnels, la couverture vaccinale systématique est passée de 27 % en 2002 à 60 % en 2004.

36. Au total, 570 maternelles ont été ouvertes et le nombre d'enfants inscrits dans ces établissements est passé de 9 000 en 2000 à 33 000 en 2004. Aujourd'hui, 46 % des enfants âgés entre 3 et 5 ans reçoivent un enseignement préscolaire. Vu le succès de ce projet, le Gouvernement a incorporé l'enseignement préscolaire dans le système éducatif national. Grâce aux campagnes nationales menées avec le soutien de l'UNICEF pour envoyer les filles à l'école et suite à la construction de toilettes séparées pour les filles dans 34 établissements, le nombre de filles inscrites en maternelle est aujourd'hui de 5 % supérieur à celui des garçons.

37. Le VIH/sida était hier encore un sujet tabou pour l'ensemble de la société. Le premier forum national sur cette maladie, organisé avec l'aide de l'UNICEF, en collaboration avec le secteur privé, la société civile et des ONG nationales et internationales, a aidé à rompre le silence.

38. Avec le concours de l'UNICEF, le Ministère des affaires sociales a mis sur pied un projet pour aider les jeunes prostituées à reprendre une vie normale. De vastes campagnes de sensibilisation ont été organisées sur la traite d'enfants et les problèmes qui y sont associés, et de nouvelles structures et procédures d'enregistrement des naissances ont été mises en place. Le Gouvernement a adopté une loi interdisant la traite d'enfants.

39. À en juger par la manière dont il a présenté et défendu son rapport initial devant le Comité des droits de l'enfant en 2004, le Gouvernement a progressivement pris le programme en main. Il a par ailleurs signé une lettre d'intention avec l'UNICEF dans laquelle il s'engage à financer la mise en œuvre des recommandations du Comité.

40. **Ressources utilisées.** Sur un montant de 2 013 000 dollars correspondant aux ressources ordinaires approuvées pour l'exercice 2002-2004, le programme en faveur du suivi et de la promotion des droits des enfants et des femmes a coûté 960 800 dollars, tandis que le programme pour la survie et le développement a coûté 428 000 dollars. Quant au montant plafond des autres ressources, soit 780 000 dollars, 442 000 ont été engagés et 307 174 dépensés.

41. **Principaux résultats et problèmes.** L'exécution du programme s'est heurtée à plusieurs obstacles : insuffisance de l'implication du Gouvernement, les insuffisances de la société civile et les carences du système éducatif et sanitaire. La fusion des trois bureaux de pays (Gabon, Guinée équatoriale et Sao Tomé-et-Principe) en un bureau unique pour cette zone, installé à Libreville, a permis aux membres du personnel d'échanger leurs expériences et de renforcer les capacités de leurs homologues dans les domaines de l'éducation, de la santé et de la protection.

42. **Évaluation des stratégies du programme et enseignements tirés.** À l'issue de l'examen à mi-parcours, il a été recommandé de se concentrer sur la protection des enfants, en luttant notamment contre la traite d'enfants, la maltraitance, la violence familiale, l'exploitation sexuelle et les grossesses précoces, et en veillant à faire enregistrer les naissances.

Nigéria

43. **Processus d'élaboration de l'examen à mi-parcours.** L'examen à mi-parcours a été organisé conjointement par l'UNICEF, la Commission nationale de planification, les ministères sectoriels et des représentants des États. Plusieurs rapports ont été publiés dans le cadre de cet examen : un rapport pour chacun des 36 États du pays, quatre rapports sur le programme et le rapport du programme de pays. Le plan général des opérations a été modifié et dûment signé.

44. **Situation des enfants et des femmes.** La situation des enfants et des femmes au Nigéria s'est globalement détériorée : 70 % de la population vit avec moins de 1 dollar par jour et 90 % avec moins de 2 dollars par jour. En dépit de son potentiel de richesse, le Nigéria accusait une dette extérieure de 33 milliards de dollars à la fin de 2003, et le service de la dette atteignait 2,1 milliards de dollars en 2004. Les taux de mortalité des enfants de moins de 1 an et des enfants de moins de 5 ans sont passés de 90 et 168 pour 1 000 naissances vivantes en 1999 à 109 et 217 pour 1 000 naissances vivantes en 2003. Le taux de mortalité maternelle a augmenté, passant de 704 pour 100 000 naissances vivantes en 1999 à 800 en 2002. L'espérance de vie demeure faible. Le VIH/sida, dont le taux de prévalence est de 5 %, reste une préoccupation majeure. Entre 3,2 millions et 3,8 millions de Nigériens, pour la plupart des femmes, vivaient avec le VIH à la fin de 2003 et le pays compte environ 1,8 million d'orphelins du sida. Seuls 1 % des enfants de moins de 5 ans dorment sous des moustiquaires traitées à l'insecticide. La couverture vaccinale totale est tombée à environ 13 % en 2003 et le Nigéria compte 80 % des cas de paralysie dus à la polio dans le monde. Environ 98 % des ménages utilisent désormais du sel iodé.

45. Le taux d'accès à l'eau salubre, qui était en 1999 de 89 % en zone urbaine et de 58 % en zone rurale, est passé à 65 % et 40 %, respectivement, en 2003. L'accès à des systèmes sanitaires d'évacuation des excréments a légèrement augmenté, 90 % des zones urbaines étant couvertes en 2003 contre 86 % en 1999 et 66 % des zones rurales contre 64 %. La campagne d'éradication de la dracunculose (infestation par le ver de Guinée) donne de bons résultats, le nombre de cas signalés chutant de 5 344 en 2001 à 1 460 à la fin de 2003. Environ 30 % des enfants âgés entre 6 et 11 ans ne sont pas inscrits à l'école primaire, la situation variant beaucoup d'un État à un autre. Dans le sud du pays, les filles sont plus nombreuses que les garçons à aller à l'école (10% de plus). Environ 15 millions d'enfants sont actuellement soumis à une exploitation par le travail, et plus de 40 % d'entre eux sont exposés à l'exploitation sexuelle, à la drogue, à la violence, à la délinquance et à la traite. Seuls 28 % des enfants sont enregistrés à la naissance et de nombreuses filles sont mariées de force à l'âge de 8 ou 9 ans. Plus de 6 000 enfants sont en prison ou dans des centres de détention pour mineurs, où l'on ne prend pas soin d'eux.

46. **Principaux résultats et problèmes.** Les interventions de l'UNICEF ont contribué à améliorer la situation des enfants dans certaines régions. Dans le cadre du programme pour la survie et la prise en charge précoce de l'enfant, le Nigéria a reçu du matériel frigorifique et du matériel pour le transport des vaccins, assortis d'une formation. Cette initiative a permis de couvrir 67 % des besoins en améliorant le fonctionnement de la chaîne du froid dans les régions couvertes par le programme, où le risque de polio est très élevé. L'UNICEF a acheté des vaccins courants, en a livré trois chargements et a offert une formation sur la sécurité vaccinale à ses partenaires nationaux. Il a également fourni tous les vaccins et la

vitamine A nécessaires lors des journées nationales de vaccination. Depuis 2002, le programme cherche à mobiliser la société pour qu'elle contribue à l'éradication de la polio, le but étant essentiellement d'informer la population et de l'encourager à demander ou à accepter un vaccin antipolio oral. Le programme a également contribué à renforcer le système de santé et à améliorer la prise en charge des principales maladies infantiles, au niveau des États et des circonscriptions locales. Dans le cadre de la campagne contre le paludisme, le programme a permis d'établir un projet de document directif sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide. La vaste campagne de promotion et d'information sur les moustiquaires imprégnées d'insecticide fait partie intégrante de la stratégie de prévention. C'est ainsi qu'une formation des formateurs a été dispensée à 101 agents répartis dans les six zones géopolitiques du pays et que des moustiquaires ont été distribuées dans 63 circonscriptions des États d'Enugu, de Bauchi et d'Ogun. Au total, 45 médecins et infirmières ont reçu une formation pour évaluer les installations sanitaires et promouvoir des services de santé adaptés aux besoins des mères et des enfants.

47. Les programmes de vaccination mis en place par les autorités fédérales et par les autorités des États ont été mis à profit pour distribuer des suppléments en vitamine A. Au total, 73 % de la population a bénéficié de cette opération. Alors que plus de 90 % des ménages utilisent déjà du sel iodé, on a commencé à surveiller de manière systématique l'ajout d'iode dans les usines, chez les distributeurs et les petits commerçants et dans les ménages. Des comprimés de folate de fer ont été distribués aux femmes enceintes dans les centres de soins de 36 circonscriptions locales couvertes par le programme, et 30 % de ce groupe de population a pu en bénéficier. Une politique nationale relative à l'alimentation et à la nutrition a été lancée en 2002 et un plan d'action national a commencé à être élaboré. On a financé la création de 36 centres de soins pour enfants dans les circonscriptions couvertes par le programme, soit en milieu scolaire, soit au niveau des collectivités. Le programme a également financé 32 unités de prévention de la transmission mère-enfant dans des établissements de soins de santé secondaires et tertiaires en fournissant matériel et fournitures. Cependant, le manque de médicaments antirétroviraux pour les enfants a gravement limité les soins apportés aux enfants séropositifs.

48. Dans le cadre du programme sur la croissance et le développement intégrés, le projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement a permis de réviser et d'adopter une politique nationale en la matière ainsi qu'un cadre stratégique pour les zones rurales placé sous la responsabilité d'un organisme spécialisé dans chaque État. Un total de 86 collectivités visées par le programme ont un système d'approvisionnement en eau et d'assainissement supervisé par un comité spécialisé. Au total, 3 968 nouvelles sources d'approvisionnement en eau salubre ont été construites dans chacun des 36 États et alimentent environ 1,2 million de personnes. Dans 1 176 communautés rurales, 2 000 latrines traditionnelles à fosse ont été modernisées et 9 063 nouvelles latrines de type Sanplat ont été construites dans des habitations individuelles. Quelque 145 écoles primaires sont aujourd'hui équipées d'une nouvelle source d'approvisionnement en eau salubre et 274 sont équipées de latrines sanitaires. En ce qui concerne la lutte contre l'onchocercose, 20 millions de personnes ont été traitées avec de l'ivermectine en 2003, contre 18,4 millions en 2002.

49. Le projet sur l'apprentissage et l'éducation des filles s'est attaché à intégrer les principes d'une école adaptée aux besoins des enfants. Environ 286 écoles primaires

ont été désignées comme étant des écoles adaptées aux besoins des enfants, 90 % d'entre elles offrant des programmes extrascolaires et des soins aux jeunes enfants. Des modules nationaux ont été créés pour ces écoles. Cette stratégie a permis d'augmenter le taux de scolarisation, de faire reculer le nombre d'abandons scolaires et d'accroître le nombre d'enfants qui achèvent leurs études. Le taux brut d'inscription dans les États du sud-est est passé de 83 à 89 % (72 % pour les filles, 84 % pour les garçons) et le taux d'inscription dans les États du nord-ouest est passé de 4 490 000 en 2002 à 5,1 millions en 2004. On a mis l'accent sur l'éducation des filles, distribué des fournitures et de l'eau, construit des installations sanitaires et offert une formation pédagogique dans 22 écoles pilotes, ce qui a entraîné une augmentation de 28 % du taux de scolarisation des filles, une chute de 80 % de leur taux d'abandon scolaire et une augmentation de 40 % du nombre d'enseignantes dans ces écoles.

50. Le programme en faveur de la protection et de la participation des enfants et des jeunes a beaucoup contribué en 2003 à l'adoption de la loi relative aux droits de l'enfant dans quatre États. Il a également facilité l'entrée en vigueur de la loi sur la traite des personnes en juillet 2003, qui a abouti à la création de l'Agence nationale pour l'interdiction de la traite des personnes. On essaie également de remettre sur pied le Comité national des droits de l'enfant, chargé de coordonner les différentes contributions des États aux rapports périodiques présentés par le Nigéria au Comité des droits de l'enfant. Dans le nord du pays, un certain nombre d'États ont adopté des lois interdisant la vente de marchandises dans les rues et la pratique qui consiste à retirer les filles de l'école, et l'État de Zamphara a créé une Agence de protection des droits de l'enfant. L'Agence nationale a, quant à elle, facilité le rapatriement de plus de 300 enfants victimes de trafiquants à Abeokuta (État d'Ogun), qui les avaient emmenés à Cotonou (Bénin).

51. Par l'intermédiaire du Service national pour la jeunesse, le programme a permis à 221 926 jeunes de bénéficier d'une formation et d'une campagne d'information sur la santé procréative et le VIH/sida. Parmi eux, 7 768 ont été formés pour transmettre le message à leurs pairs, puis déployés dans 3 960 écoles. Le programme a également prêté son appui à la première Conférence nationale sur les orphelins et enfants vulnérables en 2004, qui a conduit à la création d'antennes nationales et locales par le Ministère fédéral de la condition de la femme. En collaboration avec le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme et d'autres organismes des Nations Unies, l'UNICEF a mis au point un manuel de formation et offert une formation à ses partenaires sur l'intégration d'une démarche soucieuse d'égalité entre les sexes dans les programmes sectoriels.

52. Dans le cadre du projet de statistiques sociales du programme de planification et de communication, on a facilité l'élaboration de plans d'action, aux niveaux national et des États, pour faire progresser la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et de ceux fixés à la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée aux enfants. On a présenté et expliqué le logiciel *ChildInfo* aux partenaires et encouragé le Bureau fédéral de statistique à l'utiliser pour créer la première base de données du Nigéria. On cherche actuellement à établir une charte standard de la recherche sociale qui harmoniserait les définitions des indicateurs, la collecte et l'analyse de données ainsi que les méthodes utilisées pour établir les rapports. Dans le cadre du projet sur la communication et la création d'alliances, on a produit une série d'outils d'information imprimés ou audiovisuels et étendu la programmation par voie électronique, ce qui a permis d'atteindre 70 % de la

population grâce à la radio et 33 % grâce à la télévision. Plusieurs maisons des médias ont reçu une formation en matière d'évaluation, d'analyse de la communication, de conception et d'action. Les alliances passées avec des ONG et des organisations de la société civile ont facilité l'entrée en vigueur de la loi sur les droits de l'enfant et la prise en compte des questions liées aux enfants dans les programmes universitaires.

53. Dans le cadre du projet sur la préparation et la réaction aux situations d'urgence, on s'est attaché à renforcer les capacités des partenaires, aux niveaux fédéral, des États et des collectivités, afin qu'ils puissent se préparer et réagir aux situations d'urgence. On leur a offert une formation, du matériel et une assistance technique pour qu'ils puissent établir une cartographie des zones à risque, élaborer des plans d'urgence et mettre en place des systèmes de gestion de l'information. Au niveau fédéral, on a établi des plans d'urgence par secteur, notamment la santé, l'eau, l'assainissement et la protection, et tous les États disposent de cartes où sont indiqués les points vulnérables. Ce projet a permis de coordonner les secours dans de nombreuses situations d'urgence. En 2002, par exemple, des milliers de personnes ont été déplacées à la suite de l'explosion d'un dépôt d'armes militaires à Lagos. Le Gouvernement leur a offert un abri temporaire dans des camps situés à Lagos, tandis que l'UNICEF a coordonné les mesures prises par l'ONU pour faire face à la crise. En 2004, un affrontement interethnique majeur a éclaté dans l'État du Plateau et l'état d'urgence a été décrété. Des milliers de personnes ont été blessées, des centaines ont été tuées et des milliers d'autres ont été déplacées dans les États voisins. L'UNICEF a coordonné une action conjointe des Nations Unies dans les secteurs de la santé, de l'eau et de l'assainissement.

54. **Ressources utilisées.** Entre 2002 et 2004, les dépenses effectuées dans le cadre du programme de pays se sont élevées à 93 865 448 dollars, pour un budget total de 102 406 151 dollars approuvé par le Conseil exécutif pour la même période. Les ressources ordinaires représentaient 65 % du budget approuvé. La répartition des dépenses entre les différents programmes s'est opérée comme suit : 30 % des ressources pour la santé et la nutrition, 17 % pour l'éducation, l'eau et l'assainissement et près de 10 % pour la protection des enfants. La seule différence notable concernait les montants approuvés pour les autres ressources supplémentaires allouées à la vaccination. Cet écart s'explique par la détérioration spectaculaire de la situation face à la propagation du virus de la polio et par l'intensification de la campagne d'éradication. Les ressources consacrées aux autres volets du programme ont été insuffisantes bien que les chiffres de 2003-2004 semblent indiquer une nette augmentation des autres ressources pour l'éducation, l'eau, l'assainissement et la santé.

55. **Principaux résultats et problèmes.** Les démarches administratives et les problèmes de communication interne des partenaires gouvernementaux ont souvent retardé l'exécution du programme. Des changements de direction à différents niveaux n'ont pas davantage facilité les choses. La portée du programme s'est trouvée limitée par le retard ou l'absence des contributions en espèces du Gouvernement, ce qui a également retardé le versement de l'aide en espèces au Gouvernement. Les principaux enseignements tirés concernent l'information, le recentrage des activités de programme et les partenariats. Il faut donc que le programme de pays exploite davantage les informations disponibles en renforçant la collecte, l'analyse et l'utilisation des données.

56. Il ressort de l'examen à mi-parcours que les moyens déployés étaient trop dispersés, tant en termes d'activités sectorielles que de régions géographiques, ce qui a réduit l'efficacité du programme de pays. Il faut donc que le programme recentre ses activités, en concentrant ses ressources dans les circonscriptions prioritaires, en allouant davantage de ressources aux prestations de services, en renforçant les capacités locales et en limitant ses interventions sectorielles à celles qui ont le plus de chances de produire les résultats escomptés.

57. **Recommandations approuvées.** Les buts et objectifs généraux du programme restent inchangés, hormis le fait que l'on souhaite augmenter le nombre de circonscriptions visées de 100 à 111. Au terme de l'examen à mi-parcours, il a été décidé d'augmenter les prestations de services et de renforcer les capacités dans les circonscriptions et collectivités ciblées par le programme, d'appuyer davantage la formulation des politiques et la formation au niveau des circonscriptions, des collectivités et des États, en diminuant l'aide fournie au niveau national, de favoriser un changement des mentalités grâce à une plus grande mobilisation de la société et une meilleure communication, en particulier au niveau des circonscriptions et des collectivités, et de multiplier les actions de sensibilisation aux niveaux des États et des circonscriptions. Il a été décidé que 60 % des ressources ordinaires seraient dévolues aux circonscriptions et aux collectivités, les 40 % restantes étant divisées en deux parts égales entre les activités au niveau des États et les activités au niveau national. La structure du programme de pays demeure quasi inchangée, à la différence près que les activités du programme de développement communautaire ont été intégrées dans les quatre programmes sectoriels qui tiennent compte du cycle de vie. Ce changement permet de concentrer les efforts sur les 111 circonscriptions.

Sao Tomé-et-Principe

58. **Processus d'élaboration de l'examen à mi-parcours.** Ce processus a fait intervenir les collectivités locales, des ONG, des dignitaires religieux et tous les ministères d'exécution.

59. **Situation des enfants et des femmes.** Le taux de mortalité infantile (TMI) est estimé à 53 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) à 101 pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de scolarisation dans le primaire – 69 % pour les garçons et les filles – est élevé. La prévalence du VIH/sida est de 2 %. La violence familiale pose un important problème de protection dans le pays.

60. **Principaux résultats et problèmes.** Avec l'appui de l'UNICEF et d'autres partenaires de développement, le taux de couverture vaccinale de routine a augmenté dans l'ensemble du pays pour atteindre 98 % pour le vaccin antituberculose (BCG), 99 % pour le vaccin oral antipoliomyélitique, 94 % pour le triple vaccin (antidiphtérique, antitétanique et antioquelucheux, ou DTC), 87 % pour la rougeole, 43 % pour l'hépatite B et 33 % pour la fièvre jaune.

61. En dépit des faibles moyens institutionnels de mise en œuvre des politiques éducatives, on a constaté une amélioration sensible de la qualité de l'éducation de base, notamment dans les sept établissements scolaires visés par l'initiative tendant à rendre les écoles accueillantes pour les enfants. Avec l'appui de l'UNICEF, 40 000 manuels scolaires d'enseignement théorique et pratique en matière d'hygiène et de santé ont été imprimés et diffusés, ce qui a permis d'améliorer les connaissances des

jeunes dans ces domaines. La campagne intensive menée par l'UNICEF s'est traduite par l'enregistrement de 13 300 enfants dont la naissance n'avait pas été déclarée d'où une augmentation du taux national d'enregistrement des naissances de 70 à 82 %.

62. La collaboration entre l'UNICEF, l'Assemblée nationale et les clubs de jeunes a, entre autres, abouti à la création du Parlement des enfants. L'Assemblée nationale a accepté de régulièrement donner la parole aux enfants lors de ses sessions.

63. **Ressources utilisées.** Les ressources ordinaires allouées au programme de pays se sont élevées à 1 249 500 dollars. Au cours des trois premières années du cycle de programmation, les dépenses au titre des services de base se sont élevées à 1 055 000 dollars et celles au titre du programme de planification, de suivi et d'évaluation à 178 400 dollars. On a consacré environ la moitié (262 400 dollars) du montant plafond approuvé pour les autres ressources (500 000 dollars) au projet de soins de santé primaires pour la lutte contre le paludisme et dépensé un montant de 228 500 dollars de ces autres ressources.

64. **Principaux résultats et problèmes.** Les changements fréquents de partenaires par le Gouvernement ont considérablement ralenti la mise en œuvre du programme de pays qui a bénéficié de l'intégration du bureau de Sao Tomé au Bureau de la zone établi à Libreville et de la mise en commun des effectifs. Le programme a noué de solides partenariats avec des ONG, des groupes religieux et des organisations locales, occasion de renforcer les capacités locales et nationales.

65. **Recommandations approuvées.** À l'issue de l'examen à mi-parcours on a reconnu qu'il importait de continuer de promouvoir l'initiative tendant à rendre les écoles accueillantes pour les enfants ainsi que l'éradication du paludisme et on a recommandé de s'attacher, en 2005 et 2006, à la protection des enfants et au renforcement des moyens dont disposent les collectivités et les familles.

Togo

66. **Processus d'élaboration de l'examen à mi-parcours.** L'examen à mi-parcours a été effectué au troisième trimestre de 2004 en collaboration avec les principaux partenaires dans la mise en œuvre du programme, dont des représentants des collectivités locales, de la société civile et d'organisations.

67. **Situation des enfants et des femmes.** Depuis 1988, le taux de mortalité infantile est resté inchangé aux alentours de 81 pour 1 000 naissances vivantes. Au cours de la même période, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans a chuté de 159 à 138 pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est resté très élevé à 478 pour 100 000 naissances vivantes. La prévalence du VIH est passée de 1 % en 1987 à 4,8 % en 2003 (4,4 % dans les zones rurales et 6,8 % dans les zones urbaines). On estime que 11 % des enfants âgés de 14 ans ou moins ont perdu leur mère ou leur père, voire les deux.

68. Le taux de scolarisation dans le primaire est passé de 68 % en 1997 à 77 % en 2003 (81 % pour les garçons et 73 % pour les filles). Entre 2001 et 2003, 29 % des garçons et 33 % des filles ont connu l'échec et/ou l'abandon scolaires. La traite des enfants s'est aggravée, avec environ 1 250 cas signalés en 2002.

69. **Principaux résultats et problèmes.** Le programme de pays a contribué à l'éradication de poliomyélite. L'approche visant à atteindre chaque district, mise en

œuvre conjointement par le Gouvernement, l'UNICEF et l'OMS a, de façon générale, permis d'accroître la couverture vaccinale. Les fonds tirés de l'Alliance mondiale pour les vaccins et l'immunisation et le projet Appui au renforcement de l'indépendance vaccinale en Afrique (ARIVA) de l'Union européenne ont complété les contributions des partenaires traditionnels en matière de vaccination. L'appui de l'UNICEF a notamment consisté à fournir des vaccins, des capsules de vitamines A, du matériel frigorifique, une formation et une aide en matière de microplanification. De ce fait, le taux de couverture vaccinale de routine devrait être d'au moins 60 % pour tous les districts du pays. Le taux de couverture pour le triple vaccin a augmenté à l'échelle du pays, passant de 43 % en 2001 à 75 % en 2003.

70. Grâce aux activités de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, 44 % des femmes enceintes (37 000) ont reçu des conseils dans des établissements de soins avant de décider de subir ou non un test de dépistage; certaines d'entre elles (7 076) ont accepté d'être testées et 6 % (446) de celles-ci étaient séropositives. Seulement 124 des femmes séropositives ont accouché dans des centres sanitaires offrant des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, et 102 d'entre elles ont bénéficié d'un traitement à la névirapine.

71. L'écart entre filles et garçons en matière de scolarisation primaire a diminué pour passer de 10 points en 2002 à 8 points en 2004. Plus de 1 654 enseignants ont reçu une formation professionnelle aux stratégies et pratiques visant à éliminer les comportements stéréotypiques en classe et dans l'environnement scolaire.

72. L'UNICEF a appuyé la scolarisation de 58 644 élèves au cours des trois premières années du cycle primaire en subventionnant les frais de scolarité et l'achat de trousseaux éducatifs. Vingt-six établissements scolaires ont été remis en état et on y a installé des latrines et des points d'approvisionnement en eau potable. La qualité de l'enseignement reste préoccupante comme le montre le nombre accru des redoublements (7 376 garçons et 5 185 filles en 2003, contre 6 554 garçons et 3 742 filles en 2001).

73. Grâce aux activités de plaidoyer ininterrompues de l'UNICEF, les questions relatives aux orphelins et aux enfants vulnérables et à la violence contre les enfants ont été privilégiées dans le programme national, d'où le début de l'élaboration d'un plan d'action national. En collaboration avec Save the Children, l'UNICEF a par ailleurs fourni un appui à la formation du personnel militaire en matière de protection des enfants avant, pendant et après les conflits armés.

74. **Ressources utilisées.** Sur le montant de 4 861 000 dollars de ressources ordinaires allouées pour la période 2002-2004, 4 360 000 dollars ont été dépensés au titre de la santé et de la nutrition. Sur le montant plafond approuvé au titre des autres ressources pour 2002-2004, soit 2 300 000 dollars, 411 000 dollars ont été recueillis et 349 000 dollars consacrés principalement à la santé, la nutrition et la lutte contre le VIH/sida. L'essentiel des ressources mobilisées (65 %) a été utilisé au titre de la vaccination, principalement pour financer les neuf séries d'activités de vaccination supplémentaires contre la poliomyélite et les campagnes d'élimination du tétanos maternel et néonatal. Le programme de pays a contribué à la réalisation de toutes les priorités du plan stratégique à moyen terme, avec 53 % des fonds alloués à la vaccination « plus », 13 % à l'éducation des filles, 33 % à la lutte contre le VIH/sida, 3 % à la protection des enfants, 2 % au développement du jeune enfant et 26 % à d'autres domaines du programme.

75. **Principaux résultats et problèmes.** Toutes les possibilités de collaboration entre le Gouvernement et ses partenaires dans le secteur de la santé n'ont pas été étudiées, à l'exception des activités de vaccination. Dans le secteur de l'éducation, les difficultés institutionnelles, telles que la pénurie d'enseignants, ont entravé la réalisation des objectifs du programme. Pour ce qui est du renforcement des capacités collectives, l'absence de moyens assurant l'application de la législation régissant le processus de décentralisation a empêché l'intégration sans heurt des comités de développement des villages et des plans d'action des villages dans les mécanismes de mobilisation des ressources des districts. Les limites des cadres juridiques prévus pour la protection des enfants et l'absence de mécanismes de coordination effective pour les partenaires collaborant dans ce domaine ont entravé la mise en œuvre du programme.

76. Les partenariats en matière de vaccination et de lutte contre le VIH/sida permettent de fournir un appui sectoriel plus général au Gouvernement. Les autres possibilités sont la nomination d'agents de liaison régionaux au niveau infranational, l'adoption en 2004 du premier rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement, et l'introduction des questions de protection dans les stratégies de réduction de la pauvreté.

77. **Recommandations approuvées.** À l'issue de l'examen à mi-parcours, on a recommandé la suppression du programme de communication, de suivi et d'évaluation pour intégrer la communication aux fins du développement dans tous les programmes sectoriels et relier les activités de suivi et d'évaluation au nouveau programme de services de base intégrés et de planification sociale. On a en outre recommandé d'établir un programme de promotion de la protection des enfants pour renforcer l'action en la matière.

78. Il est ressorti de l'examen à mi-parcours que le programme de pays devrait faire le bilan du renforcement des capacités des collectivités dans le contexte de son étroite collaboration avec ces dernières dans les prochaines années. Il a été recommandé que le programme de santé et de nutrition réoriente ses ressources sur les interventions liées au programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant.

Principales évaluations

Évaluation du programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant dans la région du Haut Ghana oriental

79. Lors du Sommet du Ministère ghanéen de la santé en juin 2004, les tendances positives en matière de survie de l'enfant dans le Haut Ghana oriental ont appelé l'attention des responsables et des partenaires dans la mesure où dans d'autres régions ayant des indicateurs géographiques, sociaux et économiques similaires, ces mêmes tendances étaient négatives ou inchangées, phénomène qui pourrait être dû, entre autres, au programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant. Pour recenser les facteurs ayant contribué à cette évolution positive, on a créé une équipe d'experts en santé publique chargée de déterminer dans quelle mesure ledit programme de modèle accéléré avait contribué au recul des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans; d'examiner et de documenter la mise en œuvre du programme de janvier 2002 à novembre 2004; de rendre compte des dépenses; d'établir et d'évaluer le rôle de tous les partenaires pour déterminer les incidences

financières du programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant; de faire des recommandations concernant les approches constructives; et de présenter un modèle qui pourrait être reproduit dans d'autres régions du pays.

80. L'équipe a procédé à un examen des documents et à une analyse des données, tenu des consultations avec les principaux partenaires et collaborateurs, effectué des visites sur le terrain et mené des entrevues. On a recensé et recueilli plusieurs rapports d'enquête, des publications, des rapports régionaux sur la santé et des rapports annuels de l'UNICEF. Un voyage d'étude a été effectué dans la région pour interviewer des partenaires, des agents d'exécution et des collectivités bénéficiaires. Des questionnaires ont été mis au point pour chaque niveau de partenariat ou de collaboration. On a mené des entretiens avec des personnalités clefs à l'échelon des districts et des régions pour déterminer leur niveau de participation et leur opinion sur le programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant. Des membres des collectivités ont également été interviewés pour déterminer dans quelle mesure ils connaissaient le programme et en étaient satisfaits. Les documents ont été examinés pour comparer les indicateurs de santé de l'enfant dans les trois régions du nord et ceux du Haut Ghana oriental avant et pendant la mise en œuvre du programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant.

81. **Résultats.** Le programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant, tel que conçu par l'UNICEF, a été lancé dans l'ensemble de la région du Haut Ghana oriental et dans certains districts de la région septentrionale, précisément en vue d'accélérer la mise en œuvre des programmes de survie et de développement de l'enfant à l'aide de fonds supplémentaires. Il s'agissait de former des agents des collectivités, de fournir du matériel et d'autres formes d'appui nécessaires à la mise en œuvre synergique de toutes les composantes du programme de survie de l'enfant. Le programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant a été progressivement mis en œuvre, dans un premier temps en janvier 2002 par le biais du programme élargi de vaccination « plus », puis par la promotion des moustiquaires imprégnées d'insecticide et de la gestion intégrée des maladies infantiles au cours du deuxième semestre de 2003. Le traitement préventif intermittent du paludisme n'a pas commencé avant la mi-2004. L'équipe a constaté que la mise en œuvre de toutes les composantes du programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant avait bien progressé dans les six districts de la région du Haut Ghana oriental, bien qu'à des degrés divers.

82. Les entretiens ont révélé que le programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant influait positivement à divers niveaux sur le système de santé dans la région. Dans les collectivités, les agents de santé étaient plus amicaux et plus accessibles. Les volontaires des collectivités se sentaient à l'aise dans leur rôle et ont attribué cette situation à la formation qu'ils avaient reçue, et les membres des collectivités étaient heureux de compter des volontaires parmi eux. Les liens entre les collectivités et les agents sanitaires au niveau des sous-districts s'étaient resserrés. Les agents sanitaires sont convaincus que davantage de patients se rendent dans les postes de prestation de services de santé et que les maladies traitées dans les dispensaires sont moins graves. Toutefois rien ne permet de documenter comme il convient ces vues et observations des autorités régionales.

83. Les données tirées de l'analyse des documents ont montré que certains progrès étaient imputables au programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant. Certaines des cibles fixées au début du projet n'ont pas été atteintes et

d'autres l'ont été, ce qui est sans doute dû au fait que bien peu de temps s'est écoulé entre la mise en œuvre et l'examen. À titre d'exemple, en matière de prévention et de gestion du paludisme, le pourcentage d'enfants dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 4,6 % en 2002 à 21 % en 2003, progrès dû au programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant. Pour ce qui est de la gestion de la diarrhée, la proportion des cas dûment traités à l'aide de sels de réhydratation orale est passée de 35 % en 2002 à 65 % en 2003, ce qui est également imputable au programme accéléré. Pour ce qui est de la couverture du programme élargi de vaccination, avec la valeur ajoutée liée au programme accéléré, qui permet de mieux recenser les enfants non vaccinés, le pourcentage des enfants âgés de 12 à 23 mois complètement immunisés est passé de 44 % en 2002 à 77 % en 2003. Pour ce qui est de l'alimentation des nourrissons, le pourcentage des enfants nourris au sein une heure après leur naissance a considérablement augmenté pour passer de 7 % en 1998 à 86 % en 2003. Le coût de mise en œuvre du programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant assumé par le Gouvernement et les partenaires dans le domaine de la santé s'est élevé à 1 955 715 dollars, soit 5,01 dollars par habitant de la population ciblée.

84. **Conclusion.** À l'issue de ses voyages d'étude et de son examen des documents, l'équipe a conclu que l'on pouvait attribuer les sensibles améliorations de certains indicateurs de survie de l'enfant à la mise en œuvre du programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant dans le Haut Ghana oriental. Outre l'injection de fonds supplémentaires dans le système de santé, le programme accéléré est aussi à l'origine de la synergie si nécessaire entre les programmes, grâce à la mise en œuvre coordonnée des activités de survie de l'enfant dans la région. L'appui considérable donné aux activités des collectivités a contribué de façon critique aux succès obtenus à ce jour. Cet environnement porteur crucial était conjugué à un appui supplémentaire, en particulier des ressources humaines, du matériel tel que des bicyclettes, et des fournitures telles que des moustiquaires imprégnées d'insecticide, des sels de réhydratation orale et des médicaments pour gérer les fièvres et le paludisme au niveau des collectivités. Un instrument de budgétisation marginale en cas de blocage a été utilisé pour estimer la contribution du programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant au recul du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Cet outil, mis au point par l'UNICEF, la Banque mondiale, et l'OMS, utilise trois facteurs : changement dans la couverture de l'intervention, efficacité de l'intervention et contribution de la maladie (en pourcentage) à la mortalité. Le produit de ces trois facteurs donne une estimation de la contribution de l'intervention au recul du taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans. On estime que le programme accéléré aurait fait reculer de 14 % le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans après 18 mois de mise en œuvre en augmentant les niveaux de couverture des interventions clefs en matière de survie de l'enfant.

85. Partant, la conception des différents éléments et la mise en œuvre des programmes qui renforcent la composante collectivités des interventions sanitaires doivent nécessairement contribuer à l'amélioration des indicateurs de santé des enfants. Cette conception devrait tenir compte de la synergie créée au sein des programmes au niveau des collectivités grâce au programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant. Outre le facteur collectivités, l'autre principal élément déterminant du programme est la disponibilité des fonds. Sans les fonds nécessaires, tous les acquis seraient perdus. Les progrès accomplis dans le Haut

Ghana oriental sont imputables à l'injection de fonds par l'UNICEF. Il faut donc consacrer des fonds à la transposition de ce programme dans d'autres régions, en tenant compte des exigences propres à ces régions ou districts et des incidences financières de l'intervention supplémentaire pour obtenir de meilleurs résultats.

**Renforcement de la fonction d'évaluation de l'UNICEF
en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale**

86. Les responsables de projet gèrent les évaluations demandées par l'UNICEF, qui sont dans la plupart des cas effectuées par des consultants extérieurs. Plusieurs raisons expliquent la qualité médiocre de ces évaluations : le peu d'importance accordée à ces évaluations par les responsables des bureaux de pays; la faiblesse des capacités et des compétences des responsables de projets ou de programmes s'agissant de la formulation du mandat de ces évaluations; la gestion de ces évaluations et l'utilisation de leurs résultats, qui laissent à désirer; et la faiblesse des capacités nationales d'évaluation dans la plupart des pays. Le bureau régional a fini par se rendre compte que le renforcement des capacités nationales d'évaluation ne se limitait pas au contexte de l'assistance de l'UNICEF mais devrait être traité dans le cadre plus large de l'aide au développement, par exemple le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, les stratégies de réduction de la pauvreté et les approches sectorielles, en collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies, des donateurs bilatéraux, des banques de développement et des ONG de premier plan. Dans ce contexte, plusieurs organismes, dont l'UNICEF, le Programme des Nations Unies pour le développement, le FNUAP et l'OMS, ont lancé une étude sur le renforcement des capacités qui a commencé par l'évaluation des capacités nationales d'évaluation en Mauritanie, au Niger et au Sénégal. Cette étude se poursuivra dans d'autres pays de la région après que les enseignements auront été tirés des trois études pilotes.

87. Les associations nationales sont des moyens efficaces d'encourager la demande d'évaluations nationales et de renforcer les pratiques en la matière, en particulier dans le contexte de la bonne gouvernance et de l'aide au développement. Le bureau régional a donc appuyé la création d'associations nationales d'évaluation dans plusieurs pays, dont le Burkina Faso, la Mauritanie et le Sénégal. La demande pour ce type d'appui s'accroît dans la région.

88. Pour 2005, 30 évaluations ont été prévues par des bureaux de pays dans la région. Le bureau régional a réagi avec dynamisme en suggérant à plusieurs bureaux de prévoir moins d'évaluations, de s'attacher aux questions stratégiques et de privilégier la qualité et l'utilité. Depuis, le nombre des évaluations a sensiblement diminué. Le bureau régional appuiera certaines évaluations qui présentent le plus grand intérêt pour les priorités régionales en examinant les mandats, en participant au choix des consultants et en examinant les rapports. Il s'agira d'évaluer la stratégie de convergence planifiée par plusieurs pays ainsi que le modèle d'écoles accueillantes pour les enfants mis en place au Mali. Cet appui vise à renforcer la capacité générale d'évaluation dans la région.