



Conseil économique et social

Distr. limitée
25 juillet 2005

Original: français

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2005

28-30 septembre 2005

Point 6 a) de l'ordre du jour provisoire*

Projet de descriptif de programme de pays**

Tchad

Résumé

La Directrice générale présente pour examen et commentaires le projet de descriptif de programme de pays relatif au Tchad. Le Conseil d'administration est invité à approuver le budget indicatif global de 18 445 000 dollars sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et un prélèvement de 30 000 000 dollars sur les autres ressources, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales pour la période 2006 à 2010.

* E/ICEF/2005/10.

*** Conformément à la décision 2002/4 (E/ICEF/2002/8) du Conseil d'administration, le présent document sera révisé et affiché sur l'Internet de l'UNICEF en octobre 2005, en même temps que le tableau récapitulatif des résultats. Il sera ensuite approuvé par le Conseil d'administration à sa première session ordinaire de 2006.



Données de base†

(2003, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de moins de 18 ans (millions)	4,6
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	200
Insuffisance pondérale (% modéré et grave)	28
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1991/97)*	830
Taux d'inscription dans l'enseignement primaire (% net, garçons/filles, 2001/02)	70/47
Élèves terminant leur première année qui atteignent la cinquième année de scolarité (% , 2000/01)	45
Accès à de l'eau plus salubre (% , 2002)	34
Taux de prévalence du VIH chez les adultes (%)	4,8
Enfants qui travaillent (% , mineurs âgés de 5 à 14 ans)	57
RNB par habitant (dollars des États-Unis)	250
Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos (DTC3) (%)	47
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%)	61

† Des données supplémentaires concernant ce pays, sur les enfants et les femmes, sont également disponibles sur le site <www.unicef.org>.

* L'estimation faite conjointement par l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA en 2000, donne un taux ajusté de 1 100 pour 100 000 naissances vivantes et tient compte de la faible déclaration des décès maternels et des erreurs de classement.

Situation des enfants et des femmes

1. La vie des enfants au Tchad reste précaire face aux difficultés de l'État à mettre en place des systèmes performants dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la protection et des familles à adopter des pratiques positives dans un environnement de pauvreté répandue où 54 % de la population vit avec un revenu inférieur à un dollar des États-Unis par jour.

2. Les mesures législatives pour assurer l'impact des richesses du pétrole sur la croissance et la réduction de la pauvreté, notamment par l'inscription de tous les revenus du pétrole au budget général et l'affectation des recettes directes aux dépenses des secteurs de la santé, de l'éducation et du développement rural laissent entrevoir des bonnes possibilités. Les revenus pétroliers, l'Initiative pour alléger l'endettement des pays pauvres très endettés et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme apportent de nouvelles disponibilités de fonds; cependant, les capacités d'absorption sont limitées dans les secteurs sociaux par des faiblesses dans la planification, la budgétisation et la soumission des demandes de décaissement.

3. Le taux de mortalité des moins de cinq ans, qui s'était amélioré entre 1993 et 1997 (de 222 à 194 pour 1 000 naissances vivantes), s'est dégradé en 2003, se situant à 200 pour 1 000 naissances vivantes. Les maladies diarrhéiques, le tétanos néonatal, le paludisme et les infections respiratoires aiguës sont les causes majeures

des décès des enfants, liés notamment aux faibles couvertures et performances des services; à l'éloignement et l'inaccessibilité des services de santé; aux pratiques d'hygiène et d'assainissement (92 % n'utilisent pas de latrines); au faible taux d'accès à l'eau potable (34 %, le plus faible dans la région); à la faible utilisation de moustiquaires imprégnées.

4. Le taux élevé de mortalité maternelle est lié à un faible recours aux consultations prénatales (33 %), à l'insuffisance de la couverture des services de santé de la reproduction ainsi qu'aux accouchements assistés (8 % en milieu rural), aux mariages et grossesses précoces, nombreuses et trop rapprochées. Le niveau de malnutrition des enfants reste élevé, l'insuffisance pondérale est de 28 % par malnutrition aiguë globale, dont 12 % de malnutrition sévère (selon l'enquête en grappes à indicateurs multiples, 2000). L'allaitement exclusif n'est pratiqué que par 10 % des femmes.

5. La situation du secteur de l'éducation se traduit par une pénurie d'écoles et leur dégradation physique (manque de clôtures, points d'eau, blocs sanitaires et dispositifs de lave-mains), surcharge des classes (1 enseignant pour 71 élèves), maîtres peu qualifiés et démotivés (taux de redoublement de 27 %), inadéquation du curriculum et manque de matériel. Dans le prochain cycle des informations seront collectées sur les attitudes et opinions des familles sur l'école, notamment sur l'impact des mariages précoces ou forcés de façon à faire apparaître ce paramètre dans le faible taux de scolarisation des enfants, notamment des filles. Le taux brut de scolarisation des enfants âgés de 6 à 11 ans (75 % en 2000-2001) cache des disparités à la fois régionales (par exemple, 31 % dans le Waddi Fira, 66 % au Guéra, contre 110 % dans le Logone Occidental) et de sexe (99 % pour les garçons et de 66 % pour les filles). Des nombreux enfants en âge scolaire vivent des situations qui limitent leur accès ou maintien à l'école primaire (nomades, réfugiés ou filles domestiques). Moins de 3 % d'enfants âgés de 3 à 5 ans bénéficient des structures d'encadrement.

6. Le taux de séroprévalence du VIH/sida est estimé à 4.8 %. Selon le cadre stratégique national de lutte contre le sida 2005-2009, les problèmes majeurs sont la forte mortalité des malades du sida et la propagation rapide chez les gens âgés de 15 à 24 ans. La précocité des rapports sexuels, la multiplicité de partenaires, la méconnaissance des voies de transmission et de prévention expliquent cette progression; d'autre part, le déni de la maladie et la stigmatisation freinent la prise en charge des cas. L'épidémie est évolutive à l'échelle nationale, affectant à des degrés variés toutes les régions. A l'hôpital de référence national on estime à 600 les enfants nés de mères séropositives annuellement; cependant, la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant n'est pas opérationnelle. Les orphelins du sida, estimés à 96 000, reçoivent peu d'appui, à l'exception de l'action de quelques associations caritatives.

7. La paix que le pays connaît depuis quelques années est fragilisée par l'instabilité aux frontières. La présence de 200 000 réfugiés soudanais à Waddi Fira et à Ouaddaï augmente le risque des maladies transmissibles et provoque des tensions dues au partage des ressources, y compris naturelles (eau, bois de chauffe) dans cette région pauvre et mal desservie par les services de base. Il est à noter que le pays fait face aussi à la présence de réfugiés centrafricains, au sud du pays.

Principaux résultats obtenus et enseignements tirés de la coopération précédente, 2001-2005

Principaux résultats obtenus

8. La mise en oeuvre expérimentale de la stratégie accélérée de la survie et développement de l'enfant (SASDE) a permis 10 % de réduction de la mortalité des moins de 5 ans dans les trois districts ciblés. Au cours de 2004 et 2005, 95 % des enfants de moins de 5 ans ont été vaccinés contre la poliomyélite, grâce aux six campagnes organisées, avec la distribution de la vitamine A. Depuis novembre 2004, aucun nouveau cas de poliomyélite n'a été enregistré dans le pays.

9. La prévalence des troubles dus à la carence en iode chez les enfants âgés de 6-12 ans a diminué de 63 % en 1993 à 6 % en 2004. Les poches préoccupantes sont les régions de Ouaddaï et Waddi Fira, frontalières avec le Soudan qui continue à exporter du sel non iodé.

10. Dans les 10 sous-préfectures d'intervention du programme, le taux brut de scolarisation des filles est passé de 49 % en 1998-1999 à 54 % en 2002-2003. Ces zones étaient de faible scolarisation et à forte résistance à l'école. La stratégie de l'accélération de l'éducation des filles à l'horizon 2015 a été élaborée et validée. La politique nationale de développement du jeune enfant élaborée est en cours d'adoption.

11. L'élaboration et validation du code de travail et de la loi sur l'enregistrement de naissances ont été appuyées, suite aux recommandations du Comité des droits de l'enfant. En deux ans, grâce à une stratégie à base locale et à une plus grande prise de conscience à tous les niveaux, 256 enfants « bouviers » (gardiens de bétail pour compte d'autrui) ont été réintégrés dans leurs familles.

12. Le programme a réorienté ses efforts vers la réponse à l'afflux des réfugiés soudanais et a travailler en synergie avec les agences des Nations Unies et les organisations non gouvernementales (ONG). L'appui fourni a permis la relance de la scolarisation de 45 000 enfants réfugiés. Les campagnes de vaccination contre la rougeole ont atteint 97 % des enfants des camps et des communautés hôtes. Environ 28 000 personnes dans les camps et 45 000 des communautés hôtes ont bénéficié de l'approvisionnement en eau. Des produits thérapeutiques et matériel anthropométrique ont été fournis en plus de l'appui technique aux 11 centres de nutrition thérapeutique dans les camps et dans cinq hôpitaux locaux.

Enseignements tirés

13. L'introduction de la SASDE, dans 3 des 55 districts sanitaires, comme stratégie de réduction de la mortalité infantile a été un succès. La mise en place de contrats de performance a permis de responsabiliser les communautés et les différents acteurs à tous les niveaux et d'améliorer le suivi des activités selon une approche basée sur les résultats. Elle a aussi créé une émulation au sein de l'équipe de santé dans la mesure où un renforcement de la supervision aux niveaux périphérique et central est intervenu. L'appropriation de la stratégie par les différents acteurs (ministère, services décentralisés, leaders communautaires et familles) et les conditions de son extension par les autorités nationales restent un défi à relever.

14. Les revues à mi-parcours et annuelles ont constaté que la mise en oeuvre décentralisée du programme en s'appuyant sur les équipes techniques multisectorielles, censées coordonner les interventions du programme, est très difficile à réaliser en raison de la mobilité des cadres et des faiblesses de coordination de ces équipes, qui ont finalement fonctionné comme un intermédiaire pour des requêtes et provision de fonds entre le niveau décentralisé et le niveau central. Pour le cycle 2006-2010, les actions aux niveaux régional et communautaire seront prises en main par les services décentralisés, en fonction des buts et objectifs fixés, et gérés par les programmes respectifs avec les partenaires aux niveaux départemental et sous-préfectoral.

Programme de coopération 2006-2010

Tableau budgétaire récapitulatif*

(En milliers de dollars des États-Unis)

<i>Programme</i>	<i>Ressources ordinaires</i>	<i>Autres ressources</i>	Total
Santé et nutrition	4 645	16 000	20 645
Éducation pour tous	4 300	7 000	11 300
Protection de l'enfant	3 050	2 500	5 550
Lutte contre le VIH/sida	2 450	4 000	6 450
Politiques, communication et partenariats	2 200	500	2 700
Coûts transversaux	1 800	---	1 800
Total	18 445	30 000	48 445

* À peu près 15 millions de dollars des États-Unis seront recherchés annuellement à travers le processus d'appel global pour des activités en faveur des réfugiés au Tchad jusqu'au terme des actions relatives à l'urgence.

Processus d'élaboration

15. La préparation du Programme de coopération, qui s'inscrit dans les stratégies nationales et le Plan-cadre des Nations Unies pour le développement (PNUAD), a débuté avec une mise à jour de l'analyse de la situation des enfants et des femmes développée par le Bilan commun du pays en 2003. Le programme a été préparé avec les partenaires à travers des comités sectoriels et validé par un comité de pilotage mis en place par le Ministère du Plan, du développement et de la coopération. La préparation du PNUAD a été perturbée par l'extrême mobilité au sein de l'équipe des Nations Unies et par la réponse à la crise humanitaire. Malgré les contraintes, un atelier de définition des priorités a pu être organisé avec les partenaires. Il a été suivi par l'élaboration des matrices des résultats, le développement des axes stratégiques et des composantes de programmes de chaque agence et la tenue d'une réunion de stratégie.

16. Le développement des axes stratégiques et des composantes du programme de coopération, le choix des zones de convergence, les domaines et mécanismes d'intersectorialité et de gestion du programme ont pris en compte les recommandations de la revue à mi-parcours, les leçons apprises des études, enquêtes

et évaluations réalisées entre 2001-2005, les recommandations du Comité des droits de l'enfant sur le rapport du Tchad (1999) et le plan stratégique à moyen terme de l'UNICEF pour 2006-2009. Des discussions inter organisations ont examiné les opportunités de collaboration, partant des expériences positives de la réponse aux urgences.

Objectifs, principaux résultats attendus et stratégies

17. Le but général du programme de coopération est d'appuyer le gouvernement à investir davantage dans les enfants en les plaçant au centre des politiques et d'allocation des ressources, permettant ainsi la création d'un cadre favorable à la réalisation de leurs droits. Cela est en accord avec le PNUAD, développé sur la base de la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté et dans l'esprit de saisir les opportunités offertes par l'avènement du pétrole au Tchad. Tenant compte des besoins des enfants réfugiés dans le pays, le programme contribuera à réduire la morbidité et la mortalité infanto-juvénile, à augmenter la scolarisation des enfants, en particulier chez les filles, à stabiliser le taux de séroprévalence du VIH/sida chez les jeunes de 15 à 24 ans et à renforcer l'environnement de protection des enfants.

18. Les principaux résultats attendus du programme de coopération d'ici à 2010 sont les suivants :

a) La poliomyélite est éradiquée, la rougeole est contrôlée, le tétanos néonatal et maternel est éliminé;

b) Dans tous les districts sanitaires des cinq régions appuyées (18 districts) les composantes de la SASDE sont mises en oeuvre avec un accent sur la pérennisation : programme élargi de vaccination; prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME); et la consultation prénatal;

c) Dans les districts appliquant la SASDE, le taux d'allaitement maternel exclusif est augmenté (les données de base dans les cinq régions seront fixées au démarrage du programme); 60 % au moins des cas de malnutrition sévère sont correctement pris en charge; 60 % des enfants âgés de moins de 5 ans et des femmes enceintes reçoivent une supplémentation en micronutriments et un traitement de déparasitage adéquats. La documentation de l'efficacité, des coûts et des aspects de gestion liés au modèle appuie son adoption au niveau national;

d) Dans les cinq régions, 250 000 enfants âgés de 6 à 11 ans ont accès et fréquentent 500 écoles primaires, bénéficient du paquet essentiel d'apprentissage, intégrant les besoins spécifiques des filles et comprenant des structures d'eau potable et d'assainissement. La documentation de l'efficacité, des coûts et de la gestion liés au paquet soutient son extension à l'échelle;

e) Les capacités des familles à stimuler et socialiser les petits enfants sont renforcées et 6 000 enfants âgés de 3 à 5 ans ont accès aux services de 50 centres d'éducation communautaire;

f) 80 % des services de consultation prénatale dans les 18 districts sanitaires appuyés offrent des services permettant la réduction de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; 25 centres « amis des jeunes » offrent des services de prévention des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, dans les cinq zones appuyées, ainsi que dans les villes de N'Djamena et Kelo;

g) Un code de protection de l'enfant est élaboré; les violences, les abus et l'exploitation sont mieux connus grâce à un système d'information et de documentation; dans les zones de convergence, ainsi qu'à N'Djamena et à Kelo, 80 % des orphelins, des enfants infectés et affectés par le VIH/sida bénéficient d'une prise en charge intégrale dans leurs communautés;

h) Les capacités d'anticipation et de réponses des institutions partenaires aux situations d'urgence sont renforcées. Les enfants réfugiés sont scolarisés, sont protégés contre les maladies, reçoivent de l'appui psychosocial et bénéficient d'encadrement;

i) Les cadres techniques au niveau central et des zones de convergence proposent des budgets et assurent leurs soumissions à temps en accord avec les pratiques gouvernementales en vue de sécuriser le financement nécessaire pour la mise en oeuvre des programmes au profit des enfants.

19. La stratégie clef du programme, est de venir en complément des efforts des partenaires, à travers le développement de modèles déjà testés, tels que la SASDE et le paquet essentiel d'apprentissage, en vue de leur pérennisation, expansion et réplification à d'autres communautés dans les cinq régions ainsi qu'à d'autres zones du pays, par le gouvernement. Ces cinq régions sur les 18 que compte le pays sont Mayo Kébi Est, Guéra, Ouaddaï, Wadi Fira et Tandjilé. Le renforcement des capacités sera réalisé aussi en faveur de l'expansion et de la reproduction de modèles dans les domaines de la protection de l'enfant et de la lutte contre le VIH/sida. Un appui parallèle renforcera les connaissances sur les droits des communautés à bénéficier de services de base de qualité et à la promotion de pratiques adéquates pour les soins aux enfants.

20. Le renforcement des capacités des partenaires intégrera l'amélioration des compétences, aux niveaux central et régional, pour analyser, développer, présenter et sécuriser les engagements budgétaires de l'État. La méthodologie budgétisation pour la levée des goulots d'étranglements (*marginal budgeting for bottlenecks* « MBB ») servira ainsi dans le secteur santé. Cet appui répond aux contraintes liées à la capacité d'absorption des fonds qui ont limité l'utilisation des fonds du pétrole dans les secteurs sociaux. Cette approche permettra de renforcer la pérennisation des domaines appuyés et de soutenir l'atteinte des résultats et des jalons de performance, tels que définis dans le cadre de l'octroi des ressources des fonds de programme et de l'appui budgétaire.

21. La couverture des activités à base communautaire sera limitée, à l'exception des actions de vaccination, à cause de l'échelle des besoins et de la limitation budgétaire. Toutes les activités seront menées avec une attention particulière aux mécanismes de suivi, de recherche et d'évaluation, qui seront intégrés dans les interventions, dès le départ, permettant d'établir l'effet des programmes et des pratiques de gestion dans la mise en œuvre du programme et atteinte des résultats.

Liens avec les priorités nationales et le PNUAD

22. Le PNUAD a dégagé cinq axes stratégiques sur la base des cinq priorités nationales identifiées dans la stratégie nationale de réduction de la pauvreté, permettant au système des Nations Unies d'appuyer le pays dans l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement. Le PNUAD a été validé lors d'une

réunion entre le gouvernement et les agences des Nations Unies, avec la participation de la société civile. La pertinence du programme de coopération Tchad-UNICEF et son alignement sur les priorités nationales y ont été confirmés. Le programme de coopération contribuera à la réalisation de quatre des cinq axes du PNUAD, en conformité avec le mandat et à l'avantage comparatif de l'UNICEF : amélioration du capital humain; lutte contre le VIH/sida; promotion de la gouvernance démocratique et économique; gestion des crises et des urgences.

Liens avec les priorités internationales

23. Le programme contribuera au développement des capacités au Tchad pour le respect, la protection et la promotion des enfants et des femmes telles que définies par la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Aussi, il contribue à la mise en oeuvre de la Déclaration du Millénaire et à l'atteinte des objectifs de développement du Millénaire par la contribution à la réduction de la malnutrition et de la mortalité infantile, par l'amélioration des conditions d'hygiène et d'assainissement, l'appui au développement de l'éducation primaire, la promotion de l'égalité des sexes dans le respect des droits fondamentaux, et la lutte contre la propagation du VIH/sida surtout chez les jeunes.

Éléments du programme

24. **Santé et nutrition.** Ce programme appuiera, à l'échelle nationale, la vaccination « plus » en développant l'approche « atteindre chaque district » qui vise le rétablissement de la vaccination intégrale de l'enfant dans les endroits où elle est faible. Le programme soutiendra les 55 districts sanitaires du pays dans l'éradication de la poliomyélite, le contrôle de la rougeole et l'élimination du tétanos néonatal et maternel par l'approvisionnement en vaccins, la revitalisation de la chaîne de froid et le renforcement des capacités des agents sanitaires. Les cadres du niveau central, formés dans les analyses et l'élaboration budgétaire selon la méthodologie MBB, s'attelleront à sécuriser des fonds destinés à réaliser les actions prioritaires, telle que la vaccination.

25. La SASDE sera étendue à 18 districts sanitaires en assurant les activités de vaccination « plus », PCIME, consultation prénatale et la promotion de l'allaitement maternel exclusif dans les zones de convergence. Dans les centres de santé, y compris dans les camps de réfugiés, l'approvisionnement en vitamine A, médicaments essentiels, produits thérapeutiques, moustiquaires imprégnés d'insecticides, matériels éducatifs et anthropométriques, sera assuré par le programme. Le renforcement des capacités des gestionnaires des programmes de santé, en termes techniques et de gestion, permettra la réalisation des activités de vaccination, de supplémentation en micronutriments, de promotion de l'utilisation des moustiquaires et de la pulvérisation, du déparasitage. L'enregistrement des naissances dans les centres de santé et dans les communautés sera promu à travers les consultations prénatales, en s'appuyant sur la communication de proximité et en collaboration avec les programmes protection et éducation. Dans les centres de santé des zones d'intervention, les services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant seront assurés dans le cadre de l'amélioration des soins prénatals. Son opérationnalisation sera faite en étroite collaboration avec le Fonds des Nations

Unies pour la population (UNFPA). En vue de lutter contre les carences en iode dans les zones affectées, les douaniers seront recyclés dans le contrôle du sel.

26. Le programme appuiera la réduction des maladies diarrhéiques par l'éducation à l'hygiène dans les centres de santé et en milieu scolaire en collaboration avec le programme d'éducation qui soutiendra le développement de sources d'eau améliorées et des latrines dans les écoles; dans les zones de choléra récurrentes l'appui sera apporté au développement des plans de prévention et de traitement. La prise en charge des maladies diarrhéiques sera appuyée par le renforcement des capacités dans les centres de santé et les communautés à travers la formation du personnel de santé et l'approvisionnement en sels de réhydratation orale.

27. Les capacités des délégués régionaux seront renforcées pour élaborer et soumettre des budgets techniquement fiables, dans les délais. La documentation des expériences permettra de démontrer les effets, l'efficacité, les coûts et les mécanismes de gestion mis en place des approches utilisées dans les zones d'intervention. Le plaidoyer s'orientera vers la reproduction des modèles aux districts sanitaires non couverts dans les cinq régions de convergence ainsi que dans d'autres parties du pays.

28. Les ressources ordinaires financeront l'appui technique et le renforcement des capacités aux niveaux national et régional dans l'ensemble des domaines couverts par le programme. Les autres ressources financeront les approvisionnements de la vaccination « plus » et de la lutte contre les maladies diarrhéiques.

29. **Education pour tous.** Ce programme s'inscrit dans le programme d'appui à la réforme du secteur de l'éducation du Tchad et interviendra au niveau national en apportant un appui à la formulation des politiques et des plans en faveur de l'éducation pour tous et dans le plaidoyer pour un engagement politique, se traduisant par la mise à disposition de plus de ressources à l'éducation de base.

30. Un paquet essentiel d'apprentissage sera introduit dans 500 écoles primaires dans les zones de convergence au profit de 250 000 enfants, dont 10 000 enfants et 105 écoles en milieu nomade, qui deviendront des « écoles amies des enfants », augmentant ainsi l'accès des enfants âgés de 6 à 11 ans d'au moins 10 points en général et 15 points pour les filles. Les inspecteurs, les planificateurs de l'éducation et les directeurs d'écoles seront formés à la gestion du réseau et de la carte scolaire ainsi que sur les questions d'égalité des sexes qu'ils doivent intégrer à la supervision pédagogique. Ils seront habilités à élaborer des budgets, tenant compte du circuit de soumission et d'approbation des financements. Les capacités professionnelles de 2 000 maîtres, 700 maîtres communautaires et 400 animateurs seront renforcées, et des manuels, matériels didactiques et mobiliers scolaires mis à leur disposition. Ils recevront une formation en compétences de vie liées à la santé. La santé scolaire se réalisera par l'éducation à l'hygiène corporelle et à l'environnement, la distribution de vitamine A et du fer, le déparasitage, et la prévention du paludisme en collaboration avec le programme de santé et nutrition. Des salles de classes, 500 points d'eau et 2 000 blocs sanitaires seront aménagés à travers des mécanismes de gestion communautaire, avec l'association des parents d'élèves et les comités villageois.

31. Des approches novatrices seront proposées pour atteindre les enfants et jeunes vivant dans des circonstances particulières, tels que les enfants réfugiés, autres enfants défavorisés ou ayant dépassé l'âge scolaire. La formation d'animateurs et de

facilitateurs et l'amélioration du cadre d'apprentissage seront privilégiées pour favoriser l'enseignement de base dans les camps de réfugiés, dans les centres d'éducation de base non formelle et éventuellement dans les écoles coraniques. Dans les cinq zones d'intervention et en collaboration avec les associations des parents d'élèves, l'accès des enfants âgés de 3 à 5 ans à l'éducation préscolaire sera appuyé dans 50 centres d'éducation communautaire et ruraux liés aux écoles primaires soutenues et le développement des initiatives à faible coût.

32. L'assistance technique, le renforcement des capacités et l'introduction du paquet essentiel d'apprentissage dans 200 écoles primaires seront assurés avec les ressources ordinaires. Les autres ressources appuieront l'introduction du paquet dans 300 écoles primaires additionnelles et les activités d'éducation pour les enfants nomades.

33. **Protection de l'enfant.** A l'échelle nationale, ce programme appuiera l'élaboration d'un code de l'enfant. Les codes pénal, de procédure pénale, celui du travail et la loi sur l'organisation de l'état civil feront l'objet d'une relecture en vue de les harmoniser avec les conventions internationales. La définition et l'application des normes de protection dans les institutions et structures d'accueil seront assurées, au niveau des zones d'intervention, par un appui technique et le renforcement des capacités des agents de l'État et de la société civile.

34. Les violations des droits des enfants seront mieux connues à la suite des études réalisées et de la diffusion des informations sur les disparités sexo-spécifiques, l'exploitation sexuelle, le travail des enfants, les enfants en conflit avec la loi, la violence et l'excision. Le Ministère de l'Action sociale et de la famille sera habilité à suivre et à rendre compte de ces violations. Les expériences acquises au niveau des zones d'intervention serviront à influencer le dialogue national. En vue d'assurer la protection des enfants dans les situations d'urgences, les compétences des partenaires seront renforcées pour le développement de réponses appropriées aux enfants réfugiés, séparés et non accompagnés.

35. Les leaders, les parents et les enfants seront sensibilisés sur les questions de protection et appuyés dans la création d'opportunités locales d'éducation, de loisirs et d'apprentissage dans les zones de convergence et les activités de protection développées dans les camps de réfugiés se poursuivront. Les structures communautaires seront renforcées pour la prévention, la surveillance et la réinsertion des enfants bouviers dans le Moyen Chari et le Mandoul (au sud du pays). La collaboration avec le Haut commissariat national de déminage se poursuivra, dans les zones concernées, sur les dangers des mines pour tous les enfants y compris ceux des camps des réfugiés.

36. Les ressources ordinaires appuieront les activités dans les zones de concentration. Les autres ressources financeront des études et des recherches destinées à combler le manque de données et d'information, l'appui aux centres qui se trouvent en dehors des zones de concentration et l'appui aux activités de renforcement des capacités des partenaires.

37. **Lutte contre le VIH/sida.** Ce programme entreprendra un plaidoyer en vue de l'adoption d'une politique en faveur des enfants touchés par le VIH/sida. Un appui technique sera fourni à l'élaboration d'un cadre national relatif à la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, basé sur des expériences internes et

externes. Un plaidoyer sera mené pour l'adoption de la politique déjà élaborée sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

38. En collaboration avec le programme de santé et nutrition, 80 % de centres de santé et des maternités des zones d'intervention offriront des services de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, en coordination avec des activités appuyées par l'UNFPA. Le renforcement des capacités en conseils et soins et la prise en charge globale des mères et des enfants séropositifs se fera de concert avec le Programme national de lutte contre le sida et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). Dans les zones d'intervention, des interventions aux niveaux médical, familial et communautaire assureront la prise en charge globale des orphelins et d'autres enfants affectés. La promotion du respect des droits de ces enfants contre la stigmatisation et de la discrimination sera faite en collaboration avec les activités de communication et de protection. Les expériences à ce niveau alimenteront le développement des politiques en faveur des enfants, ainsi que la préparation du code de l'enfant.

39. Les 250 000 élèves des 500 écoles primaires appuyées par le programme d'éducation pour tous bénéficieront de formation en compétences à la vie pour l'adoption de comportements sans risques. Vingt-cinq « centres amis des jeunes » seront créés, basés sur des structures d'animation existantes pour atteindre les enfants en dehors des écoles dans les communautés participantes. Des centres d'écoute seront appuyés dans les camps des réfugiés en partenariat avec les ONG intervenantes. Les interventions à moindres coûts, susceptibles d'être pérennes, seront documentées en vue d'une extension dans d'autres régions.

40. Les ressources ordinaires appuieront l'assistance technique, le renforcement des capacités et les activités liées aux écoles primaires dans les zones de concentration. Les autres ressources seront allouées à l'appui aux « centres amis des jeunes » et aux activités ciblant les adolescents hors du système scolaire.

41. **Politiques, communication et partenariat.** Ce programme appuiera l'ensemble du programme au niveau national et dans les zones de convergence. Le renforcement des capacités des cadres en élaboration et soumission ponctuelle des intentions budgétaires, conformément aux mécanismes gouvernementaux, contribuera à sécuriser les financements du budget national et des fonds pétroliers. Le programme consolidera la lisibilité de l'impact du programme de coopération sur les cinq régions appuyées à travers une documentation de ces effets, des coûts d'exécution ainsi que des questions de gestion en vue d'étayer la réplique des modèles à une plus grande échelle.

42. Une approche coordonnée de la communication au service des programmes sectoriels soutiendra la participation des parents, des familles et des communautés aux activités. La recherche pour identifier les comportements à modifier ou à renforcer, le développement des messages, l'identification des canaux appropriés et l'évaluation de la portée des interventions constitueront les actions principales à mener avec les programmes. Conformément aux recommandations du Comité des droits de l'enfant, l'élément d'égalité des sexes sera intégré à toutes les étapes de recherche, action et évaluation. Il sera soutenu par le renforcement des capacités des parties prenantes.

43. En collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et les autres agences des Nations Unies et à l'aide de DevInfo, les capacités

de l'Institut des Statistiques et des ministères techniques seront renforcées dans le suivi des indicateurs relatifs aux enfants. Ceci facilitera la préparation des rapports sur les objectifs du Millénaire pour le développement et sur la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant. La préparation du prochain rapport au Comité des droits de l'enfant sera appuyée.

44. Les **coûts transversaux** tiennent compte des coûts relatifs au personnel responsable de l'approvisionnement, de la logistique et de l'assistance à l'ensemble du programme.

Principaux partenariats

45. Dans le cadre du PNUAD et de la mise en œuvre du programme de coopération, l'UNICEF consolidera les synergies et la collaboration avec les agences des Nations Unies. La programmation conjointe sera expérimentée dans le cadre de la mise en œuvre de l'approche « école amie des enfants », avec le Programme alimentaire mondial; de la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant avec l'UNFPA, l'Organisation mondiale de la santé et avec l'appui technique de ONUSIDA. La collaboration étroite sera poursuivie avec le Haut Commissaire des Nations Unies pour les réfugiés, dans le cadre de l'appui aux réfugiés et selon les Principaux engagements collectifs de l'UNICEF pour les enfants en situation d'urgence; avec le PNUD dans l'éducation sur le risque des mines et dans le développement de *DevInfo* au sein des services de statistiques nationaux. Un partenariat sera également développé avec la Banque mondiale et la Coopération française pour le renforcement des capacités d'élaboration des budgets par les responsables des programmes. Dans le cadre du programme de lutte contre le VIH/sida, le programme cherchera des synergies avec la Banque mondiale qui appuie un volet sur l'information, l'éducation, la communication en faveur des jeunes dans tout le pays. La collaboration avec les ONG et associations sera renforcée et basée sur les expériences de partenariats réussis dans la réponse aux urgences.

Suivi, évaluation et gestion du programme

46. La planification, l'exécution et le suivi du programme de coopération sont réalisés à travers des arrangements tripartites entre les partenaires à la mise en œuvre, y compris les ONG et les associations, l'UNICEF et le Ministère du Plan, qui assure le rôle de coordination de l'ensemble du programme. Les plans de travail annuels sont révisés et validés par les Secrétaires généraux des départements ministériels et signés par les ministres et le Représentant de l'UNICEF. Les Secrétaires généraux de chaque ministère désignent des points focaux qui servent de liaison pour faciliter les contacts et renforcer la collaboration.

47. Un plan intégré de suivi, de recherches et d'évaluation quinquennal et annuel sera élaboré. Le renforcement des capacités du personnel UNICEF et des partenaires sur les normes de performance, les visites de terrain et le compte-rendu des réunions apportera une amélioration dans le suivi, l'évaluation et la documentation des interventions. L'analyse de l'Enquête démographique et sanitaire de 2004 au démarrage du programme permettra de disposer des données de départ dans les zones d'intervention; et l'organisation d'une enquête en grappes à indicateurs

multiples en 2009 facilitera la mesure des progrès réalisés par rapport aux résultats envisagés. La SASDE et le paquet minimum d'apprentissage seront évalués au cours du cycle établissant l'efficacité et le coût de ces stratégies et amèneront le programme à un apprentissage continu de sa mise en œuvre et la réplication des actions. Des revues semestrielles et annuelles se tiendront, et la revue à mi-parcours sera conjointement organisée en 2008 avec le gouvernement et les autres agences du système des Nations Unies dans le cadre du PNUAD.

48. L'appui aux populations réfugiées (soudanaises et centrafricaines) se fera de façon concertée avec le gouvernement et les agences du système des Nations Unies, par le biais des mécanismes développés pour assurer la couverture et la coordination optimale des interventions prioritaires destinées à ce groupe. Les trois sous bureaux actuellement existants à l'est du Tchad, et qui seront fermés à l'abaissement de la crise, soutiendront entre temps les actions appuyées par l'UNICEF au bénéfice des réfugiés soudanais ainsi que les activités du programme ordinaire exécutés dans les régions de Ouaddaï et Waddi Fira.
