Nations Unies E/ICEF/2004/P/L.31

Conseil économique et social

16 juillet 2004
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Deuxième session ordinaire de 2004
13-17 septembre 2004
Point 9 de l'ordre du jour provisoire*

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

Région de l'Asie du Sud

Résumé

Le présent rapport a été établi en application de la décision 1995/8 du Conseil d'administration (E/ICEF/1995/9/Rev.1), par laquelle ce dernier a prié le secrétariat de lui transmettre 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 au programme. Le Conseil doit faire des observations sur ces rapports et formuler des directives à l'intention du secrétariat s'il y a lieu. Les deux examens à mi-parcours et les quatre évaluations décrites dans le présent rapport ont été effectués en 2003 ou au début de 2004.

* E/ICEF/2004/12.

04-42947 (F) 110804 120804

I. Examen à mi-parcours des programmes de pays

Bangladesh

1. **Introduction**. Au troisième trimestre de 2003, on a terminé l'examen à mi-parcours du programme de pays du Bangladesh pour 2001-2005. Cet examen a été réalisé sous la conduite du Gouvernement et de l'UNICEF, grâce à des équipes mixtes chargées d'examiner les projets et programmes et avec la participation de donateurs et d'organisations non gouvernementales. On s'est particulièrement attaché à évaluer les activités de formation, importante composante de plusieurs projets financés par le PNUD et un élément crucial du renforcement des capacités. L'examen à mi-parcours a aussi fait fond sur les évaluations des approches sectorielles pour la santé et la nutrition ainsi que des projets d'intégration des femmes, d'initiation à la vie active, de renforcement des capacités, d'approvisionnement en eau des zones rurales et d'enseignement de l'hygiène.

2. **Situation des enfants et des femmes**. Outre l'enquête en grappes du programme élargi de vaccination et l'enquête nationale sur la nutrition, une enquête en grappes à indicateurs multiples a été effectuée en 2003. Beaucoup d'indicateurs ne révèlent guère de changement pour le Bangladesh ces dernières années, encore que le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans y ait reculé de 92 pour 1 000 naissances vivantes en 1998 à 82 en 2001. Deux tiers environ des décès de nourrissons sont imputables à des problèmes néonatals et un tiers à des causes telles que la diarrhée et les infections respiratoires aiguës. Il ressort d'une étude parrainée par l'UNICEF en 2003 que les blessures et les accidents ont causé 29 % des décès d'enfants entre 1 et 4 ans et 38 % de la totalité des décès d'enfants entre 1 et 17 ans, 59 % étant imputables à la noyade. La malnutrition infantile reste un grand souci. Environ 45 % des femmes enceintes et 76 % des nourrissons de 6 à 11 mois sont anémiques. Le taux net de scolarisation dans le primaire est passé de 82 % en 2000 à 83 % en 2003 (84 % des filles et 81 % des garçons). D'après les résultats de la quatrième enquête de Surveillance nationale du VIH, le taux de prévalence du VIH est passé de 1,7 % à 4 % chez les consommateurs de drogues injectables du centre du pays. En 2003, 7,9 millions d'enfants de 5 à 17 ans travaillaient, dont 1,3 million dans un emploi dangereux. L'exploitation des jeunes domestiques est un souci particulier. L'âge de 7 ans reste celui de la responsabilité pénale dans le pays mais les lois pertinentes sont en cours de révision.

3. **Progrès et grands résultats à moyen terme**. Le programme de pays comporte cinq sous-programmes et 15 projets, dont de nouvelles initiatives dans le domaine du développement du jeune enfant, du VIH/sida, des droits des adolescents et des soins obstétriques d'urgence. Le programme correspond désormais de plus près au plan stratégique à moyen terme (PSMT), en particulier parce qu'il accorde une attention accrue au VIH/sida et que les activités des projets convergent aux fins du développement intégré du jeune enfant.

4. Pour l'éducation des filles, l'objectif est de faciliter la réalisation des objectifs nationaux – taux net de scolarisation de 95 %, 80 % des élèves terminant le cycle d'études de 5 ans, niveaux acceptables de résultats scolaires et fourniture d'une éducation de base de qualité aux enfants qui travaillent. À l'appui de cet objectif, on a étendu le projet Intensive Education for All (IDEAL) (Éducation soutenue pour tous) à près de 37 000 écoles primaires dans 36 districts desservant 9,6 millions d'enfants au total. Une formation aux méthodes multiples d'enseignement et d'étude

a été dispensée, dans les écoles d'État, privées agréées, communales et satellites, à chaque instituteur adjoint (2 233 au total) d'*Upazila* (sous-district) et à 87 % des enseignants (79 636). Il est ressorti d'une étude récemment effectuée par l'Organisme japonais de coopération internationale que, dans les écoles du projet IDEAL les taux de fréquentation et d'achèvement des études étaient plus élevés, leurs élèves obtenant des résultats sensiblement meilleurs que ceux d'autres écoles. À partir de 2004, IDEAL sera intégré au Projet II de développement de l'enseignement primaire du Gouvernement – l'approche sectorielle pour cet enseignement. Le projet sur l'éducation des enfants qui travaillent dans les villes a permis d'en atteindre 339 150 dont 57 % sont des filles, encore qu'il se soit avéré que moins de 80 % des enfants inscrits travaillaient. Le projet sur le développement des jeunes enfants de 3 à 5 ans est une nouvelle intervention novatrice. Les activités de plaidoyer et d'orientation portent sur 46 districts et des interventions préscolaires spécifiques ont été lancées dans la région des Chittagong Hill Tracts et dans les bidonvilles.

5. Pour la santé et la nutrition, l'objectif est d'y contribuer aux approches sectorielles. Les activités et les résultats font partie intégrante des deux programmes nationaux : le programme sectoriel sur la santé et la population et le programme national de nutrition, dont les objectifs ne sont pas séparés au niveau du programme. Depuis trois ans, la contribution du programme de pays à ces approches sectorielles donne d'importants résultats dans plusieurs domaines dont la vaccination, l'interruption de la transmission du virus sauvage de la poliomyélite, l'accès accru aux suppléments en vitamine A et l'amélioration des services de soins obstétriques d'urgence. À titre d'exemple, le pourcentage des enfants de 1 an complètement vaccinés est passé de 53 % en 2000 à 62 % en 2003 et 86 % des nouveau-nés sont désormais protégés contre le tétanos néonatal à la naissance. L'UNICEF a appuyé la formation des prestataires de services et des gestionnaires concernant les infections respiratoires aiguës. La consommation de sel iodé reste à 70 % mais on s'emploie à ce que le secteur privé couvre 100 % des coûts du iodate de potassium et le Gouvernement et l'UNICEF ont décidé que le contrôle de la qualité du sel iodé aurait la priorité absolue. La couverture en vitamine A est passée de 81 % en 2000 à 94 % en 2003 parce qu'elle a été conjuguée à la vaccination contre la poliomyélite. Le projet de santé féminin a été considérablement amplifié. Sur l23 établissements, 104 fonctionnent comme établissements de soins obstétriques ou complets ou sommaires (d'urgence). Le nombre des accouchements y a augmenté de 54 %, celui des complications traitées de 127 % et celui des césariennes de 56 %. Divers partenariats ont été créés et renforcés. Pour le VIH/sida, les activités de plaidoyer et de communication et la formulation d'un programme d'initiation à la vie active ont été la principale contribution.

6. Pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, le programme appuie les objectifs nationaux suivants : couverture de 80 % pour l'approvisionnement en eau potable et les installations sanitaires et amélioration des pratiques d'hygiène personnelle pour 60 % de la population. Dans le cadre du projet pour la réduction de la teneur en arsenic, plus d'un million de puits tubés ont été testés dans les 45 *upazilas* visées où une campagne soutenue de sensibilisation a été menée. On a mis en place, pour plus de 200 000 personnes, d'autres systèmes d'approvisionnement en eau potable. On insiste maintenant sur celui des zones ayant les niveaux les plus élevés de contamination et sur l'appui au système national de santé pour détecter les personnes intoxiquées à l'arsenic. La couverture du projet

d'assainissement rural a considérablement augmenté dans les districts visés, avec la construction de 54 214 latrines et la mobilisation d'environ 5 millions de personnes (abris, promotion de l'hygiène et création de la demande). Plus de 4 800 écoles primaires ont bénéficié d'un appui et on a créé des comités scolaires de formation à l'assainissement et à l'hygiène. Environ 40 000 brigades d'élèves (de cinq ou six enfants chacune) ont été créées et formées à la promotion de l'assainissement et de l'hygiène au titre des activités de mobilisation de leurs collectivités. Dans le projet urbain, la couverture sanitaire a atteint 60 % des 14 grandes et petites villes visées.

7. Pour la protection de l'enfance, on s'efforce de mettre en place un système opérationnel d'enregistrement universel des naissances; de faire mieux connaître et remarquer la discrimination sexiste; d'assurer les droits à la protection des enfants et des femmes; et d'accroître les services dispensés aux victimes de la violence. Des efforts soutenus sont déployés pour enregistrer les naissances, avec des stratégies de sensibilisation formulées au niveau local en faisant appel aux réseaux de communication interpersonnels et aux réunions avec les parties prenantes dans 14 districts et quatre agglomérations urbaines. Une initiative pilote, en cours, vise à lier en zone rurale l'enregistrement des naissances à la vaccination. On favorise une approche intégrée tout en explorant les possibilités de coopération intersectorielle. D'après les résultats de l'enquête en grappes à indicateurs multiples, le taux d'enregistrement des naissances des enfants de moins de 5 ans est passé de 1,8 à 7,5 % entre 2000 et 2003. De concert avec des organisations non gouvernementales, le programme de pays a appuyé un projet d'autonomisation des adolescentes consistant à dispenser à plus de 50 000 filles une formation à la vie active et professionnelle non stéréotypée. Ce projet examinera les questions de la violence à l'égard des femmes et des filles et visera à retarder l'âge du mariage et à décourager la pratique de la dot. Dans la lutte contre la maltraitance et l'exploitation sexuelles des enfants, et notamment leur trafic, il importe de signaler la formulation du plan national d'action en la matière, tandis qu'un comité exécutif national relevant du Cabinet du Premier Ministre est mis en place.

8. L'enquête en grappes à indicateurs multiples de 2003 et les activités de plaidoyer menées sur plusieurs fronts sont les résultats les plus patents du programme en fait de planification, de suivi et d'évaluation et de prévoyance des catastrophes. On a accordé une attention particulière aux couches pauvres et marginalisées de la population en mettant en œuvre dans quatre agglomérations urbaines et dans 21 *Pourashavas* (municipalités) un projet de services essentiels de santé et de vaccination et une éducation préscolaire à l'intention des habitants des bidonvilles par le biais de centres de développement urbain. Dans ce contexte, la région des Chittagong Hill Tracts a reçu une attention accrue, l'ONU dirigeant l'évaluation de la sécurité et le Gouvernement l'assurant de son appui, ce qui a suscité l'appui d'organismes donateurs. Pour parer à l'absence de mécanismes de prestation de services, le programme a créé depuis 1997, 2 220 paracentres dans environ la moitié de cette région. Il ressort d'une évaluation que de remarquables progrès ont été accomplis dans ces collectivités pour changer les comportements et sensibiliser les populations.

9. **Ressources utilisées**. Le programme de pays a prévu 202,6 millions de dollars de ressources pour 2001-2006 (62,6 millions de ressources ordinaires et 140 millions de dollars d'autres ressources). Pour la période 2001-2003, 98 % des ressources ordinaires et 84 % des autres ressources reçues ont été dépensées. En

outre, au titre du projet IDEAL, la Banque mondiale a versé à un fonds d'affectation spéciale 10 millions de dollars, dont 88 % ont jusqu'ici été dépensés.

10. **Progrès : contraintes et possibilités**. Les contraintes institutionnelles continuent d'entraver les progrès dans des domaines tels que les soins obstétriques d'urgence, car de nombreux docteurs à hautes qualifications professionnelles ou à formation spécialisée ne veulent plus travailler dans les zones rurales où vivent 75 % de la population. Pour l'éducation, les décisions prises au niveau local sont insuffisantes et il y a d'autres problèmes qui, liés au grand nombre d'élèves par enseignant, à l'insuffisance des contacts entre enseignants et élèves et à la médiocrité des locaux, des installations sanitaires et des adductions d'eau nuisent à la fréquentation scolaire. Pour l'eau et l'assainissement, les approches de réceptivité à la demande se sont révélées difficiles à mettre en œuvre mais on met de plus en plus à l'essai des méthodes participatives impliquant les collectivités et les familles.

11. On examine de nouvelles possibilités de partenariat et on renforce ceux qui existent déjà, le plus important étant avec la Banque mondiale qui reconnaît de plus en plus en l'UNICEF un agent responsable des achats et de la mise en œuvre des interventions à l'appui des programmes gouvernementaux. Le projet des écoles IDEAL est un bon exemple de partenariat prospectif dans le contexte de l'approche sectorielle en matière d'éducation, de même que l'engagement conjoint avec la Banque mondiale au sujet du VIH/sida.

12. **Aménagements**. Le programme de pays est en voie de réaliser ses objectifs. Un aménagement à apporter, selon l'examen à moyen terme, consiste à mieux cibler le programme pour aider les enfants, femmes et familles les plus vulnérables et marginalisés, et ainsi à se rapprocher de l'approche programmatique fondée sur les droits de l'homme qui fait partie intégrante de la conception du programme de pays. L'UNICEF aidera le Gouvernement à donner suite aux conclusions du Comité des droits de l'enfant faites en 2003 et veillera à ce que l'examen et les réformes de la législation intéressant les enfants soient menés à bien. Au nombre des autres aménagements à apporter au programme figure la nécessité d'appuyer plus vigoureusement la réaction nationale au VIH/sida, de s'occuper des blessures aux enfants, cause principale de mortalité infantile, par le biais d'abord de nouvelles analyses puis d'interventions programmatiques; et d'intégrer les diverses composantes de santé et de nutrition du programme dans le cadre d'un projet global de gestion intégrée des maladies de l'enfant, avec un sous-projet pour la malnutrition énergétique et protéique. Dans les deux ans à venir, on insistera davantage sur la planification et le suivi du programme basés sur les résultats. Le plan de gestion du programme de pays sera modifié pour tenir compte de ces changements.

Népal

13. **Introduction.** L'examen à mi-parcours du programme de pays du Népal pour 2002-2006, conclu en mars 2004, a été mené, sous l'impulsion du Gouvernement et de l'UNICEF, par un comité directeur qui, composé de représentants de ministères, a supervisé et coordonné l'examen effectué par cinq groupes de travail relevant des ministères partenaires. Il a permis, grâce à une série de réunions d'évaluation et de consultations au niveau des collectivités, des districts, des régions et de la nation, de tenir compte des vues des parties prenantes : organisations communautaires,

associations d'enfants, adolescents, ONG, institutions gouvernementales, organismes des Nations Unies et autres partenaires de développement extérieurs participant au programme. L'examen à mi-parcours s'est également inspiré de plusieurs enquêtes et études.

14. **Point de la situation des enfants et des femmes.** Dès le début du programme actuel de pays, le Népal a connu un regain de violence lié à un conflit interne, à l'instabilité politique et à l'absence d'organes locaux et nationaux élus. Sur les 75 districts du pays, 36, selon l'ONU, sont actuellement en phase de sécurité 3 (contre 8 districts en avril 2002). Les enfants et leurs études ont souffert du conflit. De nouveaux groupes vulnérables sont apparus : personnes déplacées, enfants chefs de famille, jeunes et enfants en détention.

15. La fourniture de services sociaux de base a été entravée par la destruction des installations, les menaces contre le personnel, une mobilité restreinte et des difficultés dans l'acheminement de matériel et de fournitures comme les médicaments. Il ressort de récentes évaluations qualitatives que c'est dans les régions du centre-ouest et de l'ouest que le conflit a le plus nui à la prestation de services.

16. Selon l'étude sur la population et la santé réalisée au Népal en 2001, les taux de mortalité infantile se sont considérablement réduits. Le taux de mortalité des moins de 5 ans a chuté de 118 pour 1 000 naissances vivantes en 1996 (d'après l'étude sur la santé familiale au Népal) a 91 en 2001. Le taux de mortalité infantile a baissé de 79 à 64 pour 1 000 naissances vivantes. Par contre, les taux de malnutrition chez les enfants du pays ne se sont pas améliorés, près de la moitié accusant un retard de croissance. Le taux de mortalité maternelle au Népal figure parmi les plus élevés au monde avec 539 pour 100 000 naissances vivantes. Entre 1996 et 2001, le pourcentage de foyers équipés de latrines s'est légèrement accru de 23 à 30 % et l'accès à l'eau potable est passé de 63 à 73 %. Mais le problème de la qualité de l'eau persiste, surtout avec la question de la contamination par l'arsenic qui commence à se poser dans les districts *terai* du sud.

17. Bien que la surveillance du sida soit faible et limitée, le taux de prévalence chez les adultes était estimé par le Gouvernement en 2003 à 0,5 %, le nombre de malades du sida s'élevant à 60 000. Comme il n'y a pas de centres de soutien, ces chiffres sont jugés largement sous-estimés et la tendance au Népal semble être passée récemment d'une situation de faible prévalence à un stade très endémique chez les groupes à haut risque.

18. **Progrès et principaux résultats à mi-parcours.** Conforme au dixième plan quinquennal du Gouvernement et à son Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté, le programme de coopération a pour objectif global de réduire la pauvreté au Népal. Il est constitué de deux types de programmes complémentaires : Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes, programme territorial intégré dans des districts cibles; et soutien du secteur national aux programmes et politiques.

19. Au titre du programme d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes, des modèles concluants ont été établis dans 15 districts cibles sur la manière de lier le renforcement des capacités d'intervention des collectivités (dénommé processus d'action communautaire) à la fourniture de services mieux adaptés grâce à une gestion plus décentralisée. Une mission récente du

Gouvernement norvégien dans les zones de ce programme a confirmé les résultats enregistrés dans les zones de conflit, tout en concluant qu'il fallait redoubler d'efforts pour toucher les populations les plus désavantagées. Elle a salué la bonne coordination entre les programmes appuyés par les Nations Unies et les activités de création d'institutions et de renforcement systématique des capacités, en dépit de l'absence d'organes élus.

20. Dans le domaine de l'éducation des filles, les résultats escomptés étaient leur meilleur accès (et celui des groupes désavantagés) à une bonne éducation de base. Selon les systèmes d'autosurveillance des collectivités, les taux nets d'inscription dans les écoles primaires auraient augmenté, surtout chez les filles dans les comités de développement villageois ciblés dans les districts d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes. Cette tendance est confirmée par les conclusions d'évaluations indiquant que les parents sont de plus en plus conscients de l'importance de l'éducation des filles comme l'attestent diverses initiatives de mobilisation sociale et d'autres modes d'intervention communautaire. L'UNICEF a continué à jouer un rôle important de partenaire non financier dans l'approche sectorielle pour l'enseignement fondamental primaire.

21. L'objectif prioritaire du plan stratégique à moyen terme – la vaccination élargie – a été de réduire la morbidité infantile et de mieux soigner les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et les autres maladies évitables par vaccination. Avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Gouvernement japonais, l'UNICEF a continué à appuyer les programmes nationaux de vaccination afin de mettre le Népal sur la voie de l'immunisation universelle. Deux journées nationales de vaccination ont été organisées en 2002 puis en 2003, le taux de couverture dépassant chaque fois 98 %. Les campagnes de vaccination contre le tétanos maternel et néonatal sont en train. Le programme de pays a suivi, et supervisé de près, en leur apportant un soutien financier direct, 9 175 femmes agents sanitaires bénévoles dans 15 districts d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes, ce qui a permis de mieux aider les parents à dépister et traiter les maladies et affections des enfants dans les collectivités. L'UNICEF a également participé activement à la réforme du secteur national de la santé.

22. Le programme du développement intégré du jeune enfant a pour objet d'améliorer la santé maternelle, de fournir des soins mieux conçus de façon à réduire la malnutrition infantile et maternelle, d'aider à mieux développer les facultés psychosociales et cognitives des enfants et de réduire l'incidence des maladies causées par le manque d'hygiène et une mauvaise adduction d'eau. En aidant à améliorer les services sanitaires, et l'accès à leurs installations, et en favorisant la mobilisation sociale, l'UNICEF est parvenu à élaborer et à mettre en place dans huit districts des modèles pour améliorer la santé et les soins maternels, ce qui a réduit l'incidence de l'insuffisance pondérale. Ce modèle a beaucoup contribué à accroître, au-delà des objectifs nationaux, le nombre des victimes de complications obstétriques ayant reçu des soins d'urgence dans les dispensaires des districts cibles. Dans les écarts bénéficiant d'un soutien intensif dans les 15 districts d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes, les taux de malnutrition infantile ont continué à baisser bien que le programme continue à accueillir régulièrement des enfants souffrant de malnutrition aiguë. Depuis cinq ans, les taux de malnutrition ont baissé de 14 % dans les zones cibles par rapport à la moyenne nationale de 3 %. De concert avec Australia Aid, l'Agency for International Development des États-Unis et le Groupe d'assistance technique national (National

Technical Assistance Group), une ONG, l'UNICEF a joué un rôle primordial dans les campagnes d'apport en vitamine A qui, en 2002 et 2003, ont permis de toucher plus de 90 % des enfants ciblés à l'échelle du pays. Pendant la campagne d'octobre 2003, 3,2 millions d'enfants de 6 à 59 mois en ont bénéficié. L'UNICEF était essentiellement chargé d'acheter les capsules de vitamines A financées par l'Agence canadienne de développement international, et de prêter le soutien technique et financier nécessaire à l'organisation de campagnes pour déterminer la portée et l'efficacité de la distribution dans les collectivités.

23. Les soins infantiles familiaux n'ont cessé de s'améliorer dans les zones d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes grâce à l'action communautaire et à l'orientation parentale. Plus de 30 000 parents et prestataires ont reçu, dans 1 666 classes aménagées dans les districts du programme, trois mois d'orientation sur les soins à donner aux enfants en bas âge et un soutien a été apporté à 402 centres communautaires de développement de l'enfant : près de 5 500 enfants de 3 à 5 ans en ont bénéficié.

24. Les cadres d'étude de 125 000 enfants ont été améliorés dans 700 écoles primaires de 11 districts d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes : comportement plus hygiénique et adductions d'eau et assainissement améliorés. On a aidé à tester systématiquement la qualité de l'eau de quelque 300 000 puits tubés dans 9 districts à haut risque de la région de Terai. Selon les résultats préliminaires des trois quarts des tests, 13 % des puits testés ont des teneurs en arsenic plus fortes que celles définies dans les Directives de qualité pour l'eau de boisson de l'OMS, ce qui touche environ 110 000 habitants.

25. Autre priorité : faire mieux prendre conscience du sida. Un plan stratégique national de lutte contre lui, mené par le Gouvernement et axé sur les jeunes, a été conçu avec l'aide de l'UNICEF et divers partenaires extérieurs de développement. S'appuyant sur les résultats d'une rapide évaluation, effectuée en 2002, des enfants touchés par le sida au Népal l'UNICEF a décidé de s'attacher à sensibiliser 1,5 million de jeunes de 15 districts par le biais des écoles secondaires, des dispensaires, de cours extrascolaire et d'agents sanitaires féminins au sein des collectivités. Cette initiative repose sur une stratégie nationale de sensibilisation, notamment par une émission de radio populaire intitulée « Conversation avec mon (ma) meilleur(e) ami(e) » – Chatting with my best friend.

26. Le programme de pays a continué à protéger les enfants et les femmes contre la violence, l'exploitation et les sévices – son objectif – en renforçant ses partenariats. En rattachant les partenaires nationaux aux actions de protection de l'enfance aux niveaux sous-national et communautaire dans les districts d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes, le programme est passé d'une situation de réaction face à quelques cas d'enfants maltraités à une démarche globale contre les dangers et la violence et de renforcer les moyens d'intervention des pouvoirs publics face aux violations de leurs droits. L'UNICEF a donc évolué en dispensateur de soutien et de conseils techniques pour l'élaboration de la politique de protection de l'enfant. À l'aide des évaluations des enfants victimes de conflits (effectuées par Save the Children) et du sida (effectuées par l'UNICEF), l'UNICEF est parvenu à influencer et à aider le Gouvernement pour ébaucher en matière de soins aux enfants, ayant besoin d'une protection spéciale, des politiques et directives nationales dont le texte définitif doit être établi en 2004. Ce soutien est donné avec l'Organisation internationale du Travail (OIT).

27. **Ressources utilisées**. Le budget du plan général d'opérations pour 2002-2003 est financé à 97 %, soit 28 187 000 dollars, encore qu'il y ait de vastes écarts entre les programmes et les projets, allant de 23 % pour le projet d'hygiène et d'assainissement à 427 % pour le projet de vaccination. Le taux global des dépenses pour la période 2002-2003 a été élevé : 86 % pour les ressources ordinaires et 91 % pour les autres ressources. L'insuffisance des fonds mobilisés pour l'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes a empêché de l'étendre à d'autres districts.

28. **Progrès : contraintes et possibilités**. L'absence d'organes locaux élus depuis deux ans a ralenti les activités de développement dans la plupart des districts, notamment la mobilisation sociale, la planification participative et l'exécution et le suivi des programmes au niveau des comités de développement villageois et des districts. À des degrés divers, la poursuite du conflit a nui à l'exécution du programme d'un district à l'autre et au sein d'un même district. Les régions du centre ouest et de l'ouest ont été les plus touchées parmi les districts relevant d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes. Le mandat et l'expérience de l'UNICEF au Népal offrent à l'organisation la possibilité de jouer un rôle moteur en faveur des enfants et des femmes victimes du conflit armé actuel.

29. L'équipe de pays des Nations Unies s'accorde sur la place centrale des objectifs du Millénaire pour le développement dans le soutien au Népal du système des Nations Unies et sur la nécessité d'une approche de programmation basée sur les droits de l'homme. De nombreux domaines de coopération ont été établis et exploités comme les activités de développement communautaire avec le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), les activités de nutrition maternelle et infantile entreprises avec le Programme alimentaire mondial (PAM), les activités de projet « à effet rapide » avec le PAM dans les zones de conflit et la collaboration avec l'OIT sur le travail des enfants. Les membres de l'équipe de pays ont commencé à collaborer pour faire face au conflit. L'UNICEF a fourni un soutien technique pour établir, à l'échelle du système, des documents sur les principes des Nations Unies et sur les directives de base régissant les activités de l'Organisation en situation de conflit.

30. Les districts d'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes offrent la possibilité d'innover en appliquant les mesures de décentralisation du Gouvernement. Les pratiques optimales et les enseignements tirés de ces districts seront exposés, évalués et transposés éventuellement en plus grand dans le cadre de politiques et de stratégies nationales.

31. **Aménagements.** Conformément au dixième plan quinquennal, l'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes sera étendue en priorité aux régions du centre-ouest et de l'ouest ainsi qu'aux zones ravagées par le conflit. Les populations défavorisées ainsi que les familles victimes du conflit actuel seront mieux ciblées. L'UNICEF exhortera et aidera le Gouvernement à évaluer et à réviser les stratégies et directives prévues pour la décentralisation des secteurs, conformément à la loi d'autonomie locale. Cela se fera dans le cadre de l'approche sectorielle de l'éducation, de la réforme du secteur de la santé, du dixième plan quinquennal et du Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté, des plans périodiques de district, du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) et des objectifs du Millénaire pour le développement.

32. Le Gouvernement et l'UNICEF s'entendront sur des stratégies de programme communs en parachevant le cadre de résultats du programme de pays et chaque domaine de résultats stratégiques, et en les assortissant d'objectifs et d'indicateurs d'ici à la fin de la troisième année (2004).

33. Le renforcement des capacités de planification et de suivi décentralisés des organismes de contrepartie se poursuivra dans le cadre du dixième plan quinquennal afin d'inculquer l'utilisation des données, en s'inspirant d'initiatives pilotes : microplanification et informatique de gestion décentralisée, notamment.

34. Pour le reste de la période du programme de pays, on s'attachera davantage à : a) faire face à la nouvelle menace du sida et en mettant l'accent sur les jeunes et la prévention de la transmission du parent à l'enfant; b) définir des stratégies contre la mortalité néonatale; c) adopter une approche multisectorielle contre la malnutrition fondée sur les enseignements de l'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes; d) définir des modalités pour accélérer et élargir la couverture des programmes d'assainissement scolaire et de cours d'hygiène grâce à des ressources d'appoint; e) améliorer la qualité de l'eau des ménages, notamment en luttant contre la contamination chimiques (par exemple par l'arsenic) et microbiologique; f) renforcer les systèmes de protection de l'enfant; g) accélérer l'adoption de mesures visant à atteindre l'objectif pour 2005 du Millénaire pour le développement sur la parité des sexes à l'école; et h) favoriser l'élaboration d'un plan de prévoyance des catastrophes naturelles (séismes par exemple), en mettant l'accent sur l'éducation, la santé, la nutrition, l'eau et l'assainissement.

Principales évaluations des programmes de pays

Évaluation du programme de suppléments en vitamine C en Afghanistan

35. Au début de mars 2002, l'organisation Action contre la faim a signalé 20 cas mortels et 47 cas pathologiques présentant tous des symptômes hémorragiques semblables dans le district de Taiwara (près de 79 000 habitants), de la province de Ghor, dans l'ouest de l'Afghanistan. Une évaluation rapide a confirmé médicalement qu'il s'agissait de scorbut, maladie rare résultant d'une avitaminose C, constatée dans les camps de réfugiés et dont les flambées survenaient chaque année à la fin de l'hiver. L'Unité de l'analyse et de la cartographie de la vulnérabilité du PAM et la base de données d'enquête nutritionnelle de l'UNICEF pour l'Afghanistan ont révélé que le scorbut était présent dans tous les pays et endémique dans certaines zones.

36. À titre d'intervention immédiate à court terme, 252 000 comprimés de vitamine C ont été distribués dans les zones touchées afin de traiter le scorbut chez 5 000 personnes. En outre, des protocoles normalisés ont été mis au point et distribués avec des photographies des manifestations pathologiques, afin de faciliter l'identification des cas. Après avoir étudié toutes les interventions possibles, on a décidé de procéder à une distribution générale de comprimés de vitamine C et de dispenser une éducation sanitaire à tous les enfants et adultes de 827 villages (168 600 adultes et 43 000 enfants) dans le cadre d'une campagne nationale de prévention ciblant plus d'un million d'habitants de zones à risque. Des appels transmis par l'intermédiaire des services communautaires existants et de bénévoles

des journées nationales de vaccination, ainsi que des annonces dans les mosquées, ont permis de rassembler des représentants de chaque village aux points de distribution où ils ont reçu un lot unique de rations alimentaires, une dotation de trois mois en vitamine C, une éducation sanitaire et une instruction sur l'ingestion de la vitamine C.

37. L'intervention a été gérée par un partenariat entre l'UNICEF et les ONG, dans lequel l'UNICEF a mis au point la formation et l'information normalisées et fourni les comprimés de vitamine C. Les cinq ONG partenaires ont procédé à la distribution proprement dite des comprimés ainsi qu'à la diffusion effective de l'information auprès des collectivités des six provinces. L'UNICEF et les partenaires ont assuré le suivi en commun.

38. En février 2003, une évaluation de l'intervention a été entreprise par une mission en hélicoptère, seul moyen d'accès possible. L'équipe d'évaluation était formée de six membres du personnel technique de l'UNICEF, d'Action contre la faim et du Ministère de la santé. Des renseignements ont été recueillis au moyen d'un questionnaire afin d'évaluer la présence du scorbut, l'utilisation et l'acceptabilité des comprimés de vitamine C, l'accès à des aliments riches en vitamine C et la connaissance du scorbut. Au total, 15 débats en groupes de réflexion unisexuels (équipes d'hommes avec les chefs de village, et équipes de femmes avec les femmes présentes) se sont déroulés et les renseignements ont été recoupés.

39. Pour la première fois de mémoire récente, aucun cas de scorbut n'a été observé l'hiver dernier, ce qui a été attribué à la distribution de vitamine C. Pendant la période cible de trois mois, tant la couverture que l'observance ont été satisfaisantes car la distribution a été dûment assurée par les réseaux communautaires existants et les chefs de village, avec une instruction sanitaire complémentaire au moment de la remise des comprimés. Les comprimés nécessaires pour prévenir le scorbut chez un individu pendant un mois reviennent à 0,003 dollar. Les coûts en personnel et en transport pour la livraison des suppléments alimentaires et des aliments fortifiés portent ce coût à 1,28 dollar par personne.

40. L'évaluation a révélé que toute réponse durable doit tenir compte du fait que la présence éventuelle du scorbut révèle probablement l'existence d'autres carences en oligoéléments. La fortification d'aliments en oligoéléments est à l'étude, mais les efforts visant à améliorer la qualité des rations alimentaires doivent se poursuivre. On propose d'étudier la possibilité de promouvoir la consommation quotidienne d'environ cinq grammes de blé germé cru, bonne source de vitamine C dont la population afghane a l'habitude mais qu'elle consomme normalement cuit, c'est-à-dire avec une teneur beaucoup plus faible en vitamine C. Comme le révèle l'évaluation, le cas de l'Afghanistan prouve qu'il faut élaborer des stratégies durables en matière de vitamine C pour les zones à risque de scorbut ainsi que des lignes de conduite pour la prévention et la prise en charge dans les grandes zones isolées, où ces actions sont plus complexes que dans les camps. Il était urgent de mettre au point des méthodes mieux adaptées au terrain pour mesurer les carences en oligoéléments, et d'intégrer ces méthodes aux enquêtes nutritionnelles ordinaires afin d'agir vite.

41. Or cette intervention a été fructueuse car l'UNICEF a mobilisé les ressources et acquis les comprimés de vitamine C en temps utile pour mener une intervention inaccoutumée en faisant appel de façon créative aux capacités des collectivités et

des ONG locales et internationales. Mais pour apporter des solutions à moyen et à long terme, il faudrait développer les capacités du Ministère de la santé et établir des partenariats non seulement avec les organisations d'intervention d'urgence mais aussi avec les organismes actifs au niveau communautaire afin que les actions d'urgence puissent être suivies d'interventions à plus long terme menées à l'échelon communautaire.

42. Les constatations et recommandations ont servi à : améliorer le ciblage des suppléments de vitamine sur les zones identifiées comme étant à haut risque; améliorer l'efficacité de la distribution en n'employant que la stratégie porte à porte alliée à des journées nationales de vaccination, comme indiqué dans l'étude; améliorer les messages éducatifs sur le scorbut; et introduire la germination du blé afin de promouvoir la diversification diététique.

Évaluation du programme de pays du Bhoutan

43. Pour renseigner l'examen à mi-parcours sur le programme 2002-2006 de coopération avec le pays, le bureau de l'UNICEF au Bhoutan a fait évaluer le programme à l'extérieur. Cette décision procédait du fait que le Gouvernement et l'UNICEF étaient conscients de la nécessité d'améliorer les priorités stratégiques au rythme ininterrompu du développement social et en réponse à l'apparition de complexités et questions nouvelles : pérenniser et universaliser les réalisations, assurer la qualité des services et gérer les problèmes naissants et les disparités régionales. L'évaluation avait pour objet de déterminer les moyens d'amener le programme de pays à mieux appuyer la réalisation des droits de l'enfant au Bhoutan. Elle a analysé la pertinence, l'efficacité et la durabilité du programme en s'appuyant sur l'examen de ses quatre composantes sur des études récentes, des visites sur le terrain et des entretiens approfondis avec les principales parties prenantes du Gouvernement – celui-ci étant quasiment le seul moteur du développement au Bhoutan – et les quelques organisations communautaires existantes. Les constatations ont été débattues avec le comité directeur de l'examen à mi-parcours, où siègent de hauts fonctionnaires de l'État, et avec les partenaires d'exécution et le PNUD, qui ont ratifié les recommandations d'ensemble.

44. Les programmes de pays actuels et antérieurs, réalisés avec l'appui de l'UNICEF, sont essentiellement identiques et peuvent être considérés comme un tout, avec un budget d'environ 14 millions de dollars chacun. Le programme de pays actuel vise à favoriser la réalisation des droits de l'enfant au Bhoutan au moyen de programmes de soins et de développement de l'enfant, de santé et de nutrition et d'enseignement de base élargi, soutenus par des projets intersectoriels dans le cadre du programme de planification, de communication et de participation.

45. L'UNICEF est le premier partenaire du Gouvernement dans ses efforts de développement en faveur des enfants. La progression des principaux indicateurs du développement humain pour les enfants et les femmes de 1997 à ce jour révèle que le programme de pays a répondu aux besoins en développement social du Bhoutan et que ses objectifs ont concordé avec les principaux secteurs où les droits des enfants n'étaient pas satisfaits. Sur le long terme, la collaboration entre l'UNICEF et le Gouvernement a contribué à une série de résultats. Le taux brut d'inscription dans l'enseignement primaire est passé de 72 % en 1997 à 82 % aujourd'hui, les filles représentant 48 % des inscriptions, surtout en raison d'une progression régulière du

nombre d'écoles primaires et communautaires. La couverture vaccinale a été régulièrement maintenue à plus de 80 % depuis 1997. De 1997 à 2002, l'accès à l'eau potable est passé de 58 % à 78 % et l'accès à l'assainissement salubre de 70 % à 88 %. Les troubles dus à une carence en iode (TCI), qui touchaient jusqu'à 65 % des enfants, ont été éliminés en rendant le sel iodé disponible dans tout le pays.

46. Les activités de plaidoyer de l'UNICEF ont contribué très efficacement à créer un cadre d'orientation et de planification porteur et ont influencé la mise en place de la politique de développement du jeune enfant, le Plan national d'action pour les enfants, le Plan national d'action du PEV et le Plan national d'éducation. S'agissant de l'exécution, le programme de pays a bien appuyé la création d'institutions gouvernementales, par exemple, celle d'une section de développement du jeune enfant au Ministère de l'éducation. Bien que le PNUAD ne puisse encore fournir au Gouvernement un cadre d'assistance, l'UNICEF a pratiqué une programmation concertée, notamment en concluant avec le PAM un mémorandum d'accord pour une approche intégrée en faveur de la nutrition chez les écoliers. La durabilité a été prise en compte par le plaidoyer pour l'intégration des interventions dans les programmes ordinaires du Gouvernement. La politique gouvernementale de gratuité des soins de santé et de l'enseignement a assuré le financement durable des programmes en maintenant un niveau élevé d'investissement dans les secteurs sociaux, notamment la santé et l'enseignement, qui se situe entre 18 % et 23 % dans tous les plans quinquennaux nationaux. Ces niveaux devraient être maintenus en raison de l'essor économique prévu. Des mesures en cours d'adoption prévoient que le Gouvernement prendra en charge une partie des dépenses et des procédures d'interventions lancées et soutenues par l'UNICEF, comme les écoles communautaires, ainsi que le financement des vaccinations. De nombreuses interventions sont potentiellement transposables, notamment celle des réseaux ruraux d'approvisionnement en eau, dont les collectivités peuvent prendre l'entretien en charge, et l'élimination des TCI, qui est transposable pour prévenir et guérir l'anémie.

47. L'évaluation a permis de constater que le programme était mal concentré sur les objectifs, qu'il lui manquait et une définition nette des résultats attendus et des indicateurs de réalisation « intelligents » pour le suivi et l'évaluation. De ce fait et faute de données de base et d'objectifs chiffrés, l'efficacité du programme n'a pu être évaluée en termes quantitatifs, bien que les objectifs aient été atteints dans l'ensemble.

48. Les nombreux sous-projets et activités-relais ajoutés avec le temps ont entraîné la dilution des ressources. Les programmes visant à œuvrer dans les districts, tel que le projet de soins des enfants en milieu familial, n'ont pas été efficaces car la décentralisation de l'État est toujours en évolution. Dans le programme de santé et nutrition, le projet PEV est bien mis en œuvre mais l'évaluation a permis d'identifier les domaines à renforcer, notamment en améliorant la qualité et en assurant un financement durable. Les projets de maternité sans risques et de santé infantile devant être plus nettement axés sur la réalisation des résultats, il faut renforcer les services de prise en charge des soins obstétriques d'urgence et consolider les activités de santé infantile par une approche de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, tout en poursuivant et en renforçant les activités visant à réduire la très forte prévalence de l'anémie (80 %). Pour le programme d'enseignement de base élargi, s'il importe certes d'accroître le nombre d'écoles communautaires, il faut aussi améliorer les pratiques pédagogiques pour dispenser

un enseignement de qualité. L'assainissement et l'hygiène scolaires doivent être prioritaires. Le projet relatif au développement de l'enfant en milieu familial n'a pas été bien mis en œuvre faute de structures administratives décentralisées.

49. Dans l'ensemble, l'évaluation a permis de constater que le programme de pays traitait des questions les plus importantes pour la promotion des droits de l'enfant au Bhoutan. Des recommandations ont été formulées pour améliorer la conception et l'exécution du programme, en précisant, par ordre de priorité, les résultats possibles en faveur des enfants dans la limite des ressources disponibles, et pour mettre au point des cadres de résultats pour la suite de la période couverte par le programme. Les recommandations spécifiques visant à éviter une dilution excessive du programme et à l'axer sur les résultats prioritaires pour les enfants préconisaient : d'abandonner le projet relatif au développement de l'enfant en milieu familial; de concentrer plus résolument le projet de maternité sans risques sur l'édification d'un système de soins en établissement et sur l'expansion des infrastructures et la prise en charge des soins obstétriques d'urgence; d'intégrer les nombreuses activités du projet de santé infantile en une approche unifiée de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant; de faire accéder les groupes non desservis aux écoles communautaires en visant à la qualité des pratiques pédagogiques; et d'améliorer la couverture et la qualité du programme d'assainissement scolaire. Pour améliorer l'exécution, on a recommandé de mettre au point des stratégies pour sensibiliser les collectivités afin d'y changer les attitudes, élément essentiel de tous les programmes. Faute d'organisations de la société civile et de médias privés, il faudra des solutions créatives. Les mécanismes de coordination doivent être renforcés en raison du caractère intersectoriel de nombreuses questions nouvelles telles que le développement du jeune enfant et la prestation de soins aux écoliers. Les mécanismes d'assurance de la qualité doivent aussi être renforcés parallèlement à la modernisation et à l'expansion des infrastructures des services de base.

50. Des dispositions ont été prises pour permettre aux principaux partenaires du développement, à l'organisme de coordination du Ministère des finances et à l'UNICEF d'examiner et de reformuler les cadres de résultats. La hiérarchie révisée des résultats attendus et les stratégies pour les obtenir seront adoptées suite à l'examen à mi-parcours d'août 2004.

Évaluation du programme pour l'environnement de l'enfant (Inde)

51. Le programme pour l'environnement de l'enfant, qui fait partie du programme de coopération entre le Gouvernement indien et l'UNICEF, est appliqué au niveau national et dans 14 États. On a commandé une évaluation externe des composantes du projet sur l'assainissement, l'hygiène et l'approvisionnement en eau exécutées de 1999 à 2003 dans 10 États et financées (35 millions de dollars) par le Ministère du développement international du Royaume-Uni et par l'Agence suédoise de coopération internationale au développement. Ces deux organismes ont appuyé l'évaluation et y ont participé pendant toute sa durée.

52. L'évaluation a examiné les produits attendus du projet en tenant compte des questions de fonctionnement et de gestion liées à sa mise en œuvre. L'objectif du projet était de faire que davantage de ménages, surtout les plus pauvres, améliorent leurs habitudes d'hygiène et disposent d'eau salubre et de toilettes hygiéniques, et ce sur le long terme. Le cadre logique du projet précisait et quantifiait les résultats à

obtenir. Les principaux produits concernaient l'élaboration et l'institutionnalisation de stratégies efficaces de communication sur l'hygiène ainsi que la conception et la mise à l'essai de modèles transposables d'initiation à l'hygiène, l'approvisionnement en eau et l'assainissement de l'environnement, dans les ménages et les écoles primaires.

53. La méthode d'évaluation comprenait une partie programmatique, une évaluation à l'échelle d'un village par questionnaires pour 1 900 ménages et, dans quatre États, des groupes de réflexion créés dans 120 villages de deux districts. L'évaluation a également bénéficié des analyses sectorielles menées en 2003 au niveau des États et des enquêtes menées auprès des villages participants, qui ont renseigné sur les comportements et les pratiques des habitants. Les résultats de cette évaluation ne concernant que ces 120 villages, ils ne constituent pas un échantillon statistiquement représentatif de tous les États où le projet a été mis en œuvre. Ils permettent cependant de tirer des conclusions et d'orienter la conception de la deuxième phase du projet.

54. D'après les conclusions de l'évaluation, l'objectif du projet a été partiellement atteint. De nettes améliorations ont été constatées dans les habitudes d'hygiène, et le nombre de toilettes dans les zones visées a augmenté mais leur utilisation, notamment de celles construites par les ménages les plus pauvres qui avaient reçu une subvention à cet effet, était moins fréquente que dans les ménages dont le niveau de vie se situait au-delà du seuil de pauvreté. Les rapports anciens et très appréciés entretenus avec le Gouvernement ont été très bénéfiques au niveau national depuis plus de 30 ans mais les enseignements réciproques tirés par les États sont limités. Les partenariats avec les ONG ont aussi évolué : naguère surtout partenaires de l'UNICEF pour les projets, elles sont désormais retenues directement par les districts, mais selon un système de sélection et d'appui – beaucoup d'ONG manquant de capacité – qui laisse à désirer. L'évaluation a mis en évidence d'autres éléments concernant le fonctionnement et l'entretien ainsi que l'approche stratégique globale.

55. On a souligné qu'il fallait un système de contrôle pour suivre l'évolution des principales habitudes d'hygiène. Le projet a certes permis que la collectivité participe davantage au fonctionnement et à l'entretien des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement mais il a manqué de données pour affirmer que les nouvelles approches sont valables à longue échéance.

56. D'après l'évaluation, les modèles conçus pour promouvoir l'hygiène, l'assainissement et la gestion communautaire de l'approvisionnement en eau des zones rurales, mis en place par le projet, ont été adoptés, dans une large mesure, par les autorités de divers États, notamment dans le cadre de la Campagne d'assainissement total et de l'initiative *Swajaldhara* récemment mise en place pour approvisionner les zones rurales en eau, approche communautaire axée sur la demande. La gestion communautaire de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement des zones rurales fait partie intégrante des modèles du programme pour l'environnement de l'enfant, d'où une meilleure maîtrise locale des projets et une plus grande viabilité pour ces initiatives.

57. Les résultats de l'évaluation ont servi à concevoir en détail la deuxième phase du projet au niveau national et dans les États. Un atelier d'information, auquel ont participé des administrateurs de projets de l'UNICEF, l'équipe d'évaluation et les représentants du Gouvernement a été l'occasion de diffuser largement les résultats

dans tous les États. Plutôt que d'être consacrée à la mise au point de modèles axés sur les districts pour l'assainissement et l'évolution des comportements quant à la santé et à l'hygiène, la deuxième phase du projet s'oriente vers la mise en place de réformes suivant la Campagne d'assainissement total, consacrées à l'approvisionnement en eau et au secteur de l'assainissement des zones rurales pour une « masse critique » de 130 districts ainsi qu'au niveau des États et de la nation. L'UNICEF préconisera désormais l'application de modèles mis au point pendant la première phase tout en appuyant l'action du Gouvernement pour mettre en œuvre les réformes dans un assez grand nombre de districts. Un élément important de cette stratégie consiste à renforcer les capacités des parties prenantes à différents niveaux, en matière de planification, d'exécution et de suivi des réformes sectorielles.

Évaluation de l'Initiative de communication « Meena » (Bureau régional)

58. L'Initiative de communication « Meena » est un programme de divertissement éducatif lancé en 1991 par l'UNICEF, en partenariat avec les gouvernements, afin de promouvoir les droits des fillettes en Asie du Sud. Financée principalement par le Gouvernement norvégien, avec l'aide des Gouvernements des États-Unis, de la Finlande, des Pays-Bas et du Royaume-Uni, cette initiative avait pour objectif principal de faire connaître les droits des fillettes, de favoriser le développement des compétences et de faire évoluer les comportements. Elle s'appuie sur les aventures d'une fillette de 9 ans, Meena, qui sont diffusées par divers moyens. Lancée initialement dans quatre pays (le Bangladesh, l'Inde, le Népal et le Pakistan), elle s'est transformée en divertissement multimédia et en campagne éducative. Peu avant 2000, elle a gagné le Bhoutan, le Sri Lanka et, au-delà de l'Asie du Sud, le Cambodge et la République démocratique populaire lao.

59. Les phases initiales de recherche et de production des premiers épisodes et des supports de communication ont été dirigées par l'UNICEF au Bangladesh et chaque pays a adapté le support, lancé des campagnes d'information et mené des activités de communication interpersonnelle sous forme de groupes de réflexion, de clubs « Meena » et de théâtre de rue afin d'étayer les messages visant à développer les compétences et à faire évoluer les comportements. Depuis 2001, un coordonnateur du Bureau régional dirige la recherche et la production régionales et fournit un appui technique aux bureaux de pays.

60. Le financement extérieur ayant pris fin en 2003, le Bureau régional a demandé qu'une évaluation soit effectuée afin de tirer les enseignements utiles. Elle a été dirigée par le Bureau régional avec le concours des bureaux de pays. Dans chaque pays, un institut de recherche a mené à bien les bilans de pays à partir d'un modèle commun adapté à chacun. Un consultant externe a fourni une orientation technique globale et élaboré le rapport final.

61. L'évaluation a porté sur les résultats obtenus, l'efficacité de la mise en œuvre et les possibilités offertes pour poursuivre cette initiative en s'axant sur les quatre pays qui avaient joué un rôle clef dans la mise en place initiale de « Meena ». Dans chaque pays, un bilan quantitatif a été dressé à l'aide d'une enquête auprès des ménages. Au Bangladesh, au Pakistan et au Népal, les échantillons étaient représentatifs sur le plan national. En Inde, un échantillon de villages a été choisi dans trois États (Bihar, Orissa et Uttar Pradesh) où des interventions ciblées, dites

« projets éducatifs », ont eu lieu. Des techniques qualitatives (groupes de réflexion, entretiens approfondis et ateliers) ont complété les enquêtes auprès des ménages. L'évolution des connaissances et des attitudes a été évaluée en comparant les groupes qui avaient bénéficié de l'initiative « Meena » et les autres.

62. Les conclusions confirment que l'initiative « Meena » est à même de transmettre au public d'Asie du Sud des messages sur les droits de l'enfant. Les aventures de « Meena » ont été vues ou entendues par près de 85 % des enfants au Bangladesh, 70 % au Népal et 32 % au Pakistan. Les différences constatées entre ceux qui ont bénéficié de cette initiative et les autres montrent qu'elle a un effet bénéfique sur les attitudes et les pratiques. En Inde, par exemple, seules 15 % des fillettes qui ont bénéficié de cette initiative dans les villages à l'étude ont dit qu'elles donneraient une dot, contre 35 % de celles qui n'avaient jamais entendu parler de « Meena ». Au Pakistan, 80 % des fillettes qui connaissaient « Meena » se lavaient les mains à l'eau et au savon avant les repas, contre 68 % pour les autres et 32 % des personnes qui connaissaient « Meena » traitaient l'eau pour la rendre potable, contre 22 % de celles qui ne la connaissaient pas. La télévision était le support qui permettait de toucher le plus grand nombre de personnes.

63. L'initiative s'est implantée puis largement répandue dans la région. Elle est très fortement institutionnalisée grâce à des partenariats solides; elle figure notamment dans les programmes scolaires IDEAL au Bangladesh, fait partie de la formation dispensée aux spécialistes du développement intégré de l'enfant en Inde et se poursuit grâce à la conception de projets comme « Brothers Join Meena » et « Girl Guide Shield » au Pakistan et à la mise en place de partenariats dans plus de la moitié des districts du Népal. Au Bhoutan, un partenariat d'entreprises a permis d'éditer des affiches à partir de timbres émis par l'UNICEF en collaboration avec la Poste, pour diffuser dans tout le pays le message « L'éducation pour tous, garçons et filles ». Dans chaque pays, des partenariats avec des moyens de communication électroniques ont permis de diffuser ces messages au niveau de la nation et des États. « Meena » a comblé le vide en matière de divertissement éducatif dans la région, comme le montre le fait qu'une très faible proportion d'enfants, de moins de 5 % à environ 10 % par pays, a dit avoir accès à d'autres émissions de ce type. La plupart ont trouvé « Meena » plus amusant et plus instructif.

64. Cependant, la prise de conscience n'a pas toujours d'effets pratiques. Les coutumes et croyances locales, le rôle des anciens dans l'évolution du comportement des enfants, le manque de moyens et l'extrême pauvreté sont les grandes difficultés. L'application a parfois tendance à être un cas isolé plus qu'un élément intégrant du programme de pays. Elle est aussi entravée par le manque d'argent, l'absence de supports sur les sites et les menaces pour la sécurité. L'initiative a visé avant tout à transmettre les messages; le suivi pour l'évaluation des résultats a été insuffisant.

65. La contribution de l'UNICEF à cette initiative a largement consisté en activités de plaidoyer afin de susciter l'intérêt du public et à fournir des supports de communication basés sur la recherche. Les partenaires pour l'exécution du projet ont fourni des moyens institutionnels et organisationnels et approuvé les activités, qu'ils ont transposées en grand. La réalisation du projet a renforcé les capacités des partenaires (gouvernements et ONG), surtout dans les domaines de la recherche participative, de la diffusion de l'information et du plaidoyer. Il n'y a eu cependant, en ce qui concerne l'évolution des connaissances ou des comportements, aucun suivi

régulier des résultats qui permette de modifier certaines initiatives de communication.

66. Parmi les enseignements tirés de l'initiative de communication « Meena », figure le fait qu'elle a permis de diffuser à de vastes couches de la population, parfois même dans les cas où les gouvernements étaient réservés, des messages sur les droits de l'enfant. On le doit aux partenariats avec le public, les entreprises et les collectivités, qui ont conjugué utilement les supports de communication et de pédagogie et un financement émanant de l'UNICEF avec les infrastructures, les moyens et les activités de communication des partenaires. Afin d'améliorer l'efficacité de cette initiative, l'évaluation recommande qu'à l'avenir elle soit incorporée au cadre de résultats des programmes afin de définir plus nettement les résultats attendus et leur contribution aux produits du programme ou du projet qu'elle soutient. Ce type de planification doit tenir compte de l'infrastructure et des éléments culturels et adapter l'application aux groupes visés, tout en tirant parti des facteurs contextuels propices. Le suivi des produits, notamment en ce qui concerne l'évolution escomptée des connaissances et des comportements, doit être amélioré et intégré dans cette initiative.

Conclusion

67. L'examen à mi-parcours des programmes de pays pour le Bangladesh et le Népal a permis d'apporter des changements stratégiques à leur orientation, notamment en les harmonisant avec les plans stratégiques à moyen terme. Un exemple de cette réorientation stratégique est le fait que ceux-ci se sont fixé le VIH/sida comme priorité, ce qui a permis aux deux programmes de pays de se concentrer davantage sur cette question. Les deux examens à mi-parcours ont mis l'accent sur l'importance de définir un cadre de résultats précis et de renforcer les plans intégrés de suivi et d'évaluation. Les évaluations des campagnes de communication, dont l'initiative « Meena », ont souligné qu'il fallait compléter les messages d'information par une communication interpersonnelle adressée en particulier aux populations marginalisées et difficiles à atteindre, qui n'ont pas accès aux moyens de communication. Les études et les évaluations évoquées dans le présent rapport et d'autres, dans les domaines de la nutrition, de l'éducation et de la protection de l'enfant, ont servi à perfectionner les stratégies et la conception des programmes.

68. On s'efforce encore d'améliorer la qualité en appliquant des normes d'évaluation et en renforçant les capacités à cet égard. Dans ce cadre, le Bureau régional fera, avec le concours du Bureau de l'évaluation, une métaévaluation des évaluations d'Asie du Sud en 2004-2005.