



Conseil économique et social

Distr. limitée
28 juillet 2005
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire 2005

28-30 septembre 2005

Point 5 de l'ordre du jour provisoire*

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

Asie du Sud

Résumé

Le présent rapport a été établi en application de la décision 1995/8 (E/ICEF/1995/9/Rev.1), par laquelle le Conseil d'administration a prié le secrétariat de lui soumettre un résumé des examens à mi-parcours et des principales évaluations des programmes de pays, en faisant ressortir notamment les résultats obtenus, les enseignements tirés et les modifications qu'il pourrait être nécessaire d'apporter à ces programmes. Le Conseil doit faire des observations sur ce rapport et formuler des directives à l'intention du secrétariat, s'il y a lieu. Les examens à mi-parcours et les évaluations décrites dans le présent rapport ont été réalisés en 2004 et en 2005.

* E/ICEF/2005/10.



Introduction

1. Le présent rapport porte sur les examens à mi-parcours des programmes de pays de l'Afghanistan, du Bhoutan et du Sri Lanka. Quelques études et évaluations menées dans les huit pays de la région en 2004 et en 2005 y sont également examinées.

Examens à mi-parcours

Bhoutan

2. **Introduction.** Un comité directeur composé de représentants gouvernementaux et de l'UNICEF a dirigé l'examen à mi-parcours, qui s'est déroulé en juillet 2004, à partir de l'examen de chaque composante du programme et de l'évaluation du programme du Bhoutan de 2003. Les conclusions du forum national des jeunes ont été étudiées lors des examens sectoriels.

3. **La situation des enfants et des femmes.** Leur situation a continué de s'améliorer. Selon des études récentes, le taux de scolarisation a augmenté de 3 % et, les disparités entre les sexes ayant diminué, les filles représentent maintenant 48 % des élèves scolarisés. Le taux de rétention des filles à l'école primaire demeure plus élevé (85 %) que celui des garçons (73 %). Toutefois, un nombre important d'enfants n'est pas scolarisé, surtout les fillettes et les enfants vivant dans les secteurs du sud du pays et les zones vallonnées peu peuplées, principalement parce qu'il n'y a pas d'écoles et que les enfants ne peuvent pas faire de longs trajets en toute sécurité. Le taux de mortalité maternelle toujours élevé de 255 pour 100 000 naissances vivantes est également un problème grave. Le pourcentage de personnes anémiées est extrêmement élevé dans tous les groupes de la population, plus de 81 % des enfants de moins de 5 ans et 81 % des femmes enceintes souffrent d'anémie ferriprive. Des interventions spéciales ont été menées auprès de plusieurs groupes. Les problèmes de santé et de nutrition découlent également de mauvaises habitudes alimentaires et du manque d'accès à des conditions d'hygiène convenables.

4. **Progrès et principaux résultats.** Le programme élargi d'éducation de base a facilité l'établissement d'une politique nationale et d'une division de l'aide sociale à l'enfance au Ministère de l'éducation, de nouvelles directives concernant l'enseignement non scolaire et d'une politique relative aux écoles adaptées aux besoins des enfants. La création de 250 centres d'enseignement non scolaire a permis d'accueillir 10 000 apprenants, dont 81 % sont allés jusqu'au bout du programme de postalphabétisation, contre 38 % en 1995.

5. Dans le cadre du programme sur la santé et la nutrition, l'UNICEF, le Ministère de la santé et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont contribué à l'exécution d'un programme renforcé d'immunisation qui a permis d'atteindre un taux de couverture vaccinale de 85 % (légèrement inférieur au taux visé); de maintenir à zéro les cas de poliomyélite et de tétanos et de créer un système de surveillance de la poliomyélite et des maladies contre lesquelles il existe un vaccin; ainsi que de créer 20 cliniques itinérantes et d'en moderniser cinq, ce qui a amélioré l'accès aux services de soins maternels et infantiles, bien que l'objectif de fournir un accès à 70 % de la population d'ici à 2005 se soit révélé trop ambitieux. L'accès à

des équipements de soins obstétricaux d'urgence a été amélioré en fournissant de tels équipements à neuf hôpitaux cibles sur 15 et, pour la première fois, en faisant suivre une formation approfondie à des non-spécialistes. Le Bhoutan a rempli les 10 critères de l'OMS relatifs à l'élimination des troubles dus à une carence en iode mais, en ce qui concerne la lutte contre l'anémie ferriprive et la sous-nutrition, il n'a pas atteint les buts fixés. Dans l'ensemble du pays, des suppléments en fer sont distribués depuis 2004 à des écoliers et, dans le cadre d'interventions communautaires réalisées à petite échelle, à des enfants âgés de moins de 5 ans, mais ces activités se heurtent au manque de ressources.

6. Le programme relatif aux programmes de soins et de développement de l'enfant doit permettre d'équiper 75 % des écoles de la zone du projet d'installations sanitaires et de systèmes d'alimentation en eau durables et adaptés. Un accès à l'eau courante et des latrines séparées pour les filles ont été prévus dans toutes les nouvelles écoles primaires et communautaires et, si nécessaire, dans des écoles déjà construites, les principes d'hygiène ont été incorporés au programme scolaire et des coordonnateurs des questions de santé et de nutrition ont travaillé en faveur d'un environnement scolaire sain. Il a été possible de convaincre les dirigeants religieux de communiquer des messages sur l'assainissement et d'encourager l'orientation rapide en cas de maladie et de grossesse. Cet objectif devrait être atteint.

7. Le principal résultat du programme de planification, de communication et de participation a été la transformation de la Commission des droits de l'enfant en Commission nationale pour les femmes et les enfants. De nouveaux partenariats aux fins de la mise en œuvre de stratégies de communication ont été lancés, tels que Service de diffusion du Bhoutan. Le système *DrukInfo*, version nationale de *DevInfo*, mis en place au Bureau nationale de statistique pour tenir à jour les bases de données et surveiller la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en partenariat avec l'équipe de pays des Nations Unies, a servi à élaborer toutes les informations statistiques figurant dans le rapport du Bhoutan sur les progrès réalisés dans l'application de ces objectifs.

8. **Ressources utilisées.** Le montant des ressources ordinaires utilisé s'est élevé à 1,7 million de dollars. Le montant des fonds disponibles au titre des autres ressources a été nettement plus bas que prévu tant en 2002 (38 % des 2,9 millions de dollars du budget prévu) qu'en 2003 (46 % des 2,9 millions de dollars du budget prévu). L'enveloppe budgétaire pour 2002-2003 a été répartie comme suit : 44 % pour le programme élargi d'éducation de base, 28 % pour la santé et la nutrition, 17 % pour les soins et le développement de l'enfant, 8 % pour la planification, la communication et la participation et 2 % pour les dépenses intersectorielles.

9. **Progrès réalisés : difficultés et possibilités à exploiter.** L'application des programmes s'est heurtée à plusieurs difficultés importantes notamment dues au fait que les attributions n'avaient pas été clairement définies pour chaque programme; aux incertitudes rencontrées dans les activités sous-nationales en l'absence d'une politique de décentralisation définitive; et à l'insuffisance des ressources consacrées à la surveillance sur le terrain, extrêmement compliquée en raison de la topographie difficile et de la répartition d'une population de faible densité. La création de la nouvelle Commission nationale pour la protection des femmes et des enfants a été un grand pas en avant pour ce qui est de la prise en compte systématique de la situation des enfants dans le processus de planification et de budgétisation national. L'enrichissement récent de la base de connaissances par des études judicieuses,

notamment sur la situation en matière de nutrition et la protection des enfants, a permis d'accroître la prise de conscience de ces problèmes et d'améliorer les solutions qui leur sont apportées. La plupart des questions considérées comme des problèmes ont été réglées avec de hauts responsables.

10. **Aménagements.** Une révision approfondie du programme, qui a notamment donné lieu à l'élaboration de cadres logiques, a contribué à l'alignement du programme du Bhoutan avec le neuvième plan quinquennal de ce pays, le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) et les objectifs du Millénaire pour le développement. Elle a également permis de déterminer clairement les résultats attendus tout en recentrant des activités trop diverses sur des objectifs clairs. Les principales modifications ont été les suivantes : a) axer le programme d'éducation sur l'amélioration de l'accès, de la qualité et du taux de persévérance scolaire; b) recentrer le programme de santé et de nutrition sur l'amélioration de la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants et la prévention de l'anémie ferriprive et appuyer la poursuite du programme élargi de vaccination; c) recentrer le programme de soins et de développement de l'enfant et le rebaptiser programme de promotion des services d'approvisionnement en eau, d'assainissement et de santé dans les écoles; d) transposer les activités de promotion des droits de l'enfant en un projet d'appui de la Commission nationale pour la protection des femmes et des enfants.

Sri Lanka

11. **Introduction.** L'examen à mi-parcours, qui a été mené en octobre 2004, était fondé sur des évaluations des programmes menées au niveau des provinces et des districts dans les zones touchées par le conflit. La participation des enfants a été obtenue lors de la mise en place du Programme d'action national en faveur des enfants du Sri Lanka pour la période allant de 2004 à 2008.

12. **Situation des femmes et des enfants.** Depuis la signature d'un accord de cessez-le-feu, en 2002, la situation des femmes et des enfants s'est améliorée. Les zones touchées par le conflit étant devenues accessibles, le nombre de personnes déplacées est passé de 700 000 en 2001 à 360 000 en 2004. Les activités de reconstruction et de développement suivent leur cours et des services sociaux de base sont principalement rétablis dans ces zones. À plus de 80 %, le taux de couverture vaccinale est presque au même niveau que dans le reste du pays. Toutefois, des écarts subsistent dans d'autres domaines, tels que la nutrition, l'infrastructure de distribution de l'eau et les équipements sanitaires, en particulier dans les zones où le nombre des retours est élevé. Le taux de survie et de développement de l'enfant est beaucoup plus bas dans certains groupes de la population, notamment chez les ouvriers agricoles des plantations de thé et dans certains secteurs de la zone sèche.

13. Au niveau national, la progression considérable de l'augmentation du taux de survie des enfants, de la baisse du taux de mortalité maternelle et de l'égalité des sexes dans le taux de scolarisation primaire et secondaire s'est poursuivie au Sri Lanka. En dépit de ces progrès, la sous-nutrition demeure un problème et 29 % des enfants âgés de moins de 5 ans présentent une insuffisance pondérale, avec d'importantes variations au niveau sous-national. Le taux d'accès à des sources d'eau de meilleure qualité a atteint 75 % en 2000 et le taux de couverture en matière

d'assainissement dépasse les 70 %. De plus en plus d'enfants dont la mère a émigré dans des pays du Moyen-Orient sont placés en établissement. L'enrôlement de mineurs par les forces rebelles est préoccupant et près de 1 400 cas signalés de recrutement d'enfants sont en souffrance.

14. **Progrès et principaux résultats obtenus.** Le programme d'aide aux enfants touchés par le conflit armé a permis à 7 000 enfants de retourner à l'école, d'évaluer la situation sociale de plus de 1 400 recrues mineures et de fournir une aide sociale à plus de 400 enfants faisant un travail dangereux. En 2002-2003, quelque 48 000 enfants ont reçu une éducation non scolaire. La démobilisation de 1 600 enfants soldats et les activités visant à prévenir l'enrôlement ont été facilitées par la création d'un mécanisme d'élaboration de rapports et d'un réseau de services de soins. Les parents et les fournisseurs de soins ont reçu des informations relatives à l'éducation, aux soins de santé et à la protection des enfants et ont été sensibilisés au danger des mines. Un plan type de soins aux jeunes enfants a été lancé à titre expérimental mais n'a pu être transposé à une plus grande échelle en raison du nombre insuffisant d'agents de la santé publique et de leur manque de motivation.

15. Le programme en faveur des jeunes enfants est appliqué dans 63 sous-districts peu développés et dans 40 zones, soit légèrement plus que l'objectif visé. Dans les sept districts qui ont été examinés à ce jour, 88 % des femmes ont reçu des suppléments en fer, 85 % des ménages ont consommé du sel iodé, l'État a distribué une alimentation complémentaire à 90 % des femmes enceintes (mais seulement 58 % en ont bénéficié quotidiennement) et plus de 90 % des parents mènent des activités d'éveil de l'enfant. Les activités ci-après ont été menées dans le cadre de ce programme : 2 500 sages-femmes de la santé publique ont reçu une formation relative au développement du jeune enfant axée sur les soins à apporter dans les domaines de la santé, de la nutrition, du développement psychosocial et de l'assainissement; les capacités nationales ont été renforcées afin de parvenir à une iodation du sel de 100 %; des suppléments en fer ont été distribués; des campagnes de sensibilisation ont été menées; 197 points d'eau et plus de 3 000 latrines ont été aménagés. À la suite d'une évaluation des besoins, les interventions obstétriques d'urgence ont été améliorées dans sept hôpitaux. Le pourcentage d'enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance est passé de 21 % en 2000 à 14 % en 2003 dans dix plantations de thé. Toutefois, la sous-nutrition demeure importante, le taux d'insuffisance pondérale atteignait 37 % en 2003. Bien que l'UNICEF fournisse l'intégralité de la quantité nécessaire à l'échelle nationale, la couverture en vitamine A n'est que de 30 %. S'il n'a pas été réalisé d'évaluation du développement cognitif, 100 crèches et 100 écoles maternelles ont été transformées en centres de développement adaptés aux besoins des enfants et 1 900 enfants ont reçu une formation relative au développement de l'enfant. L'adoption d'une politique nationale en faveur des soins au jeune enfant et de son développement a été un grand progrès.

16. Les objectifs du programme sur les années d'apprentissage sont de réduire de 50 % l'absentéisme scolaire des 5-14 ans et, dans les zones ciblées, d'enrichir leurs connaissances. Dans les districts touchés par le conflit, le nombre d'inscriptions a augmenté considérablement grâce à des campagnes; des trousseaux scolaires ont été distribués; 240 sur 500 écoles qui devaient être restaurées l'ont été; des enseignants et des proviseurs ont suivi une formation; la surveillance a été renforcée; et des équipements d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont été fournis. Cinquante-cinq centres d'alphabétisation pouvant accueillir 1 400 enfants et deux

centres d'accueil thérapeutique pour les enfants des rues ont été créés dans les autres districts cibles, où, selon les estimations, 15 000 enfants ne sont pas scolarisés. Afin d'améliorer l'apprentissage, 214 écoles adaptées aux besoins des enfants ont été créées afin de servir de modèle si cette expérience était menée à une plus grande échelle. Il est ressorti d'une étude comparant 15 écoles adaptées aux besoins des enfants à 15 autres écoles « ordinaires » que, dans le premier type d'école, non seulement le nombre d'inscriptions est plus important mais aussi les acquis scolaires. Toutefois, les élèves des écoles ordinaires ont obtenu de meilleures notes à l'examen pour l'obtention d'une bourse organisé en cinquième année. Cela montre que les systèmes de notation sont différents et que les examens devraient être plus axés sur les connaissances acquises. Un cadre complet visant à parvenir à l'éducation pour tous dans le cadre d'une approche sectorielle a été lancé. Le partenariat entre l'UNICEF et le Gouvernement sri-lankais a été considérablement élargi.

17. L'objectif du programme en faveur des adolescents est de renforcer la préparation à la vie active et les connaissances relatives au VIH/sida et aux maladies sexuellement transmissibles de 20 % des adolescents des zones cibles. Les activités menées ont permis de fournir à 85 000 adolescents une formation pratique sur la consommation de drogues et sur la prévention du VIH/sida. Les enfants de 100 écoles ont pu mettre à profit des réseaux d'éducation mutuelle. Cinq cents agents de santé et 2 000 instituteurs ont reçu une formation qui a accru leur conscience de l'importance de la communication sur le VIH/sida. Une nouvelle politique nationale en faveur des adolescents a été élaborée en s'appuyant sur les conclusions d'une étude novatrice sur les nouveaux problèmes des adolescents.

18. L'objectif du programme de protection des enfants est de réduire la maltraitance, l'exploitation et la violence dont souffrent les enfants et l'exploitation des femmes. Le programme était axé sur le renforcement des capacités au niveau des institutions et des organisations. Il a notamment obtenu les résultats suivants : création de comités de district pour la protection des enfants dans 15 districts; 60 % des postes de police ont adapté leur fonctionnement aux besoins des enfants; dans huit districts, il a été créé des centres de crise fournissant aux femmes des services de conseil, des services de santé et des conseils juridiques; dans d'anciennes zones de conflit, la qualité des soins a été améliorée dans 31 établissements pour enfants; et, grâce à la sensibilisation au danger des mines, il y a eu moins de blessés. Les comités ont contribué à la mise en place d'un cadre d'action commun pour l'enregistrement, la déclaration, le suivi et la réinsertion des recrues mineures dans les anciennes zones de combat.

19. L'objectif de la composante axée sur les droits des enfants, l'analyse des politiques et les activités de sensibilisation est de créer un mouvement national favorable aux enfants, un environnement propice grâce à des politiques et une législation « adaptées aux besoins des enfants », tout en augmentant les ressources consacrées à la réalisation des droits des enfants et des femmes. L'élaboration du Programme d'action national du Sri Lanka en faveur des enfants 2004-2008 et le fait que le gouvernement se soit engagé à réaliser des investissements sociaux en faveur des enfants et à prendre les mesures budgétaires nécessaires sont des résultats encourageants. Le Programme d'action définit clairement des objectifs dont le programme du Sri Lanka peut appuyer la réalisation afin d'atteindre les buts figurant dans le document intitulé « Un monde digne des enfants ». L'installation du système *DevInfo* au Secrétariat de la présidence permet de suivre les progrès réalisés

dans la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. On compte, parmi les autres réalisations, un manuel de formation sur les approches fondées sur les droits de l'homme, un mécanisme de surveillance sur le terrain, plusieurs enquêtes qui ont permis de recueillir des informations stratégiques et de référence à l'échelon des districts et des études et des évaluations visant à faire connaître les problèmes des enfants.

20. **Ressources utilisées.** Le montant du budget prévu pour la période 2002-2003 était de 4 millions de dollars. Après l'accord de paix, 21,7 millions de dollars ont été reçus, sur lesquels 18,3 millions de dollars (84,3 %) ont été répartis entre les priorités suivantes : enfants touchés par le conflit armé (33 %), développement du jeune enfant (41 %), années d'apprentissage (14 %), adolescents (2,1 %), protection (7,2 %) et planification et sensibilisation (1,9 %).

21. **Progrès réalisés : difficultés et possibilités à exploiter.** Les principales difficultés ont été les suivantes : une pénurie de ressources humaines, en particulier dans le programme de développement du jeune enfant dont l'exécution dépend étroitement des agents de santé; un manque de volonté politique dans la lutte contre le VIH/sida; et l'application insuffisante par les rebelles des dispositions des accords sur l'enrôlement d'enfants. Pendant le processus de paix, les interventions effectuées dans le cadre du programme de pays ont été élargies afin de bénéficier aux femmes et aux enfants touchés par le conflit. À la suite d'un examen du programme mené en 2002 par l'Agence canadienne de développement international, le Ministère britannique du développement international et l'UNICEF, la priorité du programme est passée de l'aide humanitaire à la coopération pour le développement. Le Programme d'action en faveur des enfants touchés par le conflit, que les deux parties ont signé en 2003, a grandement facilité l'application d'un programme aux multiples composantes dans le nord et l'est du Sri Lanka, dont l'UNICEF a assuré la coordination globale en étroite partenariat avec l'Organisation internationale du Travail, le Programme des Nations Unies pour le développement et le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés.

22. **Aménagements.** Les principaux aménagements visent à s'assurer que le programme de pays facilite la mise en œuvre du Programme d'action. Il s'agit des mesures ci-après : a) consolider le Programme d'action avec les principales parties prenantes, et en élargir la portée, afin que les Tigres de libération de l'Eelam Tamoul remplissent leurs engagements en ce qui concerne l'enrôlement de mineurs, que le Gouvernement fournisse les ressources humaines nécessaires et restaure les infrastructures et que l'UNICEF et d'autres partenaires renforcent leurs capacités pour répondre plus efficacement aux besoins des enfants et de leur famille; b) dans la mesure du possible, après avoir suivi une approche humanitaire, axer le programme pour les enfants touchés par le conflit armé sur le développement, renforcer le rattrapage scolaire et l'éducation non scolaire et intensifier le renforcement des capacités, notamment techniques et en matière d'encadrement; c) le programme pour le développement du jeune enfant sera davantage axé sur la réduction de la malnutrition chez les enfants et le regroupement des interventions du Ministère de la santé, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, du Programme alimentaire mondial et de l'Organisation mondiale de la santé; d) dans le cadre du programme sur les années d'apprentissage, la coordination avec le Ministère de l'éducation sera renforcée en adoptant une approche sectorielle afin d'améliorer la qualité de l'éducation tout en continuant d'aider les enfants non scolarisés; e) dans le cadre du programme de lutte contre le

VIH/sida chez les adolescents, l'expansion des réseaux existants d'éducation par les pairs sera poursuivie, l'accent étant davantage placé sur la préparation à la vie active, et l'action face au VIH/sida sera renforcée; et f) le programme de protection sera axé sur la consolidation et l'institutionnalisation des cadres de protection lancés ces deux dernières années, en mettant l'accent sur la justice pour mineurs.

République islamique d'Afghanistan

23. **Introduction.** L'examen à mi-parcours s'est déroulé en novembre 2004. Les programmes appuyés par l'UNICEF ont fait l'objet d'évaluations conjointes menées par des groupes consultatifs ou des comités spéciaux, aux niveaux national et provincial, avec des partenaires gouvernementaux, des organisations non gouvernementales et des organismes des Nations Unies.

24. **Situation des enfants et des femmes.** Bien que deux années de paix relative aient rendus les enfants et les femmes afghans plus optimistes, leur survie, leur sécurité et leur accès aux services sociaux et à l'emploi demeurent un enjeu. Si la campagne pour le retour à l'école a abouti à l'inscription de 40 % des filles et de 66 % des garçons à l'école primaire, alors qu'il y a trois ans 36 % seulement des garçons et très peu de filles étaient inscrits, 45 % des enfants de 7 à 12 ans ne sont toujours pas scolarisés. Au cours des trois à quatre dernières années, le taux de couverture vaccinale contre la rougeole a augmenté de 95 % chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. Le nombre de cas de poliomyélite est passé de 27 en 2000 à 3 en novembre 2004. Toutefois, en raison de certains facteurs, le taux de mortalité des moins de 5 ans se maintient entre 172 et 210 pour 1 000 naissances vivantes, ce qui est le quatrième taux le plus élevé au monde. Les maladies dues à un assainissement insuffisant sont répandues car l'eau que boit 69 % de la population rurale et 39 % de la population urbaine provient de sources non protégées et 75 % de la population n'a pas accès à des services d'assainissement sûrs. Le mauvais état nutritionnel (40 à 60 % des enfants présentent un retard de croissance) s'accompagne de forts taux de mortalité et de morbidité. Dans les zones rurales, neuf Afghanes sur 10 accouchant sans l'aide d'une accoucheuse qualifiée, le taux de mortalité maternelle est de 1 600 pour 100 000 naissances vivantes, l'un des plus élevés au monde. Les enfants continuent d'être exposés aux mauvais traitements et à l'exploitation. Environ 8 000 mineurs sont toujours enrôlés dans les forces combattantes et, 28 % des garçons et 34 % des filles travaillant, le travail des enfants reste important. Les enlèvements, le trafic illicite et la traite d'enfants sont en augmentation.

25. **Progrès et principaux résultats.** Afin de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité infantile et maternelle, 6,7 millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite et 11,5 millions contre la rougeole. Ce taux de couverture de 95 % est le plus élevé qui ait jamais été atteint dans une situation d'urgence complexe et un immense progrès étant donné que presque aucun enfant n'était vacciné dans les zones rurales. À l'occasion des Journées nationales de vaccination, 5,7 millions d'enfants ont également reçu des suppléments en vitamine A, les enfants de moins d'un an ont été enregistrés sur les registres d'état civil et des messages de sensibilisation aux questions de nutrition, de promotion de l'hygiène et de sensibilisation au danger des mines ont été diffusés auprès des familles. Trois millions de femmes ont été vaccinées contre le tétanos. Le Programme élargi de vaccination a été reconstitué et des chambres froides ont été construites afin d'y stocker les vaccins, ce qui a permis de vacciner 150 000 enfants par trimestre. Les

rapatriés et les personnes déplacées retournés dans leur région d'origine ont eu accès à neuf systèmes d'eau courante, 1 167 puits communautaires et 649 latrines familiales. Le premier centre de soins obstétricaux d'urgence a ouvert à Kaboul et 31 provinces sont dotées d'établissements sanitaires dispensant des soins obstétriques d'urgence. Une formation en obstétrique est élaborée en coopération avec l'Agence japonaise de coopération internationale et l'Agency for International Development (USAID). Une stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida est élaborée dans le cadre le programme national dans ce domaine, avec l'aide du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'OMS et l'UNICEF.

26. L'objectif du deuxième programme est de réduire la malnutrition et les troubles dus à une carence en oligoéléments. Des informations sur cette question ont été rassemblées et diffusées dans des études, notamment dans la première enquête nationale sur les oligoéléments. Des activités de mobilisation ont été menées en faveur de l'allaitement au sein exclusif et de l'enrichissement des produits alimentaires et des pressions ont été exercées pour que des investissements soient réalisés dans les moulins à céréales. Peu après la construction d'une usine d'iodation du sel, le pourcentage de ménages consommant du sel iodé dans les environs de Kaboul est passé de moins de 1 % à 19 % et, à Kaboul même, de 5 % à 37 %.

27. Le troisième objectif, augmenter les effectifs scolaires, en particulier le nombre de filles scolarisées, a été poursuivi dans le cadre de la campagne pour le retour à l'école. En établissant des espaces d'apprentissage temporaires, en restaurant 193 écoles, en formant 52 000 enseignants et en fournissant des fournitures scolaires et des matériaux éducatifs, notamment 10 millions de manuels scolaires, cette campagne a dépassé son objectif qui était de faire en sorte que plus de 4,7 millions d'enfants afghans reçoivent une éducation. Quelque 127 000 enfants déplacés ont également participé à cette campagne. Dans le cadre de l'initiative pour l'eau et l'assainissement dans les écoles, 1,1 million d'enfants ont obtenu un accès à l'eau dans leur école et à 1 000 points d'eau communautaires. Le programme de pays, en collaboration avec des partenaires tels que l'Agence japonaise de coopération internationale, USAID, la Banque mondiale et l'Université de Columbia (États-Unis), a aidé le Ministère de l'éducation à améliorer la politique de formation des enseignants; à élaborer un nouveau programme; à créer un groupe multipartite sur la formation des enseignants; à établir des normes relatives à l'enseignement; et à créer un système d'information sur la gestion de l'éducation.

28. Le quatrième objectif est de mieux protéger les enfants de la violence, la maltraitance et l'exploitation en menant des projets qui portent sur plusieurs secteurs, notamment des campagnes d'enregistrement des naissances, la formation aux activités de sensibilisation au danger des mines et la prévention de la maltraitance et de la violence visant les enfants. La sensibilisation au danger des mines a permis de réduire le nombre des victimes de mines et/ou d'engins non explosés de 350 par mois en 2002 à 100 par mois en 2004. Le Gouvernement afghan a signé le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant, concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés et des processus de désarmement, de démobilisation et de réhabilitation réservés aux enfants sont en cours. En novembre 2004, 3 731 enfants soldats avaient été démobilisés. Un plan d'action pour la prévention du trafic d'enfants a été élaboré. Suivant les suggestions de l'UNICEF, le Ministère du travail et des affaires sociales a décidé d'interrompre la construction de nouveaux orphelinats et d'adopter une politique favorisant les solutions autres que le placement; élaboré un code de la justice pour mineurs; créé

un centre de réhabilitation des mineurs; et réalisé une étude comparative de la Convention et des lois afghanes.

29. Afin de réaliser le cinquième objectif – éviter la généralisation des crises humanitaires en améliorant la préparation et la capacité de réaction, la préparation en prévision de nouvelles crises et la capacité de réaction face à ces crises ont été intégrées aux programmes. Près de 400 000 personnes retournées dans leur région d'origine et 12 000 personnes déplacées ont reçu des matériaux éducatifs et un accès à de nouveaux points d'eau. L'UNICEF est le premier organisme ayant répondu à l'appel lancé par le Gouvernement afghan en raison de la sécheresse en fournissant des camions citernes à eau prépositionnés. En 2004, plus de 1 100 familles touchées par des catastrophes naturelles ont reçu une assistance.

30. **Ressources utilisées.** Sur le montant total du budget du programme de l'Afghanistan, 204,5 millions de dollars, 20,4 millions de dollars ont été utilisés au titre des ressources ordinaires, dont 22,5 millions (110 %) répartis comme suit : santé et nutrition (28,5 %); éducation (21,1 %); eau, assainissement et promotion de l'hygiène (13,5 %); protection des enfants (11,2 %); planification, surveillance et évaluation (10,2 %) et dépenses intersectorielles (15,4 %). Le montant des autres ressources prévues au titre du budget pour la période 2003-2004 s'est élevé à 184,1 millions de dollars, sur lesquels 105,4 millions (57,3 %) ont été dépensés pour la santé et la nutrition (42,8 %); l'éducation (36,3 %); l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène (10,9 %); la protection des enfants (5,8 %); la planification, la surveillance et l'évaluation (2,4 %) et des dépenses intersectorielles (1,8 %).

31. **Progrès réalisés : difficultés et possibilités à exploiter.** La campagne s'est révélée être une approche très efficace qui a permis d'entrer en contact avec les familles par l'intermédiaire de femmes qui, en tant que volontaires, ont fourni de nombreux services en matière de vaccination, d'enregistrement des naissances et, de distribution de vitamine A et de diffusion de messages éducatifs. La participation des dirigeants religieux a contribué à l'amélioration du taux d'inscription scolaire des filles, de leur santé et de leur protection. Renforcer les capacités du gouvernement et des partenaires locaux en fournissant les services d'experts techniques et politiques à différents ministères et affecter du personnel à la coopération interinstitutions et à la collaboration technique avec d'importantes institutions externes sont autant de mesures qui ont été utiles.

32. Le passage à une programmation à l'échelle de la province a été compromis par une détérioration de la sécurité et les restrictions fréquentes des déplacements ont entraîné une réduction de la présence de l'UNICEF sur le terrain. Toutefois, le système du personnel de contrepartie a bien fonctionné pour ce qui est de programmes bien établis tels que les Journées nationales de vaccination et la campagne pour le retour à l'école. Les progrès ont été compromis dans d'autres domaines, notamment les soins obstétricaux d'urgence et le désarmement, la démobilisation et la réhabilitation. Les problèmes de sécurité ont également empêché les bureaux de zone de l'UNICEF d'aider les autorités locales à lancer des activités dans de nouveaux domaines.

33. **Aménagements.** L'examen à mi-parcours, ainsi que l'évaluation du programme de pays qui l'accompagne – décrite aux paragraphes 34 à 40 ci-dessous, ont fourni le point de départ des stratégies qui seront adoptées dans le prochain cycle de programmation.

Évaluation des principaux programmes de pays

Afghanistan

34. **But de l'évaluation.** L'élaboration du programme de pays pour 2006-2008 s'est appuyée sur une évaluation du programme de pays en cours. Comme les observations et les recommandations des évaluateurs devaient servir à l'établissement du projet de descriptif de programme de pays, l'évaluation s'est effectuée très vite sous la direction du Bureau de l'évaluation de l'UNICEF de février à avril 2005. Financé par le Ministère britannique du développement international, ce projet a également permis d'expérimenter des méthodes d'évaluation des programmes des pays touchés par un conflit. En s'aidant de l'examen à mi-parcours, les évaluateurs devaient :

a) Évaluer de façon plus approfondie la pertinence et le bien-fondé du programme de pays ainsi que l'importance, les caractéristiques et les priorités de l'action menée par l'UNICEF en faveur des droits de l'enfant;

b) Évaluer la durabilité et la pertinence des initiatives dans un milieu caractérisé par l'insécurité et par une grande instabilité politique;

c) Évaluer les progrès faits en matière de programmation fondée sur les droits de l'homme et de gestion axée sur les résultats dans un climat instable;

d) Examiner la mesure dans laquelle le programme de pays concordait avec le plan stratégique à moyen terme de l'UNICEF, les engagements en faveur de l'enfant en situation d'urgence et les objectifs à poursuivre jusqu'en 2015 (ceux énoncés dans la Déclaration du Millénaire et dans le document intitulé *Un monde digne des enfants*) et contribuait à leur réalisation.

35. **Méthodes.** Il s'agissait d'évaluer le programme de pays en cours (2003-2005) sur un plan général, en utilisant les objectifs stratégiques et les résultats attendus comme cadre de référence. Ont été passés en revue quatre des cinq objectifs du programme de pays, qui touchaient : a) à la mortalité et à la morbidité infantiles et maternelles; b) à la malnutrition et aux troubles dus à la carence en micronutriments; c) à l'amélioration de la scolarisation, l'accent étant mis sur l'éducation des filles; et d) à la protection des enfants touchés par la guerre. Pour évaluer le cinquième objectif, les évaluateurs se sont servis du rapport sur l'examen à mi-parcours de l'action visant à atténuer l'énorme crise humanitaire par la préparation et l'élaboration de plans d'intervention. L'évaluation a été un processus participatif et les données essentielles étaient vérifiées auprès des partenaires lors de réunions. Elle a été menée à bien par une équipe formée de fonctionnaires de rang supérieur du siège et du bureau de pays de l'UNICEF et d'un consultant externe.

36. **Conclusions, enseignements tirés de l'expérience et recommandations.** Les conclusions de l'évaluation sont reprises dans le projet de descriptif de programme de pays (E/ICEF/2005/P/L.36) et dans le plan de gestion du programme de pays pour 2006-2008. L'équipe d'évaluation a estimé que les quatre volets du programme se rapportaient tous étroitement à la situation des enfants et des femmes des agglomérations qui manquaient cruellement de services de base, et des nombreux enfants victimes de violence, de mauvais traitements et d'exploitation. Le programme de pays a beaucoup contribué à étendre les services de santé, de nutrition, d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'éducation, un succès

pour le moins inhabituel si l'on en juge par la difficulté d'exécuter le programme en Afghanistan. L'un des problèmes majeurs était de maintenir les acquis. Il faudrait, à cet effet, non seulement étendre rapidement la portée des services mais aussi gérer les programmes de façon plus méthodique (vaccination systématique), améliorer la qualité de l'infrastructure et des services (eau et assainissement, rescolarisation), créer des institutions et mobiliser la société. La programmation fondée sur les droits de l'homme et la gestion axée sur les résultats doivent être améliorées.

37. L'équipe d'évaluation a recommandé de poursuivre les principales interventions prévues dans le programme actuel, mais en recherchant davantage la qualité. Les expériences doivent se faire sur une échelle plus réduite et être menées de manière à contribuer des solutions pratiques et efficaces à une stratégie nationale. Passer de l'application des programmes et des projets à une approche plus orientée vers le développement suppose le renforcement de capacités et l'établissement de partenariats avec d'autres organismes, et dont le transfert de la responsabilité de l'exécution du Gouvernement et du personnel du siège de l'UNICEF vers les bureaux extérieurs. Il faudrait adopter une perspective globale et à long terme si l'on veut réduire la mortalité et la morbidité infantiles et maternelles et renforcer le développement des capacités nationales.

38. Pour ce qui est de l'éducation, il faut se préoccuper de l'égalité des sexes mais aussi de la qualité de l'enseignement. La sensibilisation au sexisme pourrait permettre d'améliorer la qualité générale de l'enseignement et d'aligner le programme sur les objectifs énoncés dans le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et le nouveau plan stratégique à moyen terme. Il faudrait aider le Gouvernement non seulement à améliorer le taux de scolarisation mais aussi à favoriser la poursuite des études jusqu'à leur terme, peut-être par le lancement d'un nouveau slogan, « Continuer l'école ». Le prochain programme de pays doit aussi mettre l'accent sur la construction à faibles coûts de solides bâtiments scolaires et sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Étant donné le grand nombre d'enfants et d'adultes trop âgés pour suivre un enseignement primaire normal, le programme de pays doit proposer des modules types d'éducation non scolaire qui pourraient être reproduits ou intégrés dans les stratégies nationales. Dans le domaine de la protection de l'enfant, l'accent doit être mis sur le renforcement des capacités du Gouvernement et d'autres partenaires. Il faut prévoir un mécanisme d'observation sociale qui sera chargé de faire des recherches systématiques et de sensibiliser et de mobiliser la société sur la question, et renforcer les réseaux de protection.

39. Pour combler les lacunes dans la programmation fondée sur les droits de l'homme, il faut prévoir dans le prochain programme de faire en sorte que les causes immédiates et structurelles de la non-réalisation des droits de l'homme soient comprises et surveillées et que des stratégies appropriées soient élaborées et appliquées. De la même façon, il faudrait prévoir d'aider le Gouvernement et la société civile à formuler et à appliquer des stratégies pour autonomiser les filles et les femmes, avec le concours des garçons et des hommes. Le prochain programme de pays devrait privilégier davantage les droits de l'homme.

40. L'évaluation a été d'une aide précieuse pour l'élaboration du nouveau programme de pays (2006-2008) en ce qu'elle permet de définir l'élément central de chaque volet, de concevoir des stratégies plus efficaces axées non plus sur le relèvement mais sur le développement, et d'élaborer des programmes davantage

fondés sur la notion de droits et d'axer la gestion sur les résultats. Des mesures sont déjà prévues pour développer les capacités du personnel et donner corps aux nouvelles orientations.

Examen à mi-parcours du projet d'hygiène, d'assainissement et d'approvisionnement en eau en milieu rural (Gouvernement bangladais, Ministère britannique du développement international et UNICEF)

41. **But de l'évaluation.** Moins de 40 % de la population rurale bangladaise ont accès à des installations sanitaires adéquates. En 1999, le Département du génie sanitaire a lancé, avec l'aide de l'UNICEF, un projet d'assainissement et d'approvisionnement en eau des zones rurales. Il s'agissait d'améliorer l'hygiène de vie, en particulier chez les populations pauvres, de façon durable et d'assurer en même temps l'assainissement et l'approvisionnement en eau des zones à faible niveau hydrostatique et des zones salines dans les collines de Chittagong. Les moyens envisagés à cet effet sont : a) une meilleure sensibilisation; b) l'accès à des techniques d'assainissement et d'approvisionnement en eau appropriées et fiables; et c) l'appui des institutions compétentes.

42. Un accord de financement à hauteur de 26,9 millions de livres sterling a été signé avec le Ministère britannique du développement international. Terminée en 2001, la phase de lancement de deux ans a été suivie par la phase de développement, qui consistait à la mise en place de nouveaux modèles transposables à une plus grande échelle pour répondre aux besoins des plus pauvres pour ce qui est de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène. Le projet touche 1,6 millions de ménages, c'est-à-dire environ 8 millions de personnes, ce qui en fait l'un des plus importants projets d'hygiène au monde.

43. Si la phase de développement réussissait, le projet entrerait dans sa phase d'application qui consistait à étendre les services à 35 des 64 districts de plaine et à trois districts dans les collines de Chittagong. L'une des difficultés que présentait cette phase était donc de déterminer si les données recueillies justifiaient l'amplification du projet. On a examiné le projet à mi-parcours : a) en évaluant les résultats obtenus par rapport au cadre logistique; b) en évaluant les facteurs qui entravaient l'exécution et la mesure dans laquelle il serait possible de les surmonter en changeant les modalités d'exécution ou l'allocation des ressources; c) en comparant les résultats obtenus aux objectifs visés; et d) en tirant des enseignements, y compris en évaluant la contribution des projets à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement touchant l'eau et l'assainissement au Bangladesh.

44. **Méthodes.** L'évaluation s'est déroulée du 14 février au 3 mars 2005. Les membres de l'équipe d'évaluation ont été choisis et recrutés par le Ministère britannique du développement international. Ils ont examiné les évaluations et les études établies à la demande de l'équipe de projet, deux études comparant les résultats obtenus et les objectifs visés, effectuées par les équipes du Ministère britannique du développement international, des rapports trimestriels et annuels sur l'exécution du projet et les rapports de suivi établis par un organisme externe, se sont entretenus avec les principaux partenaires et se sont rendus dans les districts de

Rangpur et de Gaibandha pour recueillir les données de première main et vérifier si elles étaient compatibles avec d'autres informations. L'équipe de projet, composée de fonctionnaires bangladais et du personnel de l'UNICEF, a fait un compte rendu circonstancié à l'équipe d'évaluation sur les résultats obtenus pendant la phase de développement.

45. **Conclusions, enseignements tirés de l'expérience et recommandations.** De l'avis de l'équipe d'évaluation, les indicateurs objectivement vérifiables ont été largement atteints et il y avait suffisamment de données justifiant que le Gouvernement et le Ministère britannique du développement international poursuivent leur appui. Trois des quatre résultats visés ont été jugés « susceptibles d'être atteints pour l'essentiel » dans la zone couverte par le projet, à savoir : a) les principales règles de l'hygiène sont appliquées dans des agglomérations entières; b) des agglomérations entières dans la zone couverte par le projet ont la possibilité d'utiliser et d'entretenir des installations d'évacuation hygiénique des excréta à peu de frais; et c) des agglomérations entières sont approvisionnées toute l'année en eau et peuvent suivre les règles de l'hygiène et de santé.

46. Un quatrième résultat visé, à savoir un cadre institutionnel compétent qui fonctionne surtout au niveau de l'Union, a été jugé « susceptible d'être atteint ». Cette évaluation s'est fondée sur des indicateurs objectivement vérifiables de cadres logistiques qui avaient été modifiés comme il avait été recommandé dans un examen précédent, pour mettre l'accent sur la phase de développement. Par conséquent, l'évaluation a été plus positive qu'on ne pourrait s'attendre pour un projet à mi-chemin de son exécution. La modification des cadres logistiques a été considérée comme une entreprise difficile et la conclusion de l'examen à mi-parcours était que l'équipe de projet a fait des progrès considérables. De plus, le projet a suscité un changement d'habitudes d'hygiène chez des populations entières, un succès presque sans pareil dans le domaine. Le niveau de risque a également été revu à la baisse, passant de haut à moyen, grâce à une analyse complète des risques.

47. Pour dire que le projet n'avait donné lieu à aucune amélioration, il fallait que les deux hypothèses ci-après soient vérifiées : a) la situation ne s'était pas plus améliorée dans les zones couvertes par le projet qu'ailleurs; b) les *upazillas* (sous-districts) couverts par le projets étaient dès le départ déjà en avance sur les autres. Les observations faites sur le terrain ont amené les évaluateurs à rejeter la première hypothèse. La deuxième hypothèse a été également réfutée par une analyse selon laquelle, bien que le nombre de latrines ait été au départ plus important dans les districts couverts par le projet (28 % et 31 %) que dans les districts non couverts (20 %), l'augmentation du nombre de latrines a été plus rapide dans les *upazillas* couverts (21 % et 33 %) que dans les autres (6 % et 10 %). Tout en convenant que l'échantillon était trop petit pour être statistiquement significatif et démentir la première hypothèse, et que le nombre de latrines était en soi un indicateur imparfait, les évaluateurs ont néanmoins conclu que ces chiffres révélaient bien l'impact du projet sur l'amélioration de la situation.

48. En faisant le bilan de l'expérience, on a retenu la nécessité de reconnaître la valeur des contributions des partenaires du projet et de resserrer autant que possible les relations entre l'UNICEF et le Gouvernement. Trois bonnes formules ont été relevées : la priorité a été accordée à la promotion de l'hygiène; le Département de la santé publique a assuré les services en tenant compte de l'action planifiée par les collectivités; et le contrôle et l'évaluation par un organisme indépendant a renforcé

l'efficacité du projet. En matière de gestion du programme, le Ministère britannique du développement international a abandonné la microgestion au profit d'une approche non interventionniste, un choix qui s'est révélé bénéfique. Dans la mesure où l'on travaille avec des partenaires fiables qui ont déjà de bons systèmes en place, les rapports trimestriels seraient peut-être superflus et ne font qu'ajouter aux coûts.

49. L'équipe d'évaluation a fait des recommandations détaillées pour la planification de la phase d'application, qui ont été examinées de fond en comble par les partenaires du projet. Les principales recommandations portent sur les grandes lignes de la phase d'application et il a été proposé de fixer un objectif plus précis et de mettre davantage l'accent sur les objectifs du Millénaire pour le développement et les stratégies du Gouvernement, y compris le nouveau document de stratégie pour la réduction de la pauvreté. Afin de pérenniser les acquis, on a proposé de chercher à faire entrer l'application des règles d'hygiène dans les habitudes de vie et à définir clairement le rôle du secteur public et du secteur privé dans la prestation de services. L'équipe de projet utilise actuellement les recommandations formulées à l'issue de l'examen à mi-parcours pour planifier la phase d'application qui doit durer cinq ans.

50. La réussite du projet s'explique par le partenariat solide qui s'est peu à peu consolidé entre l'UNICEF et le Département du génie sanitaire. L'UNICEF a surtout aidé le Département à adopter une méthode de planification qui ménageait aux collectivités la possibilité d'élaborer leurs propres plans pour être ensuite inclus dans des plans d'un niveau supérieur, et qui favorisait ainsi la participation. Il a notamment prêté une assistance technique substantielle au Département, y compris pour la préparation d'un rapport initial détaillé, la mise en place d'instruments de suivi, de moyens de communication, l'élaboration d'un manuel de procédures et la formation. Le Département et l'UNICEF ont géré le projet ensemble. Deux organisations non gouvernementales nationales ont joué un rôle actif en assurant la formation de tous les intervenants dans le projet. Des organisations non gouvernementales locales ont servi d'intermédiaire pour les collectivités qui ont pu ainsi faire connaître leurs besoins et leurs propres décisions dans des plans d'action locaux. Ces plans ont suscité un changement d'orientation chez le Département, qui auparavant subventionnait surtout l'installation de points d'eau pour ceux qui avaient les moyens de payer. Grâce aux plans d'action locaux, les agglomérations les plus pauvres ont pu bénéficier de services d'alimentation en eau subventionnés par l'État, ce qui a abouti à des améliorations sur les plans sanitaire et hygiénique. Des organisations non gouvernementales ont pris part à cette initiative en formant près de 4 500 agents hygiénistes et paramédicaux locaux qui faisaient systématiquement connaître les besoins des populations et en favorisant leur participation dans l'application et le suivi par une cartographie des installations locales et d'autres techniques.

Enquête sur la santé et les accidents : Bangladesh

51. **But de l'évaluation.** Le Bangladesh a réussi ces dernières années à réduire de façon spectaculaire la mortalité infantile, faisant passer le taux de mortalité des moins de 5 ans de 144 à 69 pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 2003. Ce succès est principalement dû à la maîtrise des maladies infectieuses. Toutefois, on soupçonnait depuis longtemps que les accidents étaient la principale cause des décès d'enfants et d'invalidité mais on manquait d'information à ce sujet. C'est pourquoi

la Direction générale des services de santé et l'Institut pour la santé de la mère et de l'enfant relevant du Ministère de la santé et de la famille ont mené une enquête sur la santé et les accidents, en collaboration avec l'UNICEF et l'Alliance for Safe Children.

52. **Méthodes.** Exhaustive et bien pensée, cette enquête comportait quatre parties : a) une évaluation transversale nationale de l'incidence des accidents; b) une étude de cas témoins visant à déterminer les facteurs de risque de noyade; c) une étude sur les connaissances, les comportements et les habitudes face aux accidents; et d) une étude de la prévalence de certains facteurs de risque de traumatismes des enfants dans la vie de tous les jours. Portant sur un échantillon de 171 366 ménages, c'est-à-dire 819 429 personnes au total, cette enquête transversale a été la plus importante jamais effectuée sur les accidents dans le pays. Elle s'est déroulée de janvier à décembre 2003.

53. **Conclusions, enseignements tirés de l'expérience et recommandations.** Selon les résultats de l'enquête, les traumatismes d'enfants sont courants au Bangladesh. Les accidents sont la principale cause de mortalité chez les enfants de plus de 1 an. Le Bangladesh enregistrerait tous les ans quelque 30 000 décès chez les enfants de moins de 18 ans, c'est-à-dire environ 83 décès par jour. Les accidents seraient à l'origine de 38 % des décès d'enfants âgés de 1 à 17 ans. La mortalité traumatique augmente avec l'âge, allant de 2 % chez les nourrissons à 29 % chez les enfants âgés de 1 à 4 ans, à 48 % chez les enfants âgés de 5 à 9 ans, à 52 % chez les enfants âgés de 10 à 14 ans, et jusqu'à 64 % chez les enfants âgés de 15 à 17 ans. Le nombre d'accidents non mortels est non moins stupéfiant. Près d'un million d'accidents se sont produits au cours de l'année précédant l'enquête, ce qui veut dire que chaque jour, il y avait environ 2 740 enfants blessés qui ont dû recevoir des soins médicaux ou manquer des jours d'école ou de travail. Les accidents sont à l'origine de 13 000 invalidités permanentes chaque année, la plupart étant dues à des chutes. Les garçons sont plus exposés que les filles aux accidents non mortels (chutes, brûlures, coupures, quasi-noyade, morsures d'animaux, électrocution, sauf l'empoisonnement). Les accidents seraient également la principale cause de décès des parents bangladais. Chaque jour, environ 13 enfants perdent leur mère à cause du suicide, des accidents de la circulation ou de la violence, et environ 21 enfants perdent leur père pour les mêmes raisons.

54. Les accidents surviennent à tous les âges et menacent tous les enfants. Les plus fréquents sont la noyade et la suffocation chez les nourrissons, et la noyade chez les petits enfants. Les enfants d'âge moyen et les adolescents sont victimes des accidents et du suicide, avec la prédominance du suicide à la fin de l'adolescence.

55. La noyade est la principale cause des décès d'enfants après la première enfance et est à l'origine de 26 % des décès chez les enfants âgés de 1 à 4 ans. La noyade, les accidents de la circulation, les brûlures, les chutes, la suffocation et les blessures intentionnelles marquent les enfants à toutes les étapes de la vie. Vu la complexité du problème, pour le résoudre il faut prévoir d'intégrer des mesures de prévention des accidents, de secours et de réadaptation dans les programmes pour la survie de l'enfant au Bangladesh; l'assainissement des routes et de la proximité des points d'eau; et des innovations techniques et des modifications législatives visant à améliorer les normes de sûreté. Il importe de centrer l'action sur la mortalité des moins de 5 ans sans pour autant la limiter à ce groupe d'âge car les améliorations dans un groupe d'âge donné sont perdues dans le suivant à mesure que les enfants

grandissent. L'enquête suggère de ce fait d'établir un nouveau taux de mortalité infantile, qui va jusqu'à 17 ans, comme indicateur des programmes pour la survie de l'enfant.

56. D'après cette enquête sans précédent, pour faire reculer la morbidité et la mortalité infantiles, il faut se préoccuper du problème des accidents autant que des autres causes de décès d'enfants. Le Bangladesh doit adopter des mesures de prévention des traumatismes et de réadaptation dans le cadre de plan de développement. Les traumatismes touchent les secteurs de la santé, de la nutrition et de la population, et les résultats de l'enquête ont amené l'UNICEF à réorienter le programme de pays vers une approche intersectorielle pour la réduction de la mortalité et de la morbidité infantiles. L'un des principaux objectifs définis pour le prochain programme de pays (2006-2010), qui est de protéger les enfants des accidents et de la noyade grâce à des stratégies intersectorielles, guidera la formulation de politiques et d'interventions pilotes.

Évaluation du programme biennal de déparasitage préscolaire du Népal

57. **But de l'évaluation.** Selon des enquêtes nationales, plus de 50 % des enfants d'âge préscolaire au Népal souffrent de malnutrition générale et 75 % d'anémie. L'infestation par les vers est l'une des premières causes expliquant le taux de malnutrition élevé. C'est pourquoi le déparasitage des enfants âgés de 2 à 5 ans par une prise unique d'Albendazole à 400 milligrammes a été intégré dans le programme national de distribution de capsules de vitamine A par les collectivités locales, dont bénéficient deux fois l'an 90 % des enfants âgés de 6 à 59 mois. Lancé dans 14 districts en 1999, la campagne de déparasitage a été étendue sur tout le territoire national en octobre 2004.

58. **Méthodes.** En 2003, l'OMS et l'UNICEF ont effectué ensemble une évaluation de l'impact et de l'efficacité du programme. Des enquêtes transversales ont été ainsi effectuées dans quatre districts avant et après le déparasitage. Des données initiales ont été recueillies avant avril 2003, c'est-à-dire avant que la campagne ne soit lancée pour la première fois dans ces districts. Cette enquête a permis de se faire une idée plus précise des causes de malnutrition et de l'efficacité des mesures prises pour y remédier.

59. **Conclusions, enseignements tirés de l'expérience et recommandations.** D'après les résultats de l'évaluation, la campagne déparasitage en quatre fois a permis de traiter plus de 85 % des enfants. À chaque fois, on a vu le nombre d'enfants infectés décliner un peu plus. Au départ, environ 40 % des enfants étaient infestés par des vers et après la quatrième opération de déparasitage, ils n'étaient plus que 16 %. L'intensité de l'infestation a également baissé de façon significative. Le niveau moyen d'infestation par les ascaris a diminué, passant de 4 330 oeufs par gramme à 463 oeufs par gramme après la quatrième opération de déparasitage, c'est-à-dire une réduction totale de 90 %. De la même façon, le niveau moyen d'infestation par les ankylostomes a diminué de moitié.

60. Avec le recul des infestations par les vers, l'anémie a aussi nettement régressé. Le taux de prévalence de l'anémie, qui était initialement de 47 %, est tombé à 29 % après la première opération de déparasitage et à 11 % après la deuxième. Après les troisième et quatrième opérations, le taux de prévalence n'a pas varié. Le taux

moyen d'hémoglobine, initialement de 11 grammes par décilitre, a également augmenté pour se situer de 11,4 à 12,2 grammes par décilitre après les deux premières opérations de déparasitage, qui ont fait surtout reculer l'anémie sévère et l'anémie modérée. L'anémie sévère a pratiquement disparu et l'anémie modérée a nettement diminué. Après la deuxième opération de déparasitage, il restait surtout des cas d'anémie bénigne.

61. L'association du déparasitage avec la distribution semestrielle de vitamine A a coûté 17 cents par enfant. Une fois cette double campagne achevée, la seule dépense récurrente est le prix des cachets vermifuges, ce qui revient à 2 cents par enfant et par an (en deux fois). Après avoir partagé les coûts avec l'UNICEF, le Gouvernement assume à présent toutes les dépenses d'achats de vermifuges.

62. L'évaluation des incidences montre que la campagne de déparasitage a été une vraie réussite en termes de portée, de nombre d'enfants traités et d'impact et que le traitement de suivi semestriel est l'une des opérations sanitaires les plus rentables au Népal. L'évaluation a également montré que le déparasitage n'avait ni gêné ni compromis la distribution de vitamine A. Bien au contraire, les réunions de groupes avec des bénévoles et des mères ont révélé que le couplage du déparasitage avec la distribution de vitamine A a rendu cette dernière encore plus populaire.

63. La campagne de déparasitage visait au départ les enfants âgés de 2 à 5 ans. En se fondant sur les résultats de l'évaluation qui a démontré que le déparasitage faisait reculer l'anémie dans tous les groupes d'âges, le Ministère de la santé a ramené l'âge minimum pour le déparasitage à 1 an sur la recommandation de l'OMS. Lors de la tournée de distribution d'octobre 2004, environ 2,8 millions d'enfants âgés de 1 à 5 ans ont été traités aux vermifuges, dont 90 000 enfants d'un an.

64. L'évaluation a confirmé que dans un pays à haute prévalence d'infestation vermineuse, le déparasitage semestriel dans le cadre d'un programme national était une opération efficace et rentable. Le déparasitage peut aisément être intégré dans un programme de distribution de vitamine A bien huilé. Sachant qu'ils sont plus de 60 pays à avoir entrepris une campagne de distribution de vitamine A, dont la plupart sur une grande échelle, il est tout à fait possible de traiter le problème de l'infestation vermineuse à une échelle mondiale.

65. Les résultats de l'étude d'impact menée au Népal ont été largement utilisés pour sensibiliser l'opinion au déparasitage en général et à la nécessité de l'associer avec la distribution de vitamine A plus précisément. Ces résultats ont été rendus publics dans plusieurs conférences internationales et repris dans une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur le déparasitage des enfants en âge préscolaire. L'expérience menée au Népal a également rapportée à titre d'exemple dans un manuel de l'OMS et de l'UNICEF sur l'association du déparasitage avec la distribution de vitamine A. Les pays d'Afrique occidentale envisagent déjà d'adopter ce procédé.

66. Cette initiative efficace et peu coûteuse s'appuyait sur un accord solide entre le Gouvernement népalais, l'UNICEF, l'ONUSIDA et le FNUAP, qui finançaient ensemble un programme de femmes agents sanitaires. La distribution de vitamine A y a par la suite été ajoutée avec l'appui d'ONUSIDA et de l'UNICEF, auxquels s'est jointe l'Agence australienne pour le développement international. Au vu des résultats obtenus dans la ville de Lucknow (Inde), l'UNICEF a proposé d'associer le déparasitage à la distribution de vitamine A. Financée par le Gouvernement népalais

et l'UNICEF, cette campagne a été entreprise dans tout le pays. Outre le financement, l'UNICEF a organisé, en étroite collaboration avec l'OMS, une formation technique qui est à présent achevée, ce qui laisse l'achat des médicaments comme unique dépense récurrente.

Renforcer la fonction d'évaluation dans la région

67. Pour renforcer la fonction d'évaluation dans la région, il convient d'articuler plus clairement les résultats attendus. L'examen à mi-parcours peut être utilisé par les bureaux de pays, les partenaires et le bureau régional pour revoir les cadres de résultats existants et, le cas échéant, le cadre logique. Le deuxième point à considérer était l'absence d'enquêtes initiales et de vérification régulière des données. Les bureaux de pays s'attachent à régler ce problème. Comme réalisations notables, on retiendra l'Action décentralisée en faveur des enfants et des femmes, dans le cadre de laquelle sont menées de petites enquêtes; et le projet d'assainissement rural, d'approvisionnement en eau et d'hygiène et de santé publiques du Bangladesh, pour lequel des points de comparaison ont été définis et la méthode de gestion axée sur les résultats appliquée pour faciliter la prise de décisions.

68. Cela n'a pas été facile d'améliorer la qualité des évaluations. Pour faire mieux connaître les normes de qualité, les organismes de suivi et d'évaluation régionaux ont tenu des réunions afin d'établir ensemble des procédures pour l'application des normes d'évaluation et d'établissement de rapports. Il a été convenu que l'application de ces normes sera imposée à tout organisme d'évaluation contractuel. Une analyse des évaluations présentées au Bureau régional, effectuée à partir des évaluations menées par le Bureau d'évaluation, a révélé une légère amélioration de la qualité dans l'ensemble. Des lacunes ont été décelées dans l'évaluation de la gestion axée sur les résultats et de l'élaboration de programmes privilégiant la notion de droits, la participation des intervenants, la collecte d'opinions des non-bénéficiaires, l'étude des coûts et la mise à profit des données d'expérience pour définir les priorités. Ces observations ont été communiquées aux fonctionnaires chargés du suivi et de l'évaluation et une journée de formation aux normes de qualité a été organisée pendant la réunion régionale de 2004, avec l'aide du Bureau de l'évaluation. Les résultats de la métaévaluation mondiale effectuée par le Bureau de l'évaluation ont été transmis à l'équipe de gestion régionale.

Conclusion

69. L'année 2004 a vu s'effectuer trois examens à mi-parcours, dont les résultats ont déjà permis de mieux cadrer les activités et de renforcer les stratégies des programmes de pays appuyés par l'UNICEF. On a noté également un important effort tendant à aligner plus étroitement les résultats attendus avec le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, les objectifs du Millénaire pour le développement et les plans nationaux.

70. Une plus grande attention a été accordée à la fonction d'évaluation. Plusieurs bonnes évaluations ont été effectuées et dans certains cas, les résultats des évaluations ont vraiment servi à l'ajustement des programmes.

71. Il reste beaucoup à faire tant en termes de qualité des évaluations que de l'utilisation des résultats et des recommandations. Comment améliorer la suite donnée par l'administration aux évaluations sera la question à examiner en priorité par l'équipe de gestion régionale à ses réunions, qui ont déjà débuté. Des cibles touchant la qualité des évaluations et des mesures prises par l'administration ont été définies dans le plan de gestion du bureau régional pour 2005-2006. Un projet de plan d'évaluation régional, qui sera finalisé en concertation avec l'équipe de gestion régionale, recense des priorités des évaluations régionales et les mesures à prendre pour garantir la qualité des évaluations, appuyer la fonction d'évaluation et contrôler les responsabilités au niveau des pays. Pour consolider la fonction d'évaluation, il faudrait appuyer le renforcement des capacités nationales et l'organisation de réunions d'évaluation au niveau régional.

72. Compte tenu des cibles fixées dans le plan de gestion et le plan d'évaluation régional, un ensemble de critères sera défini en accord avec l'équipe de gestion régionale pour renforcer la fonction d'évaluation. La fonction d'évaluation a été entravée par le manque de moyens humains et techniques. Une procédure sera établie pour le recrutement de personnel compétent et priorité sera accordée au renforcement des capacités de contrôle et d'évaluation. On est en train d'établir une liste régionale de consultants en évaluation. Le bureau régional sera doté de plus de moyens pour pouvoir renforcer les capacités d'évaluation dans la région.
