



Conseil économique
et social

Distr.
LIMITÉE

E/ICEF/2000/P/L.21
29 mars 2000
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Session annuelle 2000
22-26 mai 2000
Point 7 de l'ordre du jour provisoire*

POUR INFORMATION

RÉSUMÉ DES EXAMENS À MI-PAROURS ET DES PRINCIPALES ÉVALUATIONS
DES PROGRAMMES DE PAYS

Afrique de l'Ouest et Afrique centrale

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 bilans d'étape et des principales évaluations des programmes de pays, en faisant ressortir notamment les résultats obtenus, les enseignements tirés et la nécessité d'éventuelles modifications à apporter aux programmes. Le Conseil fait alors des observations sur ces rapports et formule si nécessaire des directives à l'intention du Secrétariat. Les bilans d'étape et les évaluations décrits dans le présent rapport ont été effectués en 1999.

INTRODUCTION

1. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, des examens à mi-parcours sur huit programmes de pays, couvrant la période 1997-2001, ont été effectués en 1999. Pour la plupart, ces examens ont eu lieu dans un contexte de pauvreté croissante, de lourd endettement, de pandémie croissante de VIH/sida et d'une instabilité politique généralisée. En République centrafricaine, par exemple, les secteurs sociaux ont subi les répercussions de troubles politiques prolongés, de rébellions militaires fréquentes et d'une pénurie chronique de ressources, tous faits ayant la pauvreté pour toile de fond. Les difficultés ont été accentuées par le conflit armé en République démocratique du Congo voisine, avec l'arrivée dans le pays de milliers de réfugiés en fuite. En

* E/ICEF/2000/9.

Côte d'Ivoire, une dette de 130 milliards de dollars et une gouvernance inefficace ont empêché la population de profiter des bénéfices de la croissance économique qui s'est produite après la dévaluation du franc CFA en 1994. La pauvreté est partout et les taux de mortalité sont en hausse en raison de la forte incidence du VIH/sida dans la région. Bien qu'il dispose du produit national brut (PNB) par habitant le plus élevé de la région, le Gabon, qui compte parmi les pays les plus stables du point de vue politique, a connu un faible développement social. La dette internationale est devenue tellement lourde qu'elle est une entrave aux perspectives de développement du pays.

2. La Guinée reste l'un des pays les plus pauvres de la région avec une base très fragile de ressources humaines et un faible développement social. Les conflits en Guinée-Bissau et au Sierra Leone, ses pays voisins, ont entraîné l'affluence de milliers de réfugiés en Guinée, ce qui signifie un surcroît de demande d'assistance, à laquelle le pays est bien en peine de faire face. Au Nigéria, qui compte 40 pour cent de la population totale de la région, l'examen à mi-parcours a été effectué à un moment où le pays luttait pour se remettre de l'isolement dans lequel il avait été tenu pendant plusieurs années par les bailleurs de fonds en raison de son régime militaire, de violations répétées des droits de l'homme, d'une mauvaise gestion des ressources et d'une lourde dette internationale atteignant 300 milliards de dollars. Au Sénégal, la croissance économique reprend mais ses effets positifs sur le bien-être de la population n'apparaissent pas encore avec évidence. Le conflit en Casamance, qui dure depuis 18 ans, a créé un grand besoin d'assistance dans cette partie du pays. Quant au Togo, il souffre lui aussi de ce que les principaux donateurs ont cessé leur assistance après les élections de 1998. Le volume des investissements dans les secteurs sociaux étant extrêmement bas, les systèmes de santé et d'éducation mis en place se désagrègent et les conditions de vie de la population, en particulier des enfants et des femmes, se détériorent.

EXAMENS À MI-PARCOURS

République centrafricaine

3. Le processus de l'examen à mi-parcours a débuté en octobre 1998 avec la définition du cadre de référence et du programme de travail. Des partenaires du développement représentant des organismes des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (ONG) ont participé à la réunion consacrée à cet examen à mi-parcours. Des études thématiques, des discussions de groupe et des visites sur le terrain ont été réalisées en vue de rassembler des données permettant d'évaluer les résultats du programme de pays.

4. La situation des enfants et des femmes. Les progrès en ce qui concerne la situation des enfants et des femmes ont été mitigés : le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est très élevé (157 pour 1000 naissances vivantes). La mortalité infantile a diminué, passant de 111 à 97 pour 1000 naissances vivantes entre 1994/95 et 1998, mais, au cours de la même période, le taux de mortalité des enfants de 1 à 4 ans a légèrement augmenté (passant de 62 à 67 pour 1000 naissances vivantes). Ce taux élevé de mortalité est dû à l'effondrement du système de santé. Le programme national élargi de vaccination (PEV) n'est plus mené avec la même vigueur et le taux de vaccination, qui comptait parmi les plus élevés de la région, a chuté, passant de 80 % à moins

/...

de 50 %. Aussi le pays s'est-il trouvé aux prises avec une recrudescence de maladies telles que le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques. La malnutrition domine partout : une étude effectuée en 1998 a révélé que 84 % des enfants de 6 à 36 mois souffrent d'anémie due à une carence en fer et 68 % de carences en vitamine A. La moitié des femmes adultes souffrent d'anémie résultant d'une carence en fer et 17 % de carences en vitamine A. Environ 20 % des femmes enceintes sont séropositives et 8 % de l'ensemble de la population sont porteurs du VIH, ce taux atteignant 15 % à Bangui, la capitale. La pandémie de VIH/sida, actuellement considérée comme l'une des plus graves menaces qui pèsent sur le pays, a contribué de manière sensible à accroître la mortalité et compromet gravement les perspectives de développement du pays. Cette maladie est responsable de 85 % des décès d'enseignants. Le taux de mortalité maternelle est également en augmentation et cela est dû essentiellement au sida et à l'effondrement du système de santé. Depuis 1995, le taux de scolarisation, qui est de 63 %, n'a pas progressé. Cette absence de progression s'explique par la détérioration des locaux scolaires, la diminution du nombre d'enseignants, les grèves fréquentes et le faible niveau des dépenses de l'État dans le domaine de l'éducation. Ces facteurs ont contribué à un accroissement du nombre d'enfants des rues, dont la plupart ont abandonné l'école ou sont orphelins de parents morts du sida.

5. Réalisations et contraintes. En dépit de la situation très difficile du point de vue politique et économique, le programme de pays a obtenu des résultats notables avec la collaboration de partenaires pour le développement. Ainsi, l'Initiative de Bamako a été élargie à 16 districts sanitaires, représentant 45 % de la population totale du pays; le taux de vaccination contre la polio a été porté à 82 % des enfants de cinq ans et au-dessous; la consommation de sel iodé a augmenté et est maintenant effective dans 87 % des ménages; la pratique de l'allaitement exclusif au sein s'est étendue et concerne maintenant 30 % des femmes allaitantes; enfin, des tribunaux pour enfants ont été créés. Le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement a permis d'approvisionner en eau potable 70 % de la population dans les zones concernées par le projet (comparé à 40 % pour l'ensemble du pays). Grâce à l'approvisionnement en eau, les fillettes ont été libérées de corvées domestiques, ce qui a eu pour effet d'augmenter le taux de scolarisation des filles dans les deux zones dans lesquelles les activités du programme de pays sont concentrées. En deux ans, le taux de scolarisation des filles est passé de 35 à 45 %, réduisant ainsi l'écart avec celui des garçons. Le niveau d'hygiène a augmenté grâce, d'une part, à l'installation de latrines dans les foyers et, d'autre part, à la campagne en faveur de l'hygiène de l'environnement dans la zone d'intervention du programme et dans deux grandes villes. La mise en place d'une base géographique de données concernant les enfants et les femmes a amélioré le processus décentralisé de planification et de suivi. Des comités de développement ont été mis en place dans 320 villages de la zone d'intervention du programme de pays. Par le biais d'émissions hebdomadaires à la télévision et à la radio, le programme de sensibilisation et de communication sociale a contribué à une prise de conscience accrue de la pandémie de VIH/sida ainsi que des droits des enfants et des femmes.

6. Les troubles politiques prolongés marqués par de fréquentes rébellions et des ressources limitées - notamment celles allouées aux secteurs sociaux - sont les plus graves obstacles à la mise en oeuvre du programme. De plus, le

/...

Gouvernement n'a pas été en mesure d'exécuter sa politique nationale de décentralisation. En outre, les faibles capacités du pays dans la quasi totalité des secteurs, notamment en matière de planification et de suivi, ainsi qu'une coordination insuffisante des partenaires dans le secteur de la santé sont aussi des obstacles auxquels le programme s'est heurté au cours des deux années et demie écoulées.

7. Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés. Malgré une instabilité économique et sociale, le programme de pays de la République centrafricaine a obtenu de bons résultats grâce à l'impulsion de l'UNICEF, à la participation de la collectivité et à la décentralisation. Les partenaires gouvernementaux sont très engagés dans la gestion et la mise en oeuvre du programme et ont largement contribué à la définition d'indicateurs de qualité applicables aux résultats du programme. Cela a permis au programme de renforcer l'engagement des partenaires gouvernementaux pour les faire participer plus efficacement à la mise en oeuvre des activités et à la prise en charge des programmes. On a constaté que la mise au point d'activités au niveau de la collectivité était une stratégie efficace qui permettait au programme de maintenir ses activités dans les villages malgré les troubles politiques qui agitent le pays. La surveillance au niveau de la communauté, en tant qu'élément du processus de décentralisation et de participation, est encore un fait nouveau et limité à 27 villages mais cette stratégie est de plus en plus demandée par d'autres communautés et d'autres dirigeants. En outre, l'examen à mi-parcours a recommandé que plusieurs objectifs du programme de pays soient adaptés aux capacités et aux ressources dont le pays dispose à cette fin.

8. Plan de gestion du programme de pays. L'examen à mi-parcours a recommandé que le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement soit intégré au programme de santé et de nutrition afin d'optimiser les effets de l'approvisionnement en eau sur la santé. Les effectifs consacrés au programme devraient être adaptés à la structure envisagée. L'UNICEF a participé à l'élaboration du bilan commun de pays et appuyé le processus de définition des indicateurs qui seront utilisés par le système des Nations Unies pour surveiller les interventions. Enfin, le plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement est en cours d'élaboration.

Côte d'Ivoire

9. En Côte d'Ivoire, le processus d'examen à mi-parcours a commencé par l'examen annuel pour 1998 et s'est poursuivi avec l'audit du programme effectué en novembre 1998, l'examen de fin de cycle du programme 1992-1996 et, enfin, la révision des objectifs du programme. Les conclusions de tous les groupes sectoriels ont été incorporées dans un avant-projet de l'examen à mi-parcours, qui a été ensuite complété par des conseillers du bureau régional. Des représentants des ONG, du Parlement des enfants, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), du Programme alimentaire mondial (PAM) et de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) ainsi que des partenaires bilatéraux ont participé au processus.

10. La situation des enfants et des femmes. La mortalité infantile a augmenté entre 1994 et 1999, passant de 94 à 112 pour 1000 naissances vivantes. Au cours

de la même période, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 150 à 181 pour 1000 naissances vivantes, cette augmentation étant due essentiellement aux très nombreux cas de VIH/sida, paludisme, infections respiratoires aiguës et maladies diarrhéiques. Le taux d'infection par le VIH est de l'ordre de 10 à 15 % dans les zones urbaines et de 6 % dans les zones rurales. Environ sept enseignants, dont cinq de l'enseignement primaire, meurent chaque semaine du sida. La forte incidence du VIH/sida parmi les enseignants compromet gravement les chances de succès du système d'éducation nationale. En 1998, on comptait plus de 77 000 orphelins de parents morts du sida et on estime qu'en raison du nombre élevé de femmes enceintes infectées par le VIH/sida (9 %) ce nombre atteindra 600 000 en 2001. La scolarisation au niveau de l'enseignement primaire stagne à environ 71 % et les inscriptions en première année sont en régression. Chaque année, 200 000 enfants quittent l'école primaire et un grand nombre d'entre eux deviennent des enfants des rues. Les résultats scolaires sont faibles : il faut, en moyenne, 10 ans à un élève pour achever un cycle de 6 années. Seulement un ménage sur trois dans les zones rurales et trois sur quatre dans les zones urbaines ont accès à de l'eau salubre. Dans les zones rurales, 55 % de la population ne disposent pas d'évacuation sanitaire adéquate.

11. Réalisations et contraintes. Dans le cadre du programme de santé, la stratégie en matière de soins de santé primaires a été étendue à trois autres districts sanitaires, couvrant ainsi actuellement 13 des 42 districts du pays. Quatre-vingt-deux centres de santé ont été revitalisés, la participation communautaire a été renforcée et des agents sanitaires locaux ont reçu une formation en matière d'éducation nutritionnelle et de surveillance de la croissance des enfants jusqu'à l'âge de trois ans. Des consultations et tests ont été offerts, sur une base entièrement libre, aux femmes enceintes : 3 500 d'entre elles ont accepté de subir un test; 2 400 sont revenues chercher les résultats du test et les 109 qui étaient séropositives ont accepté le traitement à la zidovudine (AZT). Le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement a donné la priorité à l'éradication de la maladie du ver de Guinée et réussi à réduire de 50 % le nombre des cas, lequel est passé de 2 794 à 1 414 entre 1996 et 1998. En 1999, 262 cas seulement ont été recensés dans 176 villages. À l'heure actuelle, la surveillance communautaire de la maladie porte sur tous les villages où elle est endémique. De plus, le programme a également encouragé et aidé les mesures d'hygiène et d'assainissement dans les écoles de son champ d'intervention et 250 latrines ont été installées. En ce qui concerne l'éducation de base, les efforts ont porté sur la promotion de l'éducation des filles, la formation des maîtres dans le nord du pays, la fourniture de manuels scolaires aux écoles, la création de centres d'alphabétisation, l'offre d'outils agricoles aux écolières pour leur permettre d'exercer des activités génératrices de revenus et, enfin, la réalisation d'une étude sur les stéréotypes sexospécifiques dans les manuels scolaires.

12. Toutefois, l'accès aux services sociaux de base a diminué. La participation de la population aux coûts d'entretien des installations de santé est toujours faible et la prise en charge par les municipalités des interventions dans le cadre du programme de pays est insuffisante. Le programme, notamment en ce qui concerne la santé et la nutrition, subit les incidences défavorables de facteurs tels qu'une coordination inefficace entre

/...

les partenaires du développement et un manque de suivi et de surveillance de sa mise en oeuvre.

13. Évaluation des stratégies : enseignements tirés. Il convient de renforcer la communication et la mobilisation sociale afin de faciliter d'autres activités sectorielles. De même, un renforcement de la capacité technique des ministères et des ONG est nécessaire en ce qui concerne les activités de planification et de mise en oeuvre. La population cible dans la zone d'intervention du programme de pays est trop importante eu égard aux ressources disponibles et à l'insuffisance de la coordination entre les partenaires. Désormais, l'accent sera mis sur des questions d'actualité telles que le VIH/sida (notamment la contamination mère-enfant), la santé des adolescents, les tâches domestiques des filles, les soins aux jeunes enfants pour assurer leur croissance et leur développement et, enfin, l'éducation non institutionnelle en vue de l'alphabétisation des filles et des femmes.

14. Plan de gestion du programme de pays. Entre janvier 1997 et mai 1999, les ressources au titre du budget ordinaire ont augmenté de plus de 23 % et 50 % du financement supplémentaire ont été mobilisés. La structure du programme a été maintenue mais il faudra intégrer les activités pour accroître leur impact sur les groupes cibles. Les programmes intersectoriels - sensibilisation et communication; planification sociale; suivi et évaluation - seront axés sur la promotion du développement communautaire, la modification des comportements et le suivi de la situation des groupes cibles. De plus, les données et les enseignements tirés seront utilisés dans les activités de mobilisation et de dialogue sur la politique suivie. Le bilan commun de pays est prévu pour 2000.

Gabon

15. Quatre groupes de travail sectoriels ont été créés pour préparer l'examen à mi-parcours, processus auquel ont participé de hauts responsables de l'Administration, des organismes des Nations Unies (PNUD, Organisation mondiale de la santé (OMS) et FNUAP), la Banque africaine de développement, les Gouvernements de l'Allemagne, du Canada, des États-Unis et de la France ainsi que l'Union européenne. Le soutien fourni par le bureau régional a contribué au succès de cet examen à mi-parcours, qui était le premier examen de ce genre pour le Gabon.

16. La situation des enfants et des femmes. Le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans, qui est de 145 pour 1000 naissances vivantes, est certes encore élevé mais a légèrement baissé par rapport à son niveau de 1996 qui était de 154 pour 1000. Toutefois, le taux de vaccination est en régression. Ainsi, pour la rougeole, il est passé de 76 % en 1990 à 57 % en 1999. L'accès à l'école primaire est universel mais le taux net d'inscriptions dans l'enseignement primaire (environ 86 %) révèle un taux élevé de redoublements (36 %) de même que la médiocrité des résultats du système scolaire. Les disparités des conditions de vie sont considérables et la pauvreté est généralisée parmi les populations des zones suburbaines. Le taux de contamination par le VIH dans l'ensemble de la population est de 4,8 % mais est en rapide augmentation. Bien qu'on ne dispose pas de statistiques, la traite des enfants est largement pratiquée. Des enfants, immigrés du Bénin, du Nigéria et du Togo, travaillent pour la plupart comme employés de maison.

17. Réalisations et contraintes. Quatre des huit centres de santé de Libreville ont été modernisés et un système de gestion et de prescription des médicaments génériques a été récemment mis en place. Un guide pour la formation d'agents sanitaires a été mis au point en collaboration avec l'Union européenne et 100 agents sanitaires ont été initiés à son utilisation. Le programme a financé une étude comparative portant sur la législation nationale, la Convention relative aux droits de l'enfant, la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et, enfin, la traite des enfants, en particulier des filles. La collaboration avec le PNUD, le FNUAP et les homologues gouvernementaux s'est développée en ce qui concerne la mobilisation aux questions sexospécifiques et la promotion des droits des filles et des femmes.

18. L'examen a permis de repérer les faiblesses de la politique sociale du pays, le manque de capacités nationales en matière de planification, l'inefficacité du système statistique national et l'insuffisance des capacités nationales de mise en oeuvre; il a permis, en outre, de constater que la surveillance par le bureau régional est loin d'être optimale en raison de l'instabilité politique au Congo. Par ailleurs, le programme de pays manque de rigueur et ses objectifs sont trop nombreux. Du fait que c'est la première fois que le Gabon a un programme de coopération avec l'UNICEF, il n'est pas encore vraiment familiarisé avec les procédures et les stratégies de l'UNICEF, notamment l'optique adoptée qui est fondée sur le respect des droits.

19. Évaluation des stratégies : enseignements tirés. Le programme sera axé sur une programmation guidée par le respect des droits et se penchera en particulier sur la question de la traite des enfants. Une attention sera aussi portée sur des problèmes émergents tels que le déclin de la pratique de l'allaitement maternel et l'incidence croissante du VIH/sida. Le programme renforcera la coopération avec les organes des Nations Unies et les partenaires bilatéraux et surveillera la situation des enfants et des femmes. Des études sur le travail et la traite des enfants et sur la formule "20/20" sont en cours de réalisation. Une étude ayant trait à la démographie et à la santé, axée sur la prestation des services sociaux de base, est prévue pour l'année 2000.

20. Plan de gestion du programme de pays. Le programme de pays actuel (1997-2001) est le premier programme quinquennal que le Gouvernement gabonais met en oeuvre avec l'UNICEF. Le bureau auxiliaire de Libreville est supervisé par le bureau de la Côte d'Ivoire depuis mai 1999. Le processus d'établissement du bilan commun de pays et du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement débutera en 2000 et l'harmonisation des cycles des programmes au sein du système des Nations Unies aura lieu en 2002.

Guinée

21. Un comité de coordination, présidé par le Ministère de la planification, a été créé pour gérer le processus de l'examen à mi-parcours. Des organes des Nations Unies, la Banque mondiale, l'Union européenne, le Gouvernement français et des ONG ont participé à ce processus. Les résultats de diverses études et les examens annuels antérieurs ont été utilisés pour évaluer les résultats obtenus par le programme.

22. La situation des enfants et des femmes. Environ 40 % de la population est pauvre et, bien que la mortalité des enfants de moins de cinq ans soit en baisse, le taux de 201 pour 1000 naissances vivantes demeure très élevé. Les principales causes de mortalité sont les maladies diarrhéiques, le paludisme et les infections respiratoires aiguës et sont la raison de 9 visites sur 10 dans les centres de santé. La mortalité maternelle (évaluée à 1 600 pour 100 000 naissances vivantes) est parmi les plus élevées du monde. La contamination par le VIH s'étend : 4 574 cas ont été recensés en 1998, soit une augmentation par rapport aux 3 080 cas de 1996. Les femmes représentent 40 % et les enfants 3 % des personnes contaminées. Environ 30 % des enfants de moins de cinq ans sont rachitiques. Dans les zones rurales, 65 % des ménages ont accès à une eau salubre contre 72 % dans les zones urbaines. Les taux de scolarisation sont faibles : 51 % pour les garçons et 47 % pour les filles. L'analphabétisme chez les adultes est particulièrement élevé : 80 % des femmes et 64 % des hommes sont analphabètes.

23. Réalisations et contraintes. Le programme de santé a permis de renforcer la capacité des agents sanitaires de gérer le paludisme, les infections respiratoires aiguës et les maladies diarrhéiques dans le cadre de l'initiative tendant à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant. Il a également permis d'assurer que des vaccins soient disponibles et, lors des journées nationales de vaccination en 1997 et 1998, 98 % des enfants ont été vaccinés et une distribution de vitamine A a été assurée. Avec l'appui de l'UNICEF, la capacité de produire du sel iodé dans le pays a augmenté atteignant 800 tonnes par an. Le programme a appuyé la création de fonds destinés à payer les dépenses d'accouchement et le transport des femmes à l'hôpital et à encourager la mobilisation sociale et le renforcement des capacités afin d'aider les femmes à jouer un plus grand rôle dans la prise de décisions et à accroître leur participation. Dans la zone d'intervention du programme, qui concerne 20 % de la population nationale, le projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement a été axé sur des mesures permettant de développer les capacités des femmes pour qu'elles puissent participer tout au long du processus de la planification et de la mise en oeuvre et gérer les points d'eau. À l'heure actuelle, 30 % des points d'eau du pays et pratiquement tous ceux de la zone concernée par le projet sont régulièrement surveillés. L'installation de latrines pour un coût modique a été un succès. Dans le cadre du programme de sensibilisation, une formation aux techniques de la communication interpersonnelle a été dispensée et une aide a été apportée au Gouvernement pour préparer le rapport initial soumis en 1999 au Comité des droits de l'enfant. Un soutien a été fourni pour le renforcement des capacités nationales en matière de collecte des données. Environ 5 000 enfants non scolarisés, pour la plupart des filles, sont actuellement inscrits dans des cours d'alphabétisation dans des centres "Nafa" d'éducation non institutionnelle et un certain nombre d'entre eux ont pu accéder à l'enseignement secondaire officiel. Les activités de promotion ont contribué à accroître la scolarisation des filles grâce à la publication de brochures ("Filles éducation") et au rachat symbolique de couteaux utilisés par les femmes qui pratiquent l'excision. Des partenariats ont été créés avec le PNUD, l'UNESCO et le FNUAP ainsi qu'avec un réseau de femmes parlementaires afin de promouvoir les droits des enfants et des femmes dans des situations de conflit.

24. Le programme s'est heurté aux contraintes ci-après : absence de politiques nationales en matière d'assainissement et de communications; faiblesse des capacités nationales en matière de planification, de suivi et d'évaluation; troubles politiques lors des élections de 1998. Les faiblesses du système national de statistiques nuisent à la possibilité de disposer de données et à la mise en oeuvre du plan intégré de suivi et d'évaluation.

25. Évaluation des stratégies : enseignements tirés. L'examen a recommandé que le programme de pays définisse avec plus de précision ses zones d'intervention. Bien qu'elle soit encore faible, la participation des communautés à la surveillance et à la gestion des points d'eau est très encourageante et a prouvé le bien-fondé de la stratégie choisie. Le programme de pays s'efforcera d'accroître son efficacité en donnant la priorité à l'intégration des activités dans ses zones d'intervention en collaboration avec d'autres partenaires. En outre, des interventions innovatives seront renforcées. Le Gouvernement est résolu à formuler de nouvelles stratégies visant à améliorer l'offre, la couverture et la qualité des services sociaux. Le calendrier du processus d'établissement du bilan commun de pays et du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement a été discuté lors de la réunion pour l'examen à mi-parcours.

26. Plan de gestion du programme de pays. À mi-parcours, le programme avait déjà mobilisé les deux tiers du montant des ressources supplémentaires approuvé. L'utilisation et le suivi sur une base régulière des indicateurs concernant la garantie de qualité du programme a contribué à améliorer le travail d'équipe au sein du bureau ainsi que le niveau de participation.

Nigéria

27. Au Nigéria, le processus d'examen à mi-parcours s'est appuyé sur les examens annuels de 1997 et 1998 ainsi que sur des études et des évaluations antérieures. À la réunion pour l'examen à mi-parcours participaient des dirigeants d'organismes des Nations Unies, des membres de la communauté diplomatique, des représentants des pouvoirs publics au niveau national et local, des ONG, des dirigeants de collectivités, des ministres du Gouvernement, des secrétaires permanents, des cadres supérieurs et autres cadres dirigeants.

28. La situation des enfants et des femmes. Les indicateurs concernant la survie et le développement révèlent une détérioration de la situation tant pour la population en général que pour les enfants et les femmes. Bien que de bons résultats aient été obtenus dans les zones d'intervention du programme de pays, les conditions se sont, dans l'ensemble, aggravées dans le pays. Le taux de mortalité infantile a augmenté, atteignant 114 pour 1000 naissances vivantes; de même, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 191 à 239 pour 1000 naissances vivantes. La mortalité maternelle demeure élevée (948 pour 100 000 naissances vivantes). Le taux de couverture vaccinale a chuté de façon dramatique, passant de 80 % à moins de 46 % pour l'ensemble des vaccinations à l'exception de celle contre la polio. On a constaté que le nombre net des inscriptions dans les écoles primaires avait, de manière générale, tendance à diminuer et que les disparités sexospécifiques s'étaient accrues. Ainsi, le taux net de scolarisation des garçons dans les écoles primaires est tombé de 60 % en 1995 à 58 % en 1999. En ce qui concerne les

/...

filles, au cours de la même période, ce taux a également baissé passant de 58 à 53 %. Les taux d'alphabétisation des adultes sont d'environ 51 % pour les hommes et 36 % les femmes. Des progrès modestes ont été enregistrés pour ce qui est de l'accès à une eau salubre, le taux étant passé de 50 % en 1995/96 à 53 % en 1999. Toutefois, l'accès à l'hygiène a baissé passant de 57 à 53 %. Cette détérioration de la situation est attribuée à plusieurs facteurs : l'environnement défavorable du point de vue politique, économique et social entre 1993 et 1998; une planification défectueuse; une mise en oeuvre inefficace; une baisse du nombre et de la qualité des services sociaux de base.

29. Réalisations. En dépit des conditions sociales et économiques défavorables, le programme a obtenu un certain nombre de résultats notables. Au niveau national, le programme de santé a encouragé l'élaboration d'une nouvelle politique en matière de santé, qui est fondée sur l'Initiative de Bamako et met l'accent sur les soins de santé primaires. Grâce aux activités de sensibilisation, le VIH/sida, les pratiques nuisibles et la distribution et la gestion des médicaments sont maintenant devenus des priorités. Des progrès sensibles ont été réalisés dans les efforts visant à éliminer la polio. Dans les collectivités locales ciblées, les capacités des 23 028 agents sanitaires ont été renforcées. Le programme de santé a équipé 3 080 sites de prestation de services et habilité 32 ONG à mettre au point des méthodes stratégiques pour la fourniture de soins de santé au niveau communautaire. Il a, en outre, appuyé l'organisation d'une conférence nationale sur la maternité sans risques, question liée à la mutilation génitale des femmes, afin de renforcer la prise de conscience des droits de la femme en matière de reproduction et de l'inégalité entre les sexes. Enfin, il a préconisé l'adoption d'une politique de développement qui puisse servir de cadre à la participation des femmes. Le programme nutritionnel a aidé le Gouvernement à l'élaboration de directives nationales en matière de nutrition et d'allaitement maternel. Parmi les autres réalisations notables, on peut citer : un accroissement de plus de 7 % de la pratique de l'allaitement exclusif au sein; la réduction de plus de 50 % du nombre de cas de goître; une réduction de 11 % des carences en vitamine A; une diminution des cas d'insuffisance pondérale à la naissance, le taux passant de 20 à 17 %; ainsi qu'une réduction du nombre d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale et du nombre de cas de rachitisme, avec des taux passant, respectivement, de 35 à 31 % et de 43 à 34 %. Toutefois, le nombre d'enfants souffrant d'atrophies a doublé, faisant un bond de 8 à 16 %.

30. Le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement a permis de fournir de l'eau salubre à 2,5 millions de personnes, chiffre très supérieur à l'objectif visé pour la mi-parcours du programme. Il a également été possible de fournir à plus de 700 000 personnes des moyens sanitaires pour l'évacuation des excréments mais ce chiffre reste inférieur à l'objectif visé pour la période considérée. Des progrès constants ont été réalisés dans l'éradication de la maladie du ver de Guinée ainsi que dans les efforts faits pour assurer un développement viable en adoptant des technologies appropriées et en confiant aux collectivités la production sur le territoire national des matériaux requis. Enfin, il a été possible de renforcer les capacités locales en matière de gestion, de fonctionnement et d'entretien des installations effectuées dans le cadre du programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Le programme d'éducation de base a permis d'accroître de 7 % le taux de scolarisation des filles dans l'enseignement primaire dans les dix états du nord du pays ciblés

par le programme. Le nombre d'enfants qui ont achevé leurs études primaires a augmenté, environ 800 centres d'éducation non institutionnelle ont été installés à l'intention des fillettes dans les communautés démunies et une aide a été fournie pour l'élaboration des programmes scolaires. Le programme relatif aux services de base dans les zones urbaines et aux enfants des villes vivant dans des conditions particulièrement difficiles a aidé à mettre au point une nouvelle politique nationale pour les villes. L'accent a été mis sur l'aide aux enfants nécessitant une protection spéciale et 42 000 installations de base ont été aménagées à l'intention des familles pauvres des zones urbaines. Le programme de planification, de suivi et d'évaluation, qui encourage la décentralisation, a élaboré des plans d'action à l'échelle locale et facilité les évaluations et les analyses de la situation dans les différentes zones ainsi qu'un programme d'action dans 36 États fondé sur le respect des droits. Ce programme a appuyé l'enquête par grappes à indicateurs multiples et une étude portant sur la formule "20/20", mis au point et développé une banque de données sociales et, enfin, défini et développé 19 indicateurs sexospécifiques. Dans le cadre du programme de sensibilisation et de communication, des études thématiques et régionales ont été effectuées sur les droits des enfants et on a pu constater un accroissement de la participation des enfants et des jeunes. Ce programme a permis de renforcer le partenariat avec d'autres organismes des Nations Unies en vue de faire mieux connaître les besoins et les droits des filles et des femmes; un exemple de coopération dans ce domaine est le réseau national d'appui technique des ONG, qui fournit une aide aux filles et aux femmes défavorisées des taudis dans les zones urbaines.

31. Contraintes et évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés. La durée du régime militaire, la mauvaise gestion des ressources et les violations des droits de l'homme ont restreint les possibilités d'attirer des ressources supplémentaires pour le programme. Toutefois, le retour au régime civil s'étant fait dans de bonnes conditions, les partenaires financiers ont de nouveau manifesté leur intérêt. Cependant, le manque de contributions gouvernementales pour les activités bénéficiant d'une assistance en espèces et pour la gestion des fournitures et de la logistique ainsi que les insuffisances de l'audit et du contrôle de l'usage final des fournitures ont nui à l'efficacité de la mise en oeuvre du programme de pays. Certains éléments de l'Accord de base de coopération avec le Gouvernement ne sont toujours pas mis en oeuvre et les revers fréquents dûs aux changements répétés des priorités des pouvoirs publics ont gêné le transfert des responsabilités dans des conditions satisfaisantes. Une plus grande cohésion est nécessaire en ce qui concerne les quatre structures de l'UNICEF et les six structures du Gouvernement dans les zones d'intervention du programme. En effet, la structure de l'UNICEF, tant pour ce qui est du bureau que des effectifs, n'a pas été harmonisée avec les structures du Gouvernement et des autres partenaires notamment à Abuja ainsi qu'au niveau des zones d'intervention. L'évaluation et le suivi de la viabilité du programme et l'efficacité des contributions respectives du Gouvernement, de l'UNICEF et des autres partenaires ne peuvent pas être mesurés de façon adéquate en raison de l'absence d'indicateurs et de systèmes pertinents ou d'une définition nette des responsabilités.

32. Plan de gestion du programme de pays. Le personnel de l'UNICEF au Nigéria a participé à l'examen à moyen terme de la gestion entrepris aussitôt après l'examen à mi-parcours du programme de pays. Il a été recommandé que la

/...

structure et le profil des effectifs soient consolidés par la création de 20 nouveaux postes, la plupart devant être occupés par des ressortissants nigériens, afin de gérer le volume nettement plus important d'activités compte tenu des fonds de financement du programme (un montant supplémentaire de 15,4 millions de dollars de ressources ordinaires pour 2000-2001). Cela aura également pour effet d'encourager les partenaires du programme à allouer davantage de ressources à l'intention des enfants et des femmes. Néanmoins, la proportion des coûts en personnel par rapport à l'ensemble des dépenses afférentes au programme demeure la même. Les effectifs sur place à Abuja seront renforcés, de même que le suivi et l'évaluation des ressources humaines dans les zones d'intervention. Il a été décidé d'apporter quelques modifications au programme et aux projets afin de mettre en place une structure d'ensemble plus facile à gérer à la suite de la conversion au système de gestion des programmes (PROMS). Ainsi, les deux secteurs santé et nutrition seront gérés en tant que programme unique. Dans les zones urbaines, les services de base et les activités en faveur des enfants nécessitant une protection spéciale seront gérés en tant que projets et non plus en tant que coprogramme comme c'est le cas actuellement. La promotion des droits des enfants et des femmes sera intégrée aux activités relatives à la problématique homme-femme et au développement, le tout constituant un seul projet dans le cadre du programme de planification, de suivi et d'évaluation. Enfin, l'UNICEF jouera un rôle de premier plan dans l'élaboration d'un bilan commun de pays et d'un plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement et collaborera avec la Banque mondiale à un cadre de développement intégré.

Sao Tomé-et-Principe

33. L'examen à mi-parcours de 1999 a été le premier réalisé depuis le début de la coopération entre le Gouvernement de Sao Tomé-et-Principe et l'UNICEF en 1984. La documentation réunie pour les besoins de l'examen comprenait des examens annuels (1997 et 1998), des examens trimestriels internes de la mise en oeuvre du programme, des rapports annuels (1997 et 1998) et le bilan commun de pays.

34. La situation des enfants et des femmes. Sao Tomé-et-Principe occupe la cent-vingt-quatrième place parmi les 174 pays qui figurent sur l'indicateur de développement humain (IDH). Les conditions sanitaires ne se sont pas sensiblement améliorées au cours des trois années précédant l'examen à mi-parcours. Les taux de couverture vaccinale sont élevés comparés à ceux de l'Afrique subsaharienne, à l'exception de la vaccination contre la rougeole dont le taux est tombé au-dessous de 60 %. Le statut nutritionnel des enfants s'est dégradé et les cas de rachitisme modéré ou grave ont augmenté, passant de 26 à 33 %. Les cas d'anémie chez les femmes enceintes et les carences en vitamine A chez les enfants de moins de cinq ans se multiplient et la moitié de la population souffre de troubles dûs à une carence en iode. En conséquence, le taux de mortalité infantile qui, en 1981, était de 51 % pour 1000 naissances vivantes, niveau le plus faible enregistré, a augmenté atteignant aujourd'hui 67 pour 1000. Le paludisme demeure la maladie la plus meurtrière pour les enfants. Les cas de sida augmentent et ce pour plusieurs raisons : l'absence de contrôles épidémiologiques concernant les maladies sexuellement transmissibles; l'insuffisance des moyens mis en oeuvre pour encourager l'usage des préservatifs et les distribuer; l'inefficacité de la diffusion de l'information visant à

/...

favoriser la modification des comportements et des habitudes. Les résultats antérieurement obtenus en matière d'éducation sont difficiles à maintenir et la scolarisation au niveau primaire a commencé à fléchir. Les disparités sexospécifiques, inexistantes au début de la scolarité, se précisent après la quatrième année d'école, notamment dans les zones rurales. Les salles de classe commencent à être surchargées, ce qui a une incidence néfaste sur les apprentissages, et 16 % seulement des enfants de moins de six ans fréquentent les crèches et les jardins d'enfants bien que la demande soit forte, y compris dans les zones rurales. Cette aggravation de la situation en matière d'éducation est due, entre autres, à l'insuffisance des investissements des pouvoirs publics dans le secteur de l'éducation, à des grèves prolongées et aux retards dans le paiement des salaires et des traitements. L'accès à une eau salubre et potable est en régression et 31 % seulement de la population disposent de moyens sanitaires d'évacuation des excréments.

35. Réalisations et contraintes. Le programme a appuyé le processus d'élaboration, actuellement en cours, d'une politique nationale globale de la santé qui s'articule sur : la décentralisation; la vaccination, notamment lors de journées nationales de vaccination; une mobilisation efficace en faveur de l'adoption d'une loi sur l'iodation du sel et la mise en place de mécanismes de contrôle; la ratification de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et de la Convention sur l'interdiction de l'emploi, du stockage, de la production et du transfert des mines antipersonnel et sur leur destruction; l'approvisionnement en médicaments de base et en matériels scolaires; la mise en place d'un système permettant le contrôle des résultats scolaires obtenus en troisième année ainsi que le suivi de centaines d'enseignants; la création d'un système de statistiques en matière d'éducation; enfin, la formation professionnelle de 230 enfants non scolarisés.

36. L'appui du Gouvernement aux secteurs sociaux est insuffisant et les propriétaires de plantations privées ne se préoccupent guère de garder les écoles ouvertes. En dépit des efforts de l'UNICEF, il n'existe pas de commission nationale pour l'enfance et la jeunesse chargée de surveiller le respect de la Convention relative aux droits de l'enfant, de promouvoir les droits des enfants et de mettre en oeuvre le plan national d'action.

37. Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés. On escompte que l'instauration d'une politique nationale en matière de santé permettra d'améliorer la coordination des donateurs et d'affirmer la prééminence du Ministère de la santé, lequel a commencé, en 1999, à fournir des médicaments de base. L'examen à mi-parcours a formulé un certain nombre de recommandations. En premier lieu, le Gouvernement doit élaborer des politiques sectorielles et améliorer sa coordination avec l'UNICEF et les ONG. En second lieu, l'examen a approuvé l'extension de l'Initiative de Bamako afin que 50 % de la population puisse en bénéficier à la fin du cycle du programme. Eu égard à l'incidence très élevée du paludisme, il y a lieu d'instaurer des mesures de prévention et de contrôle. Enfin, il a été recommandé d'effectuer, en collaboration avec l'Organisation internationale du travail (OIT), une étude sur le travail des enfants.

38. Plan de gestion du programme de pays. Les capacités de l'équipe de l'UNICEF ne correspondaient pas au programme de pays tel qu'il avait été

initialement conçu. Par exemple, il n'existe pas de postes de durée déterminée pour le secteur de la santé et les activités opérationnelles et environ 40 % des effectifs sont engagés à titre temporaire. Aussi la création de tels postes dans les secteurs de la santé, des activités opérationnelles et de l'éducation est-elle actuellement envisagée. À la mi-1999, le bureau de Sao Tomé-et-Principe a été intégré à la région de l'Afrique de l'Ouest. Le programme de pays pour la période 1997-2001 est presque exclusivement financé par des ressources ordinaires. Le programme a été harmonisé en 1997 avec le système des Nations Unies et le bilan commun de pays a été achevé et transmis au Gouvernement.

Sénégal

39. Le processus de l'examen à mi-parcours a eu un caractère très participatif et a bénéficié du concours de hauts responsables politiques, de parlementaires, de représentants du système des Nations Unies (OIT, PAM et OMS), d'organismes civils et d'ONG. Cet examen s'est appuyé sur l'examen annuel de 1998.

40. La situation des enfants et des femmes. Par comparaison avec le développement économique, les progrès en matière sociale ont été plutôt mitigés au Sénégal. Le pays occupe la 154^e place parmi les 174 pays qui figurent dans l'indicateur de développement humain. La mortalité infantile est modérée (68 pour 1000 naissances vivantes) mais la couverture vaccinale est en régression depuis quelques années. En ce qui concerne la plupart des vaccinations, à l'exception de la polio pour laquelle le taux de couverture est de 100 %, moins de 40 % des enfants ont été vaccinés en 1998. L'incidence du VIH/sida (1 %) compte parmi les plus faibles de la région. La mortalité maternelle est d'environ 510 pour 100 000 naissances vivantes. En moyenne, 9 % seulement des ménages consomment du sel iodé mais plus de la moitié de la population en consomme dans les régions où le goitre est une affection courante. Les progrès dans le domaine de l'éducation ont été lents : trois enfants seulement sur quatre sont inscrits dans l'enseignement primaire. La scolarisation des filles (58 %) est de 15 % plus faible que celle des garçons.

41. Réalisations et contraintes. Lors de la campagne contre le paludisme, 12 000 moustiquaires ont été distribuées à environ 300 000 personnes. À Goudiry, petite ville située dans l'est du pays où les cas de goitre et de malnutrition sont très fréquents, le statut nutritionnel de 1 100 enfants de moins de trois ans souffrant de malnutrition a été régulièrement contrôlé. Environ 80 % de ces enfants ont récupéré. Dans les districts de Guediawaye (faubourg de Dakar) et de Kolda, une action a été menée auprès de 1 446 femmes afin de leur expliquer que l'allaitement maternel était bénéfique pour la santé. Avec l'appui du programme, 58 % du sel produit au Sénégal est maintenant iodé. Les campagnes sur le VIH/sida ont touché divers groupes cibles, dont 2 000 étudiants des écoles secondaires et primaires, 10 000 jeunes membres d'associations civiles et 400 jeunes filles. Malgré tout, beaucoup d'efforts restent à faire pour toucher tous les groupes cibles visés. La disparité entre les taux de scolarisation des garçons et des filles a diminué mais elle demeure très élevée (56 %) dans la région de Diourbel où la scolarisation est la plus faible. En matière d'alphabétisation, les résultats obtenus dans le cadre du programme ont été très faibles : seules 3 279 femmes dans 83 villages ont participé à des programmes d'alphabétisation. Toutefois, le programme

d'approvisionnement en eau et d'assainissement a permis de fournir de l'eau potable à 120 000 personnes, aucun nouveau cas de la maladie du ver de Guinée n'a été détecté et 20 000 garçons des écoles coraniques, les "talibés", ont pu avoir accès aux soins de santé. Grâce au programme de sensibilisation, il a été possible de convaincre le Gouvernement d'adopter une loi qui interdit la mutilation génitale des femmes; de plus, un appui a été fourni à l'élaboration d'un plan national d'action pour l'élimination des pratiques de mutilation génitale des femmes, en collaboration avec le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme, d'autres organismes des Nations Unies et des ONG.

42. Le programme a été gêné par l'insuffisance de la prise en charge par les partenaires gouvernementaux, par l'inefficacité de la planification, notamment pour ce qui est de la définition des objectifs, par la faiblesse des stratégies visant à entraîner une modification des comportements et, enfin, par l'absence de données statistiques dans le secteur de la santé. Une gestion déficiente de l'approvisionnement en vaccins a entraîné de fréquentes ruptures de stock. La politique nationale concernant l'iodation universelle du sel n'est encore que faiblement mise en oeuvre.

43. Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés. Il a été recommandé de réduire le nombre de projets et d'objectifs du programme de pays. Le programme en matière de santé est désormais axé sur deux projets seulement : le premier portant sur la vaccination, l'iodation du sel, la mortalité maternelle et le VIH/sida; le second sur l'éradication de la maladie du ver de Guinée dans les zones rurales. Dans les zones urbaines, les activités seront concentrées sur l'assainissement et la protection de l'environnement moyennant une coopération plus étroite avec d'autres partenaires du système des Nations Unies et avec les communautés locales. Le programme relatif à l'éducation comporte maintenant deux projets, lesquels visent essentiellement à parvenir à un taux de scolarisation de 70 %, à améliorer la qualité de l'enseignement et à accroître le taux de scolarisation des filles. Les stratégies du projet relatif aux enfants nécessitant une protection spéciale seront définies en fonction des droits de l'enfant et viseront à réduire la vulnérabilité de 400 000 de ces enfants. Le programme de planification, de suivi et d'évaluation appuiera l'ensemble des objectifs du programme de pays. Un programme d'urgence sera mis en oeuvre en Casamance et une nouvelle stratégie de développement local sera appliquée afin d'aider les collectivités à parvenir aux objectifs visés pour la fin de la décennie.

44. Plan de gestion du programme de pays. La nouvelle structure du programme de pays comporte quatre volets - survie, développement/protection/participation, représentation et coordination - et comprend 10 projets et 7 objectifs liés au programme de pays. Pour les années 1999-2001, le financement du programme est évalué à un total de 34,3 millions de dollars. Sur ce total, 83 % ne sont pas encore disponibles. Les documents du bilan commun de pays et du plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ont été produits en 1999 avec la participation d'organismes des Nations Unies, du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale.

Togo

45. Des groupes de travail pour chaque programme sectoriel ont été créés pour rassembler et analyser les informations nécessaires à l'examen à mi-parcours. Le processus a été décentralisé au niveau régional, un soutien étant fourni par le bureau régional et le siège de l'UNICEF. Plusieurs ONG et organismes des Nations Unies ont participé à la préparation de l'examen à mi-parcours.

46. La situation des enfants et des femmes. Entre 1994 et 1997, le taux de mortalité infantile a diminué, passant de 83 à 80 pour 1000 naissances vivantes. Toutefois, pendant la même période, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans a augmenté, passant de 132 à 146 pour 1000 naissances vivantes. La mortalité maternelle est évaluée à environ 480 pour 100 000 naissances vivantes, taux étonnamment bas comparé à ceux de la région. La couverture vaccinale est faible - 31 % des enfants seulement ont bénéficié d'une vaccination générale - et la malnutrition chez les enfants est élevée : 22 % des enfants âgés de 0 à 59 mois sont rachitiques. L'incidence du VIH est modérée (5 % de l'ensemble de la population) mais elle s'accroît rapidement; 53 % des ménages ont accès à une eau salubre et potable et 49 % à des installations sanitaires. Une femme adulte sur deux et un homme adulte sur quatre sont analphabètes. Le taux net d'inscription dans les écoles primaires est de 89 % pour les garçons et de 63 % pour les filles.

47. Réalisations et contraintes. En dépit des conditions sociales et économiques difficiles, le programme a obtenu des résultats notables avec la collaboration des partenaires du développement. Le nombre des cas de rougeole a été sensiblement réduit et les épidémies sont de moins en moins fréquentes. La polio est presque éradiquée : seuls deux cas ont été recensés en 1998. Des partenariats ont été établis avec 13 ONG afin d'aider le programme à améliorer la survie, la protection et le développement des enfants. Des distributions de vitamine A ont lieu régulièrement dans le nord du pays où les carences sont plus fréquentes. La réglementation nationale interdisant l'importation de sel non iodé ayant été appliquée, la consommation de sel iodé a considérablement augmenté, passant de 1 à 73 % entre 1996 et 1998. Dans le cadre du programme relatif à l'éducation, 13 cantines scolaires et 22 garderies journalières ont été créées et 144 mères et 1550 membres d'associations scolaires ont reçu une formation pour en assurer le fonctionnement. Le programme a appuyé la formation de 1 130 maîtres et favorisé l'inscription de 16 680 enfants dans les écoles, dont 7 024 filles. La scolarisation des filles a augmenté passant à 30 % dans certaines zones grâce aux activités tenant compte des sexospécificités, notamment la création d'un groupe non formel pour l'éducation des filles. Le programme sur le renforcement des capacités au niveau local, qui porte sur 207 villages, a contribué à confier des responsabilités aux femmes, lesquelles représentent 30 % des animateurs de comités de village pour le développement et détiennent des responsabilités dans un grand nombre de ces comités. La capacité des partenaires du développement en matière de planification, de participation et de mobilisation sociale a été renforcée, à un niveau décentralisé, dans la zone d'intervention du programme. Des efforts ont été faits dans le cadre du programme de pays pour créer un comité intersectoriel chargé de surveiller le respect de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

48. Les deux premières années du cycle du programme ont été marquées par une situation sociale et économique très difficile : retrait des principaux donateurs bilatéraux, longs retards dans le paiement des fonctionnaires, troubles politiques, dégradation des infrastructures sociales et accroissement de la pauvreté (35 % de la population rurale). Le programme n'a donc pu mobiliser que 30 % des autres ressources prévues.

49. Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés. On a constaté que les objectifs du programme sont trop ambitieux et mal définis et qu'ils doivent donc être mieux précisés et ciblés. En tant que stratégie intersectorielle, la participation communautaire, jointe à un renforcement des capacités au niveau du village, s'est révélée très utile pour intégrer la population au processus de microplanification. En raison de l'accroissement de la pauvreté et de la faiblesse des investissements du Gouvernement dans les secteurs sociaux, la prestation de services demeure la principale priorité du programme.

50. Plan de gestion du programme de pays. La structure du programme n'a pas besoin d'être modifiée. Toutefois, afin d'améliorer les résultats, l'examen a recommandé le recrutement d'un agent chargé de l'approvisionnement et d'un agent chargé du suivi et de l'évaluation. Le PNUD, le FNUAP et l'UNICEF harmoniseront leurs cycles de programmes en 2002 et l'élaboration d'un plan national de lutte contre la pauvreté servira de base au processus du bilan commun de pays qui doit commencer prochainement.

PRINCIPALES EVALUATIONS DES PROGRAMMES DE PAYS ET AUTRES INITIATIVES

51. Tendances régionales en matière de suivi et d'évaluation. En 1999, le bureau régional a effectué une analyse des indicateurs de garantie de qualité et le suivi de ces indicateurs a permis d'améliorer les résultats obtenus par les programmes de pays. Le bureau régional met actuellement en place une base géographique de données à l'aide de HealthMapper pour surveiller la situation des enfants et des femmes dans toute la région et cette base aidera les programmes de pays à créer ou améliorer des systèmes décentralisés de planification et de suivi. Un grand nombre d'études ont été effectuées et un certain nombre d'évaluations ont été faites, dont quelques-unes sont résumées ci-dessous.

Principales évaluations

52. Égalité d'accès aux services de santé à Abidjan (Côte d'Ivoire). Cette étude, réalisée par l'Office de la recherche scientifique et technique outre-mer (Coopération française) et l'UNICEF, a examiné la demande de services de santé dans toutes les catégories socio-économiques à Abidjan en vue de dégager des facteurs susceptibles de recevoir l'appui des dirigeants. Dans une étude portant sur 4 321 ménages, il a été constaté que le coût des actes médicaux et des médicaments ainsi que la qualité des soins découragent les patients de se rendre auprès des prestataires de soins de santé. Deux autres variables - la durée de l'attente avant la consultation et le genre d'accueil réservé aux patients - ont également une influence sur la décision du patient de recourir ou non à un prestataire de soins. Un autre facteur est l'éloignement des centres de santé; il est très vraisemblable que, toutes choses égales par ailleurs, les

/...

patients choisissent le centre le plus proche de chez eux. La demande de soins de santé est légèrement élastique par rapport aux facteurs déterminants de l'offre dans ce domaine : l'élasticité en fonction du prix ne varie pas d'une couche socio-économique à une autre. Toutefois, cela ne veut pas dire qu'une hausse des prix des soins de santé n'aurait pas un effet négatif sur la demande. Il semble que l'amélioration de la qualité des soins moyennant une réduction des coûts, le rapprochement des centres de santé des populations et la création de régimes d'assurances ou de mutuelles soient des facteurs déterminants de la distribution des soins de santé que les décideurs peuvent promouvoir en vue d'améliorer l'accès des services de santé pour toutes les couches socioéconomiques de la population.

53. Examen de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako en Afrique. Lors d'une réunion tenue à Bamako 12 ans après le lancement de l'Initiative de Bamako, 22 des 44 pays participants ont fait part de leur expérience concernant la mise en oeuvre de cette stratégie. Les conclusions essentielles qui ont été dégagées sont : a) l'extension de l'Initiative de Bamako se heurte à des problèmes dûs à la géographie, à la pénurie de ressources humaines et au manque de motivation des agents sanitaires; b) du fait de l'urgence et de la complexité de la situation qui prévaut dans plusieurs pays de la région, les possibilités d'étendre l'Initiative sont considérablement restreintes; c) un minimum de stabilité politique et économique est nécessaire; d) l'inclusion de projets qui ne sont pas des composants de la stratégie est un gaspillage de ressources et c'est là un problème pour les pays qui disposent de ressources très limitées. L'examen a recommandé d'envisager de nouvelles priorités stratégiques en matière de santé pour adapter l'Initiative de Bamako à la situation des systèmes et des services de santé de chaque pays.

54. La raison de cette adaptation de l'Initiative de Bamako est qu'il est nécessaire de changer la façon dont les services de santé sont organisés et gérés, les soins de santé fournis, les ressources allouées et le financement assuré. Lors de la réunion, les modalités et la qualité de la participation communautaire et de la prise en charge par des particuliers ou des familles ont fait l'objet d'un examen approfondi à la lumière de l'expérience acquise par certains pays. Il est apparu que la prise en compte des droits de chacun à la santé et le respect de la dignité du patient nécessitent beaucoup de temps et exigent des démarches multiples et complémentaires. L'examen a recommandé que les services de santé publique soient étendus au secteur privé, notamment au secteur non lucratif, afin d'aider à accroître la couverture des services de santé.

55. Évaluation du programme de sécurité alimentaire au Niger. Les pénuries alimentaires touchent 64 % de la population du Niger. Afin d'instaurer la sécurité alimentaire, le gouvernement et l'UNICEF ont lancé un programme intégré dans la région de Maradi. Dans une étude visant à évaluer ce programme trois ans après son lancement, un sondage aléatoire a été effectué sur 334 ménages dans 11 villages de la zone d'intervention du programme et 12 villages de la zone de contrôle. À l'aide d'un questionnaire soumis à des informateurs clefs et à des chefs de famille, des informations ont été recueillies sur les rendements agricoles, l'approvisionnement en céréales, la vente des produits agricoles, l'aide alimentaire et la contribution des femmes à la production agricole. Les principales conclusions de cette évaluation étaient les

suivantes : a) 40 % des ménages ont, en moyenne, une ration calorique inférieure à 1 500 kilocalories par jour et par personne et ont donc besoin d'assistance malgré une récolte exceptionnelle en 1998/99; b) 33 % des ménages de la zone de contrôle étaient très vulnérables aux pénuries alimentaires, lesquelles étaient deux fois plus importantes que dans la zone d'intervention du programme; c) la culture des céréales et la participation des femmes aux travaux agricoles comptent parmi les facteurs les plus importants en ce qui concerne la sécurité alimentaire (constatation qui coïncide avec l'idée directrice du programme d'axer les efforts sur les femmes); d) des activités génératrices de revenus, notamment le petit commerce, sont des moyens utilisés pour améliorer la sécurité alimentaire dans la zone d'intervention du programme. Toutefois, du fait de la taille importante des ménages et de la gestion dans l'ensemble déficiente de la récolte, les pénuries alimentaires ont été aggravées dans la zone ciblée par le programme. En conséquence, l'étude recommande que du matériel agricole soit mis à la disposition de la population dans les magasins locaux et qu'une formation en matière de gestion soit dispensée aux bénéficiaires du programme.

56. Évaluation du programme de formation créé au Gambia College et concernant les soins à donner aux jeunes enfants et leur développement. En Gambie, la rapide expansion des activités relatives aux soins à donner au jeune enfant et à son développement a entraîné une augmentation du nombre de centres ainsi que du nombre d'enfants qui participent à différents programmes sur l'ensemble du territoire; ainsi, cette participation s'est accrue de 49,6 % en 1999. Une étape importante dans cette voie a été la création d'un programme de formation sanctionné par un diplôme. Avec la collaboration de l'UNICEF, le Ministère de l'éducation a confié au Gambia College l'organisation d'un cours de 36 semaines visant à améliorer les connaissances, les aptitudes et les compétences du personnel chargé des soins aux jeunes enfants et de leur développement. Lorsque le cours a été achevé, un consultant a été engagé pour évaluer dans quelle mesure ce cours était pertinent, approprié et efficace et pour formuler des recommandations concernant les activités futures de formation. Un examen du matériel pédagogique, des visites sur place et des entretiens ont été effectués avec les stagiaires, les enseignants et les principaux acteurs concernés. Il en est ressorti qu'il y avait autant de disparités entre les 300 personnes qui s'étaient inscrites à ce cours qu'entre les divers centres de soins aux jeunes enfants. Les participants avaient des qualifications et une formation qui variaient considérablement. Il y avait 10 modules de formation qui portaient, entre autres, sur les aspects comparatifs et historiques des soins aux jeunes enfants, le développement humain, les droits et les responsabilités de l'enfant, la pratique de groupes de parole, les techniques de la communication et la production de matériel pédagogique. Le programme de cours comportait des lacunes en négligeant des aspects tels que la sécurité à l'intérieur et aux alentours des centres, la prévention de la maltraitance et de la violence, la conscience et la prise en compte des sexes, l'éducation physique et l'entraînement, des thèmes culturels (musique et études religieuses) et, enfin, l'usage des langues nationales.

57. Toutefois, il est indéniable que le programme de formation a eu pour effet un changement positif d'attitude chez les participants. Il y a eu une prise de conscience et une amélioration des résultats grâce à de meilleures connaissances et à une plus grande compétence en matière de droits de l'enfant, de sa survie et de sa croissance. Des méthodes davantage centrées sur l'enfant sont

/...

maintenant appliquées et la tenue des dossiers s'est améliorée. Il existe un potentiel pour la poursuite du programme de formation et son institutionnalisation dans le cadre du programme de formation d'enseignants dispensé au Gambia College. On compte environ 741 candidats potentiels parmi les personnels du sous-secteur que constituent les soins aux jeunes enfants. Il est recommandé qu'un comité de standardisation passe en revue les divers programmes de formation qui ont été mis en oeuvre et formule des règles pour apporter plus de cohérence dans ce domaine. Ainsi, le cours destiné aux soignants est suivi par des personnes qui n'ont pas les qualifications requises pour pouvoir tirer profit d'un programme de formation fondé sur des critères universitaires. Or, ces personnes jouent un rôle important dans les activités de soins ainsi que dans les centres, les écoles et les collectivités. Le fait qu'il soit possible de trouver un emploi rémunéré dans la localité de résidence est une motivation pour les communautés qui hésitent à envoyer leurs enfants à l'école parce qu'elles pensent que l'école ne leur permettra pas de trouver sur place un emploi rémunéré. Un programme spécial de formation contribuerait donc considérablement à accroître l'efficacité de ce personnel. L'UNICEF continuera à être la principale source de soutien mais des contributions de contrepartie sont importantes pour garantir le caractère durable des activités. Le pays dispose d'un potentiel et, avec le concours de tous les acteurs directement concernés, des stratégies peuvent être appliquées qui permettront d'accéder à tous les groupes intéressés. Il y a lieu d'élargir les perspectives et le champ d'action en ce qui concerne "les soins à donner au jeune enfant pour assurer sa survie, sa croissance et son développement".

CONCLUSION

58. Presque tous les examens à mi-parcours effectués dans la région sont parvenus à la conclusion que la réalisation des objectifs du programme a été un exercice difficile eu égard aux capacités des différents pays en matière de planification et de mise en oeuvre et aux ressources financières disponibles. Cela signifie qu'il faudrait s'efforcer de préciser davantage les objectifs des programmes de pays. Les examens ont constaté que certains programmes manquent de précision géographique ou ne se concentrent pas suffisamment sur des interventions spécifiques. Des recommandations ont été faites pour remédier à ces faiblesses afin d'optimiser l'impact des interventions effectuées dans le cadre des programmes. En outre, les examens ont montré que la prise en charge des programmes de pays par les gouvernements a pris de l'essor dans plusieurs pays alors qu'elle est encore faible dans d'autres. La participation des partenaires gouvernementaux, des organismes des Nations Unies, des ONG, de la société civile et des communautés est également plus forte. Par ailleurs, on a de plus en plus recours à la persuasion pour promouvoir les droits des filles et des femmes mais des disparités persistent entre les législations nationales, les pratiques et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Ces programmes ayant été conçus en 1997, date à laquelle a été adoptée l'optique du respect des droits, les examens à mi-parcours ont fourni l'occasion d'appliquer et de renforcer cette nouvelle optique. Des bilans communs de pays, qui constituent la première étape essentielle dans la préparation des plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement, ont été effectués dans la plupart des pays. Enfin, il convient de souligner que les interventions dans le cadre des programmes ont contribué à faire davantage prendre conscience aux gouvernements, à la

/...

population et à la communauté internationale des menaces que le VIH/sida, la pauvreté et l'instabilité politique font peser sur les efforts déployés pour améliorer la situation des enfants et des femmes de la région. En fait, ces menaces sont tellement graves qu'elles mettent en péril dès aujourd'hui l'ensemble des perspectives de développement dans la région.
