Nations Unies E/ICEF/2001/P/L.50

Conseil économique et social

Distr. limitée
23 mars 2001
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Session annuelle de 2001
4-8 juin 2001
Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Résumé des bilans d'étape et des principales évaluations des programmes de pays

Afrique de l'Est et Afrique australe

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. Le Bureau régional a reçu le bilan d'étape et les évaluations concernant le VIH/sida décrits dans le présent rapport au cours de 2000. Quelques-unes des évaluations examinées avaient été achevées avant 2000 et toutes les évaluations ont été prises en compte pour inclure les enseignements essentiels et cumulatifs tirés des programmes dans ce domaine prioritaire.

* E/ICEF/2001/7.

01-30459 (F) 200401 200401

Introduction

1. Un bilan d'étape a été effectué en 2000 dans la région, pour les Comores. Le présent rapport décrit également des questions de suivi et d'évaluation générales dans la région et examine des évaluations de programmes concernant le VIH/sida. Des résumés de certaines évaluations sont présentés pour mettre en évidence les enseignements tirés et appliqués en vue d'améliorer les programmes. En conclusion, une brève section résume les résultats obtenus et souligne les futures orientations pour une amélioration effective des programmes.

Bilan d'étape du programme de pays pour les Comores

2. L'instabilité politique aux Comores constitue un obstacle au développement économique et social. Pendant la mise en oeuvre du programme de coopération conjoint Gouvernement comorien/UNICEF pour la période 1997-2001, deux régions et 12 gouvernements se sont succédé. Le programme est centré particulièrement sur les secteurs de la santé et de l'éducation; cependant, depuis 1997, il y a eu neuf ministres de la santé, sept ministres de l'éducation et trois secrétaires généraux. Anjouan, une des trois îles qui forment la République, a proclamé son indépendance en 1997, et a ensuite été soumise à un embargo par la République, ce qui a effectivement interrompu presque toutes les activités du programme sur l'île. D'une manière générale, il a été difficile d'enregistrer des progrès concernant la plupart des objectifs. Néanmoins, le bilan d'étape a indiqué des résultats et contenait des recommandations visant des ajustements du plan de gestion du programme de pays.

3. **La situation des enfants et des femmes**. La situation des enfants et des femmes est la même ou est pire que celle constatée en 1997. La population double tous les 20 ans. Le produit national brut est passé de 700 dollars en 1991 à 452 dollars en 1997. Beaucoup de familles dépendent d'envois de fonds de l'étranger. Les dernières données quantitatives disponibles (1995-1996) indiquaient que les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de 5 ans s'élevaient respectivement à 77-88 et 104-128 pour 1 000 naissances vivantes et que la mortalité liée à la maternité s'élevait à 500-950 pour 100 000 naissances vivantes. Il existe des différences significatives entre les îles; c'est à Anjouan que la population est la plus dense et la plus pauvre, que le taux d'immunisation est le plus faible et que l'espérance de vie est la plus courte. Le paludisme, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës constituent toujours les pires menaces pour la vie des enfants. Quelque 34 % des enfants souffrent de malnutrition, dont 13 % de manière aiguë et les carences en vitamine A et en iode sont endémiques. Les établissements de santé sont accessibles, mais la qualité des soins laisse beaucoup à désirer et les services sont sous-utilisés. Le taux d'immunisation, qui s'était détérioré, s'est amélioré à la fin de 2000. L'incidence du VIH/sida est relativement faible, mais il existe de nombreux facteurs contribuant à sa propagation. Sur un ton plus positif, l'enseignement de base est une priorité du pays et le taux de scolarisation est élevé chez les garçons et les filles, même s'ils sont en retard pour leur âge et si les taux d'abandon et de redoublement sont élevés. Cependant, le droit des filles à l'éducation et leur droit de ne pas être exploitées économiquement et sexuellement sont plus fragiles que ceux des garçons. Une commission nationale et un comité régional (Mohéli) ont été établis pour surveiller l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant. Le

rapport initial a été envoyé au Comité des droits de l'enfant en 1997 et examiné en septembre 2000.

4. **Résultats et obstacles**. Parmi les réalisations dans le secteur des soins de santé primaires pendant la période 1997-2000, on peut noter la remise en état de deux postes sanitaires, la fourniture de matériel médical et d'installations de la chaîne du froid. Une liste de médicaments essentiels a été distribuée avec l'aide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Un médecin principal a reçu une formation en santé publique. Le suivi dépend des recommandations qui sont faites pour la réforme du secteur de la santé. Des registres de suivi médical ont été distribués, mais ne sont pas encore utilisés. Au nombre des obstacles à la réalisation des objectifs en matière de santé figurent le grand nombre d'établissements de santé qui nécessitent une aide et l'échec des mesures de couverture des dépenses visant à assurer l'approvisionnement en fournitures médicales, les recettes étant utilisées pour payer les salaires. Une évaluation générale des besoins est nécessaire et il faut recueillir et utiliser des statistiques. En ce qui concerne la lutte contre les maladies endémiques en l'an 2000, on peut citer des actions pour la prévention du choléra et le programme élargi de vaccination (PEV), menés avec l'aide de l'UNICEF, de la Coopération française et de CARE International. Quelque 120 accoucheuses traditionnelles ont reçu une formation et du matériel adapté. Des documents d'information sur l'allaitement maternel ont été distribués dans tous les districts. Le Gouvernement met en place une politique concernant le sel iodé et des capsules de vitamine A ont été distribuées parallèlement à une campagne de vaccination contre la rougeole. L'eau des citernes de la Grande Comore a été analysée. Bien que ne faisant pas partie des objectifs du programme, beaucoup d'activités suivies de résultats ont été menées pour prévenir le paludisme.

5. Des progrès ont été accomplis dans la réalisation des objectifs concernant l'éducation et les droits de l'enfant. À cet égard, une équipe d'étude s'est rendue à Madagascar et a rédigé un rapport d'évaluation identifiant des besoins prioritaires. C'est ainsi que 52 écoles publiques ont été rénovées et que 17 autres situées dans des zones hautement prioritaires ont bénéficié d'un soutien particulier. Le taux de scolarisation des filles est passé de 35 à 39 %. La stratégie de partenariat local suivie par le Gouvernement a permis à des communautés (en particulier à la Grande Comore) de mobiliser des ressources, de rémunérer les enseignants et de garder les écoles ouvertes, tandis que des écoles fermaient dans d'autres zones où les enseignants n'étaient pas payés. Des études sur l'éducation des filles et le travail des enfants ont abouti à un plan d'action national pour la promotion de l'éducation des filles. Une étude comparée des lois comoriennes et de la Convention relative aux droits de l'enfant a été entreprise et deux juges des mineurs ont été nommés. Un système d'enregistrement des naissances a été mis en place. Vingt journalistes ont reçu une formation sur les droits de l'enfant. L'objectif du programme concernant le renforcement de la collecte et de l'utilisation de données a été considéré comme trop ambitieux.

6. **Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés**. Le programme comporte cinq stratégies intersectorielles. La stratégie de partenariat a bien fonctionné pour les projets d'éducation, particulièrement à la Grande Comore, où beaucoup de communautés ont assumé la responsabilité des écoles locales. Les enseignements tirés devraient être appliqués aux projets de santé et de planification sociale, dans les trois îles. L'exploitation des convergences et des synergies avec d'autres partenaires du développement nécessite l'élaboration de plans d'action à

l'échelle régionale et nationale, ce qui permettrait de corriger les interventions parcellaires et d'éviter les doubles emplois. La stratégie de mobilisation sociale et de plaidoyer a été appliquée de façon inégale, avec quelques succès en matière de défense et de promotion des droits de l'enfant et de campagnes de communication dans les médias pour des programmes spécifiques. L'extension des associations de développement des villages à la Grande Comore faciliterait la mobilisation populaire. La stratégie de suivi et d'évaluation a été mal appliquée, sauf en ce qui concerne les projets d'éducation. Même lorsque des mécanismes de collecte des données existent, ils ne sont pas utilisés. Les évaluateurs des programmes ont constaté que faire participer les femmes à tous les aspects des programmes de développement restait difficile.

7. **Plan de gestion du programme de pays**. Les modifications du plan de gestion s'appuient sur les points forts et les capacités existantes malgré le contexte politique et économique difficile. Certaines modifications recommandées reflètent un nouveau dynamisme aux Comores en faveur de la réalisation des droits des enfants et des femmes. L'UNICEF et le Gouvernement ont approuvé les modifications suivantes : a) interventions visant à réduire les disparités entre les îles; b) décentralisation de la création de capacités en vue d'améliorer les partenariats locaux; c) soutien de la participation des jeunes dans la lutte contre le VIH/sida; d) exploitation des synergies avec des partenaires afin de réaliser les objectifs du projet concernant la santé de base; e) adaptation des stratégies du projet de PEV dans le but d'améliorer le taux d'immunisation; f) ciblage du projet de promotion de la santé sur la lutte contre le paludisme, la réduction de la mortalité liée à la maternité et les carences en iode et en vitamine A, et l'éducation à la santé dans les écoles; g) adoption des stratégies d'éducation élémentaire suivantes : démarches auprès du Gouvernement pour qu'il paie les salaires des enseignants; soutien des initiatives des communautés; amélioration de la qualité de l'apprentissage; appui à l'éducation civique et aux partenariats avec les communautés dans les écoles; h) élimination de la planification sociale en tant que domaine prioritaire, remplacée par la promotion des droits de l'enfant; et i) remplacement du projet de planification et de statistiques sociales par des activités visant à se préparer pour le prochain programme de coopération (2002-2006) dans le cadre des droits de l'enfant.

Questions générales de suivi et d'évaluation

8. La stratégie régionale d'évaluation, approuvée par l'équipe de gestion régionale, est centrée sur l'amélioration de la qualité de l'évaluation grâce au développement des capacités, aux échanges d'informations et à la croissance du réseau électronique. Le Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe a encouragé la création d'associations nationales d'évaluation, l'utilisation d'un serveur de liste d'adresses électroniques et la création d'un site Web pour l'évaluation en Afrique, et la mise au point d'une liste de contrôle de la qualité de la recherche en matière d'évaluation intitulée « African Evaluation Guidelines ».

9. En Afrique, le nombre d'associations nationales d'évaluation et de réseaux participants est passé de 6 en 1999 à 12 en 2000. Certains groupes comptent une douzaine de membres seulement (Afrique du Sud, Zimbabwe), tandis que d'autres en ont plus de 200 (Kenya). L'accent mis sur le développement des capacités évolue vers l'amélioration de la qualité en exerçant une influence sur les pratiques d'évaluation et les politiques des gouvernements dans ce domaine. Un des réseaux a

bénéficié de la participation du responsable de l'unité d'évaluation du gouvernement (Afrique du Sud) et un autre des conseils du Directeur du Bureau de statistique du Gouvernement (Madagascar).

10. Six associations ou réseaux nationaux ont participé à la rédaction du projet de liste de contrôle de la qualité de la recherche en matière d'évaluation. L'UNICEF a utilisé cette liste comme projet pilote pour le bilan d'étape en Zambie et l'évaluation du PEV au Kenya. L'OMS en inclura des éléments dans son protocole mondial d'examen du PEV.

11. Trois enseignements importants ont été tirés de ces activités. Les évaluations régionales peuvent être effectuées en tant que programme et en tant que service. Un encouragement modeste et non financier peut aboutir à la création et au développement soutenu des capacités d'organisations d'évaluations nationales, et à la coopération étroite de ces groupes avec les bureaux de pays de l'UNICEF. De nouvelles organisations de la société civile peuvent avoir des effets importants sur l'environnement de recherche nationale.

Principales évaluations par domaine de priorité

12. En 2000, le Bureau régional a présenté un examen thématique des activités d'évaluations dans la région au lieu de quelques études détaillées. Cette année, après un débat au sein de l'équipe de gestion régionale, il a été décidé de présenter un examen thématique des études d'évaluations et des enseignements tirés par les programmes de l'UNICEF traitant du VIH/sida, principale priorité régionale. Au cours des 10 dernières années, 77 études sur le VIH/sida ont été menées dans 14 pays. Environ la moitié d'entre elles ont été réalisées au cours des deux dernières années, ce qui donne une indication claire de l'attention croissante accordée à ce domaine prioritaire. Les 23 meilleures évaluations, réalisées pour la plupart en 2000, ont été sélectionnées pour être intégrées à l'examen. Les enseignements tirés d'évaluations précédentes sont inclus lorsqu'ils sont considérés comme essentiels pour une compréhension globale claire des questions liées aux programmes et lorsque les résultats n'ont pas encore été présentés au Conseil d'administration.

13. Cet examen thématique est structuré selon les cinq priorités régionales concernant le VIH/sida : a) rompre le silence et venir à bout de l'ostracisme (cinq évaluations); b) prévenir la transmission de la mère à son enfant (6); c) les enfants orphelins de parents décédés du sida (6); d) prévention chez les jeunes (6); et e) soins et assistance aux femmes et aux enfants (7).

Rompre le silence et venir à bout de l'ostracisme

14. Beaucoup de pays ont déjà considérablement élargi leur compréhension des connaissances, attitudes, croyances et pratiques qui contribuent à la propagation du VIH et donc du sida. Cette compréhension nouvelle est maintenant appliquée efficacement à d'importants projets d'information-éducation-communication (IEC). On commence ainsi, dans la région, à rompre le silence. On y constate maintenant un niveau élevé de sensibilisation au sujet du sida. Le Bureau régional a examiné 13 études d'évaluation sur ce domaine d'action prioritaire réalisées en République-Unie de Tanzanie, en Zambie et au Zimbabwe (ce pays est le premier, dans la ré-

gion, à regarder les choses en face). Les études évoquées ici comportent des enseignements dégagés par l'application de quatre méthodes de communication : l'éducation par les camarades du même âge; la représentation dramatique avec participation de l'auditoire; l'action d'IEC au niveau local; et la radiodiffusion.

15. Une évaluation zimbabwéenne analyse un projet qui consistait à apprendre à des prostituées à informer et éduquer des personnes de leur âge au sujet du sida; 80 % ont déclaré qu'elles avaient contribué à une prise de conscience du problème et amélioré les communications entre les hommes et les femmes. L'esprit du projet était d'inciter des membres de la collectivité locale à dispenser un enseignement à des camarades de leur âge et à encourager vigoureusement la distribution de préservatifs. La demande de soins, en particulier en cas de maladie sexuellement transmissible, a augmenté. Les membres de la collectivité locale souhaitaient que le projet tire parti de ce premier succès pour élargir le public visé, notamment en enseignant des techniques de survie. Forts de cet enseignement, le conseil municipal de Chitungwiza et l'UNICEF ont lancé un projet d'éducation des jeunes par des camarades du même âge.

16. Le bureau de l'UNICEF en République-Unie de Tanzanie a donné son appui à un processus d'évaluation et d'émancipation par « la méthode du théâtre populaire ». Trente-sept animateurs ont été déployés dans deux districts ruraux, afin d'obtenir l'adhésion des personnes les plus diverses. Ces animateurs ont montré les causes de la propagation du sida, proposé des solutions, fait connaître les priorités, et choisi, pour la diffusion d'un message de prévention, des moyens artistiques. Environ 18 500 personnes ont assisté aux festivals organisés pour diffuser ce message. L'évaluation elle-même faisait partie du produit réalisé. Elle aidait les intéressés à comprendre leur milieu, à acquérir des méthodes de solution indépendante des problèmes et de décision autonome, et à appliquer réellement leurs décisions.

17. Au Zimbabwe, dans un projet ayant un objectif similaire, on a fait appel, avec des résultats mitigés, à des partenaires affiliés à plusieurs organisations non gouvernementales. Tous se sont activement employés à former des agents communautaires et à élaborer un message pour les médias, mais les matériaux utilisés à cet effet n'étaient pas bien conçus. Souvent, les éducateurs ne comprenaient pas les techniques de participation à mettre en oeuvre et ne pouvaient pas les appliquer. Les partenaires étaient diversement convaincus par les objectifs poursuivis et inégalement soucieux de les atteindre. Quand on fait appel à de nombreux partenaires, il est impératif d'assurer une bonne coordination, de veiller attentivement aux capacités des différents partenaires et d'organiser des consultations. Un des principaux enseignements de ce projet est que les méthodes participatives sont à la fois essentielles et difficiles à appliquer.

18. La plupart des évaluations faites en Afrique reposent sur une démarche qualitative, moins coûteuse, plus rapide, et ne nécessitant pas une formation complexe et un logiciel très élaboré. Par contraste, une évaluation quantitative d'une émission de radio diffusée en Zambie a comporté l'application d'une méthode statistique complexe à l'aide de données de référence et de données résultant d'une enquête de suivi. L'échantillonnage a été effectué par grappes, au moyen de sélections aléatoires échelonnées en trois étapes. L'étude a confirmé que le public visé comprenait l'émission et que des changements d'attitude et de comportement avaient bien eu lieu. Cependant, ces changements n'ont pu être attribués sans réserves à l'effet de la série d'émissions. Les mêmes changements ont été observés chez les personnes qui

n'avaient que rarement écouté les émissions et chez celles qui les avaient écoutées souvent car, dans la zone visée par le programme, il existe au moins six autres sources d'information. L'un des enseignements dégagés de cette expérience est qu'il importe de pouvoir isoler les effets du programme réalisé d'autres effets constatés. Cette attribution à un programme donné des effets constatés est difficile.

Prévention de la transmission materno-foetale

19. Le Bureau régional a reçu huit études d'évaluation sur cette question prioritaire, réalisée au Botswana, au Kenya, au Mozambique, au Swaziland, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie. La prévention de la transmission materno-foetale est un domaine tout récent d'intervention dans la région. La plupart des femmes enceintes ou allaitantes ne connaissent pas leur éventuelle séropositivité, et ne peuvent recevoir de zidovudine (AZT) ou de névirapine. Les risques tout à fait étrangers au sida, qui menacent les nourrissons qui ne sont pas nourris au sein restent élevés, de sorte que les activités sanitaires hésitent à conseiller aux femmes séropositives de ne pas allaiter leur enfant. Les femmes qui n'allaitent pas elles-mêmes leur nourrisson sont mal vues, et sont immédiatement soupçonnées d'être séropositives. Les interventions de prévention de la transmission materno-foetale sont donc complexes et coûteuses. Il faut notamment créer un climat favorable, proposer des tests de dépistage et les conseils indispensables, administrer des médicaments, faire connaître les solutions sûres et d'un prix raisonnable n'impliquant pas l'allaitement au sein. Les cinq études résumées ici montrent ce que l'on peut apprendre de projets pilotes réalisés dans des centres de soins et de recherches novatrices sur les moyens d'organiser ou d'améliorer la conception d'un programme dans ce domaine.

20. Deux études réalisées au Botswana ont porté sur l'évaluation de projets pilotes de prévention de la transmission materno-foetale, dans des perspectives différentes. L'une concerne une zone urbaine à faible revenu, et où l'on a étudié les consultations de femmes enceintes ou allaitantes dans les centres de soins et le point de vue de leur groupe. Des discussions et des entretiens de groupe ont montré que la prévention de la transmission materno-foetale doit concerner l'ensemble de la collectivité locale. Les femmes ne sont pas seules à prendre les décisions; elles ont besoin d'être appuyées dans leur choix, notamment par les hommes et par les anciens des deux sexes. L'action d'IEC doit être un processus dynamique et interactif. Il doit présenter de façon positive la prévention de cette forme de transmission du virus et surtout éviter de dissuader les femmes de subir le test de dépistage. La seconde étude portait sur les soins dispensés dans 12 centres de soins. Elle abordait les questions de logistique, l'IEC, les méthodes d'alimentation des nourrissons, le suivi, les effectifs, les travaux de laboratoire et les conseils dispensés. Parmi les propositions précises figurait l'idée de dispenser une dose unique de névirapine pour améliorer l'absorption, et d'éliminer de l'étude les patientes ayant reçu des doses insuffisantes du médicament. Les femmes concernées devraient pouvoir remporter chez elles de petites quantités du médicament en question, sans attirer l'attention. Il faut par ailleurs mener durablement une action d'IEC appropriée, et établir des directives et des protocoles de traitement. Le personnel doit être motivé, les résultats des tests doivent être communiqués rapidement, et les responsables doivent être très motivés pour que les projets soient couronnés de succès.

21. Trois évaluations de référence, concernant le Kenya, le Swaziland et la Zambie, ont utilisé la méthode des entretiens de groupe, avec des hommes et des femmes, au niveau de la collectivité locale. L'étude réalisée au Kenya utilisait aussi une enquête transversale comportant un échantillonnage de différents types de soignants qui s'occupent des femmes enceintes ou allaitantes. L'étude réalisée au Swaziland est la plus détaillée. Elle comporte des données qualitatives et collectives collectées au niveau national au moyen de questionnaires, de discussions de groupe et d'entretiens approfondis. Tous les résultats montrent qu'il est important de veiller à ce que les soignants soient bien conscients de tous les aspects de la prévention de la transmission materno-foetale, qu'ils soient aptes à donner des conseils et qu'ils soient supervisés et suivis. L'analyse des coûts et des risques doit précéder l'action de prévention de la transmission materno-foetale afin de déterminer les moyens, le coût, qui doit rester abordable, l'acceptabilité et la sécurité des produits de substitution du lait maternel. La prévention, les soins, l'aide, la lutte contre l'ostracisme doivent être organisés simultanément avec le concours des collectivités locales, des organisations et des programmes. La recherche participative est un moyen de s'assurer que les messages d'IEC sont efficacement transmis.

Les orphelins du sida

22. Le Bureau régional a examiné huit études d'évaluation relatives à ce domaine prioritaire; elles ont été réalisées en Afrique du Sud, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe. Les orphelins du sida se comptent maintenant par millions, et leurs besoins dépassent de beaucoup les possibilités des services sociaux traditionnels. En 2000, les autorités nationales ont cherché à répondre à des questions fondamentales telles que : « qui sont ces orphelins? », « où sont-ils? », « qui prend soin d'eux, et de quelle façon? », « quelles sont les méthodes réalistes et viables permettant de pourvoir aux besoins et de défendre les droits de ces enfants? ». En Afrique du Sud, deux études très importantes ont permis d'évaluer la qualité de cinq types de soins et de déterminer les méthodes efficaces les plus économiques et les problèmes où une action immédiate s'impose. L'étude réalisée en Afrique du Sud et celle réalisée au Swaziland comprenaient des entretiens approfondis avec des orphelins et avec des soignants. La plupart des enfants interrogés se trouvaient dans une situation manifestement contraire à leurs droits fondamentaux et n'avaient pas la moindre idée des mesures et des lois destinées à les protéger. Or, il est impératif de défendre les droits des enfants à tous les niveaux. La Zambie et le Zimbabwe ont procédé à une évaluation des programmes de soins communautaires pour déterminer si ces programmes sont durables et s'ils peuvent être reproduits ailleurs. Il est prometteur de constater que les méthodes participatives, bien maîtrisées par la collectivité locale, fonctionnent bien et sont économiques.

23. Une excellente évaluation en deux parties, réalisée en Afrique du Sud, prenait pour objet 10 sites et s'est trouvée enrichie par la participation d'un vaste groupe d'acteurs. Six méthodes de soins différentes appliquées aux enfants orphelins et aux enfants vulnérables sont décrites : a) le placement familial informel; b) les structures d'appui communautaires; c) les soins et l'aide au sein de la famille; d) les soins en institution dans des établissements non enregistrés; e) l'adoption et le placement familial officiels; et f) les soins en institution officielle. Tous les aspects de chaque méthode ont été examinés. Les soins en institution et les soins en milieu communautaire se révèlent être les plus favorables aux enfants, et les modèles communau-

taires sont les plus économiques. Pourtant, une aide extérieure est nécessaire pour s'assurer que ces méthodes économiques obéissent bien à des normes minimales de qualité des soins. Certaines institutions coûteuses doivent néanmoins être créées pour abriter des enfants qui ne savent pas où aller ou qui sont mortellement malades. Il faut que ces différentes méthodes puissent être diversement combinées, et la loi doit rendre possible la mise en oeuvre de méthodes nouvelles qui combleraient une lacune. Les entretiens approfondis dont les conclusions sont consignées dans l'étude réalisée au Swaziland ont permis aux évaluateurs de beaucoup mieux comprendre la situation réelle de ces orphelins. Ceux-ci préfèrent évidemment une solution permettant aux frères et soeurs de rester ensemble dans un cadre familier. En effet, la possibilité pour l'orphelin de parler à un adulte en qui il a confiance réduit considérablement son anxiété et son désarroi. La plupart des orphelins ne savent pas comment leurs parents sont morts, ou ont peur d'en parler. Cela aggrave encore leur détresse et augmente le risque de contracter la maladie. Toutes ces études ont recommandé une méthode appliquant les principes du développement communautaire, qui encourage la recherche de solutions en commun et qui repose sur une défense des droits des enfants et non pas simplement sur la satisfaction de leurs besoins élémentaires.

24. Un programme communautaire réalisé au Zimbabwe a été évalué, en vue de formuler des recommandations sur la durabilité de ce genre d'action. Des comités locaux ont géré les interventions réalisées dans 15 circonscriptions de deux districts. L'évaluation comportait un questionnaire adressé à 460 ménages, des discussions communautaires, des entretiens avec les principaux informateurs et des réunions des différents acteurs. Les collectivités locales étaient parvenues avec un succès variable à mobiliser une aide en faveur des orphelins, cette disparité s'expliquant surtout par la qualité des promoteurs de l'action entreprise, par celle des membres des comités et par le degré réel d'engagement des populations locales. Même des communautés actives, bien organisées, ne peuvent pas répondre à tous les besoins de tous les orphelins. Cependant, quand elles sont dirigées par des personnalités fortes, éprises de transparence et dévouées, qui peuvent obtenir l'adhésion générale du groupe, ces collectivités obtiennent les meilleurs résultats. Enfin, l'un des enseignements dégagés est que si les projets réalisés au niveau de la collectivité locale et qui sont générateurs de revenu fonctionnent mieux que les interventions au niveau des ménages, certains projets modestes organisant par exemple la culture de jardins potagers faiblement profitables se révèlent néanmoins fort utiles, par une amélioration de l'alimentation des enfants.

25. Un projet réalisé par une ONG dans un hôpital en Zambie, avait pour but d'aider deux collectivités à agir pour défendre les orphelins, par une action de sensibilisation, par la formation de comités de défense des « enfants en détresse », par le recensement des orphelins et par des projets générateurs de revenu. L'UNICEF a financé la remise en état d'une école, le fonçage d'un puits tubé et la construction d'un centre de soins, en échange de la renonciation par les autorités à percevoir les frais de scolarité et les frais médicaux destinés aux orphelins. Plusieurs enseignements ont été dégagés puis appliqués au projet. Par exemple, la fourniture de soins gratuits dans les cliniques n'est pas très utile, car les patients souffrant de maladies graves sont toujours aiguillés vers l'hôpital, où les orphelins doivent eux aussi payer. Les comités doivent être mieux qualifiés et plus motivés pour recenser et suivre les orphelins et pour coordonner leur action avec celle des écoles et des établissements de soins. Plus généralement, la répartition des responsabilités entre

l'UNICEF, les ONG et les comités locaux a été moins bonne que dans le cas du projet réalisé au Zimbabwe, où les responsabilités étaient réunies au niveau de la collectivité locale. Le projet doit être mieux planifié et adopter une méthode plus transparente et plus participative.

Prévention chez les jeunes

26. Le bureau régional a examiné 10 études critiques liées à ce domaine prioritaire, issues du Botswana, de l'Éthiopie, du Kenya, de Madagascar, du Malawi, du Mozambique et du Zimbabwe, ainsi que d'un programme régional. Ces études comprenaient des recherches formatrices et une évaluation des plaidoyers et des projets, à l'échelle régionale, nationale et sous-nationale. La prévention chez les jeunes a été traitée par des approches visant à la fois un changement d'attitude et de comportement. À cette fin, un changement marqué a eu lieu, du simple transfert d'un savoir passif, à l'apprentissage d'aptitudes à la vie quotidienne responsabilisantes telles que la prise de décisions, la résolution de problèmes et la négociation. L'Initiative « Sara », résumée dans le paragraphe 27 ci-dessous, est un exemple de cette approche. Au Malawi, le programme « Going to Scale: Sustained Risk Reduction for Youth » mérite une mention spéciale pour avoir permis le changement des comportements dans le pays. Les trois autres études résumées ci-après illustrent les enseignements tirés des projets d'« information, éducation et communication » (IEC) destinés aux jeunes, à Madagascar et au Mozambique, et d'une étude de recherche formatrice au niveau national, menée au Zimbabwe.

27. L'Initiative « Sara » est une stratégie régionale sur le mode « éducation par le jeu ». Elle utilise des formats populaires (films, radio et documents imprimés) visant à accroître la sensibilisation à des thèmes associés aux droits de l'enfant. De nombreuses histoires parlent de comportements et de pratiques sexuels liés au VIH/sida. Vingt-trois pays participent à l'Initiative; 11 ont achevé une recherche formatrice et l'évaluation d'au moins un épisode ou une histoire. Un rapport récapitulatif comprend une étude sur la mise en oeuvre menée dans sept pays; une étude sur les résultats quantitatifs concernant la République-Unie de Tanzanie; et quatre études sur les résultats qualitatifs concernant le Kenya et l'Ouganda. L'étude sur la mise en oeuvre et les études sur les résultats qualitatifs reposaient sur l'observation directe, des entretiens et l'analyse de documents. L'étude sur les résultats quantitatifs reposait sur une enquête réalisée par un sondage en grappes à plusieurs degrés. Les résultats ont confirmé qu'une stratégie d'éducation par le jeu bien planifiée, bien conçue et de grande qualité fonctionnait très bien, particulièrement lorsqu'elle était associée à un enseignement et à des discussions informels. Des cas de jeunes filles qui utilisaient des aptitudes à la vie quotidienne apprises ou renforcées grâce à l'Initiative Sara illustraient cette réussite. Cependant, les droits des enfants n'étaient pleinement réalisés que lorsque les parents ou d'autres personnes qui s'occupent des enfants les appuyaient.

28. Au Malawi, un programme national a permis aux jeunes d'acquérir les connaissances et les aptitudes nécessaires pour éviter les comportements sexuels à haut risque. Une étude qualitative a évalué les six éléments du programme : programme scolaire; activités extrascolaires; soutien de l'entourage; clubs pour les jeunes non scolarisés; services de santé en matière de reproduction pour les jeunes; et suivi et évaluation. La mise au point et l'application d'un programme scolaire ont pris plus de temps que prévu : un était en place et d'autres étaient en cours de déve-

loppement au moment de l'évaluation. Le processus pouvait être accéléré en adaptant des éléments du programme scolaire d'autres pays et en coopérant avec d'autres donateurs. Quelque 3 200 clubs antisida ont été créés dans les écoles. Ils avaient plus de succès que les clubs extérieurs à l'école car ils étaient mieux organisés, mieux ciblés et n'essayaient pas d'atteindre des objectifs dépassant leurs compétences, tels que la formation aux aptitudes. Il fallait encourager davantage de filles à venir aux clubs antisida. Le programme a parrainé deux programmes radiodiffusés, des publicités et l'achat d'équipement de sport. Deux objectifs qui n'étaient pas réalistes n'ont pas été atteints (un vidéofilm et des services pilotes de santé en matière de reproduction). Dans l'ensemble, le programme a très bien réussi à « rompre le silence » et à combler le fossé entre les connaissances et les comportements.

29. À Madagascar, un projet d'IEC a été évalué à l'aide d'une démarche participative responsabilisante qui a permis de former des partenaires. Des informations ont été recueillies auprès de 441 personnes dans 46 groupes sur neuf sites. Les discussions des groupes de réflexion incluaient diverses catégories socioprofessionnelles (tireurs de pousse-pousse, prostituées, dockers, enfants des rues, étudiants, apprentis, soldats, policiers, travailleurs sanitaires, administrateurs d'université et membres de clubs de sport et d'associations religieuses). Les mêmes groupes se sont réunis de nouveau pour parler des résultats, tirer des conclusions et se mettre d'accord sur des solutions. Tous pensaient que les messages d'IEC n'étaient pas bien compris ou enregistrés et qu'ils ne résolvaient pas les problèmes de peur et d'ostracisme. Les activités liées à l'IEC devaient être améliorées et exécutées par des personnes ayant des liens étroits avec les publics visés et capables de les comprendre. Les groupes de la base tels que les clubs antisida et stop-sida dans les écoles, la police, l'armée et les groupes de travailleurs pouvaient être très efficaces dans l'éducation et la mobilisation des citoyens, particulièrement lorsqu'ils intégraient l'IEC dans leurs activités.

30. Au Mozambique, un projet a fait appel au théâtre et à des personnes chargées de mobiliser les jeunes pour présenter l'IEC concernant le VIH/sida aux étudiants. Le projet a été évalué au moyen d'entretiens avec ces personnes, d'examens des rapports mensuels et de discussions au sein de groupes de réflexion avec un échantillon de jeunes et de leurs professeurs, auxquels s'adressait l'IEC. Les participants à l'évaluation pensaient que l'effet aurait été plus important si les messages avaient été moins pédants et plus adaptés au public visé. Les personnes chargées de la mobilisation des jeunes n'étaient pas bien formées à la communication favorisant la participation. Professeurs et élèves pensaient qu'il serait plus efficace de former des pairs comme éducateurs. Comme suite à cette évaluation, l'ONG responsable du programme a recruté un spécialiste en communication. L'étude mettait également en évidence que les messages délivrés dans les écoles devaient être renforcés par une information sur le VIH/sida intégrée au programme scolaire.

31. Au Zimbabwe, une étude nationale a cherché à déterminer les besoins en matière de santé et de développement chez les jeunes déscolarisés (des deux sexes) âgés de 14 à 24 ans. Un questionnaire quantitatif a été distribué à 355 jeunes dans six provinces. Quelque 542 personnes ont participé à des discussions de groupes de réflexion et à des forums locaux dans quatre provinces. Un échantillon ciblé a permis de veiller à la répartition correcte entre les ethnies, les sexes et les lieux géographiques. Les jeunes déscolarisés sont particulièrement exposés au VIH, à d'autres maladies sexuellement transmissibles, aux grossesses non désirées, à l'abus de drogues et à la délinquance; l'étude a souligné leur manque de possibilités productives. La sensibilisation au VIH/sida n'avait que peu d'effet sur leur comportement. Deux

publications étaient virtuellement inaccessibles, et les émissions radiodiffusées étaient jugées trop répétitives, dépassées, empreintes de sensationnalisme ou diffusées à des heures inadaptées. L'étude recommandait d'adopter une démarche ouverte sur les jeunes concernant les services de santé afin de réduire des obstacles tels que l'inaccessibilité, le coût, le manque de confidentialité et les convictions religieuses. Pour diminuer la transmission du VIH/sida, les jeunes ont besoin d'une éducation concernant la santé en matière de reproduction et l'abus de drogues, et de conseils sur les pratiques sexuelles sans risques. Les interventions doivent tenir compte des inégalités entre les sexes dans les choix sexuels.

Soins et assistance aux femmes et aux enfants

32. Le Bureau régional a examiné 16 études critiques liées à ce domaine prioritaire et à l'éducation en particulier, menées dans les pays suivants : Éthiopie, Kenya, Mozambique, Swaziland, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe. Des recherches formatrices et critiques désignaient les mêmes besoins urgents d'information, d'éducation, de soins de santé et de plaidoyer pour mettre fin à la discrimination et à l'ostracisme envers les personnes infectées par le VIH/sida et son cortège de veufs et d'orphelins. Trois approches différentes de la compréhension des conséquences du VIH/sida sur l'éducation sont illustrées ci-dessous dans des études réalisées au Kenya, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie. Deux évaluations effectuées au Zimbabwe résumées ci-dessous illustrent les enseignements tirés de l'élaboration et de l'application d'un programme à différents niveaux. Une évaluation effectuée en Zambie couvre quatre types différents de projets d'éducation par les pairs.

33. Des études menées au Kenya et en République-Unie de Tanzanie ont examiné les conséquences du sida sur le secteur de l'éducation. L'étude kényenne a sélectionné à dessein 11 sites particulièrement touchés par l'épidémie dans tout le pays, où on utilisait des techniques classiques de groupe de réflexion et des méthodes de recherche orientées vers l'enfant dans 129 écoles. L'étude tanzanienne a utilisé une enquête transversale, des débats de groupes de réflexion, des observations sur le terrain et une analyse de documents. Les deux études ont souligné le besoin de formation des enseignants au VIH/sida et d'éducation à la santé en matière de reproduction dans les écoles. L'étude kényenne a démontré avec force que les enfants comprenaient les conséquences du sida sur leur vie, et pouvaient clairement exprimer leurs besoins et leurs possibilités d'action. Leur contribution, ainsi que le soutien de la communauté, enrichissaient les programmes scolaires. Les éléments importants consistaient à mettre un terme à l'abus de drogues, décourager les pratiques traditionnelles dangereuses, modifier les rites de passage et remplacer les réunions sociales favorisant la promiscuité. La modification des politiques de transfert et l'allocation de fonds supplémentaires pour des suppléants pourraient remédier à la pénurie d'enseignants causée par le VIH/sida. L'orientation et les conseils étaient les activités les moins subventionnées. Les communautés pourraient affecter les recettes des taxes locales de vente pour venir en aide aux orphelins, tandis que les ONG pourraient mobiliser des groupes de soutien social. En ce qui concerne les enfants, les pires privations de droits étaient constatées dans les zones rurales difficiles d'accès.

34. Le Mozambique a utilisé le logiciel de simulation Spectrum pour déterminer la demande, l'offre et les facteurs de coût à l'échelle nationale dans le secteur de

l'éducation. Malgré des taux de mortalité plus élevés, la demande d'éducation est peu affectée par le VIH/sida. Cependant, l'épidémie réduit le nombre d'enseignants et d'administrateurs; entre 2000 et 2010, 17 % du personnel décéderont du sida. Pour chaque décès, 18 mois de travail productif sont perdus. L'efficacité du secteur de l'éducation sera réduite et les coûts augmenteront de 110 millions de dollars environ. Des milliers d'orphelins de parents décédés du sida seront privés de leur droit à l'éducation. L'évaluation a recommandé de développer la formation des enseignants et l'éducation sur le sida dans toutes les sections des écoles. Les enseignants devraient être encouragés à adopter une attitude préventive, et les lois interdisant les relations sexuelles avec les étudiants devraient être appliquées. Des programmes et des politiques visant à aider les orphelins à rester à l'école sont nécessaires, une mesure peu coûteuse consistant par exemple à adapter les calendriers scolaires aux périodes de travail agricole.

35. Une évaluation franche et néanmoins élogieuse effectuée au Zimbabwe contient une réflexion sur les enseignements tirés après une décennie d'éducation sur le VIH/sida dans les établissements primaires, secondaires et supérieurs. Le rapport s'appuyait sur l'examen de nombreux documents et sur des entretiens avec des intervenants clefs. Le programme était peu onéreux, très réussi et méritait d'être reproduit dans d'autres pays. La réussite s'appuyait sur un processus de mise en oeuvre souple (planification correcte et examen constant, avec perfectionnements ou modifications si nécessaire) et sur des méthodes d'enseignement et d'apprentissage favorisant la participation. Les programmes scolaires contenaient des informations factuelles et des exercices pratiques destinés à développer les aptitudes à la vie quotidienne. Grâce à une formation dispensée à des petits groupes sur le terrain, le programme permettait de corriger les retards et la dilution de la qualité causés par la méthode de formation en cascade. L'étude a également permis de découvrir que même les auteurs de programmes expérimentés et les enseignants avaient besoin d'une formation intensive aux méthodes favorisant la participation. Ils avaient également besoin de conseils pour savoir comment aborder des sujets sensibles et sexuellement explicites.

36. Un autre rapport du Zimbabwe a utilisé des questionnaires et des entretiens de groupes de réflexion pour évaluer la capacité des futurs enseignants d'assurer l'éducation sur le sida et les aptitudes à la vie quotidienne dans les écoles primaires et secondaires. Mille cinq cent soixante-deux étudiants de troisième année dans 17 écoles normales et universités ont répondu au questionnaire. Le cours leur a permis de parler de sexualité et d'enseigner les questions de santé en matière de reproduction, mais il n'a pas modifié leurs soupçons et leurs craintes vis-à-vis des personnes touchées par le VIH/sida, qu'on avait toujours tendance à accabler. La légère augmentation des connaissances entre l'étude initiale et les études d'évaluation n'était pas attribuable au cours. Les participants ont recommandé de faire respecter l'assiduité au cours et de mettre à jour et de mieux adapter le programme et les ressources et de mieux former les enseignants. L'utilisation de pairs et de techniques d'apprentissage favorisant la participation pouvaient aider les étudiants à adopter des attitudes plus positives.

37. Une évaluation effectuée en Zambie a examiné quatre projets exécutés avec l'aide de l'UNICEF : a) formation des personnes à l'orientation; b) formation d'éducateurs pour les jeunes parmi les pairs; c) création d'une organisation de soutien aux personnes touchées par le sida; et d) activités d'IEC destinées aux travailleurs du sexe à faible revenu et à d'autres femmes. L'évaluateur a recueilli des in-

formations grâce à l'analyse de documents, à des visites d'observation et à des entretiens sur le terrain, puis il a appliqué les théories de convergence et de divergence pour décrire les thèmes et les caractéristiques communs aux quatre projets. Même si les ONG partenaires avaient des objectifs et des groupes cibles diffus, les éducateurs de tous les projets ont accru leurs connaissances en matière de transmission et de prévention du VIH/sida. La phase suivante de l'intervention devrait utiliser l'évaluation, l'analyse et l'action participatives pour affiner et améliorer les messages d'IEC et viser particulièrement le changement des comportements.

Conclusions et implications pour des actions futures

38. Le bilan d'étape pour les Comores et les études critiques résumés dans le présent rapport prouvent qu'il y a une évolution paradigmatique naissante tendant à reconnaître que la réalisation des droits des femmes et des enfants doit guider la conception, les objectifs et bien sûr l'évaluation des programmes. En ce qui concerne le domaine prioritaire du VIH/sida, il y a une évolution de l'exploration des besoins, des questions et des plaidoyers, vers des interventions dynamiques visant à enrayer le VIH/sida et à créer des environnements favorables pour les femmes et les enfants infectés ou touchés par le VIH/sida.

39. Les six projets les plus concluants décrits dans ce rapport avaient en commun une large participation à l'échelle locale et nationale. On peut citer par exemple les démarches participatives locales exemplaires du théâtre populaire en République-Unie de Tanzanie; le programme local dans 15 chefferies au Zimbabwe; et les solutions locales et économiques pour les soins aux orphelins en Afrique du Sud. À l'échelle nationale, les exemples incluent de nombreux tests préalables et des perfectionnements visant à améliorer l'Initiative Sara; les 3 200 clubs antisida dans les écoles du Malawi; et la mise en place d'un enseignement sur le sida dans les établissements primaires, secondaires et supérieurs au Zimbabwe. Des démarches participatives ont également été utilisées dans huit évaluations initiales et postérieures qui étaient excellentes. À l'inverse, en ce qui concerne des projets moins réussis, six évaluations ont conclu qu'ils ont échoué dans l'intégration correcte des vues, des priorités et de l'engagement des personnes qu'ils essayaient d'aider.

40. Les démarches participatives permettent aux gens d'être « propriétaires » de leurs problèmes et de trouver des solutions, mais le fait de mettre l'accent sur les problèmes peut être décourageant. Une approche plus appréciative qui identifie les points forts et les réalisations peut avoir un effet dynamisant et responsabilisant. Les meilleurs exemples sont le rapport du Zimbabwe concernant le programme scolaire sur le VIH/sida, l'approche par le théâtre populaire en Tanzanie, et l'évaluation des soins aux orphelins en Afrique du Sud. Ces trois projets ont permis aux intéressés de résoudre les problèmes par eux-mêmes. La tragédie du VIH/sida en Afrique peut paraître insurmontable et inexorable; une démarche positive et volontariste est nécessaire ici plus qu'ailleurs afin de surmonter le fatalisme et le désarroi. Une approche appréciative des processus participatifs est une voie prometteuse pour l'évaluation. Ces études ont permis de tirer les enseignements nécessaires pour traiter de nouveaux problèmes et obtenir des résultats utiles dans le cadre du plan stratégique à moyen terme du Bureau régional.