



Conseil économique et social

Distr. générale
19 mars 2002
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Session ordinaire de 2002

3-7 juin 2002

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 doit formuler des observations sur ces rapports et établir, si nécessaire, des directives à l'intention du secrétariat. Les bilans d'étape et les principales évaluations des programmes de pays faisant l'objet du présent rapport ont été effectués en 2001.

* E/ICEF/2002/9.



Introduction

1. Des bilans d'étape ont été effectués en 2001 dans la région pour l'Angola, le Botswana et le Kenya. Il y a eu en outre une évaluation de fin de programme pour Maurice, pays en transition; et des évaluations de fin de cycle de programmation pour l'Érythrée et le Lesotho. Nombre de ces évaluations tiraient les enseignements de l'approche axée sur les droits de l'homme concernant la programmation et le renforcement des moyens d'intervention communautaire. Elles sont récapitulées selon la structure des cinq domaines prioritaires définis par le Fonds dans son plan stratégique à moyen terme. Le dernier chapitre est consacré aux principaux enseignements tirés de l'évaluation de fin de décennie effectuée par le Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe.

Bilans d'étape des programmes de pays

Angola

2. **Démarche et méthodologie.** Le bilan d'étape du programme de coopération pour la période 1999-2003 (E/ICEF/1998/P/L.8/Add.1) a été supervisé par le Vice-Ministre de la planification et effectué par un groupe de coordination composé de représentants des ministères de tutelle compétents. Le Gouvernement, l'UNICEF et d'autres partenaires ont formé des groupes de travail sur les programmes sectoriels. Une réunion de jeunes et sept réunions au niveau provincial ont été organisées, à l'occasion desquelles des représentants des deux groupes ont présenté leurs conclusions et recommandations à la réunion sur les bilans d'étape.

3. **La situation des enfants et des femmes.** Le programme de coopération a démarré peu après la reprise du conflit en 1998. En 2001, le nombre de déplacés était passé de 3 millions à 4 millions, dont environ 100 000 enfants vivant en dehors de leur milieu familial. On estime que 1 500 personnes ont été tuées ou mutilées par les mines antipersonnel. L'enquête sur les revenus et les dépenses des ménages a montré que plus de 60 % des familles vivaient au-dessous du seuil de pauvreté. Les résultats des études de séroprévalence sur les femmes enceintes à Luanda montrent que le taux a fortement augmenté, passant de 3,4 % à 8,6 % en 2001. Cinquante-trois pour cent des enfants âgés de moins de 5 ans ont des retards de croissance, et moins de 20 % sont entièrement immunisés. Seulement 5 % des naissances sont enregistrées. N'étant pas des citoyens légaux, trois millions d'enfants ne peuvent être scolarisés. Soixante-dix-huit pour cent des adolescentes ont une instruction inférieure à la deuxième année d'école primaire. Les dépenses sociales continuent de représenter moins de 15 % du budget global. La version définitive du document préliminaire sur la stratégie pour la réduction de la pauvreté, établi en février 2001, n'a pas encore été arrêtée.

4. **Résultats et obstacles.** Le programme de coopération est parti de l'hypothèse énoncée selon laquelle le processus de paix de Lusaka entrerait en vigueur. Il s'est toutefois adapté aux réalités et a beaucoup progressé dans les domaines de la récupération nutritionnelle au profit des personnes déplacées, tout en accordant plus d'attention à la protection des enfants. Un parlement d'enfants a attiré l'attention sur les problèmes des enfants, en permettant à ces derniers de faire entendre leur voix. Les opérations de pompage manuel ont été décentralisées. La méthode participative

utilisée pour modifier les comportements et les pratiques d'hygiène a eu pour effet d'améliorer la gestion des systèmes de distribution d'eau et des installations sanitaires par les communautés.

5. L'intégration du programme de sensibilisation au danger des mines dans les programmes scolaires a sensiblement progressé. L'objectif fixé pour la formation des agents des organisations non gouvernementales (ONG) et des enseignants a été partiellement atteint. La portée du programme de vaccination systématique reste limitée, dans la mesure où de vastes secteurs du territoire sont inaccessibles en raison du conflit, même si d'excellents moyens sont mis en oeuvre, notamment des cartes numériques dans les communes pour éradiquer la poliomyélite. Il s'est créé une forte demande de moustiquaires pour prévenir le paludisme. Le projet de fourniture de matériel pédagogique d'urgence s'est progressivement développé. L'aide financière de l'UNICEF s'est sensiblement accrue au cours de la période du programme.

6. **Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés.** Le bilan d'étape a recommandé que le programme se concentre sur quelques domaines prioritaires pour avoir plus d'impact. Le programme de pays doit, conformément au projet de bilan commun de pays des Nations Unies, définir de nouvelles stratégies afin d'éliminer les causes profondes de la crise sanitaire et nutritionnelle engendrée par la pauvreté et le conflit. La question du VIH/sida doit être expressément abordée dans le programme révisé. La coopération avec les ONG, notamment au niveau infranational, et le secteur privé a été très positive, contribuant pour une large part aux résultats obtenus. L'absence de stocks de réserve a entravé les efforts visant à intervenir rapidement face à des situations d'urgence graves, telles que la poussée de rougeole. Les méthodes participatives se sont révélées opérantes sur les plans de l'hygiène, des services de distribution d'eau et de santé, et ont été résolument appuyées par les jeunes qui ont participé à l'établissement des bilans d'étape. Pour être efficace à tous les niveaux, la participation des jeunes ne doit pas se limiter au succès du parlement des enfants.

7. **Plan de gestion du programme de pays.** Le plan fera ressortir la nécessité d'accorder plus d'attention au problème du VIH/sida et à l'adoption d'une approche-programme multisectorielle. Une place plus importante sera faite à la participation des enfants et des jeunes. La situation des bureaux extérieurs sera également régularisée pour assurer des contacts adéquats avec les partenaires aux niveaux des provinces et des communes.

Botswana

8. **Démarche et méthodologie.** Les travaux du Comité mixte de planification ont été présidés par le Ministère des finances et de la planification du développement. Des groupes de travail thématiques ont été créés autour de trois stades de développement de l'enfant : de 0 à 6 ans; de 6 à 12 ans et de 12 à 18 ans. Ces groupes étaient multisectoriels et composés de représentants des ministères gouvernementaux, d'ONG, d'organismes des Nations Unies et de donateurs. Le programme de pays initial et le programme révisé ont été évalués. La réunion consacrée au bilan d'étape du programme de pays pour 2000-2002 (E/ICEF/1999/P/L.17), à laquelle ont participé plus de 60 représentants du

Gouvernement, des Nations Unies, d'ONG, de donateurs et de jeunes, a approuvé les conclusions et recommandations des groupes de travail.

9. **La situation des enfants et des femmes.** Au Botswana, 98 % de la population urbaine et 85 % de la population rurale ont accès aux services de santé, plus de 90 % de la population ont accès à l'eau salubre, et le taux net d'inscription dans l'enseignement primaire est de 98 %. Toutefois, le Botswana est l'un des pays où les taux d'infection par le VIH progressent le plus rapidement et où les taux de prévalence sont les plus élevés. L'incidence du VIH chez les femmes enceintes effectuant des visites prénatales varie entre 30 et 53 %. Le taux de mortalité chez les enseignants a augmenté de 60 % entre 1994 et 1999, en raison essentiellement du sida. Jusqu'à 80 % des adultes et plus de 30 % des enfants dans certains hôpitaux souffrent d'affections liées au VIH. Il y a environ 78 000 enfants orphelins de moins de 15 ans. Le taux de mortalité infantile est passé de 37 pour 1 000 naissances vivantes en 1988 à 57 en 2000. Le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) prévoit que le taux de mortalité infantile atteindra 148 pour 1 000 naissances vivantes d'ici à 2010 du fait de l'épidémie du sida. Le taux de mortalité des moins de 5 ans est tombé de 53 pour 1 000 naissances vivantes en 1988 à 45 en 1996, avant d'atteindre 75 en 2000. L'espérance de vie a chuté de 65 ans en 1997-1998 à 46 ans en 2000.

10. **Résultats et obstacles.** À partir de juillet 2000, le programme de prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant a été étendu de deux communautés expérimentales à sept. Il devrait être élargi à l'ensemble des 23 districts d'ici à la fin de 2001. L'UNICEF, principal partenaire du Gouvernement, fournit une assistance technique, financière et matérielle, notamment sous la forme de médicaments antirétroviraux. Quarante-cinq pour cent des femmes venant effectuer des visites prénatales acceptent d'être conseillées et testées. Toutes les équipes sanitaires de district ont été formées pour améliorer la gestion des programmes et la prestation des services; mais l'exécution des programmes de maternité sans risque et de gestion intégrée des maladies infantiles avançait lentement. La contribution de l'UNICEF à l'éducation préscolaire s'est limitée à un soutien technique au titre de l'élaboration d'un programme à l'usage de minorités linguistiques vivant dans des zones reculées.

11. **Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés.** La stratégie à trois volets « évaluation-analyse-action (essai, démonstration et intégration) » adoptée au titre du programme par le bureau de pays et correspondant à une « triple action » fondée sur les droits, n'a pas permis d'intervenir efficacement face à l'épidémie du VIH/sida. En pareil cas, la réaction doit être immédiate et la lutte menée sur trois fronts à l'échelle nationale. Les bilans d'étape ont approuvé l'adoption de stratégies axées sur des programmes de portée nationale. La stratégie de mobilisation sociale a consisté à former des coalitions avec le secteur privé et établir des partenariats utiles avec les communautés concernant la conception et l'exécution du programme. La lutte contre le VIH/sida doit être menée avec le concours des collectivités et des adolescents. Les moyens communautaires doivent aussi être renforcés. Les capacités nationales ont certes été renforcées par certaines activités, mais les efforts doivent être poursuivis.

12. **Plan de gestion du programme de pays.** Les recommandations formulées à l'issue des bilans d'étape ont souligné que l'UNICEF devrait renforcer ses capacités financières et techniques afin d'aider énergiquement le Gouvernement et les

collectivités à lutter contre le VIH/sida. La structure du programme de pays demeure inchangée, sauf pour le programme d'éducation auquel sont ajoutés deux volets : l'un sur l'éducation préscolaire et l'autre sur la réforme de l'enseignement primaire. Bien que le programme de pays soit structuré par secteur, son exécution sera axée sur les trois stades de développement de l'enfant : de 0 à 6 ans, de 6 à 12 ans et de 12 à 18 ans.

Kenya

13. **Démarche et méthodologie.** Le bilan d'étape du programme de pays pour la période 1999-2003 (E/ICEF/1998/P/L.10/Add.1) a été effectué en collaboration avec le Ministère des finances et de la planification. Il était réparti en cinq groupes thématiques : a) les jeunes enfants; b) les droits des enfants d'âge scolaire; c) le renforcement des capacités au niveau des districts et des communautés; d) la mobilisation sociale en faveur de la défense des droits; et e) les situations d'urgence et développement. Ont participé à cette opération des représentants de l'administration centrale et des autorités des districts, des ONG, et des organismes de la société civile, des partenaires des Nations Unies et des donateurs. Un engagement commun en faveur du respect des droits de l'homme devait se dégager de cette rencontre. Les évaluations des programmes effectuées au niveau du pays, des districts et des collectivités ont notamment tenu compte des points de vue des enfants et des femmes.

14. **La situation des enfants et des femmes.** La situation s'est détériorée depuis 1998. La moitié de la population vit au-dessous du seuil de pauvreté; la plupart des gens n'ont pas accès aux services de base. Le VIH/sida a été déclaré catastrophe nationale. Le taux de mortalité des moins de 5 ans et la malnutrition infantile augmentent. On tend vers la parité entre les filles et les garçons au niveau de l'enseignement primaire, mais les taux de scolarisation et de persévérance scolaire ont chuté dans certains secteurs. Il y a 14 000 postes d'instituteur vacants, en raison surtout des ravages du VIH/sida. Plus de 4 millions de personnes ont souffert de la sécheresse la plus grave enregistrée depuis 60 ans.

15. **Résultats et obstacles.** La loi en faveur de l'enfance (Children's Bill) a été promulguée en 2001 avec l'aide de l'UNICEF. Elle comprend notamment des directives nationales concernant le bien-être de l'enfant, l'assistance judiciaire, la garde des enfants et les soins à leur prodiguer, le placement familial, la tutelle et l'adoption. Elle prévoit la création d'un conseil national des services aux enfants (National Council of Children's Services) et de tribunaux pour enfants chargés de connaître des affaires ayant trait à la responsabilité parentale aux institutions accueillant des enfants, à la garde, aux créances alimentaires et à la tutelle.

16. Le programme a permis de progresser dans les domaines suivants : vaccination, alimentation d'appoint, fourniture de matériel scolaire, construction de points d'eau et matériaux d'information, d'éducation et de communication. Dans les zones frappées par la sécheresse, l'aide d'urgence apportée a permis de réduire les niveaux de malnutrition. Les progrès réalisés concernant le renforcement des capacités et les activités de plaidoyer étaient plus difficile à évaluer, en partie en raison du fait que les objectifs du plan-cadre des opérations n'étaient pas assez précis ou quantifiables.

17. **Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés.** Les engagements pris vis-à-vis des districts et des communautés visant à les aider à renforcer leurs capacités et à améliorer la prestation de services n'ont pas souvent été tenus. Il ressort que les ressources du programme ne permettent pas d'assurer la qualité de l'exécution dans les 19 districts, conformément aux objectifs du plan-cadre des opérations. La stratégie de décentralisation des bilans d'étape prévoit une intervention mieux ciblée et un nombre réduit de district d'enseignement pilotes, où des services seront directement assurés au niveau de certaines collectivités de manière intégrée.

18. **Plan de gestion du programme de pays.** La réorientation au niveau des projets permettra d'éviter une exécution verticale et sectorielle, la marginalisation des activités de plaidoyer et une évaluation insuffisante des programmes. L'accent sera mis sur le renforcement des capacités communautaires, la décentralisation et la participation aux coûts, ainsi que les interventions géographiquement intégrées et intersectorielles, notamment dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida, qui bénéficieront de 60 % des allocations de ressources. Le programme mettra en oeuvre des mesures en vue de la promotion des droits de l'enfant au sein de certaines collectivités relevant des « districts d'enseignement ». Ces derniers jouiront d'un soutien communautaire dans de nombreux domaines prioritaires du plan stratégique à moyen terme, y compris la prestation de services. Les moyens d'intervention des districts dans les domaines de l'administration et de la gestion seront renforcés, ainsi que les processus de planification des activités.

Évaluations et examens de fin de programme

Maurice

19. **Démarche et méthodologie.** Au début des années 90, Maurice a atteint à la fois le seuil de 2 895 dollars par habitant pour le produit national brut (PNB) et un taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) inférieur à 30 pour 1 000 naissances vivantes. En 1997, le Conseil d'administration a décidé de supprimer progressivement les allocations au titre des ressources ordinaires dans les pays répondant à ces critères. L'évaluation du programme de pays pour la période 1996-2000 devait être source d'enseignements pour le programme de transition 2001-2003 et le passage vers la suppression d'allocations au titre des ressources ordinaires (E/ICEF/2000/P/L.31) et pour résoudre les problèmes liés à l'évolution de l'action de l'UNICEF sur le terrain.

20. **Situation des enfants et des femmes.** Maurice a obtenu des résultats exemplaires en matière de développement économique et social. Néanmoins, des disparités importantes persistent en ce qui concerne le développement du jeune enfant, les taux de réussite scolaire et la protection des enfants.

21. **Résultats et obstacles.** Le programme de pays, axé sur la santé et l'éducation, a été élaboré aux fins de la réalisation des objectifs énoncés lors du Sommet mondial pour les enfants et dans le Programme d'action national. Le bilan d'étape effectué en 1998 a permis de recentrer le programme du pays sur une approche-programme axée sur les droits, tenant compte des nouvelles mesures gouvernementales, et réduisant l'importance accordée aux objectifs du Sommet mondial pour les enfants et du Programme d'action national, qui, dans une grande

mesure, étaient déjà atteints. Les problèmes relatifs à la protection n'étaient qu'en partie résolus et les disparités n'étaient pas traitées avec suffisamment d'attention. Une attention accrue était accordée au développement du jeune enfant et aux adolescents.

22. Le Gouvernement et la société civile ont démontré leur volonté d'assurer le respect des droits des enfants, mais certaines activités novatrices (la protection des enfants, par exemple) dépendaient entièrement du financement par l'UNICEF, qui, grâce à une démarche centrée sur l'enfant et intersectorielle, servait de catalyseur, fonction qui devait être assurée de manière continue. Cela exigeait de développer certaines institutions gouvernementales, comme le Ministère des droits de la femme, du développement de l'enfant et de la famille. Les agents de la société civile n'étaient pas assez actifs et la participation du secteur privé était insuffisante.

23. **Évaluation des stratégies du programme : enseignements tirés.** Les programmes de pays antérieurs et en cours s'inscrivaient dans la lignée des politiques nationales et de l'action de l'UNICEF. Le renforcement de la coordination et de la coopération dans le cadre du Bilan commun de pays et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement a généralement donné de bons résultats. Nombre des objectifs étaient trop ambitieux, en particulier ceux portant sur des programmes de formation. L'évaluation a fait ressortir des résultats positifs en matière de rendement, de résultats, d'impact et de réalisation des droits. Certains éléments du programme n'ont pu être évalués faute de décisions, de ressources budgétaires au niveau national et de personnel qualifié.

24. Les conclusions de l'évaluation ont indiqué qu'une transition plus progressive aiderait Maurice à remplir les diverses obligations et responsabilités liées à la réalisation des droits des enfants. Les indicateurs économiques et sociaux (PNB par habitant et TMM5) donnent à penser que les capacités existent, mais de graves problèmes liés au non-respect des droits doivent encore être analysés (analyse de situation), explicités (mobilisation sociale et activités de plaidoyer) et résolus (recensement des acteurs). Ces fonctions font, en général, partie des programmes de pays appuyés par l'UNICEF. Le programme de transition actuel (2001-2003) devrait être axé sur l'aide à la création et au développement d'un organisme national chargé d'assumer ces fonctions. Les recommandations énoncées dans l'évaluation prévoyaient le maintien de la présence de l'UNICEF pour poursuivre au-delà de 2003 l'action menée dans le domaine des droits des enfants et des femmes, sous une forme modifiée, en examinant tous les scénarios possibles.

25. **Plan de gestion du programme de pays.** La structure du programme de pays a été considérablement modifiée par le bilan d'étape de 1998, qui a adopté une approche fondée sur les droits, en tenant compte des nouvelles mesures et stratégies gouvernementales. Le nouveau programme de transition (2001-2003) n'a que légèrement modifié la structure révisée lors du précédent cycle en introduisant une stratégie de renforcement des capacités institutionnelles dans le programme consacré à la promotion et à la réalisation des droits des enfants. L'axe des deux autres programmes intersectoriels – développement du jeune enfant et développement des adolescents – est demeuré inchangé. Les intervenants nationaux et l'UNICEF examineront les possibilités d'amélioration du programme de transition, analysées dans le rapport d'évaluation, afin d'affiner la stratégie relative à l'évolution de l'action de l'UNICEF sur le terrain après 2003.

Érythrée

26. L'Érythrée a réalisé une évaluation du programme de pays pour la période 1996-2000 (E/ICEF/1995/P/L.11). Le rapport, dont la version finale n'est pas encore arrêtée, tire les enseignements ci-après. Le conflit a provoqué une grave pénurie d'agents du secteur public. L'absence d'un partenaire approprié a entravé la mise en oeuvre de certains programmes. Des progrès notables ont été accomplis en matière de consommation de sel iodé; les accoucheuses traditionnelles fournissent des services utiles sans rémunération stable. La fréquentation des écoles satellites communautaires s'est traduite par une augmentation du taux de réussite lors du passage au niveau supérieur du système éducationnel, grâce à un accès élargi. S'agissant des opérations, le fait de former les contreparties aux procédures de liquidation a contribué à réduire le volume de l'assistance en espèces non réglée accordée au Gouvernement.

Lesotho

27. L'examen du programme du Lesotho pour la période 1997-2001 (E/ICEF/1996/P/L.2/Add.1), comprenant plus de 50 partenaires et parties prenantes, a été effectué en appliquant la méthode du cadre logique. Le taux d'infection par le VIH/sida chez les adultes atteint 26 %. Le nombre d'orphelins et le nombre de ménages ayant un enfant à leur tête ont augmenté. Les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de 5 ans n'évoluent pas, tandis que le taux de couverture vaccinale a diminué. Les taux nets de scolarisation ont baissé, passant de 76 % en 1993 à 60 % en 1997. L'introduction de la gratuité de l'enseignement primaire a ensuite entraîné une hausse du taux net d'inscription, qui est passé de 63 à 71 %. L'augmentation du taux d'inscription dans les établissements de type « Standard One » a été plus sensible, bien que les taux d'abandon demeurent élevés. L'intervention de l'UNICEF a contribué à l'élaboration d'une loi sur la protection des enfants; de mesures en faveur du développement du jeune enfant et de l'enseignement non traditionnel; d'une politique et d'un plan stratégique relatifs au VIH/sida et de mesures concernant les jeunes et l'égalité entre les sexes. Plus de 30 écoles ont accueilli des enfants handicapés. L'infrastructure locale s'est développée grâce au renforcement des capacités locales, qui doivent maintenant pouvoir s'appuyer sur le secteur public. L'objectif consistant à accroître la participation communautaire n'a pas été pleinement atteint.

28. Le nouveau programme de pays devrait s'orienter vers la programmation axée sur le respect des droits et la gestion axée sur les résultats, en mettant l'accent sur les activités de plaidoyer, sur la mobilisation sociale et sur l'expansion. Le VIH/sida demeure la priorité absolue; le contrôle par les collectivités locales et la viabilité des projets peuvent favoriser l'accès aux services. Il est possible d'appliquer à d'autres activités les méthodes utilisées avec succès pour l'iodation universelle du sel et l'analyse des données de base relatives à la nutrition. Le programme demeurera composé de quatre programmes verticaux, les projets étant quelque peu réajustés. Le prochain programme de pays, qui adoptera une approche intégrée, accordera plus d'attention à la santé et au développement du jeune enfant, au développement de l'adolescent, à la protection et à l'élaboration des mesures sociales.

Principales évaluations au niveau du programme

29. La stratégie d'évaluation approuvée par l'équipe de gestion régionale du Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe a été inaugurée en 1996. Elle met l'accent sur la planification de l'évaluation, la diffusion des enseignements tirés du passé et le renforcement des capacités. Tous les pays ont un plan intégré de suivi et d'évaluation, mis à jour lors des bilans d'étape et, dans certains pays, chaque année. Le Bureau régional appuie la publication et la diffusion des résultats des évaluations. Une évaluation de grande ampleur a été récemment publiée dans la revue *Evaluation and Program Planning*. En août 2002, 12 évaluations de programmes relatifs au VIH/sida axés sur le respect des droits seront publiées. L'organisation d'un stage de formation sur l'évaluation en situation d'urgence, ainsi que les travaux de 12 réseaux nationaux d'évaluateurs et de l'Association africaine d'évaluation interinstitutions ont contribué au développement des capacités dans ce domaine.

30. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, le VIH/sida est la plus pressante des cinq priorités du plan stratégique à moyen terme (éducation des filles; développement intégré du jeune enfant; programme élargi de vaccination; lutte contre le VIH/sida; meilleure protection des enfants contre la violence, les sévices, l'exploitation et la discrimination). Une évaluation des progrès réalisés à l'échelon régional, en fonction des résultats du rapport d'activité régional de fin de décennie, précède les évaluations de programmes décrites dans chacun de ces domaines prioritaires.

Premier domaine prioritaire du plan stratégique à moyen terme : l'éducation des filles

31. En Afrique de l'Est et en Afrique australe, le taux net d'inscription dans les écoles primaires est passé de 60 % à 86 % au cours des 10 dernières années. Au Botswana, au Kenya, à Maurice, aux Seychelles et au Swaziland, les taux d'inscription se sont maintenus entre 91 % et 100 % pour les deux sexes, tandis que le Malawi et l'Ouganda ont enregistré des progrès notables. Le taux d'inscription des filles a augmenté considérablement, passant de 57 % en 1990 à 83 % en 1999. Les taux les plus élevés de filles non scolarisées sont notés dans la corne de l'Afrique et les pays en situation d'urgence ou de posturgence. Huit des 22 pays de la région examinée ont atteint la parité en ce qui concerne les taux d'inscription des deux sexes. La probabilité, pour un enfant inscrit en première année d'étude, de parvenir à la cinquième année a augmenté dans cinq pays, mais baissé dans cinq autres. Sept pays devraient atteindre l'objectif consistant à permettre à 80 % des enfants d'exercer leur droit à l'éducation primaire.

32. Une étude initiale, effectuée par l'UNESCO et l'UNICEF aux **Comores**, a défini les mesures à prendre pour améliorer la qualité, l'équité et l'efficacité du système éducationnel et tirer le meilleur parti des ressources. Elle portait notamment sur l'enseignement traditionnel et non traditionnel, le recrutement et les programmes scolaires. Quarante-neuf pour cent des écoles, en outre peu fréquentées, souffraient d'une pénurie d'eau, d'électricité et d'installations sanitaires. Les services de cantine n'étaient pas en mesure de remédier aux problèmes de malnutrition. Cinquante-neuf pour cent des écoles et 32 % des élèves n'avaient pas de manuels scolaires. Les directeurs d'école et 59 % des enseignants n'avaient pas reçu une

formation appropriée. Le matériel didactique, utilisé par d'innombrables élèves, était usé. Plus de 70 % des élèves étaient les enfants de mères analphabètes et 18 % ne prenaient qu'un repas par jour. Les notes obtenues aux tests normalisés étaient très faibles et variaient sensiblement en fonction du sexe et de la région. Il est indispensable de recruter davantage d'enseignantes pour encourager les filles à faire des études.

33. En **Namibie**, il a été procédé à une évaluation sur le terrain du comportement et de l'éthique professionnelle des enseignants, en vue d'améliorer la situation. Elle s'appuyait sur un examen préliminaire, six visites d'écoles, l'inspection de 31 enseignants dans l'exercice de leurs fonctions, 32 entretiens détaillés, des groupes de discussions spécialisés et les réponses des enseignants de 57 écoles aux questionnaires soumis. Les enseignants et les directeurs d'école, sérieux et dévoués, mais peu satisfaits par leur travail, étaient démoralisés et se sentaient négligés par leurs supérieurs. L'éthique professionnelle était bien respectée, comme l'indiquait la rareté des cas d'absentéisme, d'activités personnelles pendant les heures de classe, de non-préparation des cours ou de châtiments corporels. L'un des enseignements tirés de cette étude est que les écoles des localités les plus éloignées des routes principales obtenaient les résultats les moins bons (voir par. 40 à 42 ci-après relatifs à l'étude menée en Tanzanie sur les dépenses publiques en faveur des pauvres). Il est indispensable d'instaurer un système de rémunération rationnelle liée aux résultats et de fournir des conseils pratiques sur l'enseignement de la discipline.

34. En **République-Unie de Tanzanie**, trois études ont été menées sur les résultats et les contraintes dans le domaine de l'enseignement. L'une d'elles a noté que les garçons étaient généralement privilégiés par rapport aux filles, que ce soit dans l'enseignement primaire ou dans l'enseignement complémentaire. Les filles obtenaient des résultats inférieurs, avaient moins confiance en elles et communiquaient moins avec les enseignants. Une autre étude a instauré un modèle et des indicateurs pour mesurer la qualité de l'enseignement et mis au point un mécanisme de contrôle efficace et précis. Elle a mis en évidence la nécessité de définir des objectifs et d'élaborer les mesures et les plans appropriés pour assurer une gestion efficace dans un environnement favorable. Les systèmes d'examen devaient être à l'abri des fuites et du favoritisme. Toutes les formes d'intelligence et d'aptitude (notamment dans les domaines de la musique et du bâtiment) devaient être reconnues et développées. La troisième étude, publiée en 2002 dans la revue *Evaluation and Program Planning*, a démontré que l'établissement de la carte scolaire avait un effet positif sur les inscriptions, l'assiduité, les taux d'abandon, la prise de décisions et la planification. C'est un outil utile pour l'évaluation, l'analyse et l'action en continu, tout comme pour la lutte contre les disparités en matière de respect des droits.

Deuxième domaine prioritaire du plan stratégique à moyen terme : le développement intégré du jeune enfant

35. Dans la région de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, le taux de mortalité infantile moyen a baissé de 21 %, passant de 102 à 82 pour 1 000 naissances vivantes, au cours des 10 dernières années. Le taux de mortalité moyen des enfants de moins de 5 ans a baissé de 15 %, passant de 155 à 135 pour 1 000 naissances vivantes. Récemment, ces taux ont recommencé à augmenter en raison de l'épidémie de VIH/sida. Les données relatives à la mortalité maternelle sont

incomplètes, mais il semble qu'il y ait eu un léger déclin dans la région. Sept pays ont peut-être encore des taux de mortalité maternelle de 1 000 pour 100 000 naissances vivantes ou plus (pour cinq de ces pays, on ne dispose d'aucune donnée depuis 1990).

36. Environ un tiers des enfants de la région souffrent d'insuffisance pondérale. Le retard de croissance varie beaucoup d'un pays à l'autre, de 5 % aux Seychelles et 10 % à Maurice à plus de 50 % en Angola et en Éthiopie. En matière de malnutrition, la majorité des pays font état d'une situation stable ou d'une aggravation au cours de la période examinée. Les cas les plus préoccupants de dénutrition sont recensés dans la corne de l'Afrique et au Botswana. La consommation de sel iodé a augmenté très rapidement et le niveau moyen est maintenant supérieur à 70 %, dépassant 80 % dans six pays. Seuls cinq pays ont atteint l'objectif consistant à réduire le nombre de nouveau-nés pesant moins de 2 500 grammes à 10 % des naissances ou moins encore.

37. La moitié des pays de la région ont accru l'accès à une eau de meilleure qualité; la plupart ayant vu leurs résultats progresser de manière significative en 1999, lorsque le concept d'« eau salubre » a été abandonné au profit de celui d'« eau meilleure ». Néanmoins, cette année-là, seulement 57 % avaient accès à des sources d'eau de meilleure qualité. Dix autres pays avaient amélioré l'accès à des installations d'assainissement, tandis que la moyenne régionale augmentait. Il n'existe encore aucun indicateur systématique du développement psychosocial et cognitif des enfants, bien qu'un certain nombre d'indicateurs et de systèmes soient en phase expérimentale au niveau local.

38. Une évaluation effectuée en **Afrique du Sud** a analysé les changements de comportement en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans 378 écoles. L'accès à des installations sanitaires appropriées dans les écoles allait de 5 à 40 % et la plupart des écoles atteignant 40 % étaient situées en zone urbaine et périurbaine. La possibilité d'utiliser de l'eau pour se laver les mains variait entre 10 et 30 %. Les enseignants fermaient les toilettes à clef pour en garder l'usage exclusif. Les garçons, prétextant qu'ils ne voulaient pas être mêlés aux « problèmes de filles », s'opposaient à ce qu'elles utilisent les toilettes. Les garçons et les enseignants agressaient les filles dans les toilettes. Celles qui s'y aventuraient en sortaient sous les railleries. Elles ne pouvaient pas se laver pendant leur cycle menstruel et manquaient donc l'école tous les mois. Elles craignaient d'être maltraitées par leurs parents si elles rapportaient ce type d'incident. Il était nécessaire de former les enfants dans les domaines suivants : prise de décisions, créativité et pensée critique, conscience de soi et empathie, capacité à faire face aux difficultés, communication, compétences interpersonnelles, relations avec les autres et responsabilité.

39. En **République-Unie de Tanzanie**, une évaluation du projet maternité sans risques, financé par l'UNICEF et l'Agence norvégienne de développement international, a été réalisée en vue de déterminer si le projet avait atteint ses objectifs, à savoir : le renforcement des activités de sensibilisation; l'amélioration des services offerts aux mères; le développement des activités de préparation à la vie de famille et de planification familiale. L'évaluation s'est appuyée sur des études préliminaires, des visites sur le terrain, notamment dans les zones de projet, des entretiens approfondis et des discussions de groupe thématiques. Les participants comprenaient des membres du personnel, des villageois et des villageoises (y

compris des femmes enceintes), des travailleurs sanitaires de village, des dirigeants locaux et des accoucheuses traditionnelles. Divers enseignements ont été tirés en matière de réalisation des droits de la femme : la nécessité de mieux connaître les causes de mortalité liée à la maternité, de faciliter l'accès des femmes aux soins obstétricaux d'urgence, et d'élargir et de spécialiser le rôle joué par les accoucheuses traditionnelles.

40. Une étude effectuée en **République-Unie de Tanzanie** a permis d'évaluer les dépenses publiques consacrées aux pauvres dans huit secteurs prioritaires. Une étude initiale a été réalisée, suivie d'une enquête à plusieurs niveaux menée auprès du Gouvernement, des conseils municipaux et des collectivités locales concernées. Des entretiens ont été réalisés dans des écoles primaires et des dispensaires isolés et non isolés, ainsi qu'avec les bénéficiaires directs du projet.

41. L'étude a révélé que le système de budget traitait les coûts salariaux comme des postes de dépense prioritaires et les autres dépenses comme des postes résiduels. Ainsi, les ressources allouées pour du matériel présentant une importance vitale étaient souvent insuffisantes et étaient affectées de manière sporadique et aléatoire. Ces décaissements irréguliers ont entraîné des pertes, en particulier au niveau infranational. Les responsables de secteur des administrations locales ne connaissant pas le montant des fonds qui leur seraient alloués ni à quelle date ils seraient versés, des réaffectations de ressources et des pertes pouvaient se produire à leur insu.

42. Il est possible que les compressions budgétaires aient incité les chefs de secteur eux-mêmes à réaffecter des ressources non salariales à des activités bénéficiant au personnel basé au siège, ceci aux dépens des activités des groupes de services. Les crédits disponibles sont affectés de préférence aux déplacements et aux véhicules plutôt qu'à l'acquisition de matériel scolaire et de médicaments. Les écoles et les services de soins de santé les plus éloignés reçoivent généralement moins de fonds et de fournitures. Toutefois, la distribution de médicaments aux services de santé isolés est plus efficace que celle des autres articles.

43. Contrairement à l'opinion courante selon laquelle les populations consommant d'importantes quantités de fruits de mer n'étaient pas atteintes du goitre, cette maladie est présente dans les îles de Zanzibar. Une étude a révélé que 11 967 élèves étaient goitreux et que 15 842 ménages consommaient du sel iodé. Des échantillons de sel ont été recueillis auprès de 121 revendeurs de sel. Des discussions de groupe organisées dans 27 villages ont rassemblé 546 participants, y compris des enseignants, des parents d'élèves et des responsables de village. À Unguja, 59 % des revendeurs de sel proposaient du sel iodé et 64 % des ménages utilisaient ce sel, contre 3 % des revendeurs et 1 % des ménages à Pemba. Seulement 32 % des revendeurs avaient entendu parler des troubles dus à une carence en iode.

44. Au **Zimbabwe**, deux projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont fait l'objet d'une évaluation : un projet intégré d'approvisionnement en eau et d'assainissement en zone rurale et un projet de gestion de l'eau au niveau local. Les évaluations ont été réalisées à l'aide d'études préliminaires, de visites sur le terrain, d'entretiens avec les principales personnes interrogées, de discussions de groupe, de représentations géographiques et d'appréciations. Le premier projet avait pour but de créer de nouvelles installations d'approvisionnement d'eau et d'assainissement et de remettre en état les installations existantes. La plupart des objectifs ayant trait à l'approvisionnement en eau ont été atteints, voire dépassés. De nombreux ménages ont creusé des puits à leurs propres frais. Les objectifs fixés en matière

d'assainissement ont tous été dépassés. Les cas de diarrhée ont diminué. Le nombre d'installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement contrôlées par les collectivités s'est accru mais plus de la moitié des villages ne disposaient pas d'outils permettant de les réparer. Le projet de gestion à l'échelle locale a donné aux collectivités les moyens de planifier et de gérer leur propre réseau de distribution d'eau; de réduire considérablement les délais de réparation; de remettre en état 25 % des points d'eau inutilisables; et d'améliorer les pratiques d'hygiène de 60 % de la population. Le second projet, contrairement au premier, a noté que les collectivités étaient disposées à acheter des pièces détachées et à entretenir leurs installations d'approvisionnement en eau. Ces projets ont donné des résultats positifs en matière de répartition des charges, de responsabilisation quant aux systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les écoles, et d'utilisation de technologies novatrices. Les collectivités elles-mêmes ont adapté les principes de gestion à l'échelle locale à d'autres programmes, notamment en matière d'éducation et de lutte contre le VIH/sida.

Troisième domaine prioritaire : Programme élargi de vaccination

45. Dans les années 90, un seul pays de la région – Maurice – avait atteint l'objectif fixé au Sommet mondial pour les enfants en matière de vaccination, à savoir une couverture de 90 % pour le vaccin associé antidiphtérique, anticoquelucheux et antitétanique. En 1999, quatre autres pays dépassaient cet objectif. La couverture vaccinale s'est cependant dégradée dans certains pays. C'est le vaccin antituberculeux qui connaît le taux de couverture le plus élevé (87 % en moyenne au niveau régional) et celui contre le tétanos néonatal qui enregistre le taux le plus bas (53 % en moyenne). La couverture vaccinale moyenne pour la rougeole au niveau régional était de 75 % au début des années 90, puis est tombée à 63 % en 1997 pour remonter à 72 % à la fin des années 90. Les situations d'urgence et les conflits ont largement contribué à ces fluctuations annuelles.

46. Au **Burundi**, la couverture vaccinale est tombée de 86 % en 1990 à 60 % en 2001. Une évaluation du système logistique a permis d'établir les grandes lignes d'un plan national d'approvisionnement en vaccins et autres articles consommables; de concevoir un système de contrôle et une base de données électronique efficaces; de faire l'inventaire du matériel; et de formuler des recommandations pour un plan de remise en état et d'entretien. Le rapport d'évaluation contenait des recommandations concernant le choix et l'utilisation des fournitures; l'adoption d'une politique nationale sur l'élimination des déchets dans des conditions de sécurité; l'acquisition de nouveau matériel frigorifique; le choix des méthodes de transport. Il a conclu qu'un montant de 2,3 millions de dollars était nécessaire pour financer le système logistique devant soutenir le programme élargi de vaccination.

Quatrième domaine prioritaire du plan stratégique à moyen terme : Lutte contre le VIH/sida

47. La région est gravement touchée par l'épidémie de VIH/sida; on comptait 17,6 millions d'adultes et d'enfants séropositifs en 1999, y compris 9,3 millions de femmes en âge de procréer et 700 000 enfants de moins de 15 ans. Huit pays ont signalé une prévalence de moins de 10 % parmi la population adulte, mais au

Botswana, 36 % de la population sont infectés et en Afrique du Sud, 20% (soit 4,1 millions de personnes). Dans sept pays, un cinquième de la population est séropositif. On estime que 8,2 millions d'enfants dans la région sont orphelins, pour la plupart à cause du VIH/sida. La population de la région a, dans l'ensemble, une bonne connaissance des conditions de transmission du virus mais les comportements tardent à évoluer. Une grande partie de la population connaît au moins un moyen de prévenir la transmission du virus de la mère à l'enfant, bien qu'au Burundi et en Somalie, plus de la moitié des femmes n'en connaissent aucun.

48. Une évaluation d'un programme renforcé de prévention de la transmission mère-enfant au Botswana a été réalisée à l'aide d'une enquête transversale sur les méthodes d'alimentation du nourrisson, ainsi que d'une étude des conceptions et de la participation des mères et des agents sanitaires. Parmi les mères séropositives qui avaient choisi de nourrir leur enfant à l'aide de lait maternisé, 89 % n'utilisaient que cette méthode; mais seulement 20 % des mères ayant choisi d'allaiter leur enfant n'utilisaient aucune autre méthode. Un problème résidait dans le fait que les mères étaient insuffisamment conseillées au sujet des effets d'un arrêt soudain de l'allaitement au sein. Les mères qui sevreraient leur enfant connaissaient des problèmes de santé et étaient en butte à la critique. Les agents sanitaires n'étaient pas suffisamment informés sur le VIH, en particulier sur sa transmission, ni suffisamment formés pour donner des conseils. Il est possible que le programme ait eu des retombées négatives, les mères non infectées et non testées dans les zones couvertes par le programme utilisaient beaucoup plus le lait maternisé que celles des autres zones. Certaines recommandations figuraient déjà dans l'évaluation de l'étude pilote de 2000, à savoir améliorer les connaissances du personnel et les compétences en matière de conseils; développer les activités d'IEC à l'intention des mères; renforcer les activités de sensibilisation des collectivités et le soutien qui leur est fourni; améliorer le suivi; et réexaminer les politiques et les protocoles.

49. Au **Mozambique**, une analyse coûts-avantages d'un programme de prévention de la transmission mère-enfant a utilisé la méthode du Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida. Les dépenses ayant fait l'objet de l'examen concernaient les soins aux enfants séropositifs, l'amélioration des services de santé maternelle et infantile, la mise en place de services de conseils et de dépistage volontaire, le traitement à la névirapine et la distribution de lait de substitution. Les coûts afférents à la mise en oeuvre des différents volets du programme dans une ville donnée ont été examinés. Après avoir déduit les dépenses des recettes, le coût net des volets du programme varie de zéro à 156 712 dollars par an, en fonction du scénario retenu. Un tel programme permettrait de sauver environ 140 vies chaque année dans la ville en question. Le scénario le plus coûteux prévoyait d'augmenter l'effectif du personnel de santé et la distribution de lait de substitution. Les auteurs de l'analyse estiment qu'une augmentation de personnel, bien que coûteuse, aurait des avantages supplémentaires non mesurables concernant, notamment, les taux de transmission horizontale du VIH; les soins dispensés aux femmes enceintes; les taux de mortalité liée à la maternité; l'espacement des naissances; et la planification familiale.

Cinquième domaine prioritaire : protection des enfants contre la violence, les sévices, l'exploitation et la discrimination

50. La situation des enfants touchés par les conflits armés ne s'est pas améliorée; on compte en effet, environ 2 millions d'enfants réfugiés et 4 millions d'enfants déplacés dans la région. Les enfants sont recrutés en grand nombre dans la région des Grands Lacs. On dénombre quelque 14 000 enfants soldats au Burundi et 7 000 en Angola. Certains progrès ont cependant été observés dans ce domaine. Au Sud-Soudan, l'UNICEF et ses partenaires de l'Armée et du Mouvement populaires de libération du Soudan et des ONG ont démobilisé 4 164 enfants soldats en 2001. La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant et le Protocole facultatif à la Convention relative aux droits de l'enfant concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés sont entrés en vigueur en février 2002. À ce jour, seul le Kenya a ratifié le Protocole facultatif, bien que sept autres pays l'aient déjà signé. D'autres pays devraient confirmer leur engagement à l'égard de cet instrument important en matière de protection des enfants à l'occasion de la session extraordinaire sur les enfants, qui se tiendra du 8 au 10 mai 2002.

51. L'**Érythrée** a procédé à une évaluation des capacités psychosociales dans les orphelinats à l'aide de discussions de groupe et d'entrevues. La plupart des orphelins interrogés ont dit que les soins qu'ils recevaient contribuaient à leur donner espoir en l'avenir et leur permettaient de poursuivre les objectifs qu'ils s'étaient fixés avec optimisme et confiance. Les orphelinats n'assuraient pratiquement aucun soutien psychosocial, et il n'existait pas de mécanisme formel pour la mise en place des services dans ce domaine.

52. En **Afrique du Sud**, la violence à l'égard des femmes et des filles est répandue dans les communautés et les établissements scolaires mais ni les écoles ni le système judiciaire ne prennent de mesures suffisantes pour remédier à ce problème. Les études de cas réalisées dans huit écoles de quatre districts ont évalué la nature et la dynamique de la violence à l'égard des filles dans les écoles, examiné les mesures prises par les établissements et défini les principaux domaines d'intervention. L'étude portait sur des townships en milieu urbain et rural, où la population est majoritairement noire, ainsi qu'un township à majorité métis, et un quartier naguère peuplé exclusivement de Blancs. La méthode utilisée a consisté à observer les participants et à interroger 304 personnes et groupes. Des données documentaires, comme les règlements des établissements scolaires et leurs codes de conduite, ont été collectées et examinées. L'étude a abouti à l'introduction de modifications dans le programme concernant la promotion des droits des filles en matière d'éducation, la prévention du VIH/sida et la protection des enfants contre la violence, la discrimination et les violences.

53. L'**Ouganda** a entrepris une étude documentaire approfondie sur les orphelins, suivie d'une enquête dans huit districts auprès de 326 ménages comprenant des orphelins et d'une évaluation des besoins en matière de soins. Ces études ont montré que le sida était la première cause de décès des parents. D'importantes ressources sont mises à disposition mais elles ne bénéficient qu'à une faible proportion des ménages concernés. Il a été recommandé d'élaborer des mesures concrètes en faveur des orphelins et d'appliquer les mesures juridiques existantes afin d'assurer l'exercice des droits.

Examen de fin de décennie pour la région de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe

54. L'examen régional de fin de décennie concernant les progrès réalisés comportait un volet sur les enseignements tirés, au cours de la décennie, de la mise en oeuvre des programmes d'action nationaux faisant suite au Sommet mondial pour les enfants, ainsi qu'un volet sur les enquêtes en grappes à indicateurs multiples. Le processus a permis d'établir des liens entre les plans aux niveaux international, national et infranational. Les questions liées au développement de l'enfant ont suscité une prise de conscience auprès des populations de nombreux pays, en particulier dans les pays où le programme national d'action était exécuté avec efficacité et où un contrôle gouvernemental avait été établi.

55. Dans plusieurs pays, notamment en Afrique du Sud et en Ouganda, le programme d'action national demeure un processus national important. La mise en oeuvre de ces programmes semble avoir été plus efficace dans les pays où elle relevait du Cabinet présidentiel. Dans la mesure où les pays d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe progressent en général plus lentement que la moyenne des pays en développement, plusieurs objectifs du Sommet mondial pour les enfants ont été jugés trop ambitieux, bien que l'intégration d'un cadre de suivi dans le processus préparatoire des programmes d'action nationaux ait un effet positif. Les pays de la région ont eu des difficultés à évaluer les dépenses liées au programme et les déficits en ressources. En outre, il est possible que les divers sommets mondiaux qui ont suivi le Sommet mondial pour les enfants aient imposé des fonctions excessives sur les ressources des ministères de la planification et affaibli l'impact des programmes d'action nationaux.

56. Les études réalisées en milieu et en fin de décennie, reposant sur des enquêtes en grappes à indicateurs multiples sur les ménages ont fait appel à la participation des directeurs des bureaux nationaux de statistique de la région, qui ont été réunis dans le cadre de quatre ateliers régionaux au début et vers la fin des processus d'évaluation de milieu et de fin de décennie. Des recommandations ont été formulées à l'occasion de chacun de ces ateliers; il a notamment été proposé d'établir une liste d'indicateurs de fin de décennie (recommandé par les directeurs de la région en 1996 et adopté à l'échelle mondiale par l'UNICEF en 1999); d'utiliser le système statistique pour les sciences sociales au lieu du logiciel du programme élargi de vaccination pour traiter les données (recommandé en 1995 et adopté à l'échelle mondiale par l'UNICEF en 1999); d'utiliser un cadre uniformisé de chiffrage des dépenses pour toutes les études réalisées à travers le monde (cadre-type établi en 1999 et adopté par l'UNICEF à l'échelle mondiale en 2000); et d'archiver comme il convient les données microsociales (recommandé en 1995 et adopté par l'UNICEF à l'échelle mondiale en 1999).

57. L'un des problèmes à signaler est que l'UNICEF partait de l'hypothèse selon laquelle les enquêtes réalisées à l'échelle des pays pouvaient se dérouler sans heurts quels que soient la progression des plans d'enquête nationaux et les retards pris dans la mise à disposition des questionnaires types et des programmes informatiques d'analyse des données.

58. Les mémorandums d'accord conclus avec d'autres institutions concernant la réalisation d'enquêtes en grappes à indicateurs multiples, notamment avec la Commission économique pour l'Afrique et le Fonds des Nations Unies pour la

population, ont été jugés utiles. Une collaboration régionale moins formelle établie entre le processus d'enquête en grappes à indicateurs multiples de l'UNICEF et le processus d'enquête au moyen de questionnaires unifiés des indicateurs de développement de la Banque mondiale, par le biais d'une participation commune aux ateliers de préparation des enquêtes, s'est également révélée utile.

59. Le montant total des dépenses liées aux enquêtes en grappes oscillait entre 70 000 dollars et 1,2 million de dollars, la contribution de l'UNICEF allant de 44 000 à 256 000 dollars. L'UNICEF n'a pas établi de distinction entre les enquêtes réalisées de manière autonome et celles effectuées dans le cadre des enquêtes démographiques et sanitaires, même si les premières couvraient généralement un plus grand nombre d'indicateurs intéressant l'UNICEF.
