



Conseil économique et social

Distr. limitée
6 juillet 2005
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2005

28-30 septembre 2005

Point 5 de l'ordre du jour provisoire*

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

Région de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe

Résumé

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

* E/ICEF/2005/10.



Introduction

1. En 2004, l'UNICEF a exécuté 21 programmes de pays en Afrique de l'Est et en Afrique australe. Huit pays (Afrique du Sud, Érythrée, Éthiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Tanzanie et Zambie) ont procédé à des examens à mi-parcours. En outre, les bureaux de pays ont effectué 163 études, examens et évaluations qui ont porté sur les priorités du plan stratégique à moyen terme 2002-2005 de l'UNICEF. Faute d'espace, seuls les rapports sur les examens à mi-parcours figurent dans le présent document mais leurs résultats se fondent sur des évaluations effectuées dans le cadre du processus d'examen.

Examens à mi-parcours

Érythrée

2. **Introduction.** L'examen à mi-parcours a compris l'étude de documents, des ateliers sectoriels, des réunions avec les parties prenantes et des réunions d'examen conjointes. Y ont participé le Gouvernement, des institutions des Nations Unies, des organisations non gouvernementales (ONG), des donateurs et la société civile. L'équipe de gestion de pays a rencontré le personnel du Bureau régional de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe pour appeler l'attention sur les questions essentielles et formuler des recommandations en vue du rapport final, lesquelles ont été discutées au cours d'une dernière réunion d'examen à mi-parcours présidée par le Gouvernement.

3. **La situation des enfants et des femmes.** En ce qui concerne l'élimination de la misère et de la faim (objectif 1 du Millénaire pour le développement), les données montrent que la malnutrition aiguë a progressé chez les enfants âgés de moins de 15 ans, dont on estime que 50 000 à 75 000 seraient atteints. Les taux d'insuffisance pondérale à la naissance sont passés de 8 à 18 % pendant la période 2001-2003.

4. S'agissant de l'éducation primaire pour tous (objectif 2) et de l'égalité des sexes (objectif 3), les progrès ont été mitigés. Le taux net d'inscription dans l'enseignement primaire a progressé, passant de 30 % pour la période 1993-1995 à 46 % pour la période 2001-2002. Mais il subsiste des différences entre les zones urbaines et rurales et entre les régions. Le taux net d'inscription des filles dans l'enseignement primaire est passé de 30 % en 1994-1995 à 43 % en 2001-2002, mais les disparités entre les sexes se sont accentuées.

5. S'agissant de la mortalité infantile (objectif 4) et de la mortalité maternelle (objectif 5), le taux de mortalité des moins de 5 ans est descendu de 136 à 93 pour 1 000 naissances vivantes entre 1993-1995 et 2001-2003. Pendant la même période, le taux de mortalité infantile a diminué de 72 à 48 pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle a baissé, tombant de 985 pour 100 000 naissances vivantes en 1995 à environ 630 en 2004. Selon l'enquête démographique et sanitaire de 2002, 89 % des filles sont victimes de mutilations génitales féminines.

6. S'agissant de l'objectif 6, combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, le taux de prévalence du VIH/sida chez les adultes est de 2,4 %. Le nombre de cas de paludisme a baissé de façon spectaculaire, grâce aux pulvérisations ciblées et à l'utilisation plus répandue de moustiquaires.

7. La sécheresse a ralenti les progrès vers l'objectif 7, un environnement durable. Seuls 30 % des Érythréens ont accès à des sources d'eau propre. Il n'y a que 3,6 % de la population rurale qui a accès à des installations sanitaires améliorées, contre 60 % de la population urbaine.

8. **Progrès et principaux résultats.** Le but d'ensemble du programme de pays pour 2002-2006 est d'assurer aux enfants érythréens une qualité de vie saine, de leur fournir une éducation de qualité, de lutter contre le VIH/sida et de protéger les enfants et les femmes des violences sexuelles, de l'exploitation et de la violence. La stratégie comprend une approche axée sur les droits de l'homme et la création de capacités communautaires.

9. Le principal objectif du programme de développement du jeune enfant est de faire baisser les taux de mortalité maternelle, infantile et des moins de 5 ans; les progrès réalisés à cet égard ont été signalés plus haut.

10. Le programme « Éducation pour le développement » a contribué à élever le taux net d'inscription dans l'enseignement primaire, qui est passé de 30 % à 46 %. L'accès à l'éducation demeure insuffisant pour les 60 000 personnes qui vivent dans des camps de personnes déplacées.

11. Le programme d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène aide le Gouvernement à améliorer l'accès des communautés vulnérables à une eau potable en quantité suffisante. Depuis 2002, la construction d'installations permanentes a permis à 132 000 personnes de plus d'avoir accès à une eau salubre et environ 65 000 personnes touchées par la sécheresse ont bénéficié de distribution d'eau d'urgence. Mais seuls 1 800 foyers – soit moins de 10 % de l'objectif à mi-parcours – ont été dotés de latrines, et sur les 75 installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement prévues pour les écoles et les centres sanitaires, 5 seulement ont été achevées.

12. Deux projets pour les orphelins et autres enfants vulnérables ont été exécutés dans le cadre du programme relatif à la protection de l'enfant; celui-ci a aidé le Gouvernement à développer des conditions politiques, juridiques et de programmation favorables à la protection et à soumettre le rapport de l'Érythrée au Comité des droits de l'enfant. Plus de 2 700 orphelins de guerre (soit 14 % de l'objectif) ont été réunis à leur famille et plus de 1 100 familles d'accueil (soit 12 % de l'objectif) ont été aidées par les communautés. Aucun progrès n'a été fait pour réunir les enfants qui vivent ou travaillent dans la rue à leur famille ou à des adultes prestataires de soins, non plus que pour développer un système de justice pour mineurs.

13. Le programme de communication au service des droits de l'enfant a donné les résultats suivants : des ateliers de sensibilisation au VIH/sida ont été organisés à l'intention de 60 000 membres des forces de défense érythréennes; un projet pour la prévention de la transmission materno-fœtale (TMF) du VIH a été mis en place; des centres de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique ont été construits; et des politiques de traitement antirétroviral ont été élaborées. La sensibilisation aux dangers des mines a été inscrite aux programmes de l'enseignement primaire.

14. **Ressources utilisées.** Le montant total des dépenses financées par les ressources ordinaires, les autres ressources et la procédure d'appel global s'est élevé à 29 millions de dollars, répartis entre les éléments ci-après selon les pourcentages

indiqués : développement du jeune enfant, 7,9 millions de dollars (27 %) ; éducation pour le développement, 3,4 millions de dollars (12 %) ; approvisionnement en eau, assainissement et hygiène, 11 millions de dollars (38 %) ; protection de l'enfant, 2 millions de dollars (7 %) ; communications, 2,6 millions de dollars (9 %) ; et coûts intersectoriels, 2 millions de dollars (7 %). Les ressources ordinaires ont été versées selon la recommandation du programme de pays. Les autres ressources ont été inférieures aux montants prévus pour les programmes relatifs au développement du jeune enfant, à l'éducation pour le développement et à la protection de l'enfant (62 %, 57 % et 34 %, respectivement). La procédure d'appel global a permis de mobiliser 19,7 millions de dollars.

15. **Progrès : contraintes et possibilités.** Parmi les contraintes, on citera la poursuite du conflit frontalier avec l'Éthiopie ; la persistance d'une sécheresse extrême et l'insécurité alimentaire qui en résulte ; les faibles capacités financières, techniques et administratives des organes gouvernementaux ; l'insuffisance des moyens locaux pour mettre en œuvre la stratégie de renforcement des capacités des collectivités ; et le déficit de financement.

16. Le Programme pour le développement du jeune enfant a été affecté par la persistance de la sécheresse et le déplacement des populations ainsi que par les conséquences de l'insécurité alimentaire sur la nutrition des enfants et des mères. Le manque de personnel a entravé l'exécution du programme pour l'éducation de base. Le programme relatif à la protection de l'enfant a souffert de la nette insuffisance des ressources financières et, selon l'examen à mi-parcours, ses objectifs et ses stratégies manquaient de clarté.

17. **Aménagements.** Le renforcement des capacités de gouvernance deviendra la principale stratégie pour chaque secteur, en s'attachant aux niveaux politique, organisationnel et communautaire. Il faudra en priorité intégrer les programmes et y incorporer les problèmes intersectoriels, ce qui aidera à mieux exécuter la stratégie de renforcement des capacités des collectivités. Les secteurs les plus vulnérables de la population seront privilégiés, tant dans les zones rurales que dans les zones urbaines.

18. Sans qu'il y ait besoin de changements majeurs, la structure du programme de pays a été quelque peu réorganisée. Le Programme pour le développement du jeune enfant a changé de nom pour devenir le « Programme de santé et nutrition », pour mieux indiquer l'élargissement de son orientation, et un projet non financé a été abandonné. Le VIH/sida, qui était précédemment un projet du programme de communication au service des droits de l'enfant, a été confié à une unité distincte, relevant directement du Représentant. L'unité a eu la charge de faire prendre en compte les problèmes liés au VIH/sida et de collaborer avec les organes gouvernementaux, en apportant une assistance technique et un appui à la sensibilisation.

Éthiopie

19. **Introduction.** Le Comité mixte de coordination UNICEF-Gouvernement éthiopien pour l'examen à mi-parcours a organisé un atelier national d'orientation à l'intention des interlocuteurs fédéraux et régionaux. Les groupes de travail du programme et des opérations ont réalisé un examen des documents, des enquêtes par questionnaire, des entretiens avec des informateurs clefs, des visites sur le terrain et des analyses de données. La dernière réunion de l'examen à mi-parcours a réuni

plus de 250 parties prenantes en décembre 2004. Les recommandations formulées par le Comité de coordination de l'examen à mi-parcours y ont été adoptées pour être mises en œuvre par un plan d'action.

20. **La situation des enfants et des femmes.** En ce qui concerne l'objectif 1 du Millénaire pour le développement, l'économie a connu en 2003 un taux de croissance négative du fait de la sécheresse. La malnutrition chronique dans certaines régions et des poussées périodiques des taux de malnutrition aiguë continuent de poser problème.

21. S'agissant des objectifs 2 et 3, le taux net d'inscription dans l'enseignement primaire était de 54 % en 2002-2003 (61 % pour les garçons, 47 % pour les filles), le nombre de garçons inscrits étant supérieur à celui des filles pour chaque âge et dans chaque région. Les données de 2003-2004 montrent que les disparités entre les sexes ont diminué de 21 % à 18 %.

22. S'agissant des objectifs 4, 5 et 6, les données disponibles font apparaître un taux de mortalité infantile de 97 pour 1 000 naissances vivantes et un taux de mortalité des moins de 5 ans de 166 pour 1 000 naissances vivantes. La malnutrition et le VIH/sida sont la cause de 57 % et 11 % des décès d'enfants, respectivement. Le taux de prévalence du VIH/sida était estimé à 13,7 % pour les zones urbaines et à 3,7 % pour les zones rurales.

23. En ce qui concerne la protection, on estime que le sida a fait 1,2 million d'orphelins, et ce nombre devrait atteindre 1,8 million d'ici à 2007. Les pratiques traditionnelles néfastes sont largement répandues, y compris les mutilations génitales féminines et les violences contre les filles et les femmes.

24. **Progrès et principaux résultats.** Le but d'ensemble du programme de pays pour 2002-2006 consiste à soutenir les efforts déployés au niveau national pour assurer la réalisation des droits des enfants à la survie, au développement, à la protection et à la participation. Le programme a mis en œuvre plusieurs stratégies : convergence d'activités sectorielles pour fournir des services axés sur la famille, à base communautaire et soucieux d'égalité entre les sexes; développement des capacités pour contribuer à une planification et une gestion efficaces; responsabilisation des familles et aide aux actions menées par les communautés; convergence entre les activités sectorielles et les programmes; renforcement des partenariats; et campagnes de sensibilisation ciblées pour la mise en place d'un cadre juridique, politique et réglementaire favorable.

25. Le programme pour l'éducation a favorisé la réalisation de l'objectif national, à savoir, élever à 65 % le taux brut d'inscription, réduire les disparités entre les sexes, faire baisser les taux d'abandon scolaire et de redoublement et améliorer la qualité et la pertinence de l'éducation. Des succès importants ont été enregistrés : le taux brut officiel d'inscription se situait à 68,8 %, soit au-delà de l'objectif de 65 % fixé pour la fin du cycle; l'écart entre les sexes a été ramené de 20 % à 18,3 %; et 278 groupements scolaires adaptés aux enfants ont été construits, par rapport aux 500 prévus pour la fin du cycle.

26. Le programme de santé et nutrition a soutenu les efforts nationaux visant à faire baisser les taux de mortalité maternelle, infantile et des moins de 5 ans et à diminuer la malnutrition et l'incapacité chez l'enfant. Le programme a relevé le taux de couverture vaccinale pour le triple vaccin diphtérie/coqueluche/tétanos, qui est passé de 51 % à 61 %, alors que l'objectif fixé pour 2006 se situe à 90 %; les

campagnes d'inoculation de rattrapage contre la rougeole ont atteint 89 % des enfants, par rapport à un objectif de 90 %; et l'élimination de la polio est en passe d'être certifiée. En comparaison de l'objectif de 60 %, 29 % de travailleurs ont reçu une formation à la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

27. Le programme relatif à la protection de l'enfant et de la femme a appuyé des activités conçues pour réduire la vulnérabilité des enfants, qui ont été lancées dans 14 villes. Des ateliers de renforcement des capacités ont étudié des dispositions de la Constitution et du droit national de la famille et ont contribué à élaborer, faire adopter et diffuser le droit régional de la famille et le Code pénal.

28. S'agissant du VIH/sida, l'UNICEF a contribué à mettre au point la politique en faveur de la jeunesse. Des expériences développées dans quatre Points de prévention de la transmission materno-fœtale sont mises en pratique pour améliorer la prestation dans l'ensemble du pays.

29. Le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement a dépassé les objectifs prévus dans le plan d'opérations grâce à la disponibilité de fonds de secours d'urgence. Alors qu'il était prévu de construire 775 nouveaux réseaux d'approvisionnement en eau, il y en a eu 992 de construits et 1 256 réseaux ont été remis en état, alors que l'objectif était fixé à 425. La fourniture d'appareils de forage a été pour le développement des capacités une intervention majeure qui n'était pas prévue dans le plan d'opérations. Plus de 600 000 latrines privées, 14 232 latrines de démonstration, 95 latrines communales et 62 latrines scolaires ont été construites (alors que les objectifs étaient de 137 500, 26 664, 127 et 86, respectivement).

30. **Ressources utilisées.** Le budget approuvé pour la première moitié du programme de pays s'élevait à 65 millions de dollars, dont 35 millions au titre des ressources ordinaires et 30 millions au titre des autres ressources. Le montant total des ressources versées s'est élevé à 82,7 millions de dollars (35 millions de dollars au titre des ressources ordinaires et 47,8 millions de dollars au titre des autres ressources). En outre, des fonds de secours d'urgence ont été mobilisés, pour un montant de 47,4 millions. À la fin de juin 2004, 79 % des ressources ordinaires et 63 % des autres ressources avaient été utilisées, à l'exclusion des fonds de secours. Le montant total des dépenses s'est élevé à 97 millions, répartis entre les éléments ci-après selon les pourcentages indiqués : éducation (9 %) ; alerte rapide et préparation aux catastrophes (4 %) ; protection de la femme et de l'enfant (2 %) ; santé (63 %) ; VIH/sida (4 %) ; élaboration, suivi et évaluation des programmes (1 %) ; et approvisionnement en eau et assainissement (17 %).

31. **Progrès : contraintes et possibilités.** Les contraintes ont été la sollicitation excessive des ressources humaines et le taux élevé de rotation du personnel; l'insuffisance du financement de certains projets dans certaines régions; l'insécurité; et la non-régularisation des avances en espèces au gouvernement.

32. Les contraintes sectorielles comprenaient les faiblesses de la gestion des stocks de vaccins et autres produits de santé ainsi que la faible utilisation des services prénatals. Les barrières culturelles et le faible taux d'alphabétisation continuent de limiter l'impact des activités de prévention, de soins et d'appui concernant le VIH/sida. Les retards de livraison des matériels et fournitures scolaires ont eu des répercussions sur l'exécution des projets. Le financement et l'ampleur des interventions en faveur de la protection de l'enfant sont insuffisants.

33. Parmi les possibilités, on peut citer notamment le nouveau programme national de mobilisation sanitaire qui vise à augmenter l'accès et l'utilisation des services de santé. En outre, l'engagement national à la décentralisation pourrait donner aux communautés rurales plus d'autonomie au niveau de la prise de décisions et du contrôle de leur budget. S'agissant du VIH/sida, la participation d'organisations à base communautaire est prometteuse pour l'élément soins et appui. Un conseil national pour le VIH/sida a été créé, de même qu'un secrétariat et des conseils régionaux pour le sida. L'éducation est une stratégie nationale capitale pour la réduction de la pauvreté et le développement durable, et le gouvernement a créé des conditions favorables pour encourager l'éducation des filles, démarginaliser les femmes, agir en faveur des droits de l'homme et donner accès à des possibilités d'éducation.

34. **Aménagements.** Il faudra appuyer en priorité l'exécution et l'expansion du programme de mobilisation sanitaire pour assurer des soins de santé de base au niveau communautaire. L'UNICEF renforcera ses activités avec les jeunes partenaires pour édifier une réponse efficace à l'intention des orphelins et des enfants vulnérables. Un nouveau partenariat sera établi avec le Ministère de l'agriculture et du développement rural pour faciliter le passage des secours d'urgence au développement.

Lesotho

35. **Introduction.** Un comité directeur et trois groupes de travail ont été créés pour effectuer l'examen à mi-parcours. Le Département chargé de la programmation sectorielle et l'UNICEF ont assuré le secrétariat. Les membres des groupes de travail étaient issus du Gouvernement, d'organisations non gouvernementales, d'institutions nationales et d'autres organismes des Nations Unies.

36. **Situation des enfants et des femmes.** Le Lesotho se situe en troisième position parmi les pays où l'incidence du VIH/sida est la plus élevée, la séroprévalence chez les adultes y étant de 29 %. Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 51 % des filles et 25 % des garçons sont touchés. Près des trois quarts de tous les nouveaux cas d'infection se produisent chez les femmes âgées de 12 à 24 ans.

37. Le taux de mortalité infantile a augmenté, passant de 74 à 81 décès pour 1 000 naissances vivantes entre les années 90 et l'an 2000, et le taux de mortalité des moins de 5 ans est passé de 99 à 113 pour 1 000 naissances vivantes.

38. Les résultats d'enquêtes récentes confirment que les taux de malnutrition protéo-énergétique sont élevés, mais dans l'ensemble, l'état nutritionnel des enfants semble s'améliorer, la proportion d'enfants présentant une insuffisance pondérale étant passée de 18 % en 2000 à 15 % en 2002.

39. En matière de scolarisation et d'alphabétisation, la balance penche en faveur des filles et des femmes. En 2002, le taux de scolarisation dans le primaire était de 82 % pour les garçons et de 88 % pour les filles. En ce qui concerne les personnes âgées de 15 ans et plus, les taux d'alphabétisation sont de 73 % pour les hommes et de 90 % pour les femmes.

40. **Progrès et principaux résultats.** Le programme de pays en cours a pour objectif de contribuer durablement à la réalisation des projets qu'a le pays, en encourageant le respect des droits de l'enfant et de la femme. Pour ce faire, plusieurs stratégies sont appliquées : l'organisation de campagnes de sensibilisation

et la mobilisation sociale, l'accroissement de l'accès à un ensemble intégré de services sociaux de base de qualité et le renforcement des capacités des institutions et des collectivités.

41. Le programme relatif à la qualité de vie des enfants a permis d'étendre la couverture vaccinale, qui est passée de 71 % à 77 %, et, dans cinq districts sur 10, 50 % des dispensateurs de soins dans les centres pour le développement intégré du jeune enfant et 100 % des enseignants ressources ont reçu une formation aux meilleures pratiques en matière de soins. L'UNICEF a aussi aidé la Commission de réforme de la législation du Lesotho à rédiger le projet de loi relatif à la protection et au bien-être de l'enfant, que le Parlement devrait approuver en 2005.

42. Le programme concernant l'éducation pour tous a permis de faire augmenter de 10 % les taux de scolarisation et de persévérance scolaire, essentiellement grâce à un programme d'alimentation scolaire mis en œuvre conjointement par l'UNICEF et le Programme alimentaire mondial (PAM). L'UNICEF a fourni un appui technique et financier pour permettre à 8 000 des 10 000 instituteurs de suivre une formation portant sur la préparation des enfants à la vie active, les questions concernant l'égalité des sexes et le VIH/sida.

43. Dans le cadre du programme relatif au développement des adolescents, l'UNICEF a appuyé les activités visant à renforcer les capacités et l'élaboration de politiques, parmi lesquelles une politique de protection sociale (2003), un projet de politique relative à la santé des adolescents (2003), une politique en faveur de l'égalité des sexes (2002), une politique nationale de la jeunesse (2003), un projet de loi relatif à la protection et au bien-être de l'enfant (2004) et une loi relative aux crimes sexuels (2003). Un chapitre consacré à la jeunesse a aussi été inséré dans le document de stratégie pour la réduction de la pauvreté.

44. Grâce au programme relatif à l'élaboration et à la planification des politiques sociales, le Gouvernement a pu adopter de nouveaux instruments législatifs et en amender certains, promulguer un texte législatif général sur les droits de l'enfant et renforcer la collecte de données en intégrant des domaines couverts par la Convention relative aux droits de l'enfant. Cela a notamment permis d'appuyer l'élaboration du projet de loi relatif à la protection et au bien-être de l'enfant évoqué précédemment et la constitution d'une base de données informatisée sur les orphelins.

45. **Ressources utilisées.** Le budget total, jusqu'au mois d'octobre 2004, était de 11,2 millions de dollars. La valeur des demandes de fourniture de biens ou services s'élevait à 8,3 millions de dollars et les dépenses se chiffraient à 6,8 millions de dollars, réparties entre les programmes ci-après selon les pourcentages indiqués : survie, soins et éveil de l'enfant (28,5 %), éducation pour tous (28,8 %), développement des adolescents (22,6 %), élaboration et planification des politiques sociales (20 %). Les fonds reçus correspondaient aux cibles fixées dans le plan général d'opérations. La procédure d'appel global a permis d'obtenir 1,4 million de dollars supplémentaires.

46. **Progrès : contraintes et possibilités.** Les principales contraintes comprenaient les obstacles d'ordre conceptuel qui ont entravé la mise en œuvre de l'approche du cycle de la vie (du fait du manque de données adéquates pour les groupes d'âges couverts et de l'importance qui continue d'être attachée aux secteurs) ainsi que des méthodes de programmation fondées sur les droits de l'homme; une appréciation

notable de la monnaie locale face au dollar des États-Unis; la non-régularisation des avances octroyées au Gouvernement à l'occasion du lancement du programme de pays. Se sont ajoutés à cela les lacunes des cadres politique et législatif en matière de nutrition et d'enfants handicapés, la pénurie de ressources pour certains projets, le manque de moyens du Gouvernement et la capacité limitée des médias à sensibiliser le grand public à la question des droits.

47. Plus encourageante a été la forte mobilisation du Gouvernement et d'autres partenaires en faveur d'une intervention urgente concernant la prévention du VIH/sida ainsi que des soins et du soutien à apporter aux enfants. Le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement ouvre des possibilités de procéder à une programmation commune. La nouvelle approche et le plan stratégique sectoriels en matière d'éducation permettent de mobiliser des fonds en faveur des objectifs nationaux de développement.

48. **Aménagements.** Le programme de pays privilégiera la prévention de la morbidité et de la mortalité, la promotion du droit qu'ont les enfants à un développement sain, et la protection des enfants et des jeunes face à la crise humanitaire. Le programme de survie, de soins et d'éveil de l'enfant sera étendu de sorte à englober la puériculture et la protection des enfants vulnérables. Le programme d'éducation pour tous s'attaquera aux problèmes qui se posent en matière de protection, notamment les violences d'ordre sexuel, moral et physique.

Malawi

49. **Introduction.** Le Gouvernement, la société civile, les donateurs et les institutions des Nations Unies ont participé à l'examen à mi-parcours. Tous les programmes ont procédé à des études préliminaires et à des tournées d'inspection, deux ont mené des examens approfondis et deux ont entrepris des évaluations thématiques (puériculture et éducation). Les résultats et les recommandations ont été approuvés lors de la réunion officielle de l'examen à mi-parcours.

50. **Situation des enfants et des femmes.** Chez les adultes âgés de 15 à 49 ans, la prévalence du VIH était de 14,4 % en 2003, et d'après les estimations, 900 000 personnes étaient contaminées par le VIH. En ce qui concerne les nouveaux cas d'infection par le VIH, 46 % sont enregistrés chez les jeunes de 15 à 24 ans, dont 60 % chez des filles.

51. Depuis 2000, les taux de mortalité infantile et juvénile sont restés les mêmes, à savoir 104 et 189 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement. On manque d'infirmières (64 %) et de spécialistes (95 %).

52. Entre 2000 et 2003, chez les enfants, le nombre de cas d'hypotrophie nutritionnelle a diminué, passant de 49,5 % à 45,1 %, tout comme celui des cas d'insuffisance pondérale, passé de 25,4 % à 21,9 %, et de dénutrition, passé de 5,5 % à 4,9 %.

53. Le taux de scolarisation dans le primaire est de 81 % et il y a pratiquement égalité entre les garçons et les filles, ces dernières étant toutefois légèrement plus nombreuses à être inscrites que les garçons. La disparité entre les milieux urbain et rural demeure un problème.

54. **Progrès et principaux résultats.** Le programme de pays pour 2002-2006 vise essentiellement à améliorer la situation des enfants et des femmes en garantissant

leurs droits. Les objectifs du programme sont conformes aux priorités nationales, à savoir réduire la pauvreté, enrayer la propagation du VIH/sida et contribuer à l'amélioration de la gouvernance et du respect des droits de l'homme. Les stratégies mises en œuvre englobent des campagnes de sensibilisation en faveur de l'élaboration de politiques et la mobilisation sociale, le renforcement des capacités des collectivités, la prestation de services, le renforcement des partenariats ainsi que la préparation aux situations d'urgence et l'intervention.

55. Le programme de santé a permis d'obtenir les résultats ci-après : la couverture vaccinale a atteint 80 % (cible : 90 %); environ 37 % des enfants de moins de 5 ans et 33 % des femmes enceintes dorment sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide, l'objectif étant de parvenir à 60 %; la couverture des services offerts au titre de la prévention de la transmission materno-fœtale a été étendue, puisque l'on est passé d'un site pilote en 2001 à 36, dont 30 soutenus par l'UNICEF; la proportion des jeunes ayant accès à des services de santé en matière de sexualité et de procréation est passée de 11 % en 2001 à 56 % en 2004 dans les zones cibles (l'objectif étant d'atteindre 80 %).

56. Grâce au programme relatif aux soins et au soutien à offrir aux jeunes enfants, aux orphelins et aux familles touchés par le VIH/sida, plusieurs résultats déterminants ont été obtenus : a) dans 11 des 28 districts du pays, environ 2 millions de personnes ont été informées des 17 pratiques de soins essentielles; b) en 2004, une politique nationale concernant les orphelins et les enfants vulnérables a été lancée et un processus d'évaluation, d'analyse et de planification rapides a été mis en œuvre; c) l'UNICEF a formé plus de 1 000 dispensateurs de soins aux méthodes de soins et de soutien proposées par les collectivités et, en collaboration avec le PAM, il a assuré l'alimentation de plus de 20 000 enfants.

57. Le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement a permis de beaucoup progresser dans certains domaines. Ainsi, 1 087 points d'eau ont été assainis et réparés et 1 067 ménages bénéficient de meilleures conditions d'assainissement, 1 065 latrines à aération améliorée et 63 nouveaux points d'eau ont été installés dans des écoles, ce qui correspond à 65 % des objectifs fixés, et l'UNICEF a soutenu l'élaboration d'une politique nationale d'assainissement.

58. Le programme relatif à l'éducation de base a notamment permis d'obtenir les résultats ci-après : dans les deux premiers niveaux d'enseignement, on est parvenu à la parité entre garçons et filles en matière de scolarisation, les taux de persévérance et de réussite scolaires dans les écoles cibles se sont améliorés, et des matériaux de préparation à la vie active ont été mis au point puis distribués à 2,3 millions d'enfants, sur les 3,2 millions d'enfants scolarisés dans le primaire.

59. Le programme de politique sociale, de sensibilisation et de communication a permis : a) d'appuyer l'examen des lois conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant et à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et de créer des comités de surveillance des droits de l'enfant dans neuf districts; b) de distribuer aux décideurs et aux dirigeants influents des documents d'information visant à les sensibiliser à ces droits; c) de soutenir la mise au point et le lancement d'un code de conduite national concernant le travail des enfants.

60. L'aide humanitaire est intégrée dans tous les programmes. La collaboration stratégique avec les institutions des Nations Unies et d'autres partenaires a

contribué à réduire le nombre de cas de choléra, qui est tombé de 33 150 en 2001-2002 à 3 040 en 2003 (soit un recul de 90 %), et à faire diminuer le nombre de décès, tombé de 981 à 58, le taux de létalité étant de 1,9 %. Une autre réalisation a été la réduction des cas de malnutrition aiguë. En effet, d'après des enquêtes sur la nutrition menées en 2002 par Save the Children UK et Oxfam, la malnutrition aiguë avait atteint le taux très inquiétant de 19 %. Selon une enquête de l'UNICEF, ce taux était tombé à 6 % en 2003. La redynamisation et la remise à niveau de 60 unités de réadaptation nutritionnelle ont contribué à réduire le taux de mortalité, qui est tombé d'une moyenne de 30 % à 40 % en 2002 à entre 16 % et 17 % en 2003.

61. **Ressources utilisées.** Les ressources ordinaires approuvées pour la période 2002-2006 s'élevaient à 23,7 millions de dollars, dont 13 millions étaient affectés et 11,8 millions étaient consacrés aux domaines suivants selon les pourcentages indiqués : santé (23 %); développement du jeune enfant et enfants victimes du VIH/sida (15 %); éducation de base (13 %); politique sociale, sensibilisation et communication (14 %); approvisionnement en eau et assainissement (5 %). Les autres ressources approuvées s'élevaient à 35 millions de dollars, montant qui a été porté à 52 millions de dollars et consacré aux domaines suivants : santé (47 %); développement du jeune enfant (17 %); éducation (15 %); politique sociale, sensibilisation et communication (2,8 %); approvisionnement en eau et assainissement (14,5 %). La procédure d'appel global a permis d'obtenir 10 millions de dollars supplémentaires.

62. **Progrès : contraintes et possibilités.** Du fait de la généralisation de la pauvreté et de la faiblesse des structures de gouvernance, les ressources ont été inadéquates et les capacités institutionnelles et humaines limitées. La grave pénurie de personnel qualifié, en particulier dans les secteurs de la santé et de l'éducation, certaines coutumes solidement ancrées et une résistance au changement ont continué de faire obstacle à la réalisation des droits de l'enfant et de la femme. En outre, le Malawi ne dispose pas d'une stratégie globale ni d'un cadre juridique pour coordonner et appuyer les efforts déployés en faveur de la protection de l'enfance.

63. L'application d'une approche sectorielle vis-à-vis des principales utilisations du financement du développement et l'augmentation des ressources consacrées au VIH/sida donnent la possibilité d'améliorer l'efficacité et d'étendre la portée des activités. Dans l'ensemble, le processus de décentralisation en cours offre l'occasion de promouvoir l'approche de la programmation axée sur les droits de l'homme et d'accroître la participation.

64. **Aménagements.** Le programme offrira davantage de soutien afin de multiplier les projets de lutte contre le VIH/sida et de s'améliorer, en particulier en ce qui concerne les orphelins et les enfants vulnérables, les services de dépistage volontaire et d'accompagnement psychologique, l'initiative pour la prévention de la transmission materno-fœtale « plus » et la prévention chez les jeunes. Le programme relatif à la puériculture sera mis en œuvre sous la forme d'une stratégie globale, et non d'un programme distinct. On renforcera les liens avec les mécanismes nationaux de planification, en les faisant davantage intervenir dans la stratégie pour la réduction de la pauvreté, les réformes sectorielles et la décentralisation. Les objectifs du programme de pays seront reformulés selon une hiérarchie des résultats.

Mozambique

65. **Introduction.** L'examen à mi-parcours a été mené par un comité directeur coprésidé par le Ministère des affaires étrangères et de la coopération, avec l'appui de quatre groupes de travail sectoriels et d'un groupe de travail de référence intersectoriel (VIH/urgences). Le Gouvernement, les principaux donateurs bilatéraux, l'Organisation des Nations Unies, des partenaires appartenant à des organisations non gouvernementales ou à des organisations communautaires et des jeunes ont participé à ces groupes de travail dans le cadre de discussions menées au sein de groupes de réflexion. Tous étaient représentés lors de la réunion d'examen à mi-parcours, en octobre 2004.

66. **Situation des enfants et des femmes.** La proportion de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté est tombée de 69 % en 1997 à 54 % en 2003. La croissance économique était de 7,1 % en 2003 et elle devrait se situer entre 7 % et 8 % chaque année jusqu'en 2006.

67. Le taux de mortalité des moins de cinq ans a diminué de 18 %, passant de 219 à 178 pour 1 000 naissances vivantes entre 1997 et 2003. Pendant la même période, le taux de mortalité infantile a baissé de 15 %, passant de 147 à 124 pour 1 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité maternelle a chuté à 408 pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de couverture de la vaccination contre la rougeole chez les enfants de un an est passé de 58 % à 77 % entre 1997 et 2003, et le taux de couverture vaccinale pour les trois doses du vaccin antipoliomyélitique est passé de 55 % à 70 %.

68. Entre 1997 et 2003, les taux d'inscription brut et net sont passés respectivement de 75 % à 113 % et de 44 % à 69 %. Le nombre d'écoles primaires a augmenté, passant de 6 114 en 1998 à 8 077 en 2003. Entre 1997 et 2003, les taux d'inscription brut et net pour les filles sont passés respectivement de 62 % à 102 % et de 49 % à 66 %.

69. Les taux de malnutrition chronique sont très élevés, un taux d'hypotrophie nutritionnelle de 41 % ayant été enregistré en 2003 chez les enfants âgés de 6 à 59 mois. L'état nutritionnel des enfants ne s'est pas amélioré entre 2001 et 2003. Les répercussions de la sécheresse associées à celles du VIH/sida ont engendré une crise humanitaire persistante.

70. Le taux de prévalence du VIH/sida chez les personnes âgées de 15 à 49 ans a augmenté, passant de 8,2 % en 1998 à environ 14,9 % en 2004. Seuls 2 % environ des malades ont accès à un traitement antirétroviral. En 2004, on dénombrait 825 000 orphelins de mère dans le pays, dont 28 % à peu près étaient orphelins du sida.

71. **Progrès et principaux résultats.** Le programme de pays a pour objectif global d'appuyer et de renforcer l'engagement pris par le Mozambique et ses capacités à promouvoir, protéger et respecter les droits de l'enfant et de la femme.

72. Le programme d'éducation de base a permis d'obtenir les résultats ci-après : l'élaboration et la mise en œuvre d'un cadre d'action stratégique relatif au VIH/sida, d'une stratégie relative à l'égalité entre les sexes, d'une stratégie de formation des enseignants et d'un nouveau programme d'enseignement primaire répondant aux besoins des enfants et des filles; l'octroi d'un appui au Gouvernement pour assurer la formation de 5 697 enseignants, 1 367 directeurs d'école et 3 532 membres de

conseils scolaires; l'apport d'un soutien au Ministère de la jeunesse et des sports pour la mise en œuvre du programme « Mon avenir, c'est mon choix », qui vise à préparer les enfants non scolarisés à la vie active en se fondant sur le principe de l'éducation mutuelle.

73. Dans les domaines de la nutrition et de la santé, on a élaboré des cadres politique et stratégique concernant la santé maternelle et infantile et la nutrition, la prévention de la transmission materno-fœtale, la participation des collectivités, le paludisme et la santé des adolescents en matière de sexualité et de procréation, ainsi qu'un plan stratégique concernant les infections sexuellement transmises et le VIH/sida. Quelque 500 000 moustiquaires imprégnées d'insecticide ont été distribuées à des enfants vulnérables et à des femmes enceintes dans 33 districts, et l'état nutritionnel de 200 000 enfants vulnérables et femmes enceintes ou allaitantes a pu être amélioré grâce à la mise en œuvre par le PAM d'un programme d'alimentation d'appoint dans 19 districts touchés par la sécheresse.

74. En matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, des directives nationales ont été élaborées, puis diffusées auprès de 300 responsables de l'administration. L'accès à de l'eau potable a été assuré à 414 000 personnes et des services d'assainissement ont été mis à la disposition de 404 300 personnes vivant dans des collectivités périurbaines et rurales, ce qui a permis d'atteindre des taux de couverture de 36 % et de 45 % pour l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement respectivement (en 2003), ainsi que de réduire l'incidence des maladies diarrhéiques chez les enfants.

75. Le programme de protection spéciale a permis d'améliorer aux échelons national et provincial le cadre juridique et politique concernant les enfants. Un soutien a été offert au Ministère de la justice pour qu'il puisse examiner les lois mozambicaines concernant les enfants et veiller à ce que la législation soit conforme à la Convention relative aux droits de l'enfant.

76. Grâce au programme concernant la politique sociale, la sensibilisation et la communication, neuf sessions du Parlement des enfants ont été organisées, huit à l'échelon provincial et une à l'échelon national. De plus, une stratégie nationale de communication visant à lutter contre le VIH/sida a été élaborée.

77. **Ressources utilisées.** Sur le budget de 51,8 millions de dollars approuvé pour la période 2002-2004, 55,1 millions de dollars ont été affectés. Le compte budgétaire comprenait des fonds reportés des années précédentes, mobilisés grâce aux efforts déployés pour lever des fonds dans le cadre du processus lié aux autres ressources et de deux procédures d'appel global. En ce qui concerne les ressources ordinaires affectées, 95 % ont été utilisés dans les domaines suivants selon les pourcentages indiqués : nutrition et santé (37 %); éducation de base (18 %); approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène (18 %); protection spéciale (10 %); action intersectorielle (10 %); politique sociale, sensibilisation et communication (6 %). En outre, 40 des dépenses totales ont été utilisés pour lutter contre le VIH/sida.

78. **Progrès : contraintes et possibilités.** La réalisation des droits s'est heurtée à plusieurs obstacles, notamment le taux élevé d'analphabétisme et l'accès limité à l'information. De plus, le renforcement des capacités du personnel dans les domaines de la santé et de l'éducation n'a pas suivi le rythme de l'expansion des services; le nombre d'habitants desservis par membre du personnel soignant a

augmenté, passant de 1 592 à 2 213; la proportion d'enseignants non qualifiés est passée de 30 % à 42 %. Malgré la décentralisation politique, la répartition des ressources financières reste centralisée, ce qui limite considérablement la capacité de gestion financière à l'échelon infranational.

79. En ce qui concerne le VIH/sida, on est en train de renforcer les institutions et la capacité de gestion. En outre, des objectifs et des priorités communs ont récemment été formulés, ce qui renforce la coordination intersectorielle. La mise en place d'un mécanisme de coordination pour les orphelins et les enfants vulnérables offre la possibilité d'accroître l'aide offerte. Dans l'ensemble, le cadre de protection juridique renforcé améliorera la réalisation des droits de l'enfant et de la femme.

80. **Aménagements.** Dans tous les programmes, les objectifs des projets ont été transformés en résultats attendus, et des indicateurs supplémentaires et pertinents ont été définis pour le suivi des projets.

Afrique du Sud

81. **Introduction.** L'examen conjoint à mi-parcours du programme a été assuré en mai 2004 par le Bureau des droits de l'enfant qui est au sein de la présidence. Les différents ministères et les trois provinces visées par le programme ont procédé à des examens. La collaboration de l'UNICEF avec le gouvernement et la société civile a fait l'objet d'un examen à part, car l'examen réalisé par le Bureau des droits de l'enfant n'en tenait pas compte. La dernière réunion d'examen à mi-parcours s'est faite sous la direction du Bureau des droits de l'enfant.

82. **La situation des enfants et des femmes.** On estime officiellement à 45 pour 1 000 naissances vivantes le taux de mortalité infantile. Selon une étude réalisée en 2003, on estime qu'en 2000, la mortalité infantile avait atteint 60 pour 1 000 naissances vivantes. Le sida est la principale cause de décès des enfants de moins de 5 ans.

83. En 2003, on estimait le taux de prévalence du VIH chez les femmes enceintes à 27,9 %. Une étude réalisée en 2002 a révélé que 13 % des enfants de 2 à 14 ans ont perdu un de leurs parents, voire les deux, et que 3 % des ménages sont dirigés par des enfants âgés de 12 à 18 ans.

84. Selon le Ministère de la santé, le taux de vaccination des enfants de moins d'un an est passé de 63,4 % en 1998 à 78 % en juin 2004.

85. Le taux de scolarisation est de 97,4 % mais le coût prohibitif des transports, des redevances scolaires et des uniformes scolaires ainsi que l'accomplissement des corvées ménagères dont on charge les enfants entravent l'accès à l'école et la poursuite des études. La discrimination fondée sur le sexe, le harcèlement sexuel et le VIH/sida continuent de menacer tout particulièrement l'éducation des filles.

86. L'enregistrement des naissances donne accès à une allocation pour enfant à charge et à d'autres services sociaux mais le taux d'enregistrement des naissances n'est que de 51 % et il est encore plus faible dans les zones rurales.

87. **Progrès et principaux résultats.** Dans le programme de pays de 2002-2006 figuraient les services sociaux de base, la prévention et la prise en charge du VIH/sida, la communication et la participation communautaire ainsi que la politique sociale et la gouvernance locale. Le programme de pays a pour objectif global de contribuer à la réalisation des droits de l'enfant et de la femme, d'appuyer l'action

nationale visant à réduire l'ampleur et l'impact du VIH/sida et d'aider les responsables et les bénéficiaires dans le processus d'apprentissage et l'application des connaissances, en vue de la réalisation des droits de la femme et de l'enfant.

88. La Stratégie sud-africaine de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant prend en compte les soins à donner aux enfants contaminés par le VIH/sida ou nés de mères séropositives, y compris la prévention de la transmission materno-fœtale (TMF) du VIH et la thérapie antirétrovirale. Quarante-neuf districts sur 53 appliquent la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, 6 600 prestataires de soins de santé ont reçu une formation s'y rapportant, et 4 écoles de médecine sur 8 et 12 écoles d'infirmières sur 30 l'ont inscrite dans leur programme d'études.

89. Afin de lutter contre la contamination par le VIH, on a institué dans l'ensemble du pays la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH dans 3 000 établissements, dont 204 hôpitaux publics et 1 055 cliniques. Un module portant sur les soins à donner aux enfants présentant des symptômes liés à l'infection par le VIH a été conçu et mis en application. Un examen approfondi du Plan national intégré à l'intention des enfants et des jeunes gens contaminés ou touchés par le VIH/sida a été réalisé et identifie les lacunes dans la fourniture de services et les défis à relever.

90. L'UNICEF a fermement soutenu l'enrichissement obligatoire du maïs et de la farine de blé au moyen de huit vitamines essentielles.

91. Le mouvement en faveur de l'éducation des filles a démarré en 2003. L'initiative visant à inculquer des compétences pratiques en traitant de la prévention de la violence et du VIH dans les établissements scolaires a débuté en 2004 avec l'appui de l'UNICEF dans une cinquantaine d'écoles situées dans chacune des trois provinces visées par le programme.

92. Le nombre de tribunaux connaissant des infractions sexuelles est passé de 19 à 50. Vingt d'entre eux sont des tribunaux adaptés aux enfants qui bénéficient de l'appui de l'UNICEF. L'UNICEF a appuyé la formation de législateurs, de procureurs, de policiers, d'infirmières, de travailleurs sociaux et d'enseignants dans les neuf provinces que compte le pays en partenariat avec les procureurs nationaux afin d'améliorer l'appui, l'aide psychologique et les soins médicaux offerts aux victimes de viol ainsi que l'enquête sur le viol, la déclaration de viol et la répression du viol. Des lieux d'accueil ont été mis en place pour les victimes de viol et il conviendra d'intensifier cette pratique.

93. L'UNICEF a apporté son appui à la mise au point d'une stratégie d'enregistrement des naissances qui inclura un enregistrement en ligne dans les hôpitaux.

94. L'UNICEF a apporté son appui à la mise au point d'une stratégie, de matériels et méthodes pédagogiques devant permettre d'offrir un soutien global aux orphelins et enfants vulnérables au sein des ménages et des communautés et accorde une attention particulière au groupe d'âge de 0 à 3 ans. L'UNICEF a également appuyé la mise en place d'un cadre national d'action et de coordination et d'un plan directeur national pour faire face au problème des orphelins et enfants vulnérables.

95. L'UNICEF a apporté son appui technique et sa contribution à la mise au point d'une stratégie nationale sur la maltraitance et l'abandon des enfants et à la présentation d'un projet de loi concernant les enfants.

96. **Ressources utilisées.** Le budget de 2002-2004 était de 14,8 millions de dollars, dont 2,7 millions constituaient des ressources ordinaires. Les crédits alloués aux services sociaux de base et à la communication et la participation communautaire ont été plus faibles que prévu (70 % et 47 % respectivement). Les crédits alloués pour le VIH/sida ont représenté 174 % des autres ressources prévues. Les dépenses se sont élevées à 11,1 millions de dollars, alors que le montant autorisé était de 14,5 millions de dollars, et elles sont allées aux programmes suivants dans les pourcentages indiqués : services sociaux de base, 4,4 millions de dollars (40 %); prévention et prise en charge du VIH/sida, 3,6 millions de dollars (33 %); communication et participation communautaire, 900 000 dollars (8 %); politique sociale et réglementation locale, 1,3 million de dollars (11 %); dépenses intersectorielles, 900 000 dollars (8 %).

97. **Progrès : contraintes et possibilités.** On a constaté plusieurs contraintes, dont le fait que les échanges qui existent entre l'UNICEF et les trois provinces visées par le programme ne sont pas strictement codifiés et souffrent d'un manque de coordination; le fait que les représentants du Bureau des droits de l'enfant dans les provinces manquent d'informations ou ne sont pas consultés comme il le faudrait en ce qui concerne les activités qu'appuie l'UNICEF; le fait que les pouvoirs publics n'ont toujours pas signé le plan général d'opérations parce qu'ils n'apprécient apparemment pas les déclarations qui ont été faites sur le VIH/sida; et le fait qu'il y a un renouvellement rapide du personnel aussi bien à l'UNICEF qu'au Bureau des droits de l'enfant.

98. La Constitution et le cadre législatif de l'Afrique du Sud prévoient la réalisation progressive des droits de l'enfant. Il existe une possibilité d'accès aux ressources du secteur privé sud-africain mais il faudrait sans doute pour cela revoir l'Accord de base de coopération avec le gouvernement.

99. **Aménagements.** Il faut que le programme de pays abandonne progressivement son soutien à l'action des pouvoirs publics et traduise concrètement les politiques, programmes et lois. Il faut que le Bureau des droits de l'enfant et les coordonnateurs des provinces participent davantage à la planification et au suivi des programmes qu'appuie l'UNICEF. Le nouveau Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement fera une plus grande place à la programmation commune des Nations Unies. Un nouveau programme, consacré aux orphelins et autres enfants vulnérables ainsi qu'au développement du jeune enfant sera mis en place. Il convient de redéfinir les résultats des programmes et des projets afin qu'ils rendent compte des modifications de la structure des programmes et qu'ils soient précis et mesurables.

Tanzanie

100. **Introduction.** Le processus d'examen à mi-parcours a débuté en février 2004 et a fait appel à la participation de divers partenaires aux niveaux central et local, dont des jeunes gens. Dans le cadre de ce processus, les six programmes individuels ont été examinés ainsi que 12 études externes mettant l'accent sur divers aspects de la programmation fondée sur les droits de l'homme. Les résultats de ce processus ont été examinés au cours d'une réunion de deux jours.

101. **La situation des enfants et des femmes.** La croissance du produit intérieur brut devrait rester stable à 6 % en 2005-2006. Toutefois, le taux global de pauvreté n'a que légèrement reculé au cours des 10 dernières années et dans les zones rurales,

la pauvreté reste généralisée. La version définitive du deuxième document de stratégie pour la réduction de la pauvreté, connu sous son acronyme swahili, MKUKUTA, a été établie en mars 2005.

102. Les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans et de mortalité infantile sont respectivement de 162 pour 1 000 naissances vivantes et de 99 pour 1 000 naissances vivantes. La couverture vaccinale est supérieure à 90 % pour la plupart des antigènes ainsi que la couverture en vitamine A et la consommation de sel iodé par les ménages.

103. Les taux brut et net de scolarisation ont augmenté d'environ 30 % depuis 2000 et dépassent l'objectif fixé en 2003 dans le cadre de la stratégie de réduction de la pauvreté. En 2004, le taux net de scolarisation atteignait 89 %. Toutefois, le taux de scolarisation dans le secondaire reste très faible.

104. Des données récentes font apparaître un taux de prévalence du VIH de 7 % (7,7 % pour les femmes; 6,3 % pour les hommes), les taux les plus élevés apparaissant parmi les femmes de 30 à 34 ans et les hommes de 40 à 44 ans. Environ 10 % des enfants ont perdu un de leurs parents, voire les deux, à cause du sida. Ceci signifie que près de 2 millions d'enfants sont orphelins – nombre qui devrait augmenter rapidement au cours des cinq prochaines années. Pour ce qui est de la protection du droit des enfants, on estime à 40 % le taux d'activité économique des enfants, un grand nombre d'entre eux accomplissant les pires formes de travail.

105. La Tanzanie continue d'être le pays d'Afrique qui accueille le plus grand nombre de réfugiés. À la fin de l'année 2004, il y avait 408 301 réfugiés vivant dans les camps de Tanzanie occidentale.

106. Les efforts déployés par le gouvernement afin de mettre en œuvre la stratégie de réduction de la pauvreté de Zanzibar ont subi les conséquences de la pauvreté des ménages et des chocs exogènes soutenus par l'économie.

107. **Progrès et principaux résultats.** En suivant dans sa programmation une approche axée sur les droits individuels, le programme de pays appuie la réalisation des droits de tous les enfants, en particulier des enfants défavorisés et difficiles à atteindre. Le pays s'était donné pour objectif de réduire les indicateurs suivants d'ici à 2003 (par rapport aux niveaux de 2000, sauf indication contraire) : faire baisser le taux de mortalité infantile de 99 à 85 pour 1 000 naissances vivantes; le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 158 à 127 pour 1 000 naissances vivantes; le taux de mortalité maternelle de 529 à 450 pour 100 000 naissances vivantes; le nombre de nouveaux cas d'infections à VIH de 25 %; ramener le taux de prévalence de l'hypotrophie nutritionnelle chez les enfants de moins de 5 ans de 43 % (1999) à 20 % et le taux de dénutrition de 7 % à 2 %. Le programme a eu pour objectif de faire passer le taux brut de scolarisation de 77 % à 85 % et le taux net de scolarisation de 57 % à 70 %.

108. Les objectifs de 2003 en matière de mortalité infantile et juvénile sont encore loin d'être atteints et on ne dispose pas de données en ce qui concerne la mortalité maternelle. L'usage de moustiquaires imprégnées d'insecticide est passé de 10 à 63 % dans deux districts, dépassant ainsi l'objectif de 60 % fixé par le plan général d'opérations.

109. Les taux brut et net de scolarisation ont dépassé les objectifs fixés, atteignant 89 % et 81 % respectivement.

110. Les pressions intenses exercées par l'UNICEF devraient permettre au programme de recensement des enfants les plus vulnérables et d'appui en leur faveur de faire partie intégrante du plan national de protection sociale à l'intention des enfants les plus vulnérables.

111. **Ressources utilisées.** Le budget de 2002-2004 s'élevait à 88,8 millions de dollars, dont 22,8 millions de ressources ordinaires. Les ressources ordinaires reçues (25,1 millions de dollars) ont été supérieures aux niveaux prévus (22 millions de dollars.) Les autres ressources reçues se sont chiffrées à 25,1 millions de dollars, contre un niveau prévu de 66 millions de dollars. Les dépenses ont porté sur les domaines suivants, selon les pourcentages indiqués ci-après : analyse, suivi, communication et sensibilisation, 2,3 millions de dollars (4,8 %) ; décentralisation et développement des ressources locales, 5,1 millions de dollars (10,4 %) ; éducation de base et connaissances pratiques pour les adolescents, 11,1 millions de dollars (22,7 %) ; développement du jeune enfant, 12,9 millions de dollars (26,5 %) ; préparation et réaction aux situations d'urgence, 9,9 millions de dollars (20,3 %) ; programme en faveur de Zanzibar, 3 millions de dollars (6,2 %) ; et dépenses intersectorielles, 4,4 millions de dollars (9,1 %).

112. **Progrès : contraintes et possibilités.** Parmi les principales contraintes on a relevé a) l'absence d'une stratégie nationale tendant à atténuer la vulnérabilité – ce qui limite la portée d'une réponse coordonnée, et b) le manque de financement pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et l'éducation. Les ressources limitées dont dispose l'UNICEF ont été trop dispersées pour avoir un impact suffisant.

113. L'examen à mi-parcours a permis de dégager plusieurs contraintes sectorielles. Ainsi, il s'est avéré difficile d'atteindre les plus vulnérables et de faciliter la participation en l'absence de structures administratives; le programme conçu à l'intention des enfants les plus vulnérables ne met pas l'accent sur les besoins spécifiques des enfants de moins de 8 ans; les taux d'abandon scolaire dans l'enseignement primaire restent élevés et il faut un enseignement de base et un enseignement postprimaire adaptés pour les adolescents; la situation des réfugiés ne s'est pas sensiblement modifiée; les responsables des communautés de Zanzibar ne se sont pas encore faits à l'idée que les enfants ont des droits et les services de santé sont de qualité médiocre en raison de l'absence de mécanismes de supervision.

114. Plusieurs possibilités existent : MKUKUTA a pour stratégie d'axer les efforts sur les personnes les plus vulnérables. Par ailleurs si l'on met en place des ministères d'exécution comme le prévoit la stratégie actuelle de réduction de la pauvreté, il sera peut-être possible de promouvoir une programmation intégrée; il existe une volonté politique de haut niveau tendant à l'instauration d'un cadre national de protection sociale à l'intention des enfants les plus vulnérables ainsi qu'à la mise en œuvre d'un plan à l'intention des orphelins et des enfants vulnérables. De son côté, la participation des jeunes est en hausse.

115. **Aménagements.** Le Bureau de l'UNICEF en République-Unie de Tanzanie doit être à l'avant-garde des réformes de l'ONU et passer d'une approche reposant sur les projets à l'adoption d'un programme pleinement intégré à l'administration. Un examen des buts et objectifs permettra de mieux définir la manière dont le programme contribuera à la réalisation des buts et objectifs nationaux. Le soutien de l'UNICEF se concentrera à l'avenir sur le renforcement des processus nationaux afin d'identifier les enfants difficiles à atteindre et de leur venir en aide; il

s'intéressera également aux mécanismes permettant de prévenir la vulnérabilité. L'UNICEF mènera son action dans un nombre réduit de districts afin d'en renforcer l'impact. Le développement des ressources locales et la préparation et la réaction aux situations d'urgence seront généralisés. Le bureau de Dar es-Salaam assumera la responsabilité des fonctions opérationnelles du bureau auxiliaire.

Zambie

116. **Introduction.** Le processus d'examen à mi-parcours a débuté en juin 2004 et a comporté notamment des réunions d'examen de juin à octobre avec les interlocuteurs ainsi qu'une réunion à laquelle ont participé les principales parties prenantes.

117. **La situation des enfants et des femmes.** Selon les données de 2003, 67 % des Zambiens vivaient en dessous du seuil national de pauvreté. L'inégalité des revenus s'est maintenue malgré l'amélioration des conditions macroéconomiques et la réduction globale des niveaux de pauvreté.

118. Les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de 5 ans restent très élevés, à 95 et 168 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement. Le taux de mortalité maternelle était de 729 pour 100 000 naissances vivantes en 2002.

119. La malnutrition des enfants s'est aggravée. Le pourcentage d'enfants souffrant d'insuffisance pondérale est passé de 25 % à 28 % entre 1992 et 2002. En 2002, 47 % des enfants de moins de 5 ans n'avaient pas la taille correspondant à leur âge.

120. Le taux de prévalence du VIH chez les adultes de 15 à 49 ans était de 15,6 % selon l'enquête sur la démographie et la santé réalisée en Zambie en 2001-2002.

121. Le taux net de scolarisation des filles dans le primaire est passé de 75,3 % en 2001 à 84,7 % en 2004 et celui des garçons de 77,8 % à 85,7 %. L'écart entre les taux de scolarisation des garçons et des filles dans le primaire a été ramené de 2,5 % en 2001 à 1 % en 2004.

122. **Progrès et principaux résultats.** Le programme de pays de la Zambie a pour objectif de renforcer les aptitudes du pays à s'acquitter de ses obligations en ce qui concerne la survie, le développement et le bien-être des enfants et des femmes dans le cadre de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Le programme de pays s'appuie sur des stratégies interdépendantes, à savoir : appui au renforcement de l'accès des citoyens à des services sociaux de qualité; développement des capacités des responsables et promotion des droits de la femme et de l'enfant.

123. Grâce au programme d'accès aux soins de santé primaire et de nutrition les résultats suivants ont pu être obtenus : la couverture vaccinale nationale s'élève à 80 % pour tous les antigènes; aucun cas de poliomyélite n'a été signalé depuis 2002 et le nombre de cas de rougeole est tombé de 30 000 en 2001 à 15 à la suite de la campagne de 2003 qui a joint la vaccination à la fourniture de suppléments de vitamine A, de vermifuges ainsi qu'à la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Par ailleurs, des services adaptés aux jeunes sont désormais disponibles dans tous les districts. L'accès des femmes enceintes à des services de prévention de la transmission materno-fœtale du VIH reste limité mais le nombre de centres de soins dispensant ces services est passé de 12 en 2002 à plus de 90.

124. Dans le domaine de l'éducation, le pourcentage d'élèves qui sont parvenus à un niveau minimum en matière d'apprentissage de l'anglais est passé de 23,1 % en 1999 à 36,7 % en 2003. En matière d'acquisition de connaissances mathématiques, il est passé de 26,5 % en 1999 à 38,8 % en 2003. Le nombre d'enfants non scolarisés a reculé de 30 % entre 2000 et 2003. Entre 2001 et 2004, le taux net de scolarisation des filles est passé de 69,3 % à 84,7 % et celui des garçons de 71,5 % à 85,7 %.

125. En ce qui concerne l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'enseignement de l'hygiène, le pourcentage de la population ayant accès à l'eau potable est passé de 46 % à 74 % entre 2001 et 2003 et celui de la population ayant accès à des services d'assainissement est passé de 33 % à 64 %. Un processus participatif pour la modification des comportements en matière d'hygiène et d'assainissement a été diffusé auprès de plus de 20 500 familles. Le pourcentage d'écoles disposant de sources d'eau potable est passé de 78 % en 2001 à 85 % en 2003.

126. En ce qui concerne la protection de l'enfant, à la suite d'une campagne contre la violence sexuelle et sexiste qui s'est tenue en juin 2004, le Ministère de la justice a proposé de réviser le code pénal pour qu'il accorde une protection aux enfants et il a accepté de rédiger une loi qui tienne compte de la différence entre les sexes. Le Département de la jeunesse a été encouragé à prévoir et organiser huit réunions de jeunes au niveau des provinces et de la nation auxquelles plus de 6 000 jeunes participeront afin d'exposer leur vision de l'avenir.

127. Les activités de lutte contre le VIH/sida ont été menées de manière transsectorielle afin de renforcer la capacité nationale d'arrêter la propagation du sida grâce à des activités de plaidoyer. On s'est attaché à prévenir l'infection par le VIH parmi les jeunes, améliorer la prévention de la transmission materno-fœtale, mobiliser les énergies en faveur des soins à apporter aux orphelins et enfants vulnérables et améliorer l'accès à un dépistage volontaire ainsi qu'à des programmes de désintoxication. L'UNICEF a participé assidûment aux efforts tendant à réduire le taux d'infection parmi les jeunes de 15 à 19 ans en prolongeant notamment la scolarisation des filles et en leur permettant d'acquérir des compétences pratiques; en subventionnant des associations de lutte contre le sida et en assurant la formation d'animateurs pairs; en apportant son soutien aux services de santé adaptés aux jeunes gens et en préconisant la réduction de la violence sexiste et des sévices sexuels.

128. **Ressources utilisées.** Le financement recommandé pour le programme était de 17,9 millions de dollars au titre des ressources ordinaires et de 47,5 millions au titre des autres ressources. Le rapport consacré à l'examen à mi-parcours ne contenait aucune donnée sur les dépenses ou sur la répartition des fonds entre les programmes.

129. **Progrès : contraintes et possibilités.** Depuis que l'UNICEF a décrété un embargo sur les avances de fonds accordées au gouvernement, le bureau de pays a adopté la méthode du paiement et du remboursement directs. Ceci a entraîné des retards d'exécution car le gouvernement et ses partenaires ont du mal à assurer le préfinancement des activités convenues et à en réclamer ensuite le remboursement. Le manque de ressources humaines et le renouvellement rapide du personnel ont constitué une autre contrainte. La dotation actuelle en personnel et les compétences du personnel employé dans le secteur de la santé sont insuffisantes. Les progrès

dans le domaine de l'éducation ont été freinés par la crise humanitaire qui a été en partie à l'origine de la baisse des capacités administratives, des pénuries d'enseignants et de l'insuffisance des ressources familiales et qui a obligé de nombreux enfants à devenir chefs de famille. Le taux de fréquentation scolaire a baissé dans 38 districts sur les 72 que compte le pays en raison des pénuries d'eau et de vivres. Le programme de protection de l'enfance a fait face au problème découlant de l'insuffisance du budget que lui a accordé le gouvernement. Les progrès réalisés dans le domaine du développement du jeune enfant ont été freinés par l'absence de politique nationale globale dans le domaine du développement intégré du jeune enfant et par l'idée erronée que les partenaires se font de cette politique qu'ils voient principalement comme une forme d'enseignement préscolaire et non comme un développement intégré de l'enfant.

130. **Aménagements.** Le Bureau de l'UNICEF en Zambie doit adopter une démarche plus intégrée en ce qui concerne la santé et la nutrition et mettre davantage l'accent sur les domaines dans lesquels il possède des avantages comparatifs (programme élargi de vaccination, de lutte contre le paludisme, prévention de la transmission materno-fœtale). En ce qui concerne le VIH/sida, l'UNICEF privilégiera les activités de plaidoyer, la communication sociale et le suivi et l'évaluation plutôt que la prestation de services.

Conclusions

131. Les huit examens à mi-parcours qui figurent dans le présent rapport ont été menés à bien grâce aux processus collectifs et participatifs orchestrés par les gouvernements. Les recommandations entérinées lors des réunions d'examen à mi-parcours étaient fondées dans la plupart des cas sur une recherche en matière d'évaluation reposant sur des bases factuelles mais certains pays ont compris qu'il ne fallait pas « surcharger » le rapport. Il se peut que les examens à mi-parcours de 2004 soient les derniers à être menés à bien par une seule institution étant donné que les nouveaux plans-cadres des Nations Unies pour l'aide au développement prévoient des évaluations et des examens communs. Un grand nombre d'examen à mi-parcours ont déterminé que les programmes communs étaient parmi ceux qui donnaient le plus de résultats, surtout dans le cas du Programme alimentaire mondial, et ont indiqué comment il serait possible d'accroître le nombre de programmes communs. Les enseignements et les recommandations des examens à mi-parcours ont fortement influencé les décisions concernant l'examen du budget-programme pour le reste des programmes de pays et sont pris en compte dans les processus de préparation des nouveaux programmes de pays. Les programmes de l'UNICEF ont eu une grande incidence sur la formulation des politiques et des lois et cherchent à présent à influencer les programmes de développement national, la budgétisation et la décentralisation.