Nations Unies E/ICEF/2006/11

Conseil économique et social

Distr. générale
7 avril 2006
Français
Original: anglais

Pour information

Fonds des Nations Unies pour l'enfance
Conseil d'administration
Session annuelle 2006
5-9 juin 2006
Point 3 de l'ordre du jour provisoire*

Rapport annuel de la Directrice générale : Résultats obtenus pour les enfants dans le cadre du plan stratégique à moyen terme (PSMT) pendant la période allant de 2002 à 2005, à l'appui du Programme d'action du Sommet du Millénaire

Résumé

Le présent rapport contient un résumé analytique des progrès accomplis dans le contexte du plan stratégique à moyen terme (PSMT) de l'UNICEF pour la période allant de 2002 à 2005. On y trouve également l'état des recettes et des dépenses de l'UNICEF, les résultats obtenus pour les enfants en 2005 et les perspectives de la mise en œuvre du prochain plan couvrant la période 2006-2009. Le rapport a été préparé en application de la décision 2005/8 du Conseil d'administration qui prie la Directrice générale de renforcer le contenu analytique des rapports annuels qu'elle lui présente de manière à y faire figurer des mesures à la fois qualitatives et quantitatives des progrès réalisés par rapport aux objectifs du plan stratégique à moyen terme, assorties d'une analyse de ces progrès, des problèmes et obstacles rencontrés, des enseignements tirés de l'expérience et des questions appelant un examen et des recommandations.

Les informations contenues dans le présent rapport sont complétées par d'autres rapports présentés à la session annuelle de 2006 du Conseil d'administration portant sur la fonction d'évaluation de l'UNICEF (E/ICEF/2006/15), la participation de l'UNICEF à des programmes communs (E/ICEF/2006/13 et Add.1) et les approches sectorielles (E/ICEF/2006/14).

* E/ICEF/2006/10.

06-30269 (F) 160506 230506

Le présent rapport vient également compléter le rapport annuel de la Directrice générale au Conseil économique et social (E/ICEF/2006/3) contenant notamment un compte rendu plus détaillé des activités de l'UNICEF à l'appui du programme de réforme du Secrétaire général et des mesures de suivi des conférences internationales.

Table des matières

		Paragraphes	*Page*
I.	Introduction	1	3
II.	Résumé des progrès et des résultats obtenus dans le contexte du PSMT, 2002-2005	2–179	3
	A. Le développement du jeune enfant	3–58	3
	B. Le programme élargi de vaccination	59–84	16
	C. L'éducation des filles	85–104	22
	D. La lutte contre le VIH/sida	105–132	28
	E. La protection des enfants contre la violence, l'exploitation et la maltraitance	133–162	34
	F. La préparation aux situations et aux interventions d'urgence	163–179	40
III.	La réforme des Nations Unies et les initiatives de partenariats	180–190	43
IV.	La gestion des programmes et les résultats opérationnels	191–201	46
V.	Les recettes, les dépenses et la mobilisation des ressources	202-217	50
VI.	Conclusion : Le nouveau PSMT et la transformation organisationnelle à l'appui de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement	218–227	58
Annexe			
	Dépenses au titre des programmes, selon le revenu national brut des pays et le taux de mortalité des moins de 5 ans en 2005		62

I. Introduction

1. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) concernent presque tous directement les enfants. Le plan stratégique à moyen terme de l'UNICEF (PSMT) se veut une réponse à ces objectifs et à la très importante Déclaration du Millénaire adoptée par l'Assemblée générale en 2000, ainsi qu'aux engagements plus spécifiques pris en faveur des enfants par la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée aux enfants et que l'on retrouve dans la Convention relative aux droits de l'enfant (2002).

II. Résumé des progrès et des résultats obtenus dans le contexte du PSMT, 2002-2005

2. Ce chapitre présente à la fois un aperçu général des progrès et des résultats cumulatifs pour toute la période 2002-2005 couverte par le PSMT (E/ICEF/2001/13 et Corr.1) dans les cinq domaines prioritaires et un compte rendu détaillé des résultats obtenus plus particulièrement en 2005. Une attention particulière a été apportée à certains objectifs qui sont déterminants pour la transition au plan suivant. Ce chapitre fait également le point de l'examen à mi-parcours du PSMT (E/ICEF/2004/13) discuté par le Conseil exécutif en 2004 (décision 2004/16).

A. Le développement du jeune enfant

3. Donner aux enfants toutes les chances de prendre le meilleur départ possible dans la vie, c'est aussi contribuer largement à la réalisation de presque tous les objectifs du Millénaire pour le développement, surtout en matière de survie maternelle et infantile et des possibilités pour les enfants de terminer l'enseignement primaire.

4. Sur la base des résultats de l'examen à mi-parcours, des mesures ont été prises en 2004 et 2005 pour mieux faire converger dans la pratique les différentes initiatives en faveur des jeunes enfants et faciliter l'action des partenaires nationaux dans tous les secteurs de la société. On s'est davantage attaché à donner aux familles et aux collectivités les moyens de veiller elles-mêmes à la survie, à la croissance et au développement des jeunes enfants, surtout dans les zones désavantagées. À cette fin, l'accent a été mis sur une planification décentralisée, des partenariats locaux et des programmes conçus pour donner aux parents les connaissances et les moyens nécessaires pour les amener à recourir aux services disponibles. Ces méthodes ont été incorporées au nouveau PSMT couvrant la période 2006-2009 (E/ICEF/2005/11).

5. La place importante faite dans les objectifs du Millénaire à la santé et à la nutrition a, comme jamais auparavant, attiré l'attention sur les questions relatives à la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, et nombreux sont les défenseurs de ces derniers dans le monde qui demandent à l'UNICEF de mieux préciser comment il entend contribuer aux efforts des pays dans ce domaine. C'est ainsi que l'UNICEF, dans le contexte du PSMT, a mis au point une stratégie d'appui au plan en matière de santé et de nutrition, se fondant sur de nouvelles données scientifiques et sur les enseignements tirés de l'application de méthodes novatrices, telles que le

programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant (ACSD, Accelerated Child Survival and Development).

Objectif 4 du Millénaire pour le développement : réduire la mortalité infantile

Le contexte

6. Chaque année près de 10,5 millions d'enfants meurent avant l'âge de 5 ans. Ces enfants vivent pour la plupart dans des pays en développement et meurent d'une ou de plusieurs maladies combinées qui peuvent être évitées, telles que la rougeole, ou traitées quand on dispose des moyens nécessaires. Il s'agit parfois d'un simple manque d'antibiotiques, comme pour la pneumonie ou d'un manque de sels de réhydratation orale (SRO), comme pour les diarrhées.

7. Les progrès par rapport à l'objectif 4 varient beaucoup d'une région à l'autre. Si le taux des enfants décédés avant d'avoir atteint l'âge de 5 ans a diminué du tiers en Amérique latine et dans les Caraïbes de 1990 à 2004, il n'a que très peu baissé en Afrique subsaharienne où sont survenus près de la moitié des décès d'enfants. Des progrès soutenus ont été réalisés en Europe centrale et orientale et dans la Communauté d' États indépendants (CEE/CEI), en Asie du Sud et de l'Est et dans le Pacifique depuis le début des années 90, mais les taux de réduction dans ces régions demeurent en deçà de ce que prescrit l'objectif 4.

La réponse

8. L'importance renouvelée accordée à la réduction de la mortalité infantile s'est traduite par l'adoption de plusieurs approches dont :

a) Le programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant (ACSD) avec son ensemble coordonné d'interventions à forte incidence qui utilise les systèmes de santé en place et concentre les interventions sur les communautés mal desservies, en éliminant les obstacles à la prestation intégrée de services;

b) Un appui à l'amélioration des pratiques familiales et des pratiques de soin par le biais de programmes d'éducation parentale et des méthodes de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (IMCI, Integrated Management of Childhood Illnesses);

c) D'autres mesures en faveur de la santé maternelle et infantile, telles que la promotion de l'allaitement maternel exclusif, l'amélioration des soins néonatals et des interventions rapides et efficaces dans les situations d'urgence.

9. **Le programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant (programme ACSD)**. En 2002, 11 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale ont lancé un programme ACSD dans le cadre d'un partenariat avec le Gouvernement canadien, le but étant de démontrer l'efficacité d'une exécution intégrée d'interventions peu onéreuses dans le domaine de la survie infantile. Les résultats ont été spectaculaires. Les enquêtes et l'évaluation des résultats semblent indiquer qu'entre 2002 et 2004, dans les districts pilotes du Bénin, du Ghana, du Mali et du Sénégal représentant une population totale de 3 millions d'habitants, un ensemble coordonné d'interventions à forte incidence a réussi à réduire de 20 % en moyenne le taux de mortalité des enfants âgés de moins de 5 ans (dans une fourchette de 16 à

25 %) par rapport aux districts de référence, évitant ainsi 5 500 décès d'enfants par an.

10. On estime qu'un ensemble d'interventions plus limitées étendues à des districts de ces quatre et sept autres pays ayant une population totale de 14 millions d'habitants ont abouti à une réduction de 10 % du taux de mortalité des moins de 5 ans (allant de 14 % en Guinée Bissau à 5 % au Cameroun). Dans l'ensemble, les programmes ACSD ont touché une population de 17 millions d'habitants à ce jour et ont permis de prévenir plus de 18 000 décès d'enfants par an.

11. Les services courants de médecine préventive (vaccination, supplémentation en vitamine A et soins prénatals) et l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ont gagné beaucoup de terrain. La couverture d'autres types d'interventions a été plus limitée, particulièrement dans le cas de certaines pratiques familiales, telles que l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation complémentaire, le traitement à domicile des cas de diarrhée et les demandes de consultations médicales pour les pneumonies. Depuis 2004, les districts ayant bénéficié d'interventions à forte incidence au Bénin, au Ghana, au Mali et au Sénégal ont mis davantage l'accent sur les pratiques familiales essentielles, et ont progressé dans le domaine des thérapies de réhydratation orale (TRO) et de gestion des cas de paludisme par les collectivités. Toutefois, aucune amélioration sensible n'a été remarquée dans les districts appliquant un programme de type ACSD par rapport aux districts de référence, pour ce qui est de la gestion des infections respiratoires aiguës (IRA), du paludisme ou des naissances assistées par un personnel qualifié. La raison en est la persistance d'obstacles au bon fonctionnement des systèmes de santé, tels que le manque de ressources humaines dans le secteur des soins cliniques.

12. Dans l'ensemble, l'assistance de l'UNICEF aux programmes ACSD dans les 11 pays a coûté moins de 0,50 dollar par bénéficiaire, par an. Le coût moyen dans les districts où ont été appliqués ses programmes a été d'environ 407 dollars par vie sauvée. On estime que ce faible coût pourrait être dû à une forte augmentation de la supplémentation en vitamine A, de la vaccination contre la rougeole et de l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide dans des milieux très pauvres ayant un taux de mortalité élevé.

13. Les premiers succès des programmes ACSD ont été communiqués aux partenaires de l'UNICEF menant des activités dans chacun des pays concernés en faveur de la survie de l'enfant. Dans les districts d'intervention, la stratégie a permis d'asseoir d'autres initiatives, telles que la recherche opérationnelle en matière de gestion communautaire des infections respiratoires aiguës (IRA) et du paludisme, et l'adoption d'une nouvelle préparation de réhydratation orale. Des stratégies de type ACSD ont été adoptées par un nombre croissant de pays d'Afrique et dans d'autres régions, notamment en Asie du Sud. Elles ont été intégrées dans les stratégies nationales de santé, les mesures sectorielles et les cadres de dépenses à moyen terme. L'élaboration d'une feuille de route visant à appliquer cette approche à plus grande échelle en Afrique a été entreprise par l'Union africaine, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres partenaires, avec l'appui de l'Agence canadienne de développement international (CIDA), du Gouvernement japonais et de la United States Agency for International Development (USAID).

14. **Le rôle des ménages et des collectivités dans l'application des méthodes de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (IMCI)**. Il s'agit d'une

approche à caractère participatif utilisée pour la première fois en Afrique de l'Est et en Afrique australe consistant à apporter aux familles et aux collectivités les connaissances, les compétences et l'aide dont elles ont besoin pour empêcher que les enfants ne tombent malades, s'occuper d'eux quand ils sont malades, savoir quand consulter un médecin, leur donner une alimentation suffisante et régulière, veiller à leur hygiène et leur donner des possibilités d'apprentissage préscolaire.

15. Une analyse indépendante de l'expérience du Malawi, de l'Afrique du Sud, de la République-Unie de Tanzanie et de l'Ouganda en 2004 et 2005 a montré que cette approche a permis d'améliorer les connaissances des familles et leurs pratiques de soins dans tous les secteurs. Ainsi, les visites à domicile des travailleurs de proximité, les conseils échangés entre mères, les groupes de soutien et le travail éducatif réalisé par les assemblées de villages et les médias ont permis d'améliorer considérablement les taux de recours à l'allaitement maternel exclusif. Ceci prouve qu'il est important que les ménages et les collectivités, composantes essentielles de la méthode IMCI, soient également pris en compte dans les programmes ACSD, comme le prévoit la nouvelle stratégie d'appui au PSMT pour la santé et la nutrition.

16. **Les mesures concernant la diarrhée et la pneumonie**. Ces deux maladies à elles seules tuent plus d'enfants que toute autre, mais au début de la période couverte par le PSMT, elles n'ont pas été suffisamment ciblées. Néanmoins, l'année 2005 a connu quelques progrès avec, notamment, l'addition d'une nouvelle préparation de réhydratation orale et du zinc à la panoplie des traitements de la diarrhée, et la déclaration commune de l'UNICEF et de l'OMS sur la gestion clinique des cas de diarrhée aigus. Les mesures prises par l'UNICEF pour prévenir la diarrhée sont de plus en plus associées aux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement et à la formation des agents de santé communautaires. De même, elles s'inscrivent de plus en plus dans le cadre d'approches intégrées. C'est ainsi qu'en 2005, dans cinq villes de la République islamique d'Afghanistan, une vaste campagne de sensibilisation à l'importance de l'hygiène et à l'utilisation des SRO à la maison, a permis d'atteindre 1,2 million de personnes.

17. La gestion des cas de pneumonie ou d'infections respiratoires aiguës (IRA) fait souvent partie des soins intégrés dispensés en institution. Au Bangladesh, par exemple, 65 sous-districts ont amélioré leur système de santé en organisant notamment des activités de formation, et en Iraq 4,5 millions de jeunes enfants ont bénéficié d'un programme national de contrôle avec un appui de l'UNICEF sous forme de médicaments essentiels. S'inspirant de l'expérience de programmes bien établis comme celui du Népal, le Bénin et le Sénégal ont entrepris de former leurs agents communautaires au diagnostic et au traitement de la pneumonie, avec des résultats prometteurs. L'UNICEF travaille en étroite collaboration avec la USAID dans ces pays africains et coopère aux efforts communs visant à situer le traitement des maladies courantes des enfants de plus en plus au sein des collectivités.

Objectif 2 du Millénaire pour le développement : éliminer l'extrême pauvreté et la faim

Le contexte

18. L'état nutritionnel des enfants est un indicateur important de la pauvreté et de la faim, voire du développement même de toute société. Environ 146 millions

d'enfants de moins de 5 ans dans le monde en développement continuent de présenter une insuffisance pondérale qui est responsable de plus de la moitié de tous les décès d'enfants et d'épisodes répétés de maladies liées à des problèmes de croissance. La dénutrition des enfants n'est pas uniquement causée par un manque de nourriture, mais aussi par des maladies infectieuses et des pratiques de soins déficientes. Il est encourageant de noter que la proportion des enfants souffrant de dénutrition a diminué dans toutes les régions ces 10 dernières années, les progrès les plus rapides ayant été enregistrés en Asie de l'Est et dans le Pacifique, ce qui s'explique dans une grande mesure par les améliorations survenues en Chine. Il demeure cependant que près de la moitié des enfants de l'Asie du Sud continuent de présenter une insuffisance pondérale. Il n'y a pas eu de progrès dans l'Afrique subsaharienne où le nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale a même augmenté. En outre, dans le monde en développement, la prévalence des insuffisances pondérales parmi les enfants des zones rurales est près du double de ce qu'elle est dans les zones urbaines

La réponse

19. **La promotion et le soutien de l'allaitement maternel**. Nombreux sont les gouvernements qui ces dernières années ont pris des mesures de promotion et de protection du droit à l'allaitement maternel. Cependant, la pandémie du sida et des situations d'urgence complexes posent des difficultés sans précédent dans ce domaine. La supériorité de l'allaitement maternel exclusif a été de nouveau confirmée dans des publications scientifiques récentes et cette pratique continue d'être préconisée dans des démarches de sensibilisation intersectorielles par de nombreux partenaires. Toutefois, 36 % seulement des nourrissons du monde en développement bénéficient actuellement de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de leur vie.

20. Parmi les interventions en faveur de l'allaitement maternel et des compléments d'alimentation pendant la période couverte par le PSMT, il convient de mentionner l'initiative Hôpitaux amis des bébés, les mesures de vulgarisation du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et certaines approches communautaires. La Jamaïque, par exemple, a intégré la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans des programmes d'amélioration des pratiques parentales. Depuis le lancement de l'initiative Hôpitaux amis des bébés, en 1991, le nombre d'hôpitaux et de maternités à travers le monde désignés amis des bébés n'a cessé d'augmenter pour atteindre 19 798 à la fin de 2005 (contre 15 165 en 2001), soit 27 % de tous les établissements de ce type, les pourcentages les plus élevés ayant été enregistrés en Asie de l'Est et dans le Pacifique.

21. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nouveau-né et du jeune enfant et la publication des Nations Unies intitulée *HIV and Infant Feeding: Framework for Priority Action* parue en 2003 ont mis en évidence l'importance de l'allaitement maternel et de l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH. Au moins 70 bureaux de l'UNICEF apportent un appui aux pays en vue de l'élaboration de politiques détaillées comprenant notamment des directives sur l'alimentation des nourrissons et le VIH.

22. **Les réponses aux situations d'urgence nutritionnelle**. Pendant la deuxième moitié de la période couverte par le PSMT, l'UNICEF a intensifié ses interventions face aux urgences nutritionnelles, notamment au Kenya, au Malawi, au Niger et au

Soudan. Les Nations Unies et d'autres partenaires ont appuyé les efforts de l'Éthiopie portant sur l'expansion d'un ensemble intégré de stratégies à forte incidence en faveur de la survie de l'enfant dans les situations d'urgence. En 2005, la Stratégie de communication renforcée en Éthiopie a permis à 6,8 millions de jeunes enfants des districts sujets à la sécheresse de bénéficier d'une supplémentation en vitamine A, de traitements de déparasitage, de vaccins contre la rougeole, d'une éducation en matière d'hygiène et d'un dépistage des problèmes nutritionnels liés à l'alimentation.

23. La Stratégie de communication renforcée a donné un excellent exemple de ce qui peut être accompli dans le domaine humanitaire grâce à une coopération étroite entre les gouvernements et autres partenaires. Elle a également démontré que l'UNICEF, travaillant en collaboration avec le Programme alimentaire mondial (PAM), peut jouer un rôle plus stratégique dans la lutte contre la faim et la dénutrition. On estime à 100 000 par an le nombre de vies sauvées grâce à cette initiative commune. Par ailleurs, la Stratégie de communication renforcée sert de passerelle entre les interventions à caractère humanitaire et les interventions touchant au développement, en attendant que l'Éthiopie ait mis sur pied des programmes de santé et de sécurité alimentaire plus durables.

24. **Le suivi et la promotion de la croissance**. Des systèmes de suivi de la croissance et du développement des jeunes enfants existent dans 85 pays environ et sont en cours de préparation dans 25 autres. Cependant, pendant la période couverte par le PSMT, il y a eu peu d'initiatives nouvelles dans ce domaine. Au Sri Lanka, 365 000 fiches devant servir à suivre l'évolution de la croissance et du développement des jeunes enfants ont été distribuées et en Inde un carnet de santé a été mis au point en vue de l'enregistrement d'informations concernant la croissance, les vaccins et le développement des jeunes enfants. Les mesures de suivi et de promotion de la croissance des enfants devraient passer à une vitesse supérieure, compte tenu de la publication récente par l'OMS des nouvelles normes de croissance des nourrissons et des jeunes enfants. Ces normes, tout en étant un outil de sensibilisation, proposent également des stades de référence clefs dans le processus de développement de l'enfant.

25. **L'élimination des troubles dus à une carence en iode (TCI)**. Environ 69 % des ménages du monde en développement consomment actuellement du sel suffisamment iodé et 82 millions de nouveau-nés sont ainsi protégés chaque année contre les difficultés et les retards d'apprentissage. Trente pays environ ont atteint l'objectif fixé pour 2005 : l'élimination durable des troubles dus à une carence en iode (TCI). Les taux les plus élevés d'iodation du sel se trouvent en Amérique latine et dans les Caraïbes (86 %), en Asie de l'Est et dans le Pacifique (85 %). Dans les pays d'Europe orientale et dans la Communauté d'États indépendants (CEE/CEI) où le taux d'iodation était le plus faible, la couverture est passée de 20 à 47 % des ménages. Mais dans certains pays, le faible rang de priorité accordé à cet objectif en gêne la réalisation.

26. **Les carences en fer et l'anémie**. Près d'un milliard d'êtres humains à travers le monde souffrent d'anémie, le plus souvent due à une carence en fer. C'est l'une des principales causes de la mortalité maternelle et des insuffisances de développement cognitif chez les jeunes enfants. Les deux régions les plus affectées sont l'Asie du Sud, où plus de la moitié des femmes et des enfants sont anémiés, et la région d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Les programmes de réduction

de l'anémie ont une couverture encore assez limitée dans le monde. Pendant la période couverte par le PSMT, l'UNICEF a privilégié les approches intégrées pour lutter contre l'anémie. En Inde, des suppléments de fer et d'acide folique ont été administrés aux adolescentes dans le cadre des services intégrés pour le développement de l'enfant. D'après les résultats d'une évaluation réalisée en 2004, les cas d'anémie ont diminué de 10 à 25 % parmi 8,7 millions de filles, à un coût annuel de 0,25 dollars à 0,80 dollars par fille. Au Bhoutan, l'UNICEF et le PAM apportent un appui commun à des programmes d'éducation des filles et de distribution de suppléments de fer dans les écoles.

27. **L'enrichissement des aliments**. L'UNICEF préconise l'enrichissement des aliments comme stratégie de prévention de l'anémie et des carences en vitamine A et en micronutriments et copréside la récente Initiative universelle en faveur de l'enrichissement de la farine, Flour Fortification Initiative. L'UNICEF a également renforcé son partenariat avec l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) et travaille en collaboration avec les minoteries et usines de transformation alimentaire de plusieurs pays pour promouvoir l'enrichissement de produits comme la farine, le blé et l'huile.

28. **Les programmes d'éducation parentale**. Un rôle encore plus grand a été accordé par l'UNICEF aux familles et aux collectivités pendant la période couverte par le PSMT. Les programmes d'éducation parentale sont souvent associés à des interventions touchant à la survie, au développement et à la protection des enfants au niveau des familles. En 2005, près de 93 pays s'étaient dotés d'un répertoire de pratiques clefs en matière de soins, contre 67 en 2002, et 82 pays assuraient une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (IMCI) sous une forme ou une autre (voir tableau 1). De 2003 à 2005, l'UNICEF a augmenté rapidement son appui à l'éducation parentale, touchant près de 10 % des familles dans les pays bénéficiant d'une assistance. Près de la moitié des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale disposent maintenant de protocoles d'éducation parentale à l'appui de la survie, de la nutrition, de l'hygiène et de l'apprentissage préscolaire de l'enfant. Certains de ces protocoles comprennent également l'enregistrement des naissances, secteur dans lequel il y a eu un certain ralentissement des interventions de l'UNICEF (voir tableau 1). Au Brésil, environ 2,1 millions d'enfants ont été touchés par ces programmes à la fin de 2005 grâce aux activités d'orientation des familles entreprises par des municipalités, des agents de santé des collectivités, des émissions de radio et des garderies.

29. Le développement des compétences et de la motivation des dispensateurs de soins en matière d'apprentissage préscolaire est également une stratégie qui a fait ses preuves du point de vue de la préparation de l'enfant à la scolarisation, contribuant ainsi aux objectifs 2 et 3 du Millénaire pour le développement. Cette stratégie a été systématiquement mise en œuvre de 2002 à 2005 et elle figure dans le cadre de résultats du nouveau PSMT. Des évaluations conduites en Bolivie, à la Jamaïque, en Jordanie, aux Maldives et au Viet Nam ont prouvé les effets positifs des programmes d'éducation parentale sur l'éveil des enfants et leur préparation à la scolarisation, tant pour les garçons que pour les filles. Au Bangladesh, en Gambie, en Jordanie et en République démocratique populaire lao, l'on s'efforce à l'heure actuelle d'intégrer dans les stratégies de réduction de la pauvreté un volet concernant les compétences parentales en matière d'apprentissage préscolaire.

30. De nouvelles méthodes sont en cours d'élaboration en vue de toucher le plus grand nombre de familles possibles. Au Sommet mondial sur la société de l'information en 2005, l'UNICEF a reçu un prix pour *Shishu Samrakshak*, un outil numérique interactif mis au point à Hyderabad, en Inde. Il s'agit de petits écrans sonores tactiles utilisés dans les collectivités rurales pour donner des informations sur la santé, la nutrition, le développement de l'enfant et la prévention du VIH. Cette initiative, qui s'étend maintenant à d'autres zones, montre que le contenu numérique peut aider à réduire la fracture numérique, particulièrement parmi les femmes et au sein des collectivités peu alphabétisées.

Objectif 5 du Millénaire pour le développement : réduire la mortalité maternelle

Le contexte

31. Les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont une des causes principales de décès parmi les femmes en âge de procréer dans les pays en développement. Plus d'un demi-million de femmes meurent chaque année de ce genre de complications, et un nombre 20 fois plus grand de femmes souffrent de handicaps ou de blessures graves, qui, faute d'être traités, leur seront une source de douleur et d'humiliation toute leur vie. Une évaluation définitive des tendances dans ce domaine n'est pas possible à l'heure actuelle en raison du manque de données, mais selon les estimations les plus récentes, les taux de mortalité maternelle sont très élevés en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud. Les résultas préliminaires d'analyses récentes indiquent que les niveaux de mortalité maternelle ont baissé dans les pays où ce niveau était déjà bas, mais pas dans les pays où il était le plus élevé. Une réduction de la mortalité maternelle dans les pays les plus touchés exigera des ressources additionnelles, afin que la majorité des naissances se produisent en présence de prestataires de soins qualifiés qui soient à même de prévenir, détecter et gérer des complications obstétriques. En cas de problème, les femmes doivent pouvoir se rendre rapidement dans un établissement dûment équipé pour les soins obstétriques.

La réponse

32. L'UNICEF a poursuivi son aide au pays en vue de la réalisation de l'objectif 5, réduire la mortalité maternelle. L'appui apporté aux pays a pris plusieurs formes : activités de plaidoyer en faveur de la santé des femmes en retardant les mariages précoces, par exemple, promotion de la vaccination à l'anatoxine tétanique (TT), traitement préventif du paludisme et administration de suppléments de fer et d'acide folique pendant la grossesse. Pendant la période sur laquelle porte le PSMT, l'UNICEF a apporté un appui à plus de 3 500 établissements dans près de 70 pays dans le domaine des soins obstétriques d'urgence aux femmes enceintes. La contribution de l'UNICEF a notamment consisté à : appuyer les programmes de plaidoyer dans les pays; soutenir les évaluations et la conception de programmes dans le domaine des soins obstétriques d'urgence; créer des modèles de pratiques sanitaires dans un échantillon de districts en remettant à neuf leurs installations, en leur fournissant des médicaments essentiels et en inculquant à leurs agents de santé des compétences susceptibles de sauver des vies; apprendre aux collectivités comment reconnaître les signaux d'alerte et trouver des moyens de transport

d'urgence; et promouvoir l'intégration des mesures de réduction de la mortalité maternelle dans les plans sectoriels de santé.

33. Presque tous les pays d'Asie du Sud et de la région d'Afrique de l'Est et d'Afrique australe ont achevé les évaluations et il en est résulté un renforcement des engagements en faveur des plans sectoriels visant la santé des mères. Dans plusieurs pays comme le Malawi et l'Ouganda, les informations découlant des évaluations ont suscité de nouvelles activités avec des ressources à l'appui. Des partenariats solides avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), l'OMS, d'autres institutions techniques et des initiatives, telles que le projet de la Columbia University visant à éviter les décès et handicaps maternels, Averting Maternal Death and Disability, ont permis de progresser dans ce domaine.

34. L'objectif 5 a été intégré dans un nombre grandissant de programmes communs des Nations Unies. Dans plusieurs régions d'Afrique, les efforts conjugués du FNUAP, de l'UNICEF et de l'OMS ont permis aux gouvernements d'amorcer l'élaboration de feuilles de route pour améliorer la santé maternelle. Le défi qui se pose maintenant est l'intégration d'un volet nouveau-né pour disposer d'un plan accéléré et élargi de santé et de nutrition.

35. L'action en faveur de la santé néonatale s'est intensifiée à la suite du lancement de l'initiative Sauvons la vie des nouveau-nés et de l'initiative Partenariat pour la santé des nouveau-nés de l'organisation américaine Sauvez les enfants (Save the Children USA). Depuis la parution de la série d'articles du *Lancet*, auxquels l'UNICEF a contribué et qui reposent sur des travaux de recherche opérationnelle réalisés par des organisations non gouvernementales (ONG) et suite à des initiatives nationales, l'UNICEF, se fondant sur des données probantes, joue un rôle d'encadrement. Il aide notamment les gouvernements à identifier les moyens d'intégrer la problématique des nouveau-nés dans les soins obstétriques d'urgence, la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (IMCI) et les programmes communautaires. Certains pays se sont inspirés de modèles mis au point en Inde et au Pakistan dans ce domaine.

Objectif 6 du Millénaire pour le développement : réduire le paludisme

Le contexte

36. Chaque année, le paludisme tue 1 million de personnes dont la plupart sont de jeunes enfants. Les investissements dans la lutte contre le paludisme se sont accélérés en 2005. Dix fois plus de moustiquaires que jamais auparavant ont été vendues ou distribuées dans au moins 14 pays d'Afrique entre 1999 et 2003. Si la pharmacodépendance des formes les plus courantes de paludisme a augmenté, les traitements combinant plusieurs médicaments sont de plus en plus disponibles.

La réponse

37. Pendant les deux premières années du PSMT, l'accent a surtout été mis sur les activités de plaidoyer et la collecte de fonds pour lutter contre le paludisme, menant à l'élaboration de plans stratégiques et de directives techniques. Le paludisme est de nouveau reconnu comme l'une des causes principales des décès de jeunes enfants et une charge inacceptable pesant sur des systèmes de santé et des sociétés déjà

fragiles. Dès 2004, les flux de ressources destinées à la lutte contre le paludisme avaient considérablement augmenté, principalement grâce au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

38. Les ressources consacrées chaque année par l'UNICEF à la lutte contre le paludisme ont plus que doublé pendant la période sur laquelle porte le PSMT. En 2004 et 2005, l'action a porté essentiellement sur l'accélération de la couverture des interventions ayant fait leur preuve dans le domaine de la prévention et du contrôle de la maladie : les moustiquaires imprégnées d'insecticide, le traitement préventif intermittent des femmes enceintes et une gestion plus efficace des cas de paludisme, incluant le recours à des polythérapies à base d'artémésinine.

39. L'accélération des programmes de lutte contre le paludisme a fait de plus en plus appel à des mécanismes de coordination dirigés par les gouvernements, les partenaires de l'initiative Faisons reculer le paludisme apportant chacun leur contribution en fonction de leur avantage comparatif. L'UNICEF a joué un rôle moteur dans ce sens en réunissant tous les partenaires à l'appui des plans d'action menés par les pays. Sa principale contribution a été d'avoir démontré l'efficacité de certaines méthodes de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour les jeunes enfants et les femmes enceintes, en ayant recours aux centres de santé, à des systèmes de coupons et en associant la distribution des moustiquaires aux campagnes de vaccinations systématiques et aux soins de santé prénatals. L'UNICEF a également renforcé son rôle de chef de file dans le monde pour ce qui est de l'achat et de la fourniture de produits antipaludiques.

40. L'expérience a montré qu'une couverture universelle de ce type d'intervention peut être obtenue même dans les pays ayant des systèmes de santé relativement faibles, en liant la distribution des moustiquaires imprégnées d'insecticide à d'autres interventions en faveur de la survie de l'enfant, telles que les journées nationales de la santé ou d'autres stratégies de vulgarisation. Une autre intervention efficace est le recours à des polythérapies à base d'artémésinine pour traiter les cas de paludisme dont la résistance à la chloroquine a été prouvée. Une action internationale concertée s'impose pour rendre ces produits accessibles à un coût abordable aux milieux pauvres en ressources. L'UNICEF continuera de collaborer avec les partenaires du secteur public et du secteur privé à la recherche de solutions aux problèmes d'approvisionnement et de nouveaux mécanismes de financement.

Objectif 7 du Millénaire pour le développement : assurer l'approvisionnement en eau potable et l'hygiène

Le contexte

41. L'accès à l'eau potable sans risque et un assainissement de base sont des composantes indispensables des soins de santé de base et du développement humain. Au cours des années 90, des progrès ont été réalisés dans l'augmentation de l'accès à de meilleures sources d'eau potable. Toutefois, plus d'un milliard d'êtres humains n'y ont toujours pas accès. La couverture des interventions demeure particulièrement faible dans les zones rurales d'Afrique et dans les taudis urbains. Les progrès ont été beaucoup plus lents dans le monde pour ce qui a trait à la couverture des opérations d'assainissement, l'Afrique subsaharienne et l'Asie du Sud ayant les couvertures les moins étendues.

La réponse

42. Pendant la période sur laquelle porte le PSMT, l'UNICEF a continué à étendre la couverture des interventions dans le domaine de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de l'hygiène, venant en aide à 95 pays dès 2005 contre 78 au début de la décennie et touchant des dizaines de millions de personnes. La République démocratique populaire de Corée, l'Éthiopie, l'Iraq, le Nigéria et la région du Darfour au Soudan font partie des zones où l'assistance de l'UNICEF a permis à de nombreuses familles vivant dans la pauvreté d'avoir accès à l'eau potable provenant de sources protégées.

43. Pendant la même période, l'UNICEF a accordé plus d'importance à la qualité de l'eau et a multiplié les tests et les mesures de protection de l'eau potable aussi bien à la source que dans les foyers. Au Malawi, par exemple, les analyses d'échantillons ont révélé que 42 % des points d'eau publics et 54 % de l'eau conservée dans des récipients étaient contaminés. Dans certains pays, en Ouzbékistan par exemple, les écoles et les collectivités participent au contrôle de la qualité de l'eau.

44. Des progrès satisfaisants ont été réalisés dans l'élimination de la dracunculose (maladie causée par le ver de Guinée) pendant la période sur laquelle porte le PSMT, et le total des cas dans les pays d'endémie est passé de 63 000 à la fin de 2001 à 12 000 en 2005.

45. Dans les pays où des approches sectorielles ont été adoptées ou sont en cours d'élaboration dans le domaine de l'eau et de l'assainissement, dont l'Éthiopie, le Malawi, le Mozambique et l'Ouganda, l'UNICEF aide à donner plus d'importance à la viabilité des actions, à la participation des ménages et des collectivités et à l'inclusion des familles pauvres et des groupes marginalisés.

46. Dans la plupart des pays touchés par le tsunami de l'océan Indien, l'UNICEF a été le chef de file qui a coordonné l'action des organisations du système des Nations Unies et des ONG internationales dans le secteur approvisionnement en eau et assainissement. Lors du séisme de 2005 au Pakistan, l'UNICEF a de nouveau rempli le double rôle de coordonnateur des différents secteurs et fournisseur d'un appui technique et financier pendant la phase des secours.

47. **Les partenariats pour les jeunes enfants**. L'UNICEF est partenaire fondateur et coauteur du Partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (Global Alliance for Vaccines and Immunization, GAVI) et de l'initiative Faisons reculer le paludisme. Au niveau mondial, l'UNICEF est fermement résolu à appuyer des partenariats dans le domaine de la santé au sein desquels ce sont les pays partenaires qui jouent le rôle principal dans l'élaboration des politiques de développement et qui sont responsables de la coordination des activités de développement. Au niveau des pays, l'UNICEF se fera l'avocat de mesures de planification et de suivi en faveur de la santé maternelle, néonatale et infantile, en opérant dans le cadre des mécanismes nationaux de coordination intersectorielle existants.

48. Outre ses partenariats avec les gouvernements, l'UNICEF collabore étroitement avec des partenaires du système des Nations Unies, avec le secteur privé et des fondations. Pendant la période sur laquelle porte le PSMT, des accords de collaboration ont été signés à l'échelle mondiale et nationale avec le PAM, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition (Global Alliance for

Improved Nutrition, GAIN) et Unilever. L'UNICEF a également coparrainé avec le PAM l'initiative de lutte contre la faim et la dénutrition chez les enfants.

49. Les partenariats dans le domaine de l'eau et de l'assainissement rassemblent des partenaires nationaux, des institutions des Nations Unies, des ONG, des fondations, des institutions universitaires et le secteur privé. Le programme commun OMS/UNICEF de surveillance de l'eau et de l'assainissement fait connaître les progrès réalisés au regard des objectifs du Millénaire dans ce domaine, ainsi que les nouvelles méthodes et normes d'évaluation de la qualité de l'eau. L'UNICEF collabore également de près avec le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement pour une mobilisation des sphères élevées des gouvernements et est membre de ONU-Eau, vaste partenariat multiple et de grande portée.

50. **Aperçu des principales activités et résultats obtenus dans le domaine du développement du jeune enfant en 2005**. Avec les nouvelles initiatives dans la lutte contre le paludisme (l'initiative internationale antipaludique du Gouvernement des États-Unis, le projet de la Banque mondiale, Malaria Booster Project, l'initiative Impact rapide dans le cadre du Projet du Millénaire, le lancement du partenariat Malaria Control and Evaluation Partnership in Africa financé par la Bill and Melinda Gates Foundation) des ressources devraient venir s'ajouter à celles du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, permettant ainsi aux pays d'étendre leurs programmes sur une plus grande échelle. Environ 56 pays ont adopté une politique nationale sur le recours aux polythérapies à base d'artémésinine.

51. L'accès des ménages aux moustiquaires imprégnées d'insecticide s'est beaucoup amélioré et des progrès importants ont été enregistrés dans ce domaine dans plusieurs pays dont le Malawi, l'Éthiopie, l'Érythrée, la République-Unie de Tanzanie, le Togo, le Sénégal et la Zambie, souvent dans le cadre de campagnes de vaccination. L'UNICEF a maintenu son rôle de chef de file à l'échelle mondiale dans le domaine de l'achat et de l'approvisionnement de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Sur les 17 millions de moustiquaires achetées en 2005, 12 millions étaient du type dit durable. Des médicaments antipaludiques d'une valeur de 10,5 millions de dollars ont été achetés par l'UNICEF en 2005, dont 8,5 millions de dollars de médicaments pour les polythérapies à base d'artémésinine.

52. L'UNICEF a également travaillé en étroite collaboration avec ses partenaires de l'initiative Faisons reculer le paludisme pour faire des prévisions précises des besoins en moustiquaires imprégnées d'insecticide et en médicaments pour les polythérapies à base d'artémésinine et communiquer ces prévisions aux fabricants et fournisseurs. Il en est résulté une augmentation de la capacité d'approvisionnement en moustiquaires durables et en médicaments pour les polythérapies à base d'artémésinine à la fin de 2005, ce qui devrait permettre de répondre à une demande en augmentation rapide pour ces produits.

53. En 2005, les activités de vulgarisation au sein des collectivités ont réussi à changer les comportements en matière d'hygiène dans beaucoup de pays. En République islamique d'Afghanistan, une campagne de sensibilisation à l'importance de l'hygiène, organisée conjointement avec l'OMS et appuyée par des ONG, a permis de toucher 1,2 million de personnes. Des campagnes analogues ont permis de toucher 1,3 million de personnes en Éthiopie.

54. Dans le domaine des soins de santé dispensés par les collectivités aux enfants, une nette réduction de la malnutrition et une nette amélioration du développement des jeunes enfants ont été enregistrées dans des districts de quatre États d'Inde où la démonstration de ces approches a été faite en utilisant des méthodes telles que le Modèle de la déviance positive et la mobilisation des collectivités par des bénévoles locaux.

55. **Les défis du prochain PSMT**. Le maintien d'une perspective globale devant assurer aux enfants le meilleur départ possible dans la vie, en tant que stratégie concourant à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et composante de l'action en faveur de la survie et du développement de l'enfant, exige des activités de plaidoyer continues auprès des Nations Unies et des autres partenaires, de même que l'adoption à grande échelle d'approches pratiques qui, comme le programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant (ACSD), sont susceptibles de créer des synergies entre les différentes interventions. Il faudra cibler davantage la nutrition, le développement des jeunes enfants et l'apprentissage préscolaire en vue d'assurer leur intégration dans les plans nationaux et les programmes sectoriels.

56. L'UNICEF et ses partenaires feront campagne auprès des pays pour qu'ils intègrent l'approche ACSD dans leurs stratégies de réduction de la pauvreté et dans les réformes du secteur de la santé et s'efforceront de trouver des fonds pour les mesures accélérées de survie des enfants au titre des dépenses à moyen terme, des financements communs, et d'arrangements d'appui budgétaire direct. Il sera également indispensable d'allier l'expérience acquise dans les pays où les pratiques familiales et communautaires ont été améliorées grâce à une prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par les collectivités, au modèle des mesures accélérées pour la survie et le développement de l'enfant (ACSD), lequel permet de fournir les produits et les services de manière efficace et ciblera davantage à l'avenir la promotion de pratiques optimales. Il faudra redonner à la communication toute son importance comme moyen de changer les comportements. La conjugaison des différentes approches doit également contribuer à rendre les systèmes de santé abordables et viables.

57. La plupart des programmes d'éducation parentale appuyés par l'UNICEF ne sont pas encore appliqués sur l'ensemble du territoire des pays. Seuls 16 pays ont fait état d'une couverture de 15 % ou plus. Toutefois, une couverture nationale n'est peut-être pas ce qu'il faut rechercher, et il est peut-être plus judicieux de cibler les familles les plus marginalisées toutes les fois que c'est possible. De même, là où la discrimination basée sur le sexe est la plus présente, il s'agit de déterminer quelles méthodes les parents peuvent employer pour augmenter l'estime de soi chez les filles et les motiver à apprendre.

58. En matière de survie et de développement des jeunes enfants, il faut partout assurer un accès plus large aux données nécessaires à la prise de décisions et au choix des cibles. Les nouvelles approches testées pendant la période couverte par le PSMT, telles que la budgétisation des coûts marginaux face aux goulets d'étranglement, pourraient contribuer à l'amélioration des programmes nationaux à l'avenir.

Tableau 1
Les indicateurs des programmes du PSMT – Le développement du jeune enfant*

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*
Existence d'un répertoire de pratiques clefs en matière de soins susceptibles d'assurer à l'enfant le meilleur départ possible dans la vie	67	83	94	93
Existence d'une politique officielle globale relative au développement du jeune enfant (pourcentage des réponses totales)	11	22	22	23
Existence d'une structure ou d'un mécanisme de coordination pour le développement du jeune enfant (pourcentage des réponses totales)	27	42	48	52
Existence d'un système national de suivi de la croissance et/ou du développement du jeune enfant (pourcentage des réponses totales)	67	62	53	61
Nombre de pays dans lesquels les naissances sont enregistrées avec une régularité croissante, avec l'appui de l'UNICEF	75	85	90	83
Nombre de pays ayant des programmes d'éducation parentale appuyés par l'UNICEF	n.d.	48	53	60
Appui de l'UNICEF aux stratégies de communication en faveur du développement du jeune enfant	n.d.	75	76	55
Appui de l'UNICEF aux approches de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant par les collectivités (IMCI ou approches équivalentes)	n.d.	77	85	82
Appui de l'UNICEF aux initiatives d'apprentissage préscolaire comprenant des mesures spécifiques de préparation des filles à la scolarisation	n.d.	38	53	49

* *Source* : Bureaux de pays de l'UNICEF. À moins d'indication contraire, pour chaque indicateur les chiffres ont trait au nombre de pays bénéficiant d'un programme. Le nombre total des bureaux qui soumettent des rapports sur des questions déterminées varie peu d'une année à l'autre. Quand les variations sont grandes, on a employé des pourcentages.

B. Le programme élargi de vaccination

59. La vaccination est l'une des interventions de santé publique les plus réussies et ayant le meilleur rapport coût-efficacité. C'est aussi la seule intervention qui ait atteint plus de 70 % des jeunes enfants ces dernières années. La vaccination a déjà beaucoup contribué à la réalisation de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement concernant la mortalité infantile. La mortalité directement imputable à la rougeole a diminué de 50 % dans le monde depuis 1999.

60. L'examen à mi-parcours du PSMT a reconnu que le programme élargi de vaccination est celui qui a eu le plus d'effets jusqu'ici sur la condition des enfants et des femmes et qui a connu le plus haut degré de mise en œuvre par les pays. L'avantage qu'a l'UNICEF en matière de vaccination tient à sa présence bien établie sur le terrain et à sa capacité de se procurer des vaccins, d'en gérer l'approvisionnement et de faire connaître ses programmes.

61. Toutefois, il y a eu peu de nouveaux progrès dans l'augmentation de la couverture de la vaccination systématique pendant la période sur laquelle porte le PSMT et des inégalités demeurent. Plus de 27 millions d'enfants de moins d'un an et 40 millions de femmes enceintes, appartenant souvent aux couches les plus pauvres de la population, n'ont pas bénéficié de services de vaccination systématique en 2004. L'examen à mi-parcours a également réaffirmé que la vaccination est souvent la seule occasion pour les services de santé d'établir un contact régulier avec les enfants vivant dans la pauvreté. Il y aurait beaucoup à gagner à exploiter davantage cette situation pour fournir d'autres prestations essentielles en même temps que la vaccination.

62. Les progrès les plus importants ont été obtenus dans le domaine de la vaccination contre la rougeole, et la supplémentation en vitamine A et, dans une moindre mesure, dans celui de la vaccination contre le tétanos et la poliomyélite. Il a fallu pour cela des programmes nationaux bien supervisés, des systèmes logistiques et d'approvisionnement solides et une optique basée sur les résultats à l'échelle locale. L'action est maintenant concentrée sur les districts dans lesquels la couverture est encore faible, ce qui devrait aider à atteindre les 20 à 25 % d'enfants non encore vaccinés.

63. La vaccination peut encore éviter le décès de 2,5 millions de jeunes enfants chaque année. Environ 1,4 million de ces décès peuvent être évités rien qu'en étendant la couverture des vaccins disponibles contre, par exemple, la rougeole, l'*hemophilus influenzae* de type B, le tétanos et la coqueluche. On pourrait éviter 1,1 million de décès de plus grâce à de nouveaux vaccins à rotavirus et antipneumococciques. La vaccination pourrait représenter une contribution encore plus grande à la réalisation de l'objectif 4, dans la mesure où les campagnes de vaccination sont l'occasion de réaliser tout un éventail d'interventions en faveur de la survie de l'enfant.

64. Pendant la période visée par le PSMT, un financement pluriannuel, multinational et thématique a permis à l'UNICEF de renforcer sa capacité technique sur le terrain et d'apporter un soutien financier accru au renforcement des services de vaccination systématique. Cependant, il reste encore beaucoup à faire pour que l'UNICEF continue d'apporter un appui ferme et continu au niveau national.

65. **Les politiques générales et les partenariats**. L'UNICEF et l'OMS ont adopté une initiative conjointe intitulée : La vaccination dans le monde : vision et stratégie portant sur la période 2006-2015. Cette initiative offre au pays un cadre et des directives essentiels devant leur permettre de protéger un plus grand nombre de leurs habitants contre un plus grand nombre de maladies et de resserrer les liens entre la vaccination et d'autres types d'interventions de santé. L'initiative La vaccination dans le monde : vision et stratégie encourage également les pays à avoir recours aux nouveaux vaccins et aux nouvelles technologies. Pendant la période sur laquelle porte le PSMT, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) est devenue le plus grand donateur du monde dans le domaine de la vaccination. L'UNICEF a pris une part active aux travaux du Conseil et des groupes de travail de la GAVI qui a obtenu de nouveaux financements par le biais de mécanismes comme la Facilité internationale de financement (FIF) pour la vaccination.

66. Dans le cas particulier de l'UNICEF, l'initiative La vaccination dans le monde : vision et stratégie et le nouveau PSMT avec sa stratégie d'appui à la santé

et la nutrition représentent des cadres stratégiques en vue de redynamiser la vaccination et d'en faire un élément central de la survie de l'enfant. Ils reconnaissent qu'en matière de vaccination et de survie de l'enfant, l'action de l'UNICEF doit consister en amont à plaider pour certaines politiques et pour des ressources, sans jamais perdre de vue la nécessité d'obtenir des résultats. Ils soulignent également l'importance d'une programmation intégrée pour la survie de l'enfant (c'est-à-dire l'approche ACSD), y compris la distribution de produits appréciés incitant fortement à revenir avec les enfants pour des vaccinations futures.

67. Il conviendrait d'investir davantage dans des partenariats qui, tels que les initiatives contre la poliomyélite et la rougeole et l'initiative La vaccination dans le monde : vision et stratégie, peuvent beaucoup faire pour réduire la mortalité des moins de 5 ans et mobiliser des ressources pour les enfants. Le solide partenariat existant entre l'UNICEF, l'OMS et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis devrait être étendu à d'autres secteurs, chaque organisation se concentrant sur le domaine dans lequel il jouit d'un avantage comparatif. L'UNICEF devrait renforcer sa position de partenaire clef dans l'appui apporté aux gouvernements au niveau de la mise en œuvre à l'échelle nationale, pour ce qui a trait notamment à l'achat et l'approvisionnement, à l'analyse budgétaire, aux informations concernant les programmes et à l'établissement de liens avec des programmes intégrés de survie de l'enfant. Des évaluations internes ont également fait ressortir la nécessité pour l'UNICEF d'adopter une approche plus stratégique en ce qui concerne la gestion, le recrutement et la prévisibilité du financement du personnel technique dans ces domaines. De même, des compétences plus étendues sont nécessaires au niveau des politiques et de la mise sur pied de partenariats.

68. En outre, à l'avenir, l'UNICEF devra lier directement le financement de la vaccination à l'évolution des stratégies de réduction de la pauvreté, aux approches sectorielles et aux cadres de financement à moyen terme, à une collaboration continue avec la GAVI au plan des politiques mondiales et des activités de plaidoyer en faveur tant du renforcement des vaccinations systématiques que du financement des vaccins nouveaux et sous-utilisés capables de sauver des vies. Pour mettre en œuvre l'initiative La vaccination dans le monde : vision et stratégie, il faudra appuyer l'élaboration de plans nationaux pluriannuels s'inscrivant dans des programmes élargis de survie de l'enfant et l'achat d'ensembles de produits. Pour que se réalisent les objectifs du Millénaire, les partenaires devront s'attacher à gagner du terrain dans les pays ayant une forte population infantile, les taux de couverture vaccinale les plus bas et les taux de mortalité des moins de 5 ans les plus élevés.

Objectif clef : couverture vaccinale et supplémentation en vitamine A, diminution des maladies et vaccination sans risque

69. **La vaccination systématique**. Les cibles visées pour 2002-2005 en matière de vaccination comprenaient : un taux de couverture vaccinale de 80 % pour tout antigène dans chaque district, dans au moins 80 % des pays; l'éradication de la poliomyélite dans le monde; la réduction de moitié des décès dus à la rougeole; l'élimination du tétanos maternel et néonatal. En outre, le nombre de pays ayant un taux de couverture de 70 % pour la supplémentation en vitamine A devait doubler.

70. En 2004, le taux de couverture vaccinale en DCT3 (trois doses du vaccin combiné diphtérie/coqueluche/tétanos) a été de 78 % dans le monde entier et de 76 % dans les pays en développement, contre 73 % en 2001. Selon les données, les taux de couverture varient beaucoup d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays. L'Afrique subsaharienne a fait des progrès constants, mais accuse toujours du retard avec un taux de seulement 65 % en 2004. L'Asie du Sud, la région qui compte le plus d'enfants non vaccinés, n'a connu aucune amélioration de la couverture globale ces trois dernières années. La région CEE/CEI est passée de 88 % à 93 % de couverture.

71. Seul 38 des pays recevant une assistance de l'UNICEF ont atteint la cible des 80 % pour la couverture en DCT3 dans chaque district. Néanmoins, beaucoup de pays ont progressé dans les districts ayant les taux de couverture les plus bas. C'est ainsi que dans l'Afrique subsaharienne 25 pays ont fait état de taux de couverture de 80 % dans un plus grand nombre de districts, et dans 13 de ces pays le nombre de districts où cet objectif a été atteint a augmenté de 10 % à 45 %.

72. En 2002, l'UNICEF a lancé conjointement avec l'OMS l'initiative Atteindre chaque district (Reach Every District, RED), ciblant davantage les zones jugées les moins performantes à la suite d'une analyse des données locales. Les données disponibles portent à conclure que le nombre des enfants non vaccinés a diminué de près de 50 % en République démocratique du Congo, en Éthiopie, au Kenya, à Madagascar et au Zimbabwe depuis la mise en application de l'initiative Atteindre chaque district. L'UNICEF milite en faveur d'une gestion axée sur des données, en vue de faire parvenir la vaccination systématique et des interventions connexes jusqu'aux populations non encore desservies.

73. Les indicateurs clefs du PSMT montrent que pendant la période visée par le plan les interruptions dans l'approvisionnement en vaccins pour ce qui est des antigènes utilisés pour les vaccinations systématiques avaient été beaucoup moins fréquentes, mais que des améliorations très limitées s'étaient produites dans l'état général des équipements de préservation de la chaîne du froid. De même, le nombre de gouvernements prenant entièrement à leur charge le coût des vaccinations systématiques n'a pas beaucoup augmenté. Il y a encore 19 pays, dont plusieurs connaissent des situations d'urgence, dans lesquels aucun financement public n'est alloué aux vaccinations systématiques. Compte tenu du coût croissant des vaccins et de la découverte de nouveaux vaccins, l'UNICEF devra poursuivre sa collaboration avec ses partenaires nationaux et mondiaux en vue d'asseoir le financement des opérations de vaccination sur des bases durables.

74. **Les programmes accélérés de lutte contre les maladies**. La rougeole est une cause moins courante de décès dans les pays en développement. L'action mondiale menée par les gouvernements et les partenaires de l'initiative pour la lutte contre la rougeole, dont la Croix-Rouge américaine, les CDC, l'ACAID, l'UNICEF et l'OMS, a dépassé la cible fixée en 2000, c'est-à-dire la réduction de moitié de la mortalité due à la rougeole à l'horizon 2005. En effet, le nombre de décès dus à la rougeole dans le monde estimé à 871 000 en 1999 est passé à 454 000 en 2004[1], soit une réduction de 48 %. Il ressort d'estimations préliminaires qu'une nouvelle réduction de 9 % a eu lieu en 2005. C'est en Afrique subsaharienne qu'ont été

[1] 871 000 décès (fourchette d'incertitude : 633 000 décès-1 139 000 décès) en 1999 et 454 000 décès (fourchette d'incertitude : 329 000 décès-596 000 décès) en 2004.

enregistrés les plus grands progrès, avec 60 % de réduction. L'objectif visé maintenant est la réduction de 90 % des décès dus à la rougeole d'ici à la fin de 2010. L'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination GAVI, par l'intermédiaire de la Facilité internationale de financement pour la vaccination (FIF), a annoncé une contribution de 147 millions de dollars pour les activités de lutte contre la rougeole.

75. En 2005, en dépit de défis majeurs, l'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite menée par les CDC, Rotary International, l'UNICEF et l'OMS a beaucoup progressé dans le sens d'une interruption de la transmission endémique du virus. L'UNICEF a facilité l'introduction d'un vaccin antipoliomyélite buccal monovalent de types 1 et 3 et a collaboré de près avec les fabricants pour abréger les formalités réglementaires. Le nombre des pays où la poliomyélite est endémique a diminué et était de 4 en février 2006 (République islamique d'Afghanistan, Inde, Nigéria et Pakistan). Le nombre de pays qui rapportent encore des cas importés de transmission active du virus de la poliomyélite est passé de 21 à 7. À la fin de 2005, sur un total de 1 906 cas de poliomyélite dans le monde, plus de la moitié sont survenus dans des pays non endémiques. L'Inde et le Pakistan ont réduit le nombre des nouveaux cas de poliomyélite de 50 % en 2005, ouvrant la voie à l'interruption définitive de la transmission du virus. Le Nigéria se trouve toujours confronté à une situation grave, et les interventions de l'UNICEF cibleront les États du nord du pays où le taux de transmission est encore élevé.

76. Neuf pays et deux régions ont désormais éliminé le tétanos maternel et infantile. On est parvenu à réduire le nombre de décès néonatals dus au tétanos de 215 000 en 1999 à 180 000 en 2002 (des chiffres plus récents seront disponibles au début de 2006). Au cours des cinq dernières années, sur 58 pays où le tétanos maternel et infantile n'a pas encore été éliminé, 42 envisagent ou ont déjà commencé une vaccination supplémentaire à l'anatoxine tétanique (TT), protégeant ainsi plus de 63 millions de femmes dans des districts très menacés. En 2005, deux doses de vaccins TT ont été administrées à 2,8 millions de femmes à risque en Éthiopie, 2,6 millions au Bangladesh et plus d'un million au Mali et au Myanmar. Cependant, un financement incertain a gêné l'action du partenariat pour l'élimination du tétanos maternel et infantile ayant à sa tête l'UNICEF, le FNUAP et l'OMS. Les fonds additionnels annoncés par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) par l'intermédiaire de la Facilité internationale de financement (FIF) pour les opérations de vaccination aideront à rapprocher l'objectif de l'élimination du tétanos maternel et infantile.

77. L'UNICEF a continué à appuyer les pratiques d'injection sans risque par des activités de formation et l'emploi exclusif de seringues à usage unique pour les vaccins injectables. Le nombre de pays bénéficiant d'un programme qui utilisent exclusivement des seringues à usage unique pour les vaccinations systématiques a considérablement augmenté, passant de 45 en 2002 à 85 en 2005 (voir tableau 2).

78. **Les vaccins sous utilisés**. Le vaccin contre l'hépatite B a été introduit dans 158 pays et la couverture n'a cessé d'augmenter en même temps que les coûts diminuaient. Toutefois, depuis 2002, seul 18 des 72 pays remplissant les conditions pour bénéficier d'une aide de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) ont ajouté le vaccin contre l'*hemophilus influenzae* de type B à leur programme national de vaccination. L'*hemophilus influenzae* de type B demeure l'une des principales causes de décès dus à des pneumonies parmi les enfants âgés

de moins de 5 ans. De nouveaux moyens de financement et les recommandations d'experts à travers le monde devraient accélérer l'introduction de ce nouveau vaccin.

79. **La vitamine A**. Dans le cadre d'un partenariat des plus efficaces avec le Gouvernement canadien, d'autres gouvernements et l'initiative en faveur des micronutriments, l'UNICEF a continué à appuyer la supplémentation en vitamine A pour les enfants de moins de 5 ans et les accouchées, pendant toute la durée du PSMT. En 2003, année pour laquelle on dispose des données les plus récentes, le taux de couverture mondiale de la supplémentation en vitamine A, à raison d'au moins une dose élevée, avait atteint 61 % contre 50 % en 1999, et on estime que 52 % des enfants de 6 à 59 mois ont bénéficié d'une protection totale avec l'administration de deux doses annuelles, contre 16 % seulement en 1999, ce qui représente une hausse considérable. En 2003, 22 pays ont assuré deux cycles de supplémentation en vitamine A avec un taux de couverture d'au moins 70 %, contre 13 pays en 2000. Ces interventions permettent de sauver au moins 360 000 vies par an. Le maintien d'une vaste couverture après l'abandon progressif des journées nationales de vaccination contre la poliomyélite n'est quasiment plus un problème, dans la mesure où de nombreux pays ont opté avec succès pour de nouveaux modes de distribution de la vitamine A consistant notamment à associer la supplémentation à d'autres interventions telles que le déparasitage et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticides dans le cadre d'ensembles intégrés de soins de santé infantile.

80. **Aperçu des principales activités et des résultats du programme élargi de vaccination pour 2005**. L'UNICEF a acheté et distribué près de 3 milliards de doses de vaccins d'une valeur d'environ 439 millions de dollars en 2005 (contre 374 millions de dollars en 2004), de même que des équipements de maintien de la chaîne du froid et du matériel pour les injections sans risque d'une valeur de 53 millions de dollars. Le vaccin contre la poliomyélite à lui seul a représenté 2,1 milliards de doses. L'initiative pour les micronutriments a fourni 500 millions de capsules de vitamine A par l'entremise de l' UNICEF.

81. À la suite de la catastrophe provoquée par le tsunami dans l'océan Indien, 1,2 million d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole et ont reçu des suppléments en vitamine A. L'UNICEF a joué le rôle de chef de file dans les vaccinations à la suite du tremblement de terre au Pakistan et en Inde, atteignant plus d'un million d'enfants. Les enfants touchés par la crise alimentaire et nutritionnelle au Niger ont bénéficié d'un apport d'urgence de capsules de vitamine A.

82. L'UNICEF a encore amélioré ses prévisions des disponibilités en vaccins dont le degré de précision a dépassé les 80 % dans 90 pays. Le marché mondial des vaccins demeure fragile, mais aucune pénurie des vaccins les plus courants n'a été rapportée à l'échelle mondiale. Les fabricants sont désormais plus nombreux à s'efforcer de répondre aux critères fixés par l'OMS pour la préqualification des vaccins et leur production.

83. Une mobilisation sociale et des activités de communication bien ciblées à l'appui de l'éradication de la poliomyélite et des opérations de vaccination systématique ont permis de toucher certains des enfants les plus marginalisés, notamment en République islamique d'Afghanistan, en Inde, au Nigéria et au Pakistan.

84. L'éventualité d'une pandémie de grippe a été une source d'inquiétude grandissante. Le virus H5N1 est demeuré un virus aviaire, ne causant que rarement des infections chez l'homme, principalement chez les enfants, et ces infections sont habituellement mortelles. Pour prévenir une pandémie humaine, il faut en priorité lutter contre l'épidémie du H5N1 parmi les oiseaux et empêcher la contagion des êtres humains, tout particulièrement des enfants. L'UNICEF a un rôle essentiel à jouer dans le domaine de la communication et de la mobilisation sociale en vue de changer les comportements. En 2005, l'action a porté surtout sur les pays d'Asie et a consisté notamment à mettre au point des matériels d'information et de communication.

Tableau 2
Les indicateurs des programmes du PSMT – Le programme élargi de vaccination*

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*
Équipements de maintien de la chaîne du froid jugés « excellents »	19	23	20	28
Gouvernements finançant à 100 % les vaccinations systématiques	n.d.	69	75	73
Pays utilisant à 100 % des seringues à usage unique dans les vaccinations systématiques	45	60	72	85
Pays ayant connu des ruptures de stocks d'antigènes nécessaires aux vaccinations systématiques	52	47	48	37
Pays dotés de plans stratégiques nationaux de communication pour les vaccinations systématiques	n.d.	79	81	81
Pays ayant des plans/stratégies nationaux prévoyant la vaccination des groupes difficiles à atteindre	81	89	90	89

* *Source* : Bureaux de pays de l'UNICEF. Les chiffres concernent le nombre de pays bénéficiant d'un programme. Le nombre total des bureaux qui soumettent des rapports sur des questions déterminées varie peu d'une année à l'autre. Cette note s'applique également aux tableaux 3 à 5.

C. L'éducation des filles

Objectif 2 du Millénaire pour le développement : l'éducation primaire universelle

Objectif 3 du Millénaire pour le développement : l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes

Le contexte

85. Selon les estimations de l'UNICEF et de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), environ 115 millions d'enfants d'âge scolaire, dont 53 % de filles, n'étaient pas scolarisés en 2001 et 2002. Par définition, l'éducation primaire universelle ne peut devenir une réalité en l'absence de la parité des sexes. De même, la parité des sexes ne présente qu'un intérêt limité

si le taux de fréquentation scolaire reste bas. La disparité entre les sexes au regard de l'inscription dans les écoles primaires a diminué en 2001 et 2002 et est passée à 3 %. Il demeure cependant qu'il y a 8 millions plus de filles non scolarisées que de garçons. Trois régions, le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord, l'Asie du Sud et l'Afrique centrale, sont restées en deçà de l'objectif de la parité des sexes dans l'enseignement primaire en 2005. Néanmoins, des progrès substantiels ont été accomplis dans un certain nombre de pays d'Afrique entre 1990 et 2000, notamment dans le domaine de l'inscription dans les écoles primaires.

86. Toutefois, avec l'inscription, la partie n'est qu'à moitié gagnée. En effet, nombreux sont ceux qui sont scolarisés, mais abandonnent l'école, redoublent des classes ou ont du mal à apprendre et, de ce fait, n'acquièrent pas le niveau de connaissance le plus élémentaire.

La réponse

87. Le moteur de progrès a été l'investissement accru et une mise en œuvre nationale plus efficace, les objectifs du Millénaire pour le développement ayant un effet de galvanisation. L'action nationale a été complétée par une aide extérieure de plus en plus stratégique, de mieux en mieux coordonnée et plus en accord avec les circonstances nationales.

88. Pendant la période couverte par le PSMT, l'UNICEF a apporté son appui à l'accès équitable à l'éducation, à l'amélioration de la qualité de l'enseignement et à une plus grande réussite scolaire, par le biais de sa programmation, de ses activités de plaidoyer et de ses partenariats à effets de synergie. Le ciblage de l'éducation de base des filles a également aidé à intervenir dans d'autres secteurs, tels que le VIH/sida, le travail des enfants et la dénutrition. Les contributions de l'UNICEF à l'éducation reflètent de plus en plus son approche intersectorielle et axée sur les droits de l'homme et l'égalité des sexes, de même que la configuration changeante de l'aide au développement à l'appui des objectifs du Millénaire pour le développement.

89. Le rôle de l'UNICEF en matière d'éducation a essentiellement consisté à mener des actions de plaidoyer et à construire des partenariats dans le but d'influer sur les politiques sectorielles et de mobiliser des ressources. En dépit de contraintes temporaires liées aux capacités et compétences de son personnel, ce changement d'orientation a renforcé la participation de l'UNICEF à des partenariats et à la programmation commune et a permis une concordance plus grande entre ses contributions et l'appui extérieur accru à la réforme du secteur de l'éducation. Ses contributions consistent dans certains cas à mobiliser des ressources pour l'application à plus grande échelle de modèles de pratiques optimales qu'il a parfois aidé à mettre au point, comme au Bangladesh.

90. Au cours de la deuxième moitié de la période visée par le PSMT, le rôle de l'UNICEF a parfois consisté à aider les pays à élaborer des plans de qualité en vue d'obtenir un appui de l'initiative Éducation pour tous, procédure accélérée (Education for All Fast Track Initiative, EFA-FTI). Des efforts importants se poursuivent pour influer sur les plans sectoriels nationaux. Il ressort d'une évaluation externe de l'initiative en faveur de l'éducation des filles en Afrique que l'UNICEF et ses partenaires ont réussi à infléchir le cours des politiques dans le sens d'une prise en compte plus résolue de l'égalité des sexes dans l'enseignement partout en Afrique.

Objectif clef : un accès équitable à l'éducation de base

91. Dans les tout premiers temps de la mise en œuvre du PSMT, il a été difficile, pour certains bureaux de pays de l'UNICEF, d'épouser l'idée que l'éducation des filles est une priorité, tout particulièrement en Amérique latine et dans les Caraïbes, en Asie de l'Est et dans le Pacifique, où les disparités entre les sexes n'étaient pas trop marquées ou bien se manifestaient en faveur des filles et contre les garçons. Il a fallu du temps pour arriver à un consensus basé sur une interprétation large et stratégique de cette priorité.

92. S'il est vrai que l'inégalité entre les sexes n'est peut-être pas la disparité la plus importante dans certains pays, elle est, en général, étroitement associée à d'autres types de disparités liées à la pauvreté, à la localisation rurale et à l'origine ethnique. Les filles issues de collectivités pauvres, rurales, de migrants ou de minorités risquent davantage de se retrouver au bas de l'échelle menant à l'éducation. Le ciblage des questions relatives à l'égalité des sexes est une porte ouverte sur des discussions concernant d'autres disparités et exclusions avec des partenaires, une occasion de préconiser l'utilisation de données désagrégées. C'est ainsi que l'UNICEF, partant de la priorité accordée aux questions d'égalité des sexes dans l'éducation, a réussi à promouvoir une amélioration de l'accès à l'éducation de groupes autochtones en Bolivie et au Nicaragua, de populations pauvres des zones rurales et reculées de Chine et de minorités au Viet Nam.

93. Il a fallu également forger un consensus pendant la période visée par le plan au sujet de l'importance relative de l'accès à l'éducation par rapport à la qualité de l'éducation. Mais c'est une fausse dichotomie, car il est désormais plus qu'évident que la qualité de l'éducation fait partie intégrante de l'accès à l'éducation qu'elle détermine dans une large mesure. Il est essentiel que les objectifs 2 et 3 du Millénaire pour le développement fassent l'objet d'une approche globale : la parité des sexes dans l'éducation ne doit pas être vue sous l'angle étroit du taux d'inscription scolaire, mais plutôt comme la voie menant à une égalité plus étendue entre les sexes et à la promotion de l'autonomisation des femmes.

94. L'UNICEF a appuyé une vaste panoplie d'interventions variées en vue de tenir compte des réalités de chaque pays en matière d'éducation, enrichissant ainsi son expérience dans le contexte de sa collaboration avec ses partenaires, à la recherche de réponses adaptées aux particularités de chaque situation. Cette expérience s'avère de plus en plus utile dans l'adoption de nouvelles approches concourrant à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et concernant notamment l'éducation dans les situations d'urgence. L'expansion des travaux de l'UNICEF s'est également appuyée sur des stratégies plus cohérentes répondant aux grandes préoccupations internationales, telles que la stratégie accélérée adoptée en 2003 pour dynamiser l'accès à l'école et renforcer la qualité de l'enseignement dans les 25 pays qui risquaient le plus de ne pas atteindre l'objectif de la parité des sexes en 2005.

95. Pendant toute la période sur laquelle porte le PSMT, l'UNICEF a joué un rôle de premier plan à l'appui du volet éducation des interventions humanitaires. L'UNICEF a solidement assis sa réputation d'intervenant toujours présent en première ligne pour rétablir les services d'éducation dans les situations d'urgence. Les « écoles en boîtes » et les trousses de récréation font désormais partie de la panoplie type des interventions d'urgence. L'UNICEF est souvent bien placé pour

répondre aux besoins en éducation des enfants d'âge scolaire dans les situations de crise, grâce à sa capacité d'action intersectorielle. Dans les pays touchés par le tsunami de l'océan Indien, par exemple, les interventions soutenues par l'UNICEF dans le secteur de l'éducation ont aidé à atténuer le désarroi psychologique des enfants et à leur redonner le sentiment d'un retour à une vie normale.

96. Dans le cadre des programmes ordinaires, l'UNICEF et ses partenaires ont parfois appuyé des interventions ponctuelles en faveur d'un accès équitable à l'éducation, telles que la fourniture de matériels didactiques et de repas scolaires (en collaboration avec le PAM), la construction de salles de classe ou le transfert d'argent aux ménages à certaines conditions. Les interventions uniques de ce genre visent habituellement des groupes de population très désavantagés et sont de simples palliatifs. Toutefois elles sont l'occasion de faire progresser l'accès à l'école et de s'attaquer aux obstacles qui empêchent les enfants de profiter des possibilités qui s'offrent à eux. La plupart des interventions appuyées par l'UNICEF vont maintenant plus loin que cette approche minimale et associent plusieurs mesures concomitantes. Ainsi, la fourniture de repas scolaires peut être associée à la fourniture de matériels didactiques et à la rénovation des salles de classe de façon à rendre les écoles plus attrayantes pour les familles désavantagées. Les activités en faveur des filles de populations autochtones des zones reculées en Bolivie comprennent l'accueil dans des pensionnats, des moyens de transport et la fourniture de matériels scolaires.

97. Ce genre d'interventions permettent d'apporter des solutions locales, mais ne peuvent à elles seules rendre les pays capables de mettre sur pied des systèmes plus ouverts susceptibles de dispenser une éducation de qualité sur la durée. L'UNICEF a donc dû faire campagne pour des approches plus novatrices qui, le plus souvent, donnent lieu à des modèles de pratiques optimales, tels que les campagnes de retour à l'école et l'approche des Écoles amies des enfants. Pendant la période visée par le PSMT, les pays ont montré une préférence de plus en plus marquée pour ces approches, par rapport aux mesures ponctuelles ou localisées. L'UNICEF a soutenu de vastes campagnes de retour à l'école dans 13 pays pendant la période couverte par le PSMT, de même que dans la période qui a suivi le tsunami de l'océan Indien. Toutes ces campagnes ont eu pour résultat une augmentation considérable des taux d'inscription des filles comme des garçons à l'école primaire. La plupart des pays de l'Asie de l'Est et du Pacifique ont adopté des variantes de l'approche des Écoles amies des enfants et 93 pays ont élaboré ou sont en train d'élaborer des normes sur la création de milieux scolaires adaptés aux enfants et respectueux du principe de l'égalité des sexes. Ces normes ont été adoptées à l'échelle nationale dans 44 pays (voir tableau 3). De tels modèles de pratiques optimales prennent en charge les besoins des enfants de manière intégrée, en incluant des secteurs autres que le seul secteur de l'éducation. Toutefois, ils risquent de n'avoir que des effets limités s'ils ne sont pas transposés sur une plus vaste échelle.

98. Il convient de mentionner dans ce contexte le rôle de l'assainissement de l'eau et de l'environnement dans l'amélioration des taux d'inscription et de persévérance scolaires. Ainsi, des initiatives appuyées par l'UNICEF visant à promouvoir l'assainissement et l'hygiène dans les écoles ont permis de progresser dans ce domaine, notamment au Nigéria, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie et d'augmenter considérablement le taux d'inscription et de persévérance scolaires parmi les filles. La participation des enfants a également été bénéfique en ceci qu'elle a permis de transmettre aux familles les pratiques d'hygiène et

d'assainissement recommandées. Mettant à profit le cadre offert par la campagne lancée en 2003 par l'UNICEF et par le Conseil de concertation pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement sur le thème Eau, Assainissement et Hygiène dans les écoles (WASH in Schools: Water, Sanitation and Hygiene in Schools), les interventions dans ce domaine ont profité à l'ensemble des collectivités, en passant par les écoles. Parmi les autres liens sectoriels importants recherchés par les programmes d'éducation soutenus par l'UNICEF, il convient de mentionner l'éducation sur la prévention contre le VIH/sida et les stratégies d'accès des orphelins à l'éducation. De même, beaucoup de pays ont institué dans les écoles des mesures pour lutter contre la traite, le travail et les accidents des enfants.

99. **Les partenariats**. L'UNICEF a redynamisé l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles, outil essentiel devant galvaniser l'action à tous les niveaux en faveur de l'éducation des filles et de la réalisation des objectifs 2 et 3 du Millénaire pour le développement. Un Comité consultatif mondial a été créé et des points focaux pour l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles ont été désignés dans cinq régions. Des notes d'orientation et des outils d'analyse des sexospécificités ont été mis au point pour être utilisés au niveau des pays. Le partenariat avec l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles, qui avait démarré avec un petit nombre de pays en 2002, en comprenait 25 en 2005. Cette initiative est fermement implantée comme activité phare de l'initiative Éducation pour tous, procédure accélérée (Education for All-Fast Track Initiative, EFA-FTI) et siège à son Comité directeur. L'UNICEF a également collaboré avec des partenaires clefs au sein des réseaux interinstitutions intéressant l'éducation dans les situations d'urgence et l'éducation dans le domaine du VIH/sida et au sein du Groupe de travail de l'initiative Éducation pour tous coordonnée par l'UNESCO. L'UNICEF s'est également fait l'avocat d'une intégration plus poussée de la dimension sexospécifique dans les évaluations des plans sectoriels nationaux et, de concert avec ses partenaires, il a aidé à assurer que la question de l'égalité des sexes trouve sa place dans le cadre et les directives de la procédure accélérée de l'initiative Éducation pour tous.

100. **Aperçu des principales activités et des résultats obtenus en 2005 en faveur de l'éducation des filles**. En l'espace de trois mois, 90 % des enfants vivant dans les pays touchés par le tsunami étaient retournés à l'école, dans une certaine mesure grâce à la création de centres temporaires d'enseignement et à la remise en état des écoles. L'UNICEF a construit 213 écoles temporaires ou semi-permanentes, et a fourni des matériels scolaires à environ 1,5 million d'enfants. Le principe Reconstruire en mieux est illustré en Indonésie où des écoles sont en construction, sur des fondations plus solides, avec des installations sanitaires séparées pour les filles et les garçons, des facilités d'accès pour les élèves handicapés et de meilleures salles de classe et cours de récréation.

101. En Haïti, une vaste campagne de retour à l'école a fait revenir 38 000 enfants, dont 60 % sont des filles, et les campagnes d'inscription en Somalie ont vu s'inscrire 114 000 enfants en âge d'aller à l'école primaire. En République islamique d'Afghanistan, l'appui continu de l'UNICEF a permis 529 000 nouvelles inscriptions de filles en 2005. Le nombre total d'enfants scolarisés dans ce pays s'élève actuellement à 5,1 millions.

102. L'initiative Bienvenue à l'école au Népal a associé des campagnes d'inscription ciblant les filles et les groupes désavantagés à des mesures

d'amélioration de l'environnement scolaire et a été étendue à l'échelle nationale en 2005, ce qui a eu pour résultat d'augmenter de 12 % les inscriptions en primaire. Aux Comores, l'abolition des frais de scolarité prônée par l'UNICEF a fait augmenter la scolarisation des filles. Dans quatre États de l'Inde, un programme d'amélioration de la qualité des écoles pour les enfants de groupes désavantagés a eu pour résultat une réduction du nombre des enfants non scolarisés de 958 000 en 2001 à 162 100 en 2005. Au Nigéria, les résultats préliminaires d'une étude sur les Écoles amies des enfants portent à conclure que la scolarisation est supérieure de 70 % dans ces écoles par rapport aux écoles du groupe témoin.

103. L'UNICEF a fourni des fournitures scolaires d'une valeur totale de 86 millions de dollars en 2005, représentant une augmentation de 22 % par rapport à 2004. Cette croissance continue s'explique par des interventions liées à l'éducation dans des situations d'urgence (Écoles en boîte et trousses de récréation) et par un appui soutenu aux activités en faveur de l'éducation des filles. En Iraq, 4,6 millions d'enfants ont reçu des trousses éducatives.

104. Au Libéria, une politique globale sur l'éducation des filles a été élaborée avec le soutien de l'UNICEF. De même, au Mozambique, au Népal et au Nigéria, de nouvelles politiques nationales importantes pour l'accélération de l'éducation des filles ont été mises au point. Dans 52 % des pays bénéficiant d'une assistance de l'UNICEF, un examen du secteur de l'éducation sous l'angle de l'égalité entre les sexes a été entrepris ces trois dernières années par le gouvernement et/ou l'UNICEF. Plusieurs de ces pays sont maintenant engagés dans une analyse de leur budget d'enseignement sous l'angle de l'égalité entre les sexes et concentrent davantage leur attention sur des districts où la scolarisation des filles reste faible et sur les questions de sécurité dans les écoles.

Tableau 3
Les indicateurs des programmes du PSMT – L'éducation des filles

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*
Les plans d'éducation pour tous prévoient des mesures concrètes d'aide aux filles non scolarisées	66	71	80	81
Les mesures visant à réduire le nombre de filles non scolarisées sont appliquées à l'échelle nationale	40	41	51	55
Un examen du secteur de l'éducation sous l'angle de l'égalité entre les sexes a été entrepris ces trois dernières années par le gouvernement et/ou l'UNICEF	37	56	66	65
Il existe des normes sur la création d'un environnement scolaire adapté à l'enfant et respectueux du principe de l'égalité des sexes	33	31	41	44
Le gouvernement prend des mesures pour faire augmenter le pourcentage des filles qui suivent un enseignement postprimaire	47	50	55	54

D. La lutte contre le VIH/sida

Objectif 6 du Millénaire pour le développement : lutter contre le VIH/sida

Le contexte

105. Au cours des 25 dernières années, le sida est devenu la principale cause de décès prématuré chez les adultes de l'Afrique subsaharienne et la quatrième dans le monde. Plus de 20 millions de personnes sont mortes de causes liées au sida depuis que l'épidémie a commencé. À la fin de 2005, le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH s'élevait à 40,3 millions, dont près des deux tiers en Afrique subsaharienne où le taux de prévalence, parmi les adultes, a atteint 7,2 %. En Afrique subsaharienne, 57 % des personnes infectées par le VIH sont des femmes. Le sida n'est pas seulement la cause de souffrances humaines extrêmes. Il affaiblit les services de base dont dépendent tous les objectifs de développement, exacerbe les inégalités entre les hommes et les femmes et sape les forces vives des pays.

La réponse

106. Aussi bien l'épidémie que la réponse mondiale ont considérablement changé depuis que le VIH/sida a été documenté pour la première fois il y a plus de 20 ans de cela. Il existe maintenant des preuves que la prévalence chez les adultes est en diminution dans les pays gravement touchés : Côte d'Ivoire, République dominicaine, Haïti, Kenya, Malawi et Zimbabwe et certains États d'Inde. La « féminisation » de l'épidémie est particulièrement frappante en Afrique subsaharienne où environ 57 % des personnes vivant avec le sida sont des femmes. Parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans, pour chaque nouvelle infection chez les hommes, il y a deux nouvelles infections chez les femmes. Les conséquences sont graves pour les enfants, car si les femmes infectées par le VIH ne sont pas prises en charge, 40 % d'entre elles risquent de transmettre le virus à leur bébé.

107. Un enfant de moins de 15 ans meurt toutes les minutes de maladies liées au sida et près de 1 800 enfants sont infectés chaque jour. À l'échelle mondiale, 15 millions d'enfants ont perdu leur père ou leur mère à cause du VIH/sida et d'ici à 2010, environ 18 millions d'enfants, rien qu'en Afrique subsaharienne, auront perdu au moins leur père ou leur mère. Des millions d'enfants vivent avec des mères, des pères, des parents, des frères ou des sœurs malades ou mourants et voient leur situation s'aggraver davantage quand les personnels soignants et les enseignants tombent malades à leur tour et meurent.

108. Le changement d'orientation dans la lutte contre le VIH/sida a été particulièrement évident au niveau des mécanismes de financement et des initiatives, telles que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte antisida et le programme multinational de la Banque mondiale sur la lutte contre le VIH/sida en Afrique. Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) s'est développé et compte maintenant 10 partenaires. L'effort conjugué de tous les partenaires a contribué à renforcer la détermination des dirigeants politiques des pays dans la lutte contre le VIH/sida. Néanmoins, peu d'avancées sensibles ont été réalisées en faveur des enfants, car l'épidémie continue à compromettre les progrès

au regard de tous les objectifs du Millénaire pour le développement et de la réalisation des droits des enfants.

109. **Les jeunes et le VIH/sida**. Chaque année, il y a 2 millions de nouveaux cas d'infection parmi les personnes âgées de 15 à 24 ans. L'UNICEF a appuyé des activités et des partenaires pour assurer que les jeunes aient accès à des informations, à des compétences les préparant à la vie et à des services en vue de les rendre moins vulnérables au VIH et de réduire les risques d'infection. Nombre de ces activités ont été réalisées sur une échelle relativement limitée, mais la programmation commune avec le FNUAP et l'OMS et une collaboration plus étendue avec des ONG aident à les transposer sur une plus grande échelle. Depuis que l'accès au traitement antirétroviral s'est élargi, le monde accorde moins d'attention et de financement aux activités de prévention. Aussi bien le traitement que la prévention doivent faire l'objet d'une attention soutenue.

110. **La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant**. C'est un moyen prouvé et faisable de lutter contre l'épidémie. Cependant, ce n'est que depuis trois ans que les gouvernements ont pris des engagements plus fermes dans ce domaine, dans certains cas sur la base de programmes pilotes soutenus par l'UNICEF. À ce jour plus de 100 pays ont mis en place des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, dont 16 ont une couverture nationale. Le risque de transmission est beaucoup mieux compris. Selon les résultats d'une enquête menée dans 46 pays en 2001 et 2003, le nombre de femmes à qui sont offerts des services pour prévenir toute transmission du VIH à leur enfant a plus que doublé, passant à 5,5 millions. À l'échelle mondiale, le Forum du partenariat sur la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant a contribué à redynamiser ce secteur et le Forum du partenariat sur les enfants touchés par le VIH et le sida a joué un rôle important dans l'évaluation des progrès et dans la concertation de consensus.

111. Selon les estimations de l'UNICEF, en 2004, environ 10 % des femmes enceintes dans le monde avaient bénéficié de mesures d'accompagnement, et un traitement antirétroviral prophylactique avait été administré à 8,7 % des femmes enceintes pour réduire le risque de transmission du virus à leur bébé. Si les progrès ont été importants, ils restent bien en deçà de l'objectif fixé par la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée au sida.

112. **Les soins et le soutien aux enfants et à leurs familles vivant avec le VIH ou le sida**. Selon des estimations récentes d'ONUSIDA et de l'OMS, environ 2,3 millions d'enfants de moins de 15 ans vivent avec le VIH/sida, dont 660 000 ont besoin d'une thérapie antirétrovirale. Dans les zones très touchées, 58 % des décès d'enfants de moins de 5 ans sont attribuables au VIH. Beaucoup de pays commencent à peine à étendre la couverture pédiatrique des soins, du traitement et des mesures d'accompagnement concernant le VIH et ne disposent que de peu d'établissements capables de fournir ces services.

113. Suite à l'accord qui s'est fait jour pendant l'examen à mi-parcours quant à la nécessité d'accorder une plus grande attention aux soins et mesures d'accompagnement aux personnes touchées par le VIH/sida, l'UNICEF a lancé un processus de consultations qui a permis de dégager toute une série de mesures à prendre d'urgence : achèvement des directives relatives à la classification clinique des stades de la maladie et aux moyens de diagnostic de la maladie chez les enfants, analyse des directives de traitement, expansion des programmes de prévention de la

transmission de la mère à l'enfant, modélisation de systèmes intégrés de soins, de traitement et d'accompagnement, négociation de réduction des prix des formules pédiatriques et développement de systèmes d'information et de prévisions. Des directives révisées pour le traitement antirétroviral des nourrissons et des enfants infectés par le VIH dans les pays pauvres ont été publiées par l'OMS en 2005. L'UNICEF a eu des consultations avec de grandes sociétés pharmaceutiques sur la fabrication de préparations pédiatriques aux fins de leur utilisation dans les pays pauvres, et ces préparations devraient devenir disponibles au milieu de 2006.

114. **Quelques exemples de pratiques optimales**. Parmi les nouvelles approches qui peuvent servir de modèles et qui sont prometteuses du point de vue de leurs effets positifs sur les enfants et les familles, il faut mentionner : la mobilisation du secteur bénévole pour prodiguer des soins aux enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/sida dans la République démocratique du Congo, le programme de certificat d'aptitude professionnelle Alert School au Ghana qui offre une approche globale à la prévention du VIH/sida avec une forte composante d'éducation par les pairs et les campagnes menées par le Libéria auprès des jeunes, en collaboration avec la collectivité interreligieuse. L'UNICEF mettra à profit tous ces exemples et en augmentera la valeur en transposant sur le plan national des expériences locales et internationales relevant de différentes disciplines.

Objectif clef : la protection des enfants orphelins ou vulnérables

115. Cet objectif a été adopté dans le contexte de l'examen à mi-parcours en vue d'amener l'UNICEF à mieux cibler les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/sida et à accélérer ses travaux en leur faveur. L'UNICEF a joué un rôle de premier plan dans la mise en place d'un cadre devant guider les travaux des partenaires dans ce domaine. Pendant la période du PSMT, environ 60 pays ont adopté des stratégies de protection et de soins des enfants rendus orphelins ou vulnérables. Dans un premier temps, 16 pays d'Afrique ont reçu un appui au niveau de l'évaluation, de l'analyse et de l'adoption d'un plan d'action rapide. L'UNICEF a été le chef de file d'une équipe spéciale interinstitutions pour les activités de plaidoyer, de planification et d'appui à la mise en œuvre des programmes dans ce secteur en Afrique, en Amérique latine, dans la région CEE/CEI et plus récemment en Asie. Un certain nombre de pays appliquent maintenant des stratégies novatrices en réponse à la crise, y compris des approches communautaires pour que les enfants restent à l'école (Swaziland), la suppression des frais de scolarité (Kenya) et la promotion de l'apprentissage préscolaire et de programmes d'alimentation scolaire (Malawi).

116. L'avenir comporte encore de nombreux défis, notamment : la nécessité d'assurer la concordance entre les interventions nationales en faveur des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/sida d'une part, et les plans antisida en cours, les dispositions concernant le bien-être général des enfants et les stratégies fondamentales de réduction de la pauvreté, de l'autre; les capacités limitées des ministères des affaires sociales et le peu de priorité accordée dans les plans nationaux à la question des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/sida; les faibles capacités des organisations de la société civile qui représentent une source d'assistance capitale pour les enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/sida dans beaucoup de pays; et les difficultés particulières inhérentes à la

réalisation d'interventions en faveur de ces enfants dans les pays où la prévalence du VIH est plus faible.

117. Il est clair que les interventions en faveur des enfants rendus orphelins ou vulnérables par le VIH/sida doivent être solidement rattachées à d'autres initiatives, telles que le programme renforcé de prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique. Une bonne coordination à l'échelle nationale est nécessaire en vue d'éviter une programmation verticale et d'assurer des relations de travail efficaces entre les différents prestataires de services.

118. **Les contraintes**. Les insuffisances qui persistent dans les données épidémiologiques, la recherche et les systèmes de suivi, demeurent un défi pour beaucoup de pays. Il est particulièrement difficile de mettre au point des indicateurs et de mesurer les changements de comportement. En outre, plusieurs bureaux de l'UNICEF ont eu du mal au début à trouver un bon équilibre entre l'appui aux activités pilotes et l'appui global à la lutte contre le VIH/sida. Leur rôle dans la mobilisation nationale et le développement des politiques et des programmes s'en est parfois ressenti. Toutefois, les bureaux de l'UNICEF jouent de plus en plus un rôle stratégique à l'échelle nationale et viennent complémenter l'action de grands partenaires en matière de financement, tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et la Banque mondiale.

119. Une étude effectuée en 2004 par l'UNICEF et la Banque mondiale a révélé que la problématique des enfants et du sida occupait une place minime dans les stratégies de réduction de la pauvreté en Afrique et que la question des enfants touchés par le VIH/sida étaient négligée dans la plupart des cas, alors même qu'elle a des répercussions majeures sur la lutte contre la pauvreté.

120. D'autres difficultés persistent encore, notamment la prolifération des intervenants, les capacités techniques limitées, la faiblesse des systèmes nationaux et une approche globale insuffisante de la part de l'ensemble du système d'assistance des Nations Unies. Les ministères de tutelle pour l'enfance manquent souvent de fonds, ce qui aggrave la marginalisation des enfants touchés par le sida. S'il est vrai que le nombre de programmes a beaucoup augmenté dans ce domaine, les ministères ne reconnaissent pas toujours l'importance de l'apprentissage de compétences de base préparant les jeunes à la vie, en tant que composante à part entière des programmes d'étude. De même, les tentatives visant à inclure des services de santé ciblant les jeunes dans l'ensemble des services de santé minimum n'ont pas encore pris de la vitesse. La mise en œuvre du programme renforcé de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, comprenant également le traitement des parents, est gênée par le manque de capacités de suivi auprès des clients. Enfin, plusieurs des pays qui ont réussi à élaborer des stratégies pour faire face à différents aspects de la crise du VIH/sida entre 2002 et 2005 (voir tableau 4) ne peuvent les mettre en œuvre, faute de plans opérationnels et de moyens financiers.

121. **Les partenariats**. Entre 2002 et 2005, au nombre croissant des approches novatrices pour la mobilisation des ressources, on pouvait compter les partenariats avec : le United Kingdom Department for International Development (DFID) opérant aux niveaux mondial et régional, l'Organisation des pays exportateurs de pétrole et son appui à la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et aux enfants touchés par le VIH/sida et le Gouvernement brésilien avec son initiative

Plus 7 offrant un mécanisme Sud-Sud d'appui à sept pays en vue d'y améliorer l'accès au traitement.

122. Au sein d'ONUSIDA, l'UNICEF et le PAM envisagent des programmes communs faisant un usage stratégique de l'alimentation, en vue d'étendre la couverture des mesures de prévention de la transmission de la mère à l'enfant, des soins et des traitements. Ce partenariat est également en train d'évaluer les données relatives aux programmes d'alimentation scolaire, à la distribution de rations à emporter à la maison et à l'utilisation de l'alimentation comme moyen d'effectuer les transferts sociaux. Il existe à l'heure actuelle toute une série de programmes communs des Nations Unies aidant les pays à faire face au VIH/sida. L'UNICEF a continué à collaborer avec le plan d'urgence du Gouvernement des États-Unis pour la lutte antisida et avec l'OMS dans le domaine de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et du traitement pédiatrique dans le contexte de l'initiative « 3 x 5 ». Toutes ces initiatives auront des effets positifs sur la manière de travailler de l'UNICEF pendant la période visée par le prochain plan.

123. L'UNICEF a aidé à forger d'autres partenariats prometteurs qui allient les actions de plaidoyer aux compétences techniques suivant le principe des Trois un (un cadre d'action unique, un seul mécanisme de coordination, un seul mécanisme de suivi et d'évaluation) et en application des recommandations de l'Équipe spéciale mondiale entérinées par le Conseil d'administration de l'UNICEF en septembre 2005. Elles comprennent l'accélération de la campagne de prévention contre le VIH en Afrique en coopération avec ONUSIDA et l'OMS, des groupes de travail des directeurs régionaux et un réseau des points focaux pour le sida des ministères de l'éducation dans les pays d'Afrique de l'Ouest.

124. Dans l'ensemble, il apparaît clairement que la lutte contre l'épidémie du VIH/sida entre dans une nouvelle phase. Avec l'adoption du principe des Trois un, une transition s'opère des activités de plaidoyer à l'échelle mondiale vers des interventions appuyant fermement l'exécution au niveau national de programmes intégrés d'initiative nationale. Ces changements exigent l'adoption de nouvelles méthodes de travail recherchant des synergies et la concordance entre les approches des partenaires.

125. **Aperçu des principales activités et des résultats obtenus dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida en 2005**. La campagne mondiale Unis pour les enfants, unis contre le sida a été lancée en octobre 2005 par ONUSIDA, l'UNICEF et d'autres partenaires de plus de 30 pays pour alerter le monde au fait que les enfants sont largement absents des préoccupations internationales dans le domaine du sida. Cette campagne offre une tribune pour réclamer des programmes urgents et soutenus, des activités de plaidoyer et la mobilisation de ressources en vue de limiter les effets du VIH/sida sur les enfants et aider à endiguer l'épidémie. La campagne promeut un cadre d'action axé sur l'enfant et autour des Quatre p : prévenir la transmission de la mère à l'enfant, procurer un traitement pédiatrique, prévenir l'infection des adolescents et des jeunes et protéger et aider les enfants touchés par le VIH/sida. La campagne se propose de développer l'action dans tous ces domaines à plus grande échelle en privilégiant l'intégration, les partenariats et l'appui aux programmes d'initiative nationale, conformément au principe des Trois un et en tant que contribution aux objectifs du Millénaire pour le développement et aux engagements pris plus récemment contre le sida, à la suite du Sommet du G-8 et du Sommet mondial.

126. L'appel à l'action émanant du Forum des partenaires mondiaux réunis au Nigéria a été une première étape cruciale de l'intensification à l'échelle mondiale de la prévention de la transmission de la mère à l'enfant. L'UNICEF a contribué à une expansion considérable de la couverture des services de prévention de la transmission de la mère à l'enfant en Namibie, au Nigéria, au Swaziland, en Ouganda, en Zambie et ailleurs. En outre, au Nicaragua et au Pérou, l'UNICEF a soutenu des initiatives tendant à augmenter l'accès aux collectivités isolées et autochtones.

127. Les consultations entre l'UNICEF et l'OMS sur les soins pédiatriques, les mesures d'accompagnement et le traitement, et plus particulièrement sur les formules pédiatriques, les directives de traitement et la cotrimoxazole ont aidé à orienter la mise en œuvre. Les partenariats avec les gouvernements, Baylor University, la Fondation Clinton et l'OMS ont permis de progresser dans la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et le traitement pédiatrique, en particulier pour ce qui a trait à la fourniture de cotrimoxazole. Des centres d'excellence au Botswana et au Lesotho traitent des enfants vivant avec le VIH/sida et forment des personnels soignants aux méthodes de gestion clinique.

128. De nouvelles politiques ou stratégies globales antisida ont été rédigées ou adoptées en Serbie-et-Monténégro, au Swaziland et au Zimbabwe. En Chine, l'UNICEF a contribué à l élaboration de la première politique relative aux enfants touchés par le VIH/sida au niveau des provinces. En Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale des plans stratégiques pour la période allant de 2006 à 2010 ont été adoptés dans le cadre de certains programmes nationaux antisida.

129. L'UNICEF a continué à parrainer toute une série d'études et d'évaluations en vue d'augmenter les connaissances sur la situation des pays en matière de VIH/sida dont voici quelques exemples : des analyses de situations nationales sur les enfants touchés par le VIH/sida au Bangladesh et au Viet Nam, des études sur l'alimentation des nourrissons et le VIH/sida, au Rwanda et en République-Unie de Tanzanie et des études sur les actions de sensibilisation dans des écoles à Djibouti et en Zambie. L'UNICEF a également apporté son assistance à des enquêtes sur la situation des enfants orphelins ou vulnérables dans plusieurs pays d'Afrique.

130. C'est également grâce à l'assistance de l'UNICEF qu'il a été possible de donner à un plus grand nombre de jeunes accès à des services de santé de meilleure qualité et plus accueillants pour eux où ils peuvent recevoir des prestations et des informations confidentielles, selon leur âge, sur le VIH/sida, la santé procréative et des habitudes saines de vie. Des réseaux de services continuent à se développer dans la région CEE/CEI et dans d'autres régions. Des programmes mobiles, tels que le Bashy Bus à la Jamaïque, permettent de toucher un nombre croissant de jeunes.

131. Une réunion de consultation internationale de haut niveau a examiné différentes approches de la protection et du bien-être sociales, notamment au regard des enfants orphelins ou vulnérables. Les premiers résultats de l'initiative soutenue par l'UNICEF au Kenya consistant à donner des aides en espèces pour les enfants orphelins ou vulnérables ont été positifs et un programme pilote de plus grande portée débutera en 2006.

132. L'UNICEF a presque doublé la valeur de ses achats de traitements antirétroviraux qui se sont chiffrés à 33,5 millions de dollars en 2005 contre 18,4 millions de dollars en 2004, et a acheté d'autres fournitures et équipements antisida

d'une valeur de 8 millions de dollars. Plus de 96 % des achats de traitements antirétroviraux ont été effectués pour le compte de services d'achat de partenaires. Ce genre d'assistance a eu pour résultat d'augmenter considérablement le nombre des enfants et des adultes ayant accès à une thérapie. En Fédération de Russie, l'UNICEF a aidé à réduire de beaucoup le coût des traitements antirétroviraux.

Tableau 4
Les indicateurs des programmes du PSMT – La lutte contre le VIH/sida

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*
Une analyse nationale de la situation des enfants/jeunes par rapport au VIH/sida a été effectuée.	70	74	66	75
Une stratégie nationale a été adoptée pour généraliser la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.	65	84	89	93
Une stratégie nationale a été adoptée pour généraliser les mesures de prévention du VIH parmi les jeunes.	80	88	89	92
Une stratégie nationale a été adoptée pour généraliser dans les écoles l'apprentissage de compétences de préparation à la vie.	64	71	79	87
Une stratégie nationale a été adoptée pour généraliser les mesures de protection et de soins des enfants orphelins ou vulnérables.	31	36	47	60
Une stratégie nationale a été adoptée pour une prise en charge globale des enfants infectés par le VIH/sida et de leur famille.	n.d.	32	46	48

E. La protection des enfants contre la violence, l'exploitation et la maltraitance

133. La prévention et le traitement des actes de violence, d'exploitation et de maltraitance dont sont victimes les enfants font partie intégrante de la mise en pratique de la Déclaration du Millénaire et de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Tout en s'efforçant de remédier aux lacunes les plus flagrantes, le rôle de l'UNICEF consiste à mobiliser des partenariats en vue d'assurer la réalisation des droits des enfants à la protection et de renforcer les capacités des gouvernements d'assurer que leur système judiciaire, pénal et de protection sociale octroie une protection appropriée aux enfants dans les situations d'urgence et en temps normal.

134. Il ressort de l'examen à mi-parcours que l'UNICEF a un avantage comparatif et un rôle évidents en matière de protection de l'enfant. Il a été reconnu que l'UNICEF est de plus en plus performant dans ce domaine d'intervention, notamment en appuyant les réformes des politiques et des législations et en encourageant les pays à collaborer dans le domaine de la traite des enfants. Dans l'examen à mi-parcours, l'approche consistant à créer un environnement protecteur pour les enfants a été jugée utile, dans la mesure où elle offre un cadre cohérent aux activités en faveur de la protection de l'enfant vue sous l'angle des droits de l'homme. Cette approche facilite la collaboration de l'UNICEF avec ses partenaires, aide à cerner les responsabilités des différents secteurs en matière de protection des

enfants et permet au Fonds de privilégier des changements à grande échelle dans les environnements sociaux et institutionnels, au lieu de se limiter à de petits projets intéressant des groupes spécifiques d'enfants.

135. L'adoption d'approches intégrées a également progressé, ce qui a renforcé les mesures de protection dans tous les secteurs. Parmi les approches les plus prometteuses, il faut mentionner : l'établissement d'un lien entre l'enregistrement des naissances, les services de vaccination et l'inscription scolaire; la mise en place dans les écoles de programmes permettant de détecter les cas de faible fréquentation scolaire dus au travail des enfants et de réinscrire les enfants qui travaillent à l'école; et le renforcement des capacités des services de santé en matière de détection et de gestion des cas de maltraitance des enfants. Dans le contexte du PSMT, l'approche de l'UNICEF concernant les enfants handicapés a privilégié des réformes en faveur d'une prise en charge hors institutions de ces enfants, autant que possible, et de leur intégration dans les systèmes scolaires et de santé ordinaires.

136. Depuis 2003, l'UNICEF a redoublé d'efforts pour faire comprendre aux Nations Unies et à ses partenaires les liens étroits qui existent entre la protection de l'enfant et les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). L'intégration du concept de protection dans les stratégies de réduction de la pauvreté a connu quelques succès, de même que l'établissement d'un lien entre la protection des enfants et les OMD dans le contexte du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD). Des activités communes avec les partenaires des Nations Unies se développent dans le domaine de la bonne gouvernance, de l'accès à la protection sociale, du travail des enfants, des réformes des politiques relatives aux soins des enfants et à la justice pour mineurs, et de la violence à l'encontre des femmes et des enfants. Ainsi, des projets conjoints ont été réalisés avec les Nations Unies en Érythrée pour la réinstallation des enfants déplacés, et en Afrique du Sud pour lutter contre la violence à l'égard des enfants et des femmes dans le contexte de la réduction de la pauvreté et des mesures antisida.

137. Il existe maintenant des indicateurs pour contrôler les enfants placés dans des établissements où les enfants sont sous la garde de l'État, les mariages précoces, les mutilations génitales féminines (MGF) et la violence. La mise au point d'indicateurs pour les pires formes de travail des enfants, en collaboration avec l'Organisation internationale du Travail, se poursuivra pendant la période couverte par le nouveau PSMT. Des analyses plus robustes des environnements protecteurs nationaux et internationaux seront possibles une fois que les nouveaux indicateurs auront été incorporés aux systèmes nationaux réguliers de collecte de données et d'établissement de rapports, comme le prévoie le PSMT pour la période allant de 2006 à 2009.

138. **Les indicateurs des programmes**. Presque tous les indicateurs clefs de résultats en matière de protection de l'enfant accusent une tendance positive pour la période visée par le PSMT (2006-2009) (voir tableau 5). L'analyse des questions de protection est devenue beaucoup plus systématique au niveau national. Le nombre estimatif des pays dans lesquels les normes nationales semblent offrir une protection suffisante aux enfants privés de leur liberté ou placés dans des établissements de soins est passé à 26, c'est-à-dire qu'il a doublé pendant la période couverte par le PSMT, mais il ne faut pas en conclure pour autant qu'il ne reste pas beaucoup à faire.

139. En 2005, le nombre de bureaux de pays de l'UNICEF rapportant que les gouvernements avaient reconnu publiquement le problème de la traite des enfants, était d'environ 78, contre 64 en 2002. Le degré de reconnaissance publique a été légèrement plus élevé dans le cas de l'exploitation sexuelle des enfants. Une analyse des régions porte à conclure que c'est en Afrique de l'Ouest et en Afrique centrale, ainsi qu'en Amérique latine et les Caraïbes que les plus hauts degrés de reconnaissance des problèmes d'exploitation sexuelle ont été enregistrés, alors que tant la traite que l'exploitation sexuelle des enfants ont fait l'objet d'une reconnaissance publique moindre dans la région du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord.

140. Un nombre plus grand de pays incluent des données sur le travail des enfants dans leurs systèmes de collecte de données et leurs systèmes de statistique. Le nombre de bureaux de pays faisant état d'une collecte régulière par le gouvernement de données sur les pires formes de travail des enfants était de 57 en 2005 contre 10 en 2002.

141. La violence à l'égard des enfants a figuré en bonne place dans l'ordre du jour de la protection des enfants au niveau national pendant toute la période couverte par le PSMT. S'appuyant sur les interventions accrues de sensibilisation menées par les bureaux de pays de l'UNICEF, les pays ont été de plus en plus nombreux à procéder, au cours des trois dernières années, à une analyse des normes juridiques de protection des enfants contre la violence.

142. **Les contraintes**. L'expérience internationale en matière de protection des enfants demeure limitée, comparée à d'autres domaines prioritaires concernant les enfants dans le Programme d'action du Millénaire. Les limitations que connaissent certains intervenants clefs en matière de financement, de ressources humaines et de capacités demeurent également une contrainte importante. L'UNICEF devrait, selon qu'il conviendra, aider à renforcer en premier lieu les capacités des ministères responsables de la protection sociale dans le domaine de la planification et de la fourniture de services, car ceux-ci jouent un rôle crucial dans la création d'un environnement protecteur pour les enfants, et en second lieu les capacités dans ces mêmes domaines des organisations de la société civile qui jouent un rôle complémentaire. En associant étroitement la protection de l'enfant aux objectifs du Millénaire, il devrait être possible de mobiliser des ressources en faveur des programmes de protection et de justice sociales.

143. En l'absence d'une approche globale de la protection de l'enfant, l'efficacité de l'action est compromise. La protection de l'enfant est encore souvent perçue comme un acte de charité plutôt que comme une question relevant des droits de l'homme et du développement d'un pays. Il faut souvent beaucoup de temps pour réussir à forger un consensus social sur les questions liées à la protection des enfants et sur la manière de les aborder. Il est clair que l'UNICEF ne saurait y parvenir seul.

144. **Les partenariats**. La création de partenariats de plus en plus divers a été l'une des caractéristiques les plus frappantes de l'évolution des activités pour la protection des enfants et un outil essentiel à la concertation et à l'adoption d'approches cohérentes. L'UNICEF a contribué à l'élargissement de la collaboration nationale, régionale et mondiale et est aujourd'hui un membre clef de réseaux interinstitutions intéressant la justice pour mineurs, les enfants non accompagnés et séparés de leurs parents, les MGF, l'Étude des Nations Unies sur la violence contre les enfants, la protection contre l'exploitation sexuelle et la maltraitance, la santé

mentale et l'accompagnement psychologique dans les situations d'urgence. Parmi les principaux partenaires de l'UNICEF dans ce domaine, il convient de mentionner : le Bureau de la coordination des affaires humanitaires, le FNUAP, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et le PAM (pour ce qui a trait aux situations d'urgence et aux situations de transition après les conflits), et le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme et contre la violence sexuelle et sexiste. L'UNICEF a également travaillé de près avec l'OIT et la Banque mondiale entre autres organisations sur le travail des enfants et la démobilisation et réinsertion des enfants soldats.

145. Au plan des politiques générales et des activités de plaidoyer, l'UNICEF travaille en partenariat avec d'autres organismes dont l'Union interparlementaire (UIP) et le Comité directeur pour le code de conduite pour protéger les enfants contre le tourisme sexuel. La période couverte par le PSMT a également été témoin d'une collaboration grandissante avec les organismes régionaux du Moyen-Orient et d'Europe, s'ajoutant aux relations déjà bien établies avec des organisations intergouvernementales ailleurs.

146. Plusieurs des partenariats pour la protection de l'enfant sont encore relativement récents, y compris les partenariats avec le secteur privé. L'un des exemples les plus dynamiques d'intervention est la collaboration entre l'UNICEF et l'industrie du tourisme pour prendre des mesures contre le travail des enfants et contre l'exploitation sexuelle et commerciale des enfants.

147. **Les enseignements**. L'UNICEF parvient de plus en plus à placer la question de la protection de l'enfant en amont, dans la sphère des politiques, et à promouvoir des changements systémiques, en apportant son appui aux réformes législatives, en développant les capacités de ceux qui travaillent avec les enfants et en favorisant le débat dans les médias et au sein de la société civile. Certaines questions comme la discrimination et l'enregistrement des naissances sont de plus en plus perçues comme de véritables défis dans tous les secteurs d'intervention. La réforme des Nations Unies donne de plus en plus d'occasions à l'UNICEF d'aider les pays à relever les défis multiples posés par la protection de l'enfant par le biais d'une approche globale. Même quand sa présence sur le terrain est limitée, l'UNICEF réussit à faire œuvre de pionnier dans des domaines sensibles. Sa vocation spécialisée et les moyens dont il dispose pour plaider en faveur de la protection des enfants peuvent présenter un intérêt pour les pays industrialisés également. Il faudra que l'UNICEF continue à jouer son rôle de principal défenseur, d'autorité établie et de rassembleur de partenaires, sur la base des normes internationales. L'un des enseignements clefs à tirer est qu'il est important de traiter la protection de l'enfant de manière coordonnée, de l'intégrer aux politiques nationales et de la faire adopter par tous les secteurs pertinents.

148. En dépit des faiblesses qui existent encore dans sa propre capacité, l'UNICEF redouble d'efforts pour développer les capacités en matière de protection des enfants dans les situations d'urgence. Le nouveau PSMT et les engagements fondamentaux de l'institution à l'égard des enfants en situation d'urgence offrent un cadre solide aux interventions d'urgence, comme on a pu le voir à la suite du tsunami de l'océan Indien. Les interventions ont reposé sur des programmes établis, des réseaux de compétences et la capacité d'influer sur les travaux des partenaires. Elles ont également ouvert la voie à la promotion d'investissements à plus long

terme dans des institutions clefs devant permettre à l'avenir de créer un environnement protecteur pour les enfants.

149. La performance générale du Fonds dans le domaine de la protection de l'enfant a été affectée (comme dans d'autres domaines prioritaires, en particulier la lutte contre le VIH/sida) par la croissance limitée des ressources ordinaires pendant la période du PSMT et par certaines difficultés rencontrées dans la mobilisation d'autres types de ressources. L'un des principaux défis qui se posent aux intervenants est de monter une stratégie globale de mobilisation des ressources qui tienne compte du fait que les innovations dans le domaine de la protection de l'enfant peuvent faire progresser le développement et sont importantes dans les situations d'urgence.

Objectif clef : progresser dans le sens des engagements pris en matière de protection des enfants

150. En janvier 2006, 121 pays avaient signé le Protocole facultatif à la Convention concernant l'implication d'enfants dans les conflits armés et 114 pays avaient signé le Protocole facultatif à la Convention concernant la vente d'enfants, la prostitution des enfants et la pornographie mettant en scène des enfants, contre 16 pays dans le cas de ces deux conventions en 2001.

151. L'UNICEF a été le chef de file des actions en faveur du désarmement, de la démobilisation et de la réinsertion des enfants (DDR) dans beaucoup de pays affectés par des conflits, particulièrement en Afrique de l'Ouest, en Asie du Sud et en Amérique latine. L'expérience ainsi accumulée sert maintenant à mettre au point des normes mondiales dans ce domaine. L'UNICEF, en coopération avec 14 autres institutions des Nations Unies, joue un rôle moteur dans la mise au point d'une approche concernant les enfants et les mesures de DDR dans le cadre du système intégré des Nations Unies. Le personnel humanitaire et les agents du maintien de la paix de plusieurs pays ont reçu une formation sur la protection des enfants et les besoins particuliers des enfants et des femmes.

152. Une équipe spéciale sur l'exploitation et les abus sexuels a été créée par le Comité permanent interorganisations en 2002 et est coprésidée par l'UNICEF et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires. La mobilisation en faveur de la protection des femmes et des enfants contre la violence sexuelle dans les situations de crise humanitaire a conduit à la publication en 2004 du bulletin du Secrétaire général sur les Dispositions spéciales visant à prévenir l'exploitation et les abus sexuels (ST/SGB/2003/13). L'UNICEF a fait campagne auprès du personnel des Nations Unies pour faire connaître ces normes et les faire respecter en instituant des procédures pour rapporter les cas d'exploitation et d'abus sexuels et en créant des matériels de formation à l'intention du personnel et des partenaires. En coopération avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires, l'UNICEF a également créé et testé des matériels de formation pour faire prendre conscience des problèmes de violence sexistes qui surviennent dans les situations d'urgence.

153. L'UNICEF a également participé à l'élaboration de directives et de matériels de formation sur le VIH/sida dans les situations d'urgence et on compte de plus en plus sur lui pour assumer la direction des actions de prévention et des interventions face à la violence sexuelle. L'engagement pris en ce qui concerne les soins à la suite

des viols, en particulier, va nécessiter une augmentation des capacités et des ressources disponibles.

154. La fréquence accrue des conflits et des catastrophes naturelles fait que les enfants et les familles ont de plus en plus besoin d'un accompagnement psychosocial. L'UNICEF est en faveur de la mise en place d'un réseau de spécialistes pour promouvoir l'acquisition de connaissances dans les organisations humanitaires et universitaires.

155. **Aperçu des principales activités et des résultats obtenus dans le domaine de la protection des enfants en 2005**. Au lendemain du tsunami de l'océan Indien, tous les enfants séparés de leurs parents et non accompagnés, de même que les enfants qui avaient perdu un parent ou les deux, ont été rapidement enregistrés et en quelques mois ont pu être confiés à leur famille élargie.

156. L'UNICEF a contribué à mieux faire connaître la violence contre les enfants grâce à sa participation à l'étude réalisée par les Nations Unies dans 31 pays. La participation des enfants au processus de consultation, y compris neuf consultations régionales, a été facilitée.

157. Un accord de coopération sur la traite des enfants a été signé par neuf pays d'Afrique de l'Ouest. La nouvelle Convention du Conseil de l'Europe sur la lutte contre la traite des êtres humains contient des dispositions visant la traite des enfants. Des accords de coopération bilatérale ont été conclus entre la Chine et le Cambodge et entre le Cambodge et le Viet Nam.

158. Des plans d'action concernant l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales et la traite des femmes et des enfants ont été adoptés ou sont en cours d'élaboration en Mongolie, au Pakistan et en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Au Burkina Faso, en Érythrée, au Myanmar, au Pakistan, au Soudan et ailleurs, des interventions ont permis la réinsertion dans les collectivités d'enfants qui avaient été victimes de la traite et/ou d'exploitation. L'UNICEF a prouvé une nouvelle fois sa capacité à promouvoir la collaboration entre les pays sur des questions sensibles en aidant au rapatriement et à la réunification avec leur famille de 1 000 enfants impliqués dans des courses de chameaux au Moyen-Orient.

159. Au Brésil, l'UNICEF est intervenu pour promouvoir l'insertion dans les écoles de 100 000 enfants qui travaillaient et a appuyé une campagne de sensibilisation du public à la question du travail des enfants. Au Sénégal, l'éradication du travail des enfants a été retenue comme cible prioritaire aux fins de l'utilisation des fonds d'allégement de la dette provenant du Gouvernement italien.

160. En Colombie, environ 2 520 enfants soldats ont bénéficié de l'aide de l'UNICEF depuis 1999, sous forme de soins de santé et de soins psychosociaux, de l'apprentissage de compétences de préparation à la vie, de logement et d'une aide judiciaire. Près de 800 enfants soldats ont été démobilisés au Burundi et 200 autres au Sri Lanka.

161. Au Burkina Faso, l'incidence des MGF a diminué, passant de 66 % en 1996 à 40 % en 2005. Plusieurs États du Nigéria ont promulgué des lois contre les MGF. Grâce en partie à l'UNICEF, le Protocole de Maputo à la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant qui interdit les MGF est entré en vigueur en novembre 2005.

162. Le Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF a effectué plusieurs études qui ont contribué à la sensibilisation et à la mobilisation dans le domaine des politiques sociales et économiques en rapport avec la pauvreté chez les enfants, de la promotion de normes internationales pour les enfants et de la protection des enfants contre la violence, l'exploitation et la maltraitance. Une analyse comparative des réformes législatives effectuées pour donner effet aux dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant dans le contexte de traditions juridiques différentes sera publiée en 2006.

Tableau 5
Les indicateurs des programmes du PSMT – La protection de l'enfant

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*
L'analyse des incidences de la violence, de la maltraitance, de l'exploitation et de la discrimination sur les enfants a débuté	91	109	113	118
Des normes nationales assurant une protection appropriée des enfants privés de leur liberté ont été adoptées	13	23	22	26
Le gouvernement a fait des déclarations reconnaissant publiquement le problème de la traite des enfants	64	80	73	78
Le gouvernement a fait des déclarations reconnaissant publiquement le problème de l'exploitation sexuelle des enfants	70	84	83	85
La collecte systématique de données et les systèmes de statistique incluent les pires formes du travail des enfants	47	52	57	57
Une analyse des normes juridiques de protection des enfants contre la violence a lieu ces trois dernières années	61	78	87	91

F. La préparation aux situations et aux interventions d'urgence

163. L'UNICEF poursuit son action en faveur du Programme d'action du Millénaire dans les situations de crises humanitaires et pendant les périodes de transition consécutives aux crises. Pendant la période sur laquelle porte le PSMT, les principaux engagements collectifs pris en faveur des enfants ont continué à le guider dans ses interventions humanitaires.

164. La participation et la contribution de l'UNICEF à la réforme du secteur humanitaire et au processus de réforme des Nations Unies n'a cessé d'évoluer. Dans le contexte de l'approche groupée adoptée par le Comité permanent interorganisations (IASC) en 2005 consistant à instituer des chefs de file pour les différents secteurs d'activité, c'est à l'UNICEF que revient le rôle de chef de file pour l'alimentation, l'eau et l'assainissement du milieu et la transmission des données. En outre, l'UNICEF sera le chef de file pour certains aspects de la protection de l'enfant et jouera un rôle important dans le secteur santé. L'approche

groupée est à l'essai, notamment au Pakistan et ses premiers résultats sont en cours d'analyse.

165. De 2002 à 2005, près du tiers des pays avec lesquels coopère l'UNICEF faisaient face à des crises ou à des situations d'urgence. En 2003 déjà, 25 % à 30 % des recettes de l'UNICEF étaient destinées au financement des interventions d'urgence. En 2005, le financement des interventions d'urgence atteignit le milliard de dollars, ce qui s'explique en grande partie par la réponse au tsunami de l'océan Indien, mais aussi par l'augmentation considérable des fonds destinés à d'autres interventions d'urgence.

166. Il y a eu plusieurs évaluations de l'assistance humanitaire fournie par l'UNICEF depuis l'évaluation à mi-parcours, notamment l'analyse interne d'interventions nationales spécifiques, une évaluation du programme commun Department for international development/UNICEF pour le développement des capacités, l'examen des interventions humanitaires du Bureau de la coordination des affaires humanitaires et un exercice visant à faire le bilan des enseignements à tirer de la crise du tsunami. Il est généralement reconnu que les interventions humanitaires de l'UNICEF se sont beaucoup améliorées ces dernières années. La planification de la préparation aux situations d'urgence a été simplifiée, un progrès essentiel pour la réalisation d'interventions capables de sauver des vies, et est maintenant associée aux principaux engagements collectifs pris envers les enfants.

167. Les évaluations ont également confirmé que l'UNICEF avait renforcé la gestion de ses ressources humaines en mettant sur pied une équipe mondiale d'intervention rapide et en concluant avec ses partenaires des arrangements prévisionnels. Toutefois, ces évaluations ont également indiqué que l'UNICEF devait encore progresser en vue d'assurer des interventions humanitaires rapides, fiables et de qualité. Les opérations humanitaires et les principaux engagements collectifs pris envers les enfants font partie intégrante des domaines d'intervention et des stratégies opérationnelles du PSMT couvrant la période allant de 2006 à 2009.

168. **Les principales interventions d'urgence en 2005**. L'ampleur de la catastrophe causée par le tsunami de l'océan Indien a exigé une réponse sans précédent. Les gouvernements, les institutions des Nations Unies, des groupes de la société civile, les militaires et d'autres partenaires sont intervenus rapidement au niveau des évacuations médicales, de l'alimentation, de l'eau propre, des fournitures médicales d'urgence et des campagnes de vaccination. Ainsi, on a pu empêcher que des enfants ne meurent de maladies évitables. La plupart des élèves ont pu retourner rapidement à l'école et les craintes initiales concernant la traite et l'exploitation des enfants se sont dissipées.

169. La coordination des interventions internationales mettant en jeu huit pays et des milliers d'organismes a peut-être été le plus grand défi jamais rencontré par le secteur humanitaire. Les capacités locales étaient arrivées à la limite de leurs possibilités et ont dû être fortement soutenues. Les capacités de l'UNICEF ont été mises à rude épreuve, car il a fallu mener de front les réponses à la catastrophe et de multiples interventions d'urgence ailleurs. L'UNICEF a dû veiller à ce que tant les interventions d'urgence proprement dites que les systèmes sur lesquels elles se sont appuyées demeurent solides, transparents et dignes de confiance.

170. La crise a démontré le rôle crucial qui incombe au secteur privé en matière de financement, d'approvisionnement et d'assistance technique. Les comités nationaux

pour l'UNICEF ont mobilisé des personnes douées pour la communication issues des secteurs les plus divers et ont vite obtenu un financement flexible. Le tsunami a également démontré qu'il est important d'investir dans des systèmes d'alerte rapide et dans la préparation aux niveaux local et national, de même que dans des systèmes de concertation à l'échelle mondiale. L'UNICEF continue à avoir un rôle critique à jouer, en tant que membre des équipes de pays des Nations Unies, dans les activités de plaidoyer et le développement des capacités des gouvernements en matière de protection des enfants contre les catastrophes naturelles.

171. Le séisme qui a frappé le Pakistan, l'Inde et la République islamique d'Afghanistan en octobre 2005 a créé d'énormes besoins humanitaires sur un terrain vaste et difficile. Plus de 75 000 personnes ont été tuées en Inde et au Pakistan dont plus de la moitié étaient des enfants. Environ 3,3 millions de personnes ont été privées d'abri. Plus de 10 000 écoles et 1 000 centres de santé ont été détruits, et presque tous les systèmes d'adduction d'eau ont été endommagés.

172. Les interventions ont été dirigées par les pays affectés et ont bénéficié de la solide collaboration qui s'est instaurée entre le système des Nations Unies et les autorités locales et nationales de secours, les unités militaires et les ONG. Dans cette situation d'urgence comme dans d'autres, l'UNICEF a pu compter sur sa longue expérience dans les pays touchés et sur son personnel national expérimenté, dont plusieurs ont eu des parents qui ont souffert du séisme.

173. Au Pakistan, l'UNICEF a apporté une assistance au Gouvernement en codirigeant les interventions du groupe technique chargé d'intervenir dans les secteurs eau et assainissement, éducation et transmission des données. L'UNICEF a également codirigé avec le PAM les interventions du groupe technique chargé du secteur alimentation et nutrition. Jusqu'à la fin de 2005, aucune épidémie ne s'était déclarée et la mise en place de systèmes de surveillance de la santé, de l'alimentation et de la protection des enfants touchés par le séisme était en bonne voie. Le positionnement préalable de stocks a permis à l'UNICEF d'apporter une assistance de grande envergure dans les 48 heures. Plus de 500 000 personnes ont pu avoir accès à de l'eau potable. Plus de 57 000 enfants ont pu reprendre des activités scolaires et récréatives, et une stratégie de réhabilitation des enfants orphelins et handicapés est en cours d'élaboration. En Inde, l'UNICEF a apporté une assistance au Gouvernement pour la vaccination des enfants contre la rougeole, la supplémentation en vitamine A et l'administration de SRO, et a également distribué du matériel pour désinfecter et stocker l'eau dont 50 000 personnes ont bénéficié.

174. En 2005, les Caraïbes ont été frappés par 14 cyclones dont trois de catégorie 5. Les donateurs ont répondu sans tarder et en force à la majorité des appels lancés, ce qui a permis à l'UNICEF d'apporter une assistance rapide sous forme d'approvisionnement en eau, de matériel d'assainissement, de trousses d'urgence et d'activités de plaidoyer en faveur de la protection et de l'accompagnement psychosocial des enfants. La prompte mise à disposition de fonds et la planification préalable interorganisations ont été déterminants pour la réalisation d'interventions rapides et efficaces.

175. À la demande du Secrétaire général et dans le contexte de la réponse de l'ensemble du système des Nations Unies, l'UNICEF a fourni un appui technique et des approvisionnements limités et rapides pour venir en aide aux familles touchées par le cyclone Katrina.

176. Le conflit continu dans la région du Darfour a touché 3,4 millions de personnes et n'a pas cessé de créer de graves besoins humanitaires. L'UNICEF et ses partenaires ont réussi à fournir des services de santé de base à 2 millions de personnes, soit 60 % environ des populations affectées. Quelque 900 000 personnes ont pu être approvisionnées directement en eau salubre par l'UNICEF. Une initiative en faveur de la maternité sans risque a également amélioré des soins prénatals pour plus de 17 000 femmes du sud du Soudan.

177. Les interventions de partenaires de l'UNICEF ont aidé à réduire les taux bruts de mortalité dans le Darfour de 2 pour 10 000 en 2004 à 0,8 pour 10 000 en 2005, et les taux de malnutrition aiguë parmi les enfants de 21,8 % à 11,9 %. L'UNICEF a apporté une assistance à 54 centres d'alimentation thérapeutique et à 100 centres d'alimentation complémentaire où ont été traités 12 000 enfants souffrant de malnutrition grave et 90 000 de malnutrition modérée.

178. Au Niger, un déficit agricole dû aux infestations de criquets pèlerins et à une faible pluviométrie a placé près de 3,3 millions de personnes dans une situation d'insécurité alimentaire aiguë. L'UNICEF, agissant en étroite collaboration avec le gouvernement, a pris la tête du volet nutrition des interventions d'urgence, coordonnant l'action des ONG nationales et internationales et assurant les approvisionnements nécessaires au traitement des enfants mal nourris. Le PAM a fourni des aliments dans la région de Zinder pour des enfants risquant la malnutrition ou pour leur famille. Plus de 90 % des enfants bénéficiant d'un programme d'alimentation ont repris des forces et le taux de mortalité est resté bas. L'excellente collaboration entre les ONG et les centres de santé a contribué à ces progrès.

179. La crise du Niger a montré que la dénutrition chronique chez les enfants devrait être abordée et traitée comme un problème structurel appelant des politiques à long terme. L'UNICEF et ses partenaires doivent également investir dans la surveillance nutritionnelle dans les pays où les problèmes de nutrition sont relégués au second plan en raison de la faiblesse des systèmes.

III. La réforme des Nations Unies et les initiatives de partenariats

180. En 2005, l'UNICEF a pris un certain nombre d'initiatives visant à donner une dimension plus stratégique à ses partenariats. Ces initiatives ont été conçues pour augmenter la contribution de l'UNICEF à tous les aspects du processus de réforme et à l'efficacité des travaux du système des Nations Unies en faveur des enfants et des objectifs du Millénaire pour le développement concernant les enfants.

181. **La réforme des Nations Unies**. Les chefs de secrétariat du PNUD, du FNUAP de l'UNICEF et du PAM sont convenus vers la fin de 2005 de renforcer le système des coordonnateurs résidents et des coordonnateurs humanitaires par le biais de toute une série de mesures tendant notamment à améliorer le processus de sélection et l'évaluation des prestations professionnelles. Ces deux dernières années, les équipes de directeurs régionaux se sont avérées d'une importance cruciale en tant que mécanismes d'appui et de contrôle de l'action des Nations Unies au niveau des pays. Faisant fond sur l'expérience acquise en Afrique australe, d'autres équipes régionales gagnent du terrain dans l'harmonisation et le renforcement de leurs

activités de soutien aux équipes de pays. Les directeurs régionaux se réunissent au début de chaque année pour analyser les rapports des coordonnateurs résidents.

182. Les initiatives concernant les services communs et les normes mondiales portent leurs fruits. La première génération de changements concernant les services d'appui aux bureaux de pays (sécurité, fournitures de bureaux et voyages) a été mise en route et d'autres changements plus fondamentaux sont à l'étude, dont l'établissement d'une présence intégrée des Nations Unies après l'achèvement d'opérations de maintien de la paix, à l'instar de ce qui est en cours en Sierra Leone. Dans d'autres situations consécutives à une crise, les institutions envisagent une approche analogue, en vertu de laquelle la représentation des Nations Unies au niveau des districts serait assurée par un organisme désigné chef de file, selon la situation du pays concerné.

183. La création d'un bureau commun au Cap-Vert est un autre exemple d'intégration et de collaboration interorganisations fondé sur l'harmonisation et la simplification. Ce modèle de bureau commun doit permettre de mieux comprendre tout ce que l'harmonisation des procédures opérationnelles comporte de défis, et d'orienter les efforts de simplification du processus de programmation commune.

184. En ce qui concerne les questions intéressant la consolidation de la paix et le Document final du Sommet mondial de 2005, l'UNICEF a largement participé aux forums interorganisations sur les objectifs du Millénaire pour le développement, les périodes de transition consécutives aux crises, les situations d'urgence et le processus de redressement. Un bref document sur la réforme des Nations Unies et sa signification pour les enfants a été rédigé et sera communiqué au Groupe d'experts de haut niveau sur la cohérence à l'échelle du système dans le domaine du développement, de l'aide humanitaire et de l'environnement. L'UNICEF a apporté des contributions importantes aux outils et orientations mis au point par le Groupe des Nations Unies pour le développement (GNUD) en ce qui concerne la planification basée sur les objectifs du Millénaire pour le développement, le développement des capacités, l'évaluation des besoins après une crise, l'évaluation des fonds d'affectation spéciale multidonateurs et les plans de travail pour les périodes de transition suivant une crise. L'UNICEF a également participé à l'élaboration du mandat du Bureau d'appui à la consolidation, en présentant notamment des approches axées sur les droits de l'homme, et, avec ces partenaires, il a entrepris la formulation de stratégies de consolidation de la paix tenant compte des spécificités des pays.

185. **Les partenariats avec la société civile**. Mieux développer et gérer des partenariats stratégiques avec les organisations de la société civile est un impératif pour l'UNICEF au regard des objectifs du Millénaire pour le développement et de l'initiative « Un monde digne des enfants ». La préparation du nouveau PSMT a été pour l'UNICEF l'occasion d'entreprendre une évaluation de ses partenariats avec la société civile, en vue de déterminer notamment comment les organisations de la société civile perçoivent l'UNICEF et quelles stratégies recommander pour renforcer les politiques et pratiques de l'UNICEF dans ce secteur.

186. À l'issue du Sommet de 2003 de l'Organisation de la Conférence islamique (OCI), l'UNICEF a adopté une démarche plus étendue dans sa collaboration avec ses partenaires au sujet de la situation des enfants dans le monde musulman. L'UNICEF, l'OCI et l'Organisation islamique pour l'éducation, les sciences et la culture ont fait paraître une publication commune intitulée *Investir dans les enfants*

du monde musulman qui a été le principal document de travail de la première Conférence ministérielle islamique consacrée à l'enfant, tenue au Maroc, en novembre 2005. La Déclaration adoptée par la conférence demande la cessation des pratiques traditionnelles dangereuses et l'élimination des disparités entre hommes et femmes dans l'éducation, et lance un appel d'urgence à l'action face aux taux de mortalité infantile et maternelle élevés dans certains pays musulmans. Elle a également demandé la mise en place de mécanismes propres à promouvoir les échanges de compétences entre les États membres de l'OCI, en matière de politiques relatives aux droits de l'enfant.

187. Un nouveau manuel intitulé *Children in Islam, their Care, Protection and Development* préparé par l'Université d'Al-Azhar et l'UNICEF est proposé comme un outil utile pour les partenaires musulmans et non musulmans, devant servir à transmettre des informations sur la survie, le développement et la protection de l'enfant dans la perspective de l'Islam.

188. Le partenariat de l'UNICEF avec l'Union interparlementaire (UIP) est devenu particulièrement dynamique. C'est ainsi qu'en 2005, l'UNICEF et l'UIP ont publié le *Guide à l'usage des parlementaires : lutter contre la traite des enfants* et ont organisé un groupe de discussion sur l'impact des conflits armés sur les enfants et les femmes pendant l'assemblée annuelle de l'UIP. De même, la tenue d'une conférence réussie sur le rôle des parlementaires dans la lutte contre les mutilations/ablations génitales féminines (MGF/A) en Afrique de l'Ouest porte également à conclure que ce partenariat mondial commence à produire des résultats.

189. Ces deux dernières années, le Mouvement mondial pour l'enfance, dont l'UNICEF est membre fondateur, a mis à profit l'initiative Leçon de vie lancée à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le sida pour donner plus de visibilité aux enfants dans la crise du sida et les mobiliser eux-mêmes dans l'action antisida. En 2005, cette initiative a touché 12 millions d'enfants dans les écoles et des groupes de jeunes dans 67 pays. Les possibilités ne manquent pas de mobiliser les enfants et les jeunes et de les amener à prendre part à des manifestations simples et interactives de vulgarisation associées à la Journée mondiale de lutte contre le sida. Le Mouvement mondial pour l'enfance s'efforcera d'atteindre encore plus d'enfants et de jeunes en 2006.

190. Le sport, les loisirs et les jeux font de plus en plus partie des programmes de développement à travers le monde. S'allier aux organismes sportifs et s'associer aux activités sportives fait partie de l'action de l'UNICEF dans plus de 80 pays. Plusieurs pays phares offrent des occasions de développer des modèles utilisant le sport pour promouvoir la prévention du VIH, l'éducation de base et la protection de l'enfant.

IV. La gestion des programmes et les résultats opérationnels

Tableau 6
Les indicateurs de la gestion des programmes de pays, 2002-2005*

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*Objectif du nouveau PSMT pour 2009*
Pourcentage des bureaux extérieurs disposant d'un plan de préparation aux situations d'urgence et d'intervention mis à jour tous les ans	65	74	81	85	100
Pourcentage des nouveaux descriptifs de programmes de pays mentionnant les observations du Comité des droits de l'enfant et du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (*source* : siège de l'UNICEF)	n.d.	31	77	89	100
Pourcentage des rapports présentés aux donateurs dans les délais prescrits	64	65	62	71	85
Pourcentage des bureaux de pays ayant un mécanisme interne de contrôle de la qualité des rapports aux donateurs	n.d.	77	84	89	n.d.
Pourcentage des bureaux assurant le suivit de la stratégie de collecte de fonds au titre des autres ressources approuvées	53	70	80	81	n.d.
Voyages effectués sur le terrain à l'intérieur du pays par les administrateurs (moyenne des jours de voyage)	11,3	23,2	23,0	23,8	n.d.
Pourcentage des évaluations jugées satisfaisantes ou mieux au vu des normes de l'ONU (Bureau de l'évaluation**)	73	66	87	83	80
Pourcentage des administrateurs ayant suivi une formation relative au fonctionnement des programmes ces cinq dernières années	56	50	55	61	n.d.

* *Source* : rapports annuels des bureaux de pays, sauf indication contraire.
** Estimations approximatives basées sur des évaluations reçues au siège de l'UNICEF en anglais seulement. Les normes des Nations Unies en matière d'évaluation sont parues en 2004 et les appréciations émises lors d'évaluations antérieures pourraient varier.

191. Les indicateurs clefs de la gestion des programmes utilisés pendant la période couverte par le plan (2002-2005) témoignent de quelques améliorations dans certains domaines, alors que d'autres sont restés inchangés. Des efforts considérables ont été faits pendant toute la durée du plan pour faire plus de planification préalable et de préparation aux situations d'urgence. Dès les débuts du plan, on a pu constater des progrès dans ce domaine et dans celui des visites de terrain pour contrôler l'exécution des programmes. Plus récemment, la prise en compte des observations du Comité pour les droits de l'enfant et des dispositions de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des

femmes a été plus fréquente lors de la préparation des programmes des pays. On a eu de plus en plus recours à des stratégies de collecte de fonds au titre des autres ressources approuvées au niveau des pays et les administrateurs ont été plus nombreux à suivre une formation relative au fonctionnement des programmes. Les appréciations émises au Siège au sujet d'un nombre limité d'évaluations semblent indiquer que pendant la période couverte par le plan la qualité a été variable mais que dans l'ensemble elle s'est améliorée.

192. Les donateurs ont été plus nombreux à soumettre leurs rapports dans les délais prescrits en 2005 et de nouveaux progrès seront recherchés dans ce domaine pendant la période couverte par le prochain plan. La présentation tardive des rapports demeure une source de préoccupation surtout dans les bureaux de l'Afrique subsaharienne, dont plusieurs ont un grand nombre de rapports à préparer. Une plus grande utilisation des mécanismes de contrôle de la qualité des rapports des donateurs semble avoir relevé le niveau général de la qualité de ces rapports. Il serait utile d'avoir l'avis des donateurs sur ces rapports pour mieux en vérifier la qualité.

193. Certains des défis reconnus par l'examen à mi-parcours persistent encore à certains égards dans la gestion des programmes. On peut citer les insuffisances dans la fixation d'objectifs annuels, l'utilisation non encore systématique des rapports d'évaluation de la gestion des programmes, ainsi que du plan intégré de suivi et d'évaluation et les lacunes existant dans la gestion des opérations d'urgence. Dans ces domaines comme dans d'autres, des améliorations sont recherchées en combinant des matériels didactiques, des cours, des directives actualisées et une attention accrue de la part des bureaux régionaux et des audits sur le terrain. En outre, un système organisationnel d'indicateurs clefs de résultats est en train d'être mis en place et un système global de suivi des prestations sera mis au point en 2006 pour ce qui est des interventions d'urgence des programmes et des secteurs pour lesquels le Fonds joue le rôle de chef de file.

Tableau 7
Les indicateurs de la gestion opérationnelle, 2002-2005

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*Objectif du nouveau PSMT pour 2009*
Dépenses de gestion, d'administration et d'appui aux programmes en pourcentage du montant total des ressources ordinaires et des autres ressources	20,8	19,6	20,0	15,3	18,7 à partir de 2007
Pourcentage des ressources ordinaires allouées aux programmes dépensées à la fin de l'année	90,2	92,2	91,3	93,1	95
Pourcentage de l'assistance en espèces aux partenaires nationaux non versée après plus de neuf mois	6	5	8	3	5
Pourcentage des recommandations des commissaires aux comptes pleinement appliquées avant le 1er juillet de l'année suivante	68	73	82	62	90

Indicateur	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*Objectif du nouveau PSMT pour 2009*
Pourcentage des recrutements à des postes inscrits au budget ordinaire réalisés en 90 jours	n.d.	n. d.	47	17	100
Pourcentage des recrutements à des postes au titre des financements d'urgence réalisés en 30 jours	27	15	18	24	À déterminer
Pourcentage des rapports d'appréciation du comportement professionnel signés par le supérieur hiérarchique au plus tard avant le mois de février de l'année suivante*	n.d.	60	58	59	100
Pourcentage du montant total des dépenses de personnel consacré à la formation et au perfectionnement	n.d.	n.d.	n.d.	1,4	3
Pourcentage du personnel ayant consacré plus de 10 jours ouvrables à la formation programmée	n.d.	n.d.	n.d.	36	50
Pourcentage des bureaux de pays ayant un plan/budget consacré à l'application des normes de l'UNICEF relatives au VIH/sida sur les lieux de travail*	n.d.	37	57	59	n.d.
Séances d'orientation du personnel sur les politiques arrêtées par l'ONU relatives au VIH/sida sur les lieux de travail*	1,4	1,9	2,4	1,9	n.d.
Valeur en dollars des États-Unis des services d'achats à l'échelon des pays	98	139	223	280	500
Pourcentage de commandes livrées au port d'entrée dans les délais prévus (estimations)	59	67	74	64	80
Pourcentage de commandes expédiées dans les 48 heures suivant l'établissement du bon de commande (estimations)	n.d.	n.d.	98	85	80
Pourcentage d'utilisation d'accords types par les donateurs	35	52	78	86	100
Pourcentage des recettes totales correspondant à un financement thématique	n.d.	2	8	21	15

Source : Divisions du siège de l'UNICEF ou rapports émanant de bureaux de pays indiqués par *.

194. Les gains d'efficacité rendus possible par le système de financement à l'échelle mondiale adopté par l'UNICEF sont illustrés de manière très frappante par la diminution du pourcentage des dépenses totales allant à la gestion, l'administration et l'appui aux programmes. Ce pourcentage qui était de 21 % en 2002 est passé à 20 % en 2004 et à 15 % en 2005. Le chiffre de 2005 est dû en partie à la forte augmentation de l'assistance liée au tsunami de l'océan Indien et au séisme d'Asie du Sud. En effet, l'UNICEF a géré près de 40 % plus de recettes et de dépenses en 2005 qu'en 2004, tout en maintenant à 7 % le volume des dépenses allant aux activités générales de gestion, d'administration et d'appui aux programmes. L'UNICEF s'attachera à préserver les améliorations obtenues dans ce

domaine et dans d'autres pour lesquels les indicateurs de gestion ont déjà atteint la cible fixée par le nouveau PSMT.

195. L'UNICEF a fait face à l'augmentation considérable des opérations de comptabilisation et d'établissement de rapports et au double défi de l'accroissement du volume des recettes provenant d'autres sources par rapport aux recettes totales et du traitement accéléré des contributions d'urgence, sans augmenter ses effectifs mais en rationalisant ses processus financiers et administratifs.

196. Pendant la période couverte par le PSMT, il y a également eu des améliorations substantielles du pourcentage de l'assistance en espèces aux partenaires nationaux non versée après plus de neuf mois qui est passé de 10 % au début de 2002 à 3 % à la fin de 2005. (La fluctuation observée en 2004 a été entièrement due à des arriérés importants pour l'Iraq à la fin de l'année, lesquels ont largement été comptabilisés au début de 2005.)

197. Le pourcentage des recommandations des commissaires aux comptes pleinement appliquées avant le milieu de l'année suivante a accusé une augmentation des plus frappantes en début d'exercice, puis a chuté. Bien qu'il y ait lieu de s'en inquiéter, cette situation a été due en partie au fait que de nombreux audits ont été effectués dans la deuxième moitié de 2004, ce qui a laissé moins de temps pour appliquer pleinement les recommandations à la date limite. Il faut dire également que les recommandations des audits ont eu un caractère plus stratégique et étaient subdivisées en plusieurs parties, de telle sorte qu'elles ont été plus difficiles à appliquer dans leur totalité avant la préparation du premier rapport sur la suite donnée aux recommandations des auditeurs. À la fin de 2005, le pourcentage des recommandations pleinement appliquées était remonté à environ 86 %, contre 87 % l'année précédente, ce qui indique que la gestion des risques est restée à un niveau constant en 2004 et 2005, suite à une amélioration importante.

198. La réponse au tsunami de l'océan Indien a eu pour conséquence de changer rapidement les besoins de plusieurs bureaux de pays en matière de gestion et d'effectifs. Le Bureau de l'audit interne a élaboré des directives spécifiques pour les audits des actions suite au tsunami, compte dûment tenu des principaux engagements collectifs pris en faveur des enfants dans les opérations d'urgence. Dans trois bureaux de pays, deux bureaux régionaux et six divisions au siège, le Bureau de l'audit interne a donné son avis sur la coordination et la planification des interventions, la gestion des contributions financières et d'autre nature, l'évaluation et l'établissement de rapports.

199. Deux lacunes ont perduré pendant toute la période couverte par le PSMT : des délais de recrutement excessifs et un investissement insuffisant dans la formation du personnel. Le nouveau PSMT a ciblé ces deux secteurs pour améliorations futures. En 2005, un important programme d'apprentissage a été mis sur pied en vue de rendre le personnel plus efficace dans l'analyse des politiques et des activités de plaidoyers concernant les enfants. Si les délais de recrutement pour les opérations d'urgence ont diminué en 2005, il n'en a pas été de même pour les recrutements à des postes inscrits au budget ordinaire. Ceci s'explique principalement par le fait qu'il y a eu bien moins de recrutements par décision exécutive et que des conditions plus strictes ont été instituées concernant le financement des postes pour lesquels un recrutement est en cours.

200. L'adoption de plans et de budgets expressément consacrés à l'application des normes de l'UNICEF relatives au VIH/sida sur les lieux de travail est devenue une pratique de plus en plus répandue pendant la période couverte par le PSMT. La fréquence moyenne des séances d'orientation consacrées à un sujet déterminé dans les bureaux de pays a atteint son niveau le plus élevé en 2004 et a quelque peu régressé en 2005. En outre, un important programme d'orientation du personnel sur le VIH/sida a été exécuté au siège de l'UNICEF en 2005.

201. La valeur globale des achats de l'UNICEF qui avait été de 797 millions de dollars en 2004 est passée à environ 1 milliard 138 millions de dollars en 2005 (sans compter les frais de transport et les contributions en nature), dont quelque 292 millions de dollars en achats locaux et régionaux. Cette augmentation a été due en bonne partie aux interventions d'urgence et à un élargissement des campagnes contre la poliomyélite, et elle s'est produite malgré les diminutions importantes en Iraq et ailleurs. Toutefois, on a pu constater un certain ralentissement des expéditions de commandes en temps normal et dans les situations exigeant une réponse rapide par rapport à 2004. La multiplicité des opérations d'urgence en 2005, leur complexité et leur durée prolongée ont contraint l'UNICEF à leur allouer une partie de ses capacités d'approvisionnement, ce qui a causé quelques retards dans les livraisons aux programmes ordinaires.

V. Les recettes, les dépenses et la mobilisation des ressources

202. **Les recettes**. Les recettes totales de l'UNICEF ont augmenté de 40 % de 2004 à 2005, passant de 1 milliard 978 millions de dollars à 2 milliards 762 millions de dollars (voir les tableaux 8 et 9) [chiffres préliminaires sujets à des ajustements]. Cette hausse est attribuable à un accroissement substantiel des contributions aux autres recettes, provenant en grande partie du secteur privé et répondant à des situations d'urgence. Les autres recettes représentent maintenant 71 % des recettes totales de l'UNICEF.

Tableau 8
Les recettes de l'UNICEF par type et source de financement, 2004-2005

	2005 Montant réel	*2004 Montant réel*	*2005 Montant prévu*	*Comparé à 2004*		*Comparé au plan*	
	Millions de dollars É.-U.			*Millions de dollars É.-U.*	*Pourcentage*	*Millions de dollars É.-U.*	*Pourcentage*
Sources de financement							
Ressources ordinaires							
Pays	469	438	455	31	7	14	3
Secteur privé	289	292	305	(3)	-1	(16)	-5
Autres	55	61	55	(6)	-11	–	-1
Total – Ressources ordinaires	**812**	**791**	**815**	**21**	**3**	**(3)**	**0**

	2005 Montant réel	2004 Montant réel	2005 Montant prévu	Comparé à 2004		Comparé au plan	
	Millions de dollars É.-U.			Millions de dollars É.-U.	Pourcentage	Millions de dollars É.-U.	Pourcentage
Autres ressources – financement ordinaire							
Pays	466	537	470	(71)	-13	(4)	-1
Secteur privé	354	259	200	95	37	154	77
Total partiel	**820**	**796**	**670**	**24**	**3**	**150**	**22**
Autres ressources – financement d'urgence							
Pays	537	310	380	227	73	157	41
Secteur privé	592	81	440	511	631	152	35
Total partiel	**1 129**	**391**	**820**	**738**	**189**	**309**	**38**
Total – Autres ressources	**1 950**	**1 187**	**1 490**	**763**	**64**	**460**	**31**
Total général	**2 762**	**1 978**	**2 305**	**784**	**40**	**457**	**20**

Tableau 9
Les recettes de l'UNICEF par source de financement, 2004-2005

	2005 Montant réel	2004 Montant réel	2005 Montant prévu	Comparé à 2004		Comparé au plan	
	Millions de dollars É.-U.			Millions de dollars É.-U.	Pourcentage	Millions de dollars É.-U.	Pourcentage
Sources de financement							
Pays	1 472	1 285	1 305	187	15	167	13
Secteur privé	1 236	632	945	604	96	291	31
Autres	55	61	55	(6)	-11	–	-1
Total	**2 762**	**1 978**	**2 305**	**784**	**40**	**457**	**20**

203. Les contributions au titre des ressources ordinaires ont augmenté de 3 % s'élevant à 812 millions de dollars en 2005. Les contributions au titre des autres ressources ont augmenté de 64 %, passant à 1 milliard 950 millions de dollars, presque toutes destinées aux opérations d'urgence. Les contributions au titre des ressources ordinaires ont augmenté dans les proportions prévues dans le plan financier de 2005, alors que les contributions au titre des autres ressources ont dépassé la cible des 31 % prévue dans le plan.

204. L'augmentation de 24 millions de dollars des contributions au titre des autres ressources pour le financement ordinaire est le résultat d'une baisse de 71 millions de dollars des contributions des pays et d'une hausse de 95 millions de dollars de celles du secteur privé, y compris des arrangements de partenariat. Les contributions des pays, après avoir atteint un niveau extrêmement élevé en 2004 en raison des fonds reçus pour les activités de redressement en Iraq, ont diminué et sont passées à 466 millions de dollars en 2005. Cette hausse des contributions provenant du secteur

privé s'explique dans une grande mesure par les contributions aux activités de relèvement en Iraq et dans les pays affectés par le tsunami de l'océan Indien.

205. Les contributions au titre des autres ressources destinées au financement des opérations d'urgence ont presque triplé, reflétant en grande partie la réponse au tsunami et au séisme de l'Asie du Sud. Les contributions des pays sont passées de 310 millions de dollars à 537 millions de dollars et celles du secteur privé sont passées de 81 millions de dollars à 592 millions de dollars. Ces opérations financières sont comptabilisées séparément des ressources approuvées par le Conseil d'administration.

206. Par ailleurs, 746 millions de dollars ont été encaissés et 708 millions de dollars décaissés au titre des différents fonds d'affectation spéciale, notamment pour des services et activités d'achat au nom de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Ces opérations financières sont enregistrées séparément de celles approuvées par le Conseil d'administration.

207. **Les dépenses**. Les dépenses totales ont augmenté de 37 %, passant de 1 milliard 615 millions de dollars en 2004 à 2 milliards 213 millions de dollars en 2005 (voir tableau 10). L'assistance au titre des programmes a augmenté de 622 millions de dollars (46 %) passant à 1 milliard 966 millions de dollars. Le total des dépenses d'appui aux programmes (137 millions de dollars) et des dépenses de gestion/administration (89 millions de dollars) a diminué de 30 millions de dollars (12 %) et s'est chiffré à 226 millions de dollars.

Tableau 10
Les dépenses de l'UNICEF, 2004-2005

	2005 Montant réel	*2004 Montant réel*	*2005 Montant prévu*	*Comparé à 2004*		*Comparé au plan*	
	Millions de dollars É.-U.			*Millions de dollars É.-U.*	*Pourcentage*	*Millions de dollars É.-U.*	*Pourcentage*
Nature des dépenses							
Assistance au titre des programmes	1 966	1 344	1 846	622	46	120	6
Montant net – appui aux programmes/gestion/administration	226	256	271	(30)	-12	(45)	-17
Total partiel	**2 191**	**1 600**	**2 117**	**591**	**37**	**74**	**4**
Profits et pertes	6	6	5	–	5	1	26
Remboursement au titre de dépenses d'appui	15	9	9	6	70	6	70
Total	**2 213**	**1 615**	**2 131**	**598**	**37**	**82**	**4**

208. **L'assistance au titre des programmes**. La part de chacun des cinq domaines prioritaires du PSMT dans le total des dépenses d'assistance au titre des programmes est restée plutôt stable pendant les quatre années du plan (voir tableau 11). Alors que la part du programme élargi de vaccination a légèrement diminué, celle du développement du jeune enfant a augmenté d'autant, de telle sorte que la part de ces deux domaines étroitement liés entre eux est restée de l'ordre de 46 % à 49 % du financement ordinaire et de 54 % à 58 % du financement total de

l'assistance. Le pourcentage revenant à la lutte contre le VIH/sida est resté presque inchangé, entre 13 % et 14 %, pour ce qui est de l'assistance financée à partir des ressources ordinaires, mais il n'a été que de 8 % à 9 % pour ce qui est des dépenses totales. Ceci est dû à la place limitée qui est faite à ce domaine d'intervention dans les dépenses au titre du financement des opérations d'urgence et à l'insuffisance du financement provenant d'autres sources. Le pourcentage des dépenses allant à l'éducation des filles a augmenté de manière limitée, mais néanmoins significative tant pour ce qui est de l'assistance au titre des ressources ordinaires que du total de l'assistance, alors que la part de la protection de l'enfant a légèrement diminué.

209. Un autre aspect de l'assistance au titre des programmes, tout aussi important que la répartition des dépenses, a été l'accroissement très rapide des dépenses totales d'assistance pour les cinq domaines prioritaires entre 2002 et 2005. Le taux de croissance le plus élevé entre la première et la dernière année du plan a été enregistré dans le domaine du développement du jeune enfant, suivi par l'éducation des filles, le VIH/sida, la protection de l'enfant et le programme élargi de vaccination.

Tableau 11
Total des dépenses au titre de l'aide directe aux programmes, selon les domaines prioritaires du PSMT, 2002-2005*
(En millions de dollars des États-Unis)

	Ressources ordinaires	*Autres ressources (financement ordinaire)*	*Autres ressources (situations d'urgence)*	**Total**	*Pourcentage des ressources ordinaires*	*Pourcentage du total des ressources*
2002						
Éducation des filles	70	55	76	**201**	20	19
VIH/sida	49	40	6	**96**	14	9
Programme élargi de vaccination	56	171	33	**260**	16	25
Protection de l'enfant	41	45	31	**117**	12	11
Développement du jeune enfant	111	113	78	**302**	32	29
Autres	21	17	31	**69**	6	7
Total	**348**	**443**	**254**	**1 044**	**100**	**100**
2003						
Éducation des filles	92	67	74	**233**	24	19
VIH/sida	48	55	9	**111**	13	9
Programme élargi de vaccination	43	171	46	**260**	11	22
Protection de l'enfant	40	55	27	**123**	10	10
Développement du jeune enfant	139	128	174	**440**	36	36
Autres	19	5	16	**41**	5	3
Total	**381**	**482**	**346**	**1 208**	**100**	**100**

	Ressources ordinaires	*Autres ressources (financement ordinaire)*	*Autres ressources (situations d'urgence)*		**Total**	*Pourcentage des ressources ordinaires*	*Pourcentage du total des ressources*
2004							
Éducation des filles	100	117	65		**282**	25	21
VIH/sida	51	57	7		**115**	13	9
Programme élargi de vaccination	53	194	46		**293**	13	22
Protection de l'enfant	38	64	38		**140**	9	10
Développement du jeune enfant	139	135	185		**459**	35	34
Autres	18	20	17		**55**	4	4
Total	**399**	**585**	**359**		**1 344**	**100**	**100**
2005							
Éducation des filles	113	171	148	[*64*]	**432**	23	22
VIH/sida	68	81	15	[*1*]	**165**	14	8
Programme élargi de vaccination	52	254	61	[*8*]	**367**	11	19
Protection de l'enfant	49	75	72	[*26*]	**196**	10	10
Développement du jeune enfant	186	218	342	[*114*]	**746**	38	38
Autres	16	16	28	*0*	**60**	3	3
Total	**485**	**815**	**666**	[***214***]	**1 966**	**100**	**100**

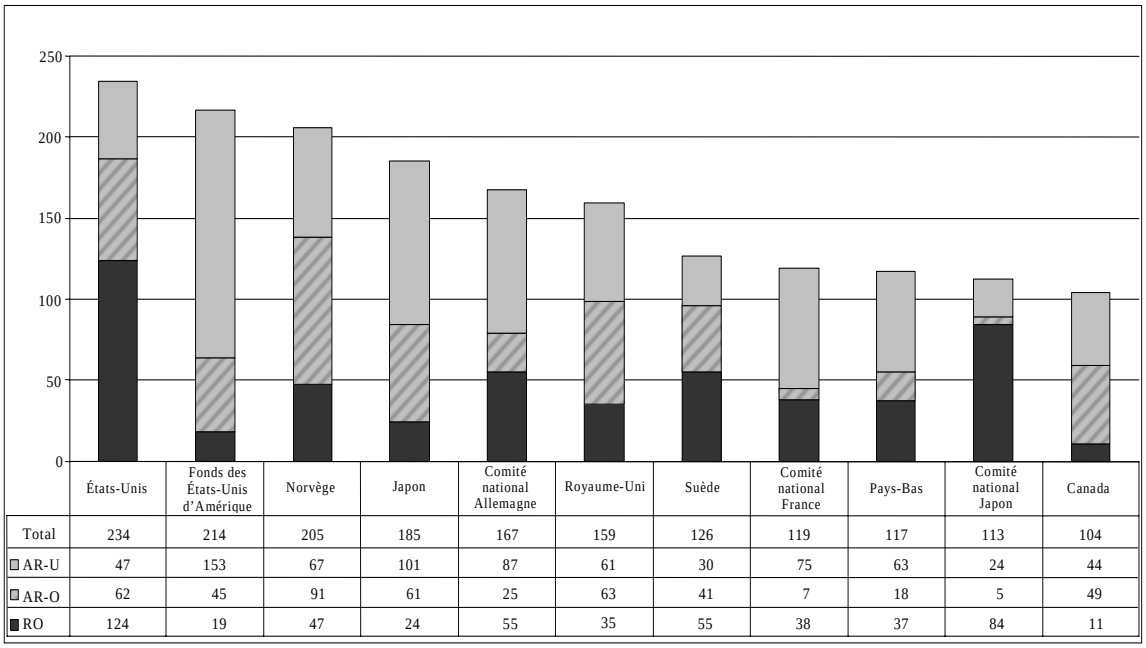
* Pour 2005, la rubrique « Autres ressources (situations d'urgence) » comprend les dépenses engagées suite au tsunami, indiquées en italique et entre crochets.

210. L'allocation de 60 % des ressources ordinaires aux pays les moins avancés (PMA) est un objectif qui a été atteint en 2005. Ce pourcentage avait été de 57 % en 2004. Les ressources ordinaires allouées à l'Afrique subsaharienne (y compris Djibouti et le Soudan) ont dépassé la cible des 50 % pour arriver à 55 %. Le pourcentage des dépenses au titre des ressources ordinaires dans l'Afrique subsaharienne a été de 52 % en 2005. Le pourcentage des dépenses au titre des ressources ordinaires dans les PMA est passé à 55 % en 2005. L'Afrique subsaharienne et les PMA ont représenté 54 % et 48 % respectivement des dépenses totales en 2005. Ces chiffres ont diminué en raison des dépenses au titre des opérations d'urgence dans les pays touchés par le tsunami de l'océan Indien.

211. **La mobilisation des ressources**. Cent neuf pays au total ont fait des contributions à l'UNICEF en 2005, contre 98 en 2004. Les ressources provenant des pays se sont chiffrées à 1 milliard 472 millions de dollars, soit une augmentation de 15 % par rapport à 2004, et ce, bien que le dollar des États-Unis soit resté fort par rapport aux autres monnaies.

212. Les recettes provenant du secteur privé se sont élevées à 1 milliard 236 millions de dollars au total. Bien que les contributions du secteur privé au titre des ressources ordinaires accusent une diminution de 1 % quand on les convertit en dollars des États-Unis, elles ont en fait augmenté de plus de 10 % en monnaies locales. Par ailleurs, il y a eu un accroissement substantiel des contributions au titre d'autres ressources, tant pour les programmes ordinaires que pour les opérations d'urgence.

Figure 1
Principaux donateurs de l'UNICEF, 2005 – Total des ressources
(En millions de dollars des États-Unis)



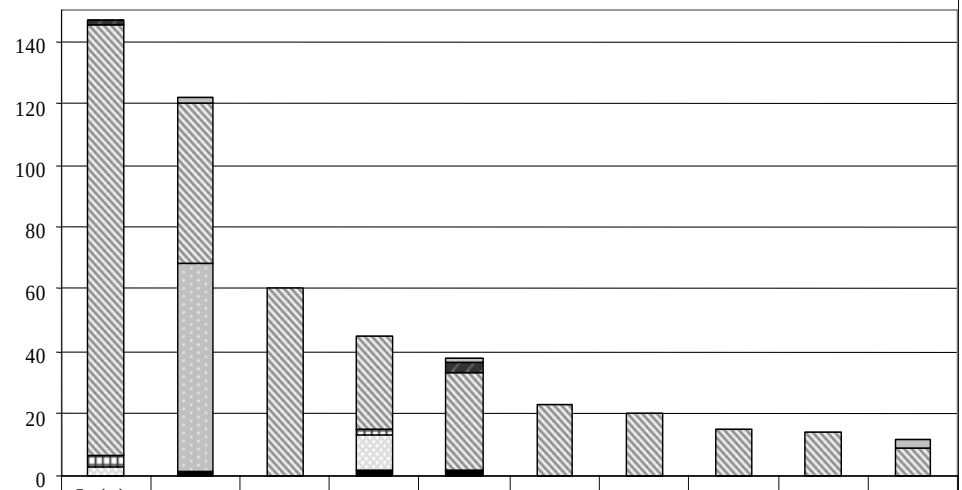
	États-Unis	Fonds des États-Unis d'Amérique	Norvège	Japon	Comité national Allemagne	Royaume-Uni	Suède	Comité national France	Pays-Bas	Comité national Japon	Canada
Total	234	214	205	185	167	159	126	119	117	113	104
AR-U	47	153	67	101	87	61	30	75	63	24	44
AR-O	62	45	91	61	25	63	41	7	18	5	49
RO	124	19	47	24	55	35	55	38	37	84	11

AR-U = Autres ressources au titre du financement d'urgence.
AR-O = Autres ressources au titre du financement ordinaire.
RO = Ressources au titre du financement ordinaire.

213. Augmenter la proportion des ressources ordinaires en accord avec le plan financier demeure un défi pour l'UNICEF et ses partenaires. Les contributions des pays au titre des ressources ordinaires ont augmenté de 7 % en 2005. Toutefois, vu la légère baisse des contributions du secteur privé au titre des ressources ordinaires et l'ampleur sans précédent des interventions d'urgence, la part des ressources ordinaires dans le total des ressources a atteint son niveau le plus bas en 2005, 29 %. L'UNICEF a besoin de disposer de ressources ordinaires suffisantes pour maintenir les capacités de base nécessaires à l'accomplissement de son mandat à l'échelle mondiale.

214. En 2005, le financement thématique a presque quadruplé par rapport à 2004. La plus forte augmentation s'est produite dans le domaine humanitaire et la source principale a été le secteur privé. Le financement thématique représente la meilleure forme de soutien financier à l'UNICEF après les ressources ordinaires, parce qu'il va directement aux objectifs du PSMT et aux résultats recherchés par les programmes approuvés par le Conseil d'administration, sans avoir à négocier à chaque fois de longs accords et conditions relatifs aux projets.

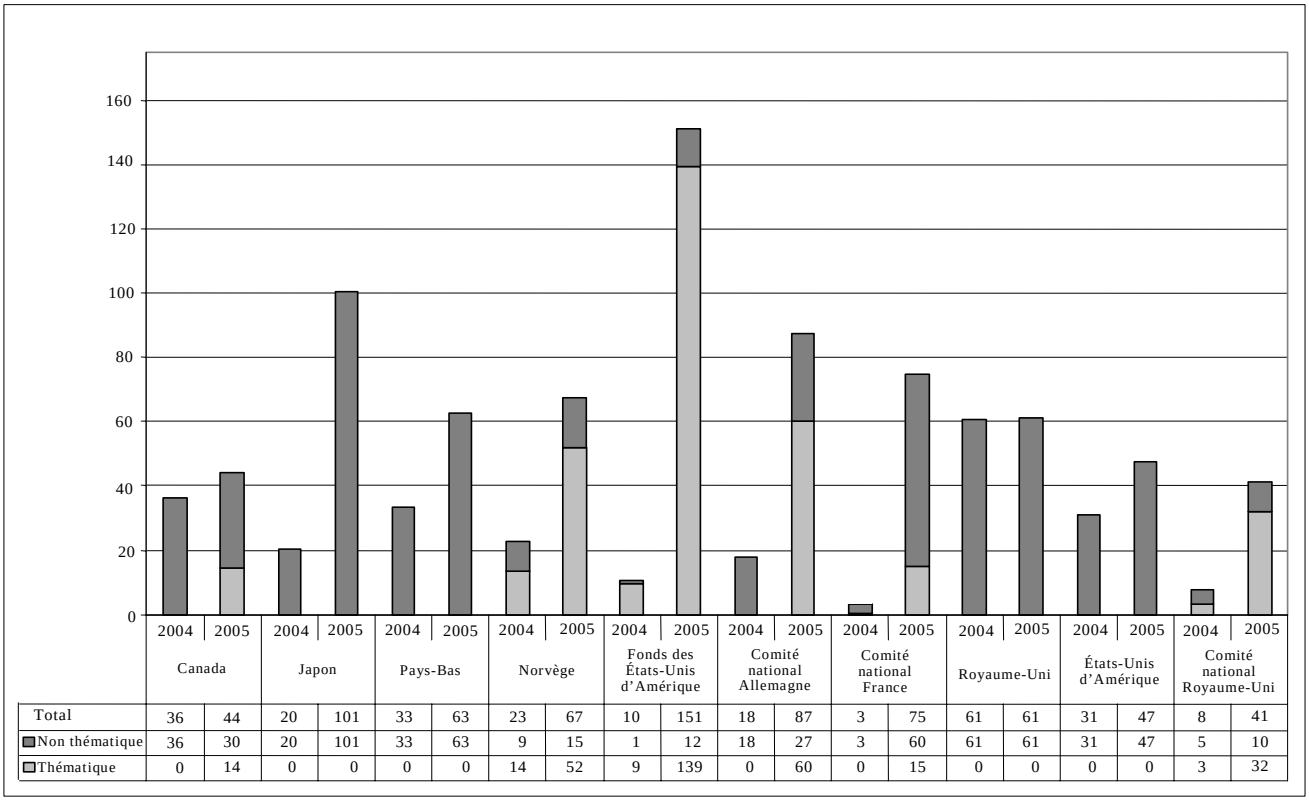
Figure 2
Les 10 principaux donateurs thématiques de l'UNICEF, 2005
(En millions de dollars des États-Unis)



	Fonds des États-Unis d'Amérique	Norvège	Comité national Allemagne	Suède	Comité national Royaume-Uni	Comité national Japon	Comité national Canada	Comité national France	Canada	Comité national Italie
Total	146,5	121,7	60,2	45,2	37,7	23,2	20,2	14,9	14,3	11,5
Progr. élargi de vaccination		1,5			1,0					2,3
Dév. du jeune enfant	0,7			0,5	3,1		0,4			
Action humanitaire	139,5	51,8	60,2	29,9	31,7	23,2	19,8	14,9	14,3	9,0
VIH/sida	4,0			1,8	0,4					
Éducation des filles	2,1	66,8		10,9	0,2					0,3
Protection de l'enfant	0,2	1,5		2,0	1,3					

215. Le nombre des pays qui ont contribué à des actions humanitaires collectives éclairs par le biais de la procédure d'appel global de l'UNICEF a augmenté de 23 à 47. Les campagnes de collecte de fonds en réponse au tsunami et au séisme d'Asie du Sud ont été les plus importantes jamais encore menées par la Division du secteur privé.

Figure 3
Les 10 principaux donateurs de l'UNICEF pour l'action humanitaire : comparaisons des contributions en 2004 et en 2005
(En millions de dollars des États-Unis)



	Canada 2004	Canada 2005	Japon 2004	Japon 2005	Pays-Bas 2004	Pays-Bas 2005	Norvège 2004	Norvège 2005	Fonds des États-Unis d'Amérique 2004	Fonds des États-Unis d'Amérique 2005	Comité national Allemagne 2004	Comité national Allemagne 2005	Comité national France 2004	Comité national France 2005	Royaume-Uni 2004	Royaume-Uni 2005	États-Unis d'Amérique 2004	États-Unis d'Amérique 2005	Comité national Royaume-Uni 2004	Comité national Royaume-Uni 2005
Total	36	44	20	101	33	63	23	67	10	151	18	87	3	75	61	61	31	47	8	41
Non thématique	36	30	20	101	33	63	9	15	1	12	18	27	3	60	61	61	31	47	5	10
Thématique	0	14	0	0	0	0	14	52	9	139	0	60	0	15	0	0	0	0	3	32

216. En dehors du financement thématique, certains donateurs ont fait des dons humanitaires généreux de manière opportune et flexible dans le cas de situations d'urgence, y compris celles qui sont largement tombées dans l'oubli. La réponse au tsunami et au séisme en Asie du Sud a montré que le financement thématique a toute son importance dans les interventions d'urgence de grande envergure. C'est ainsi que l'UNICEF a pu abréger des formalités administratives complexes pour se consacrer davantage à l'assistance aux personnes en difficultés.

217. L'année 2005 a été une année importante également pour les partenariats entre le secteur public et le secteur privé dont l'objectif est d'éveiller les consciences et de mobiliser des ressources pour obtenir des résultats pour les enfants. Les principaux contributeurs dans ce domaine ont été la Fondation pour les Nations Unies (71,3 millions de dollars), l'Initiative Micronutriments du Canada (12,2 millions de dollars), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (8,9 millions de dollars), Rotary International (9,1 millions de dollars) et l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI) (3,3 millions de dollars). En tant que membre du Groupe de sensibilisation à la lutte contre la poliomyélite, composé notamment de Rotary International, de l'OMS et de la Fondation pour les Nations Unies, l'UNICEF a aidé à rassembler et à mobiliser plus de 800 millions de dollars pour la lutte contre la poliomyélite. Le dialogue avec des

partenaires privés à l'échelle mondiale, tels que la Bill and Melinda Gates Foundation, a également gagné du terrain en 2005.

VI. Conclusion : Le nouveau PSMT et la transformation organisationnelle à l'appui de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement

218. Le Document final de la Réunion plénière de haut niveau de l'Assemblée générale de septembre 2005 a fermement confirmé l'attachement des États membres à la Déclaration du Millénaire et à ses objectifs de développement qui ont placé les enfants au premier plan des préoccupations internationales. Il a bien montré que plusieurs des domaines clefs intéressant l'UNICEF se situent au centre du développement mondial. Le nouveau PSMT couvrant la période allant de 2006 à 2009 est le cadre fondamental mais souple dans lequel s'inscrira la contribution concrète de l'UNICEF à l'action internationale, en vue d'atteindre les objectifs du Millénaire à l'horizon 2015 et de tenir les principaux engagements collectifs pris en faveur des enfants à la session extraordinaire de l'Assemblée générale consacrée aux enfants.

219. L'UNICEF s'est acquis une solide réputation en tant qu'organisation fortement axée sur des objectifs et des résultats et sera jugé en fonction de sa contribution à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Toutefois, son succès dépendra en dernière analyse de plusieurs facteurs dont certains sont présentés ci-après.

220. **Le maintien du principe d'une action basée sur des données probantes**. Le nouveau PSMT offre un cadre plus solide à l'UNICEF pour suivre les progrès accomplis en faveur des enfants et rendre compte de son action à son conseil d'administration, à ses donateurs et à ses autres partenaires. C'est ainsi que le cadre de résultats prévoit des indicateurs devant permettre d'effectuer un suivi et de rendre compte, non seulement des résultats concourant à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, mais aussi de l'efficacité du fonctionnement interne de l'UNICEF. En même temps, l'UNICEF doit puiser dans sa propre expérience et dans celle des autres pour mieux comprendre « ce qui fonctionne pour les enfants » et s'en servir pour améliorer ses programmes et ses activités de plaidoyer.

221. **La promotion de systèmes intégrés de prestation de services**. L'UNICEF se fera l'avocat de stratégies de développement éprouvées et intégrées, dans une optique fondée sur les droits de l'homme donnant la priorité aux enfants et aux familles vivant dans la pauvreté. L'expérience de la stratégie ACSD montre bien comment des interventions clefs effectuées de manière intégrée et échelonnée peuvent réduire la mortalité infantile. De même, plusieurs pays sont en train de prouver que des interventions cruciales, comme la vaccination, peuvent servir de passerelle menant à la prestation de tout un éventail de services liés à la survie et au développement de l'enfant.

222. **Le renforcement de partenariats efficaces produisant des résultats pour les enfants**. Le Secrétaire général a réaffirmé que la seule façon de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement est de s'écarter des pratiques habituelles et d'accélérer et d'intensifier de façon spectaculaire l'application des mesures adoptées jusqu'à 2015. On n'y parviendra qu'en forgeant des partenariats solides, notamment entre les institutions des Nations Unies et leurs alliés

stratégiques. Les partenariats, comme les stratégies intégrées, exigent une action intersectorielle dans les divers domaines touchant aux enfants, tirant parti des atouts de chaque institution. C'est d'ailleurs un objectif central de la nouvelle campagne « Unis pour les enfants, unis contre le sida ».

223. L'UNICEF est on ne peut mieux placé pour diriger et faire prospérer des partenariats en vue de mobiliser des ressources et d'obtenir des résultats pour les enfants. Ses contributions aux cadres de programmation nationaux unifiés et d'initiative nationale et à la réforme des Nations Unies exploiteront à fond le potentiel des partenariats visant à obtenir des résultats pour les enfants. Le nouveau plan d'activités de l'UNICEF servira à renforcer l'action des partenariats à l'échelle mondiale, dans tous les pays et dans toutes les régions contribuant ainsi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. En outre, l'UNICEF prônera l'incorporation tangible aux programmes nationaux d'initiatives et de campagnes mondiales en faveur de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement[2].

224. **La préparation aux situations et aux interventions d'urgence, et aux périodes de transition suivant les crises**. Le PSMT 2006-2009 tient également pleinement compte de l'impératif d'efficacité dans la préparation aux situations d'urgence, comme dans la réponse à ces situations. Un an après le tsunami dévastateur, l'UNICEF et ses partenaires continuent à « reconstruire en mieux », un concept dont devrait s'inspirer l'aide humanitaire ailleurs. Il faudrait également que les partenaires mettent en train les initiatives visant le redressement et la période de transition consécutive aux crises aussi rapidement que possible, en vue d'un prompt retour à une vie normale pour les enfants.

Transformer et équiper l'UNICEF pour une meilleure gestion axée sur des résultats

225. Contre cette toile de fond faite d'orientations nouvelles et d'enseignements nouveaux, il faudra favoriser une culture du progrès continu, devançant les tendances pour mieux y répondre en misant sur les points forts et en ciblant, le cas échéant, les changements à apporter. L'UNICEF doit être une source d'inspiration dans son rôle de principal défenseur des enfants du monde, tant au plan du développement qu'au plan de l'action humanitaire. Il doit également se doter d'une structure organisationnelle, de procédures et de systèmes opérationnels le rendant à même de contribuer de manière tangible à tous les aspects de la réforme des Nations Unies. Il doit aussi continuer à être ce porte-parole de confiance des enfants, faisant entendre sa voix dans les débats publics et dans la formulation de politiques, tout en dispensant aux pays les connaissances nécessaires pour élargir le champ d'application des programmes réussis, obtenir des résultats d'un bon rapport coût-efficacité pour les enfants et mesurer les progrès accomplis. Il faudra pour y parvenir que l'UNICEF trouve réponse à bon nombre de questions concernant son alignement stratégique, ses capacités et sa structure organisationnelle, son adaptation à la configuration changeante de l'aide au développement et aux priorités nationales, et ses stratégies de mobilisation de ressources.

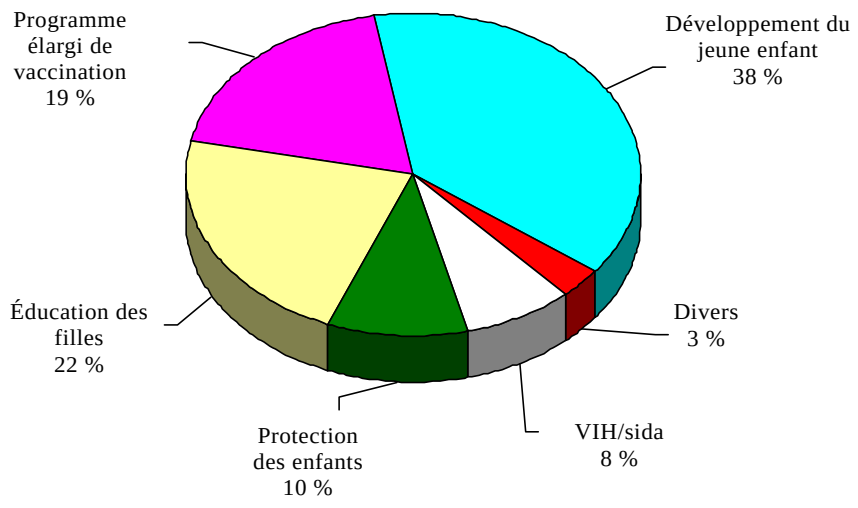
---

[2] Exemples : la Facilité de financement international (FFI), le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'Alliance mondiale pour l'amélioration de la nutrition, l'Alliance mondiale pour la vaccination et les vaccins (GAVI), l'initiative Faisons reculer le paludisme, le partenariat pour la santé maternelle, néonatale et infantile, l'initiative Unis pour les enfants, unis contre le sida , l'initiative prochaine Mettons fin à la faim et à la dénutrition chez les enfants et l'initiative bien connue des Nations Unies pour l'éducation des filles africaines.

226. À l'issue d'un large processus de consultations, la Directrice générale a pris l'initiative d'un examen indépendant et détaillé du fonctionnement du Fonds. Cet examen sera orienté et complété par plusieurs autres initiatives de réforme organisationnelle déjà en cours, y compris des examens et des évaluations dans le domaine de la gestion des ressources humaines, des procédures opérationnelles, de la fonction d'approvisionnement, des partenariats avec la société civile, de la prise en compte des sexospécificités, de la mobilisation des ressources et des activités de plaidoyer dans les pays industrialisés. Il s'agira de recenser les domaines appelant des changements urgents et de mettre sur pied un programme cohérent pour le développement futur des capacités organisationnelles.

227. Enfin, s'il est vrai que la condition des enfants du monde a beaucoup progressé depuis le début de la décennie, comme en témoigne le présent rapport, elle demeure grave dans beaucoup de pays. Tout ce qui est fait pour progresser dans le sens des objectifs du Millénaire pour le développement n'aide pas seulement à améliorer le bien-être des enfants et à défendre leurs droits, mais aussi, dans bien des cas, à empêcher la détérioration de situations déjà graves. Il existe bien peu de solutions miracles face à une tâche d'une telle complexité et d'une telle envergure, mais ce que l'on a pu constater en bien des endroits et dans bien des programmes en 2005, c'est qu'il existe des résultats concrets qu'il faudra reproduire ailleurs, des enseignements qui peuvent être source de progrès véritables et une volonté renouvelée de travailler en partenariat. Tout ceci, conjugué au génie créateur des uns et des autres, du plus simple villageois aux grands de ce monde, en passant par tant d'autres qui se sont engagés eux aussi, veut dire que tout est encore possible.

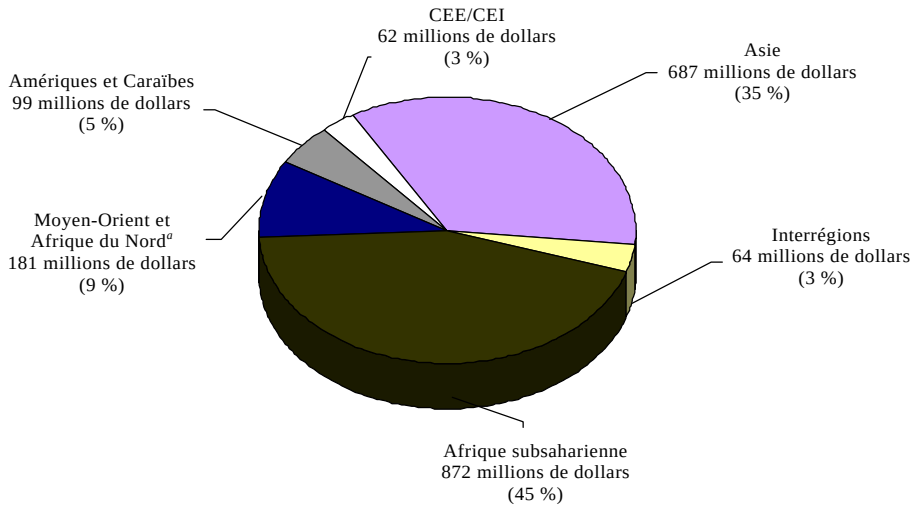
Figure 4
Ventilation par priorités des dépenses de l'UNICEF au titre des programmes en 2005



Dépenses totales : 1 milliard 966 millions de dollars[a]

[a] Ne comprend pas les dépenses d'appui au programme s'élevant à 137 millions de dollars.

Figure 5
Ventilation par région des dépenses de l'UNICEF au titre des programmes en 2005



Dépenses totales : 1 milliard 966 millions de dollars[b]

[a] L'assistance au titre des programmes pour le Soudan et Djibouti a été incluse dans la région de l'Afrique subsaharienne.

[b] Ne comprend pas les dépenses d'appui au programme s'élevant à 137 millions de dollars.

Annexe

Dépenses au titre des programmes, selon le revenu national brut des pays et le taux de mortalité des moins de 5 ans en 2005[a]

	Population infantile en 2003 (en millions)	*Population infantile (pourcentage du total)*	*Nombre[b] de pays*	*Dépenses (millions de dollars É.-U.)*	*Dépenses (pourcentage)*	*Cents par enfant (cents É.-U.)*
Groupement de pays sur la base du revenu national brut de 2003						
Revenu faible, total	1 020	52	60	1 305	62	128
(*Revenu faible, à l'exception de l'Inde*)	*605*	*31*	*59*	*1 191*	*57*	*197*
Revenu intermédiaire (tranche inférieure)	840	43	48	553	26	66
Revenu intermédiaire (*tranche inférieure à l'exception de la Chine*)	*471*	*24*	*47*	*532*	*25*	*113*
Revenu intermédiaire (tranche supérieure)	86	4	16	30	1	35
Total pour les pays	**1 945**	**100**	**124**	**1 888**	**90**	**97**
Total pour les fonds d'action générale et les autres fonds régionaux				**215**	**10**	
Total général	**1 945**	**100**	**124**	**2 103**	**100**	
Groupement de pays sur la base du TMM5 de 2003						
TMM5 très élevé	261	13	27	621	30	238
TMM5 élevé, total	730	38	38	795	38	109
(*TMM5 élevé, à l'exception de l'Inde*)	*315*	*16*	*37*	*682*	*32*	*216*
TMM5 moyen, total	920	47	45	380	18	41
(*TMM5 moyen, à l'exception de la Chine*)	*551*	*28*	*44*	*359*	*17*	*65*
TMM5 faible	34	2	14	92	4	273[c]
Total pour les pays	**1 945**	**100**	**124**	**1 888**	**90**	**97**
Total pour les fonds d'action générale et les autres fonds régionaux				**215**	**10**	
Total général	**1 945**		**124**	**2 103**	**100**	
(*Dont* PMA)	355	18	50	944	45	266

(*Voir notes page suivante*)

(*Notes du tableau*)

[a] Revenu faible = RNB par habitant égal ou inférieur à 765 dollars.
Revenu intermédiaire (tranche inférieure) = RNB par habitant compris entre 766 dollars et 3 035 dollars.
Revenu intermédiaire (tranche supérieure) = RNB par habitant compris entre 3 036 dollars et 9 378 dollars.
TMM5 très élevé = plus de 140 décès d'enfants âgés de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes.
TMM5 élevé = de 71 à 140 décès d'enfants âgés de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes.
TMM5 moyen = de 21 à 70 décès d'enfants âgés de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes.
TMM5 faible = moins de 21 décès d'enfants âgés de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes.
PMA = pays les moins avancés.

[b] Chacun des programmes multinationaux des pays du Pacifique et des Caraïbes ainsi que des pays d'Europe centrale et orientale, de la CEI et des pays baltes a été compté comme un programme, à l'exception des programmes multinationaux d'urgence dont les dépenses sont distinctes et pour lesquels on dispose d'indicateurs.

[c] Un montant plus élevé par enfant correspond à des dépenses plus importantes des pays ayant une très faible population infantile ainsi que trois pays/régions se trouvant dans des situations d'urgence, ce qui représente plus de 50 % du total des dépenses.