



Conseil économique et social

Distr. limitée
12 juillet 2006

Original : français

Pour suite à donner

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2006

6-8 septembre 2006

Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

Projet de descriptif de programme de pays**

République centrafricaine

Résumé

Le projet de descriptif de programme de pays relatif à la République centrafricaine est présenté au Conseil d'administration pour examen et commentaires. Le Conseil d'administration est invité à approuver le budget indicatif global de 11 600 000 dollars sur les ressources ordinaires, dans la limite des fonds disponibles, et un prélèvement de 15 000 000 de dollars sur les autres ressources, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales pour la période 2007 à 2011.

* E/ICEF/2006/18.

** Conformément à la décision 2002/4 (E/ICEF/2002/8/Rev.1) du Conseil d'administration, le présent document sera révisé et affiché sur le site Web de l'UNICEF en octobre 2006, en même temps que le tableau récapitulatif des résultats. Il sera ensuite approuvé par le Conseil d'administration à sa première session ordinaire de 2007.



Données de base[†]

(2004, sauf indication contraire)

| | |
|--|-------|
| Nombre d'enfants de moins de 18 ans (millions) | 2,0 |
| TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes) | 193 |
| Insuffisance pondérale (% , modérée et sévère, 2000) | 24 |
| Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1989-1995) | 1 100 |
| Taux d'assiduité dans l'enseignement primaire (% net, garçons/filles, 2000) | 47/39 |
| Élèves terminant leur première année qui atteignent la cinquième année de scolarité (% , 2000) | 70 |
| Accès à de l'eau plus salubre (%). | 75 |
| Taux de prévalence du VIH chez les adultes (% , fin 2003) | 13,5 |
| Enfants qui travaillent (% , mineurs âgés de 5 à 14 ans) | 56 |
| RNB par habitant (dollars des États-Unis) | 310 |
| Enfants de 1 an ayant reçu les trois doses du vaccin combiné diphthérie/coqueluche/tétanos (DTC3) (%). | 40 |
| Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%). | 35 |

[†] Des données supplémentaires concernant ce pays, sur les enfants et les femmes, sont également disponibles sur le site <www.unicef.org>.

La situation des enfants et des femmes

1. Les orientations stratégiques du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) 2007-2011 de la République centrafricaine sont basées sur les analyses de situation postconflit réalisées dans le cadre de la préparation du précédent PNUAD et sur celles relatives au Document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP). Ces analyses ont été partiellement mises à jour.

2. La République centrafricaine compte environ 3,9 millions d'habitants. Les femmes représentent 50 %, les enfants de moins de 18 ans la moitié, et ceux de moins de 5 ans, environ 17 %. La proportion de Centrafricains vivant en dessous du seuil de la pauvreté est passée de 63 % en 1993 selon l'étude intitulée « Un profil de pauvreté en République centrafricaine », à 71 % selon les données des enquêtes sur les ménages réalisées en 2003. La combinaison des effets négatifs des récents conflits armés, du non-paiement régulier des salaires aux fonctionnaires a contribué à rendre la situation sociale très fragile.

3. Les élections générales organisées en mai 2005 ont consacré le retour à la légalité constitutionnelle. Cependant, malgré les efforts de reconstruction engagés par le Gouvernement avec l'appui des différents partenaires, les conséquences de plus d'une décennie de crises sont encore visibles. Par ailleurs, les capacités institutionnelles dans les différents secteurs restent très faibles.

4. La République centrafricaine est en situation quasi permanente de crise. L'insécurité persiste sur la quasi-totalité du pays et de façon plus marquée dans le nord-ouest. Des milliers de personnes sont déplacées à l'intérieur ou à l'extérieur

des frontières du fait des violences et de l'insécurité créées par les groupes armés. Par ailleurs, le pays reste vulnérable aux catastrophes naturelles.

5. Le taux de mortalité maternelle est en hausse, passant de 683 pour 100 000 naissances vivantes en 1988 à 1 100 pour la période 1989-1995 ainsi qu'à 1 355 en 2003 selon les données issues du Recensement général de la population et de l'habitat. Cette même tendance est observée sur les données nationales relatives à la mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui est passée de 157 pour 1 000 naissances vivantes en 1995 à 220 en 2003. La forte mortalité observée résulte des effets combinés des principales pathologies favorisées par un état de malnutrition aussi bien chez l'enfant que chez la femme enceinte ou allaitante, ainsi que le non-respect des règles élémentaires d'hygiène et le VIH/sida.

6. Le niveau d'accès à l'eau potable et à l'assainissement reste faible : 75 % des ménages avaient accès à une source d'eau potable en 2002 (84 % en milieu urbain contre 49 % en milieu rural). Seulement 13 % des ménages utilisent des latrines hygiéniques (30 % en milieu urbain contre 5 % en milieu rural). Les déficits d'accès à l'eau et à l'assainissement, la dégradation du cadre de vie et la régression en ressources de la biodiversité sont provoqués par le mode d'exploitation peu durable des ressources de base.

7. Avec un taux de prévalence du VIH de 13,5 % en 2003, la République centrafricaine occupe le premier rang des pays les plus infectés en Afrique centrale. La forte progression de la pandémie est liée à la pauvreté et à la violence qui règne depuis des années dans le pays. À ceci s'ajoutent le niveau élevé de stigmatisation et la faible utilisation des méthodes de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST). Les jeunes de 15-24 ans sont les plus vulnérables et parmi eux les filles sont cinq fois plus touchées que les garçons. Le taux de prévalence du VIH/sida chez la femme enceinte est estimé à 15 % selon la cartographie de prévalence réalisée en 2002. Le nombre de formations sanitaires qui offrent des services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) est passé de 3 en 2001 à 8 en 2003 pour se situer à 28 en 2005. Cependant, la couverture reste toujours insuffisante, se limitant aux zones urbaines avec 38 % de la population totale. Seulement 2 % des enfants séropositifs bénéficient de prise en charge pédiatrique (499 enfants suivis sur 21 000 enfants séropositifs attendus en 2005). Un nombre important d'enfants vivent dans des ménages rendus vulnérables par le sida et ne pouvant plus compter sur les mécanismes traditionnels de prise en charge par la famille élargie en raison de la forte pression de la pandémie. En 2003, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida a estimé à 290 000 le nombre d'orphelins dont 39 % sont dus au sida. Les capacités de réponse du Gouvernement et des organisations non gouvernementales (ONG) sont faibles. Les normes juridiques et les politiques nationales de protection effective et coordonnée des orphelins et enfants rendus vulnérables par le VIH/sida (OEV) sont quasi inexistantes. Ce statu quo contribue à accroître davantage le phénomène des enfants de la rue (6 000 enfants de la rue enregistrés en 2004 dans les principales villes du pays dont 3 000 pour la seule ville de Bangui) et la vulnérabilité des OEV à l'exploitation économique et sexuelle.

8. La performance du système éducatif centrafricain reste encore faible. En ce qui concerne le préscolaire, le taux d'accès moyen à un système formel d'encadrement est inférieur à 2 %. Au niveau du primaire, les indicateurs se sont orientés à la baisse jusqu'en 2002 pour remonter à partir de 2003. Le taux

d'inscription dans l'enseignement primaire était d'environ 47 % pour les garçons et 39 % pour les filles en 2000. Les données nationales indiquent une remontée significative de ce taux à partir de 2003 avec 66 % pour les deux sexes en 2003, 70 % en 2005 après un passage par 72 % en 2004 grâce à la réduction des coûts de scolarisation suite au plaidoyer de l'UNICEF. Par ailleurs, 7 enfants sur 10 atteignent la cinquième année du primaire. En ce qui concerne le taux net de scolarisation, il est passé de 43 % en 2000 (39 % pour les filles) à 41 % en 2003 (37 % pour les filles). Les données de 2006 seront disponibles à la fin de l'enquête en grappes à indicateurs multiples de 2006. En matière d'encadrement, les données les plus récentes indiquent en moyenne 79 élèves par salle de classe, 6 par table banc et 99 par enseignant. La faible performance du système éducatif provient de l'insuffisance de l'encadrement au niveau familial, communautaire et institutionnel et du dysfonctionnement des services publics, perturbés par l'insécurité, les violences et les grèves des enseignants dues au non-paiement des salaires. Enfin, le faible niveau d'investissement dans les infrastructures a contribué à la surcharge des classes et à l'altération considérable de la qualité de l'enseignement.

9. En 2005, une étude sur l'exploitation et les abus sexuels sur les enfants, y compris la traite, a été réalisée dans les principales villes du pays et les zones diamantifères. Selon les résultats de l'étude, 38 % des enfants ont été victimes d'abus ou d'exploitation sexuelle pendant leur vie. De cette population, plus de 53 % ont été victimes d'exploitation sexuelle, 35 % d'abus sexuels et 11 % de traite à but sexuel. Les principales causes du phénomène sont, notamment, le relâchement de l'autorité parentale (31 %), les traditions néfastes y compris les mariages précoces (19 %), la pauvreté (17 %) et la dislocation des familles (12 %). Environ 38 % des victimes connaissent des cas de traumatismes physiques et psychiques, de retards ou d'abandons scolaires. Il faut noter que le pays n'a pas encore ratifié les deux Protocoles facultatifs à la Convention relative aux droits de l'enfant. Cependant, le Code pénal, dans ses articles 195 et suivants punit les cas de viols, d'attentats à la pudeur, de racolage public et d'incitation des mineurs à la débauche. Par ailleurs l'ordonnance n° 66/26 du 31 mars 1966 protège la jeune fille scolarisée contre les abus provenant des adultes et particulièrement de ceux en charge de leur encadrement.

10. En dépit de la Constitution, qui prescrit l'égalité de tous les citoyens quel que soit leur sexe, l'accès des femmes à tout ce qui pourrait contribuer à leur plein épanouissement reste précaire tant au niveau de la collectivité que des institutions. L'analphabétisme frappe plus les femmes (68 %) que les hommes (46 %). La pauvreté touche 81 % des femmes en milieu rural contre 69 % des hommes. Au cours des 40 dernières années, nombreuses ont été les initiatives prises contre l'exclusion des femmes aux prises de décisions. Cependant, sur le plan de la participation à la vie politique, les résultats des deux dernières élections législatives montrent que des améliorations sont encore nécessaires. En effet, à l'issue des élections de 1998, il y avait eu 6 femmes sur 106 députés. À l'occasion des élections législatives de 2005, elles sont 11 sur 110 députés. Aux postes de direction ainsi que dans le cursus de formation scolaire et académique elles sont peu nombreuses.

Principaux résultats obtenus et enseignements tirés de la coopération précédente, 2002-2006

Principaux résultats obtenus

11. L'approche de Développement intégral du jeune enfant (DIJE) initiée en 2004 dans la sous-préfecture de Boda (sud du pays) a permis d'améliorer le statut nutritionnel et de favoriser le développement psychosocial, cognitif et physique harmonieux de 80 % des enfants de la zone. Ce résultat a été réalisé grâce à un partenariat actif entre le Programme alimentaire mondial et l'UNICEF dans le cadre de la supplémentation alimentaire des enfants, et entre l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'UNICEF dans le cadre de l'appui aux initiatives communautaires de sécurité alimentaire. La participation communautaire dans le développement local est devenue une réalité avec une forte implication des femmes renforcée par les activités d'alphabétisation appuyées par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture et une implication grandissante du secteur privé. Cette participation s'est concrétisée par la construction et la prise en charge du fonctionnement de 15 espaces communautaires d'éveil, 11 écoles et 15 maisons de la femme. L'approche DIJE est devenue un des éléments clefs du DSRP et sera portée à l'échelle avec la participation de l'ensemble des agences du système des Nations Unies.

12. Le taux d'admission à l'école primaire est passé de 66 % en 2003 à 70 % en 2005 (72 % enregistré en 2004 du fait de la réduction brusque des coûts de scolarisation). De même, la parité entre filles et garçons dans l'admission à l'école primaire est réalisée dans l'ensemble du pays (0,68 en 2000). Les taux d'abandon ont été réduits de 11 points en moyenne alors que les taux de réussite aux examens sont passés de 56 % en 2003-2004 à 66,5 % en 2004-2005 (68 % pour les filles).

13. Les services du Programme élargi de vaccination (PEV) ont été restaurés sur l'ensemble du pays. Bien qu'ayant été le pays le plus affecté de la région par la résurgence de la poliomyélite à partir du foyer du Nigéria (30 cas en 2003-2004), la République centrafricaine a confirmé l'arrêt de la transmission (dernier cas en novembre 2004). Les autres épidémies majeures, principalement la rougeole, ont été maîtrisées grâce à des campagnes nationales de vaccination appuyées par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF. En 2005, 90 % des enfants de 6 à 59 mois ont bénéficié d'une supplémentation en vitamine A pendant les campagnes de vaccination. Le déparasitage de 91 % des enfants de 12 à 59 mois a été assuré dans l'ensemble du pays. Cependant, le système de vaccination de routine reste peu opérationnel en raison notamment de la faible motivation du personnel de santé.

14. Les mères font de plus en plus appel aux services PTME. Le nombre de femmes qui acceptent le test VIH et reviennent récupérer les résultats est passé de 58 % en 2004 à 69 % en 2005. Le pourcentage de femmes séropositives qui accouchent sous traitement antirétroviral (ARV) est passé de 24 % en 2004 à 40 % en 2005. De même, la participation des jeunes à la lutte contre le VIH/sida est devenue une réalité.

15. La coordination de la réponse aux problèmes des enfants nécessitant une protection spéciale, y compris les OEV et les enfants victimes de violences, d'abus et d'exploitation, est renforcée grâce en particulier à la création et à l'animation d'un comité OEV intersectoriel et interagences, et au travail réalisé par la section

République centrafricaine du Comité inter-Africain sur les pratiques traditionnelles. Les phénomènes de vulnérabilité ont été largement documentés. Un nombre de plus en plus important d'OEV, environ 9 000 en 2005 (60 % de plus qu'en 2004) ont accès aux services sociaux et médicaux (traitement ARV, scolarisation et formation professionnelle, appui psychosocial).

16. Dans la zone d'intervention de l'UNICEF (préfectures de l'Ouham et de l'Ouham Pende – représentant 23 % de la population totale du pays) où les taux de mortalité maternelle et néonatale sont parmi les plus élevés, une approche stratégique ciblant les causes sous-jacentes et immédiates des décès maternels et néonataux a été introduite en 2004. Celle-ci a permis d'amplifier et d'accélérer la prise de conscience de la gravité de la situation de la femme enceinte au niveau familial, la prise de décisions pour rechercher les soins, le transfert vers une structure de référence, ainsi que la fourniture des soins dans les formations sanitaires de référence.

Enseignements tirés

17. **Participation des communautés au cofinancement et à la gestion de l'école** : les communautés qui ont elles-mêmes construit leurs écoles et recruté leurs enseignants font preuve de plus de dynamisme que celles qui ont reçu des écoles clef en main. Cela se traduit par un meilleur suivi des élèves, un meilleur entretien des infrastructures et une meilleure gestion des services fournis. L'appui aux écoles devrait cibler en priorité ces communautés pour récompenser leur « volonté » et encourager les autres à les imiter.

18. **Stratégie PTME** : l'expérience du programme dans ce domaine amène à conclure que la mobilisation des hommes en faveur des programmes PTME est un élément incontournable dans les stratégies de réduction des taux de déperdition des clients PTME. Les futures stratégies de communication devraient cibler autant les hommes que les femmes.

19. **Implication des jeunes dans la prévention du VIH/sida** : avec l'introduction de l'approche pairs éducateurs à travers les techniques de cartographie de risque et de vulnérabilité et de promotion des compétences de vie courante, les jeunes se sont révélés être la meilleure porte d'entrée pour induire l'appropriation de la lutte contre ce fléau. Il est essentiel de coupler cette approche avec un plaidoyer intensif auprès des autorités, du public et des partenaires au développement si l'on veut aller à l'échelle.

20. **Les ONG comme intermédiaires dans la conduite des actions en faveur des enfants** : l'appui donné aux enfants à travers les ONG a permis de réaliser des résultats visibles, notamment dans le domaine de la protection. Cependant, ces actions devraient être adaptées au contexte du pays et être pérennisables. Pour ce faire, un cadre efficace de partenariat et des mécanismes transparents d'accès aux ressources s'imposent.

Programme de travail, 2007-2011

Tableau budgétaire récapitulatif*

| Programme | (En milliers de dollars É.-U.) | | Total |
|--|--------------------------------|-------------------|---------------|
| | Ressources ordinaires | Autres ressources | |
| Survie et développement de l'enfant | 3 000 | 5 000 | 8 000 |
| VIH/sida et enfants | 2 050 | 2 400 | 4 450 |
| Éducation de base et parité des sexes | 2 800 | 3 250 | 6 050 |
| Protection de l'enfant | 1 400 | 2 050 | 3 450 |
| Plaidoyer pour les politiques et partenariat pour les droits des enfants | 1 000 | 1 300 | 2 300 |
| Coûts transversaux | 1 350 | 1 000 | 2 350 |
| Total | 11 600 | 15 000 | 26 600 |

* En attendant la stabilisation de la situation dans le pays, l'UNICEF recherchera chaque année environ 10 millions de dollars des États-Unis dans le cadre de la procédure d'appel global.

Processus d'élaboration

21. La première étape du processus de préparation du programme a été la revue à mi-parcours du PNUAD. Une mise à jour partielle de l'analyse de la situation a été réalisée dans ce cadre. Le système des Nations Unies a retenu trois domaines de coopération pour la période 2007-2011, à savoir : a) renforcement de la gouvernance démocratique et du respect des droits humains; b) poursuite du relèvement postconflit; et c) accélération de la lutte contre le VIH/sida. Ces axes tiennent compte de l'évolution récente de la situation dans le pays et des orientations du DSRP en cours de finalisation.

22. Le choix des axes d'intervention du programme de coopération et de ses différentes composantes a tenu compte du mandat de l'UNICEF et de son rôle dans l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement, des orientations du Plan stratégique à moyen terme (PSMT) 2006-2009 de l'UNICEF ainsi que de ses avantages comparatifs.

Objectifs, principaux résultats attendus et stratégies

23. Le but du programme de coopération est de contribuer à la réalisation des droits des enfants et des femmes à travers l'identification et la conduite d'actions prioritaires en leur faveur et un partenariat plus efficace dans le cadre du PNUAD 2007-2011.

24. Les résultats escomptés correspondant à chacun des trois domaines de coopération retenus et auxquels le programme doit contribuer sont les suivants : a) d'ici à 2011, les populations centrafricaines vivent dans un environnement de paix, de sécurité, de prospérité économique où les droits humains et en particulier ceux des enfants et des femmes sont respectés et protégés; elles participent

équitablement au processus de décentralisation et à la consolidation de la paix; b) d'ici à 2011, la tendance à la dégradation des indicateurs sociaux de base est inversée, la pauvreté est réduite et le pays s'est engagé dans un processus de développement durable avec une pleine participation communautaire; et c) d'ici à 2011, la transmission et l'impact du VIH/sida sont réduits par une appropriation nationale croissante et soutenue de la réponse à la pandémie.

25. Une série de stratégies seront adoptées par le programme pour produire les effets escomptés, au nombre desquelles il faut citer : a) le plaidoyer auprès des partenaires des institutions, de la société civile et des communautés en faveur des droits des enfants et des femmes; b) le renforcement des capacités nationales de planification, d'exécution et de gestion des projets; c) l'habilitation des communautés pour garantir leur implication; d) l'utilisation des ONG comme intermédiaires à la mise en œuvre des activités dans les domaines où leur expertise est démontrée; e) le développement d'alliances, notamment avec le secteur privé; et f) le développement de projets conjoints avec les autres agences du système des Nations Unies.

26. La mise en oeuvre du programme se fera à l'échelle nationale pour la composante plaidoyer ainsi que certaines activités des composantes survie et développement, VIH/sida et jeunes, et éducation de base et parité des sexes. Les autres activités seront développées dans les zones d'intervention spécifiques des deux dernières années du cycle précédent, avec un renforcement pour certaines et un passage à l'échelle pour d'autres. Le choix de ces zones a tenu compte des recommandations de la revue à mi-parcours, des leçons tirées de quatre années de coopération ainsi que des résultats des études et évaluations réalisées.

Liens avec les priorités nationales et le Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement

27. L'ensemble des résultats escomptés du programme est formulé dans le PNUAD, ce qui garantit la pertinence du programme par rapport aux priorités nationales.

Liens avec les priorités internationales

28. Dans le cadre du PNUAD 2007-2011, le programme contribue à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement avec une focalisation particulière sur la survie de la mère et de l'enfant, l'éducation de base, la lutte contre le VIH/sida, la protection et le plaidoyer pour les politiques et partenariat pour les droits des enfants. Le nouveau programme s'inscrit dans les priorités du PSMT 2006-2009 de l'UNICEF, ainsi que dans les objectifs de la déclaration et du plan d'action « Un monde digne des enfants ».

Éléments du programme

29. La République centrafricaine est un pays en situation d'urgence permanente. Les principaux engagements collectifs de l'UNICEF envers les enfants dans les situations d'urgence (Core Commitments for Children) et l'initiative des groupes de

parties prenantes (cluster approach) définis dans le cadre du Comité permanent interorganisations orienteront les actions en faveur des enfants et des femmes touchés par des crises humanitaires (catastrophe naturelle et/ou conflit armé).

30. **Composante Survie et développement de l'enfant.** Cette composante vise à : a) renforcer et mettre à échelle des interventions à haut impact sur la santé et la nutrition des enfants de moins de 5 ans, des femmes enceintes, ainsi que des femmes allaitantes; b) améliorer les pratiques relatives à la survie, à la croissance et au développement du jeune enfant, y compris la préparation scolaire, au niveau des familles et des communautés; c) améliorer l'accès des populations à l'eau potable et à l'assainissement de base.

31. Les résultats attendus sont :

a) Dans tous les districts : i) le taux de couverture vaccinale de routine est atteint et reste maintenu à au moins 80 % pour les enfants de moins de 1 an; ii) les vaccins contre l'hépatite B et *Haemophilus influenzae* type B sont introduits dans le PEV de routine; iii) la supplémentation en micronutriments est assurée à au moins 80 % des enfants de 6 à 59 mois ainsi qu'aux femmes enceintes et allaitantes; et iv) le déparasitage systématique de tous les enfants de 12 à 59 mois et de ceux de l'école primaire est assuré;

b) Dans quatre préfectures (Ouham, Ouham Pendé, Nana Grebizi et Lobaye) comprenant un tiers de la population totale du pays : i) 50 % des structures sanitaires pratiquant des accouchements deviennent et demeurent « amis des bébés »; ii) 50 % des aires de santé pratiquent la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant; et iii) au moins 80 % des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticide;

c) Dans les quatre préfectures citées ci-dessus : i) 80 % des femmes enceintes effectuent au moins quatre consultations prénatales de qualité, y compris le traitement présomptif intermittent du paludisme; ii) au moins 80 % des accouchements sont assistés par un personnel de santé qualifié; iii) au moins 50 % des cas de complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont correctement pris en charge; et iv) 70 % des nouveau-nés bénéficient du suivi hebdomadaire systématique jusqu'à la fin de la période néonatale;

d) Les pratiques nutritionnelles d'allaitement, d'alimentation du nourrisson et de consommation d'aliments riches en micronutriments sont améliorées;

e) Dans cinq préfectures (Kémo, Ouham, Ouham Pendé, Nana Grebizi et Lobaye), couvrant environ 1 280 000 personnes, le taux d'accès à l'eau potable passe de 38 % à 50 % et celui en latrines hygiéniques de 4 % à 10 %;

f) Une politique de DIJE comme contribution à la politique nationale de développement communautaire participatif est adoptée et son plan d'action mis en œuvre dans le cadre d'un partenariat renforcé; dans 375 villages situés dans les zones de concentration totalisant 400 000 habitants, tous les enfants de moins de 8 ans bénéficient de protection et de soins relatifs à la santé, l'hygiène, la nutrition et l'éveil;

g) Les populations des zones affectées par des crises humanitaires bénéficient d'assistance d'urgence en matière de santé, de nutrition, d'eau, d'hygiène et d'assainissement conformément aux principaux engagements collectifs

de l'UNICEF envers les enfants dans les situations d'urgence et à l'initiative des groupes de parties prenantes.

32. **Composante Éducation de base et parité des sexes.** Cette composante vise à : a) améliorer l'accès équitable à l'école pour les filles et les garçons; b) améliorer l'environnement scolaire afin de le rendre favorable à la rétention des enfants, particulièrement les filles; et c) améliorer la qualité de l'enseignement. Les résultats attendus sont :

a) Dans les 13 préfectures à taux net de scolarisation inférieur à 40 % : i) les taux d'inscription à l'école primaire sont augmentés de 40 % à 80 %; et ii) la parité entre filles et garçons dans l'accès à l'école est atteinte et la disparité régionale est réduite;

b) Les taux d'achèvement du cycle primaire passent de 49 % à 70 %;

c) Dans les écoles amies des enfants, amies des filles, les taux moyens d'abandon sont réduits de 8 % à 4 %;

d) Les enfants des zones affectées par des crises humanitaires bénéficient d'assistance d'urgence en matière d'éducation conformément aux engagements fondamentaux de l'institution à l'égard des enfants en situation d'urgence et à l'initiative des groupes de parties prenantes.

33. **Composante VIH/sida et jeunes.** Cette composante vise à : a) réduire la transmission mère-enfant du VIH; b) assurer la prise en charge des femmes et enfants séropositifs; et c) porter à l'échelle la stratégie de prévention du VIH chez les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire.

34. Les résultats attendus sont :

a) À Bangui et dans six préfectures (Ombella Mpoko, Lobaye, Nana Mambéré, Ouham, Mambéré Kadéï et Ouaka), les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire sont organisés en réseaux et alliances et s'approprient la lutte contre le VIH/sida, sur la base du modèle de prévention du VIH/sida développé dans le troisième arrondissement de Bangui;

b) À Bangui et dans les six préfectures citées ci-dessus, les femmes, les mères et les couples séropositifs et les leaders communautaires sont organisés en groupes de soutien et mobilisent les communautés pour la réduction de la stigmatisation et la promotion de la solidarité vis-à-vis des personnes infectées et/ou affectées par le VIH/sida;

c) Dans chaque district des zones d'intervention, au moins 60 % des femmes enceintes bénéficient de services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida;

d) Au moins 50 % des jeunes de 15 à 24 ans acquièrent des connaissances adéquates, adoptent des comportements à moindre risque et utilisent des services IST/VIH/sida conviviaux et de qualité;

e) Au moins 50 % des femmes enceintes ou allaitantes et des enfants séropositifs reçus dans les formations sanitaires qui offrent les services PTME sont pris en charge sur le plan médical et psychosocial; ceux qui remplissent les critères d'accès aux ARV bénéficient du traitement;

f) Les enfants, les adolescents et les femmes des zones affectées par des crises humanitaires bénéficient d'assistance d'urgence en matière de prévention du VIH/sida conformément aux engagements fondamentaux de l'institution à l'égard des enfants en situation d'urgence et à l'initiative des groupes de parties prenantes.

35. Composante Protection des enfants. Cette composante vise à renforcer l'environnement protecteur, les capacités et les réponses pour prévenir et protéger les enfants contre toutes formes de violence, d'abus, d'exploitation et de négligence, y compris en situation d'urgence. Les résultats attendus sont :

a) La législation nationale est en harmonie avec les instruments internationaux et des mesures pratiques de protection sont prises pour protéger les enfants les plus vulnérables dans les domaines de la violence, des abus et de l'exploitation, y compris les pratiques néfastes, le travail des enfants, les adoptions, la réinsertion sociale et l'enregistrement des naissances;

b) Les capacités du Gouvernement, de la société civile, des communautés et des familles sont renforcées dans le domaine de la protection des enfants contre toutes les formes de violence, d'abus et d'exploitation, y compris ceux issus des minorités ethniques, ceux victimes de stigmatisations et ceux affectés par les conflits armés;

c) Les enfants sont mieux protégés par le système judiciaire en tant que sujets de droits;

d) Au moins 30 % des OEV reçoivent protection, soins et soutien;

e) Les enfants des zones affectées par des crises humanitaires bénéficient d'assistance d'urgence en matière de protection conformément aux engagements fondamentaux de l'institution à l'égard des enfants en situation d'urgence et à l'initiative des groupes de parties prenantes.

36. Composante Plaidoyer pour les politiques et partenariat pour les droits des enfants. Cette composante vise à renforcer les capacités de l'État et de la société civile à concevoir et mettre en œuvre des politiques pour remplir les obligations découlant des engagements internationaux du pays. Les résultats attendus sont :

a) Les besoins en termes de renforcement des politiques, d'allocation de ressources et d'investissement en faveur des enfants et des femmes sont identifiés et connus de toutes les parties prenantes, et un plaidoyer actif est conduit pour des améliorations effectives;

b) Les enfants, les jeunes gens et particulièrement les adolescents des deux sexes participent équitablement et effectivement à l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des programmes et projets en leur faveur;

c) Des données de qualité, des informations désagrégées par sexe et autres paramètres clefs sur le statut des enfants et des femmes, des études, des évaluations et recherches de qualité sont disponibles et accessibles;

d) Les rapports de suivi de la mise en œuvre de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes sont produits selon les normes et envoyés dans les délais;

e) Le système de préparation et de réponse aux urgences est pleinement opérationnel.

37. **Les coûts transversaux** concerneront les coûts opérationnels pour la communication, les salaires et les voyages pour le personnel, la formation et l'acquisition d'équipement de bureau.

Principaux partenariats

38. Le PNUAD sera le cadre prioritaire de développement du partenariat du programme de coopération. S'inspirant de l'expérience acquise au cours de l'exécution du PNUAD 2004-2006, le développement de projets conjoints avec les agences du système des Nations Unies sera systématisé. Le partenariat avec la Banque mondiale, l'Union européenne et la Coopération française dans les domaines de l'approvisionnement en eau potable, et dans la production de statistiques scolaires sera également renforcé. Le partenariat avec les ONG et le secteur privé sera renforcé.

Suivi, évaluation et gestion du programme

39. Un mécanisme de suivi et évaluation du PNUAD permettant de mesurer les progrès dans la réalisation des résultats des programmes de coopération des agences est mis en place. L'UNICEF utilisera pleinement ce mécanisme conjoint. Un tableau de bord annuel produit par le Gouvernement et un rapport biennuel sur les objectifs du Millénaire pour le développement seront disponibles et serviront de référence pour mesurer l'impact des programmes sur le développement.

40. La planification, l'exécution et le suivi et évaluation du programme de coopération seront coordonnés par le Ministère de l'économie, du plan et de la coopération internationale.
