



## Conseil économique et social

Distr. limitée  
6 juillet 2007

Original : français

**Pour suite à donner**

---

### Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2007

5-7 septembre 2007

Point 4 de l'ordre du jour provisoire\*

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

#### Région de l'Afrique centrale et de l'Ouest

#### *Résumé*

Le présent rapport a été établi en application de la décision 1995/8 (E/ICEF/1995/9/Rev.1), par laquelle le Conseil d'administration a prié le secrétariat de lui soumettre un résumé des examens à mi-parcours et des principales évaluations des programmes de pays, en faisant ressortir notamment les résultats obtenus, les enseignements tirés et les modifications qu'il pourrait être nécessaire d'apporter à ces programmes. Le Conseil doit faire des observations sur ce rapport et formuler des directives à l'intention du secrétariat s'il y a lieu. Les examens à mi-parcours et les évaluations décrites dans le présent rapport ont été réalisés en 2006.

---

\* E/ICEF/2007/13.



## Introduction

1. Ce rapport présente les principaux résultats des revues à mi-parcours des programmes de coopération du Bénin, de la République du Congo et du Niger. La deuxième partie du rapport concerne trois évaluations clefs et une étude qui ont été réalisées en 2006. Le choix des évaluations s'est porté sur des thématiques prioritaires comme la survie de l'enfant, l'éducation et la réponse humanitaire.

## Revue à mi-parcours

### Bénin

2. **Introduction.** La revue a été coordonnée par le Ministère du développement, de l'économie et des finances avec la participation de plus de 100 partenaires du gouvernement, représentants des agences des Nations Unies, des organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales et de partenaires bilatéraux et multilatéraux. Les résultats de la revue seront versés au dossier de l'évaluation du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) prévue pour avril 2007.

3. **Mise à jour de la situation des enfants et des femmes.** La période considérée a été marquée par des élections présidentielles en 2006 et l'engagement du nouveau gouvernement pour la croissance économique et le développement social. Malgré l'augmentation des allocations budgétaires destinées aux secteurs sociaux, la croissance économique a chuté à 3 %. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) reste parmi les plus élevés au monde (152 pour 1 000 naissances vivantes).

4. La prévalence du VIH/sida se maintient autour de 2 %. En 2003-2004, les taux nets de scolarisation sont respectivement de 90 % pour les garçons et de 71 % pour les filles; mais l'écart entre garçons et filles reste encore important. Le phénomène de la traite et de l'exploitation des enfants reste préoccupant.

5. **Progrès et principaux résultats.** La survie et le développement du jeune enfant ont connu des progrès significatifs, contribuant directement au résultat attendu qui est de réduire de 25 % le TMM5 d'ici à 2008 et permettant ainsi au Bénin de se replacer sur une meilleure trajectoire pour l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement. L'expérience pilote de la Stratégie accélérée pour la survie et le développement de l'enfant (SASDE) a permis une réduction du TMM5 estimée à 16 % dans les zones SASDE à haut impact et à 11 % dans les zones d'expansion. La SASDE offre un paquet minimum d'interventions à haut impact et bas coût. L'expérience et les leçons tirées de la SASDE ont grandement inspiré la stratégie nationale pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, en cours d'élaboration. La stratégie du programme a été axée sur le développement de la capacité des agents de santé, la fourniture du matériel essentiel et le renforcement du suivi. Les taux de couverture vaccinale pour tous les antigènes, la couverture en vitamine A, le taux de déparasitage et le taux d'utilisation des moustiquaires imprégnées ont connu des améliorations significatives, tandis que la rougeole, le tétanos maternel et néonatal sont sous contrôle. La dracunculose et la poliomyélite sont en voie d'éradication. On note également l'extension et le renforcement de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)

clinique dans 84 % des 31 communes ciblées et de la PCIME communautaire dans un tiers des communes ciblées.

6. S'agissant de l'approvisionnement en eau potable, à la fin 2005, seulement 18 % de la population ciblée pour 2008 a bénéficié des interventions, à cause de la mobilisation tardive de fonds pour le projet.

7. Le programme éducation a porté sur l'appui technique à l'élaboration du paquet éducatif essentiel (PEE) pour l'accélération de la scolarisation des filles et sur la mobilisation des partenaires autour de ce PEE. Le PEE fait partie du Plan décennal de développement du secteur de l'éducation (2006-2015) qui a été officiellement adopté en Conseil des ministres à la fin de 2006 et endossé par les partenaires techniques et financiers, permettant ainsi au Bénin d'être éligible pour l'initiative pour l'accélération de l'éducation pour tous. En ce qui concerne le résultat visant à augmenter le taux brut de scolarisation des filles, contribuant à porter ce taux à 95 % au plan national, 2 des 6 anciennes communes dans lesquelles le programme est intervenu en 2004-2005 ont obtenu des taux bruts de scolarisation des filles dépassant la moyenne nationale; 5 communes sur les 13 appuyées sont en voie d'atteindre l'objectif de 20 % fixé à l'horizon 2008. La décision du gouvernement annoncée en octobre 2006 de supprimer toutes les souscriptions et contributions exigées des parents pour les enseignements maternel et primaire constitue un pas vers l'éducation pour tous et la gratuité effective de l'éducation maternelle et primaire.

8. En matière de protection de l'enfant, l'un des résultats majeurs fut la contribution au renforcement du cadre législatif et institutionnel, notamment dans le domaine de la traite des enfants et de la justice juvénile. Une loi portant sur la répression de la traite de l'enfant a été adoptée et promulguée en 2006. En outre, la coopération sous-régionale en matière de lutte contre la traite des enfants est renforcée à travers des plans d'action communs et la signature d'accords bilatéraux et multilatéraux, dont celui avec le Nigéria. Quatre-vingt-quatre pour cent des enfants victimes pris en charge, victimes de la traite et de l'exploitation économique ont été réintégrés, alors que l'objectif fixé était de 80 %. En matière de justice juvénile, l'ordonnance pour la mise en place de mesures alternatives à l'incarcération a été actualisée et est en voie d'incorporation dans le code de l'enfant en cours d'élaboration. Des guides de procédures et principes directeurs en matière de prise en charge des victimes de la traite, d'apprentissage et de justice juvénile ont été élaborés. Sur le plan institutionnel, la coordination des interventions en matière de protection a été renforcée par la création d'une cellule nationale de suivi et de coordination pour la protection de l'enfant avec des comités techniques et des ramifications départementales.

9. En matière de VIH/sida, le programme de coopération a apporté un appui technique conséquent à l'élaboration des composantes de prévention de la transmission mère-enfant (PTME), au sida pédiatrique et aux orphelins et enfants vulnérables (OEV). La stratégie des pairs éducateurs a été adoptée comme stratégie nationale. La PTME se pratique maintenant dans 39 % des maternités du Bénin et est intégrée dans les services de santé maternelle et infantile. On observe un taux de dépistage volontaire de 90 % dans les zones d'intervention. La collaboration avec la Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial (PAM) et Plan Bénin a abouti à un renforcement de l'analyse de la situation, à l'élaboration de guides pratiques

des intervenants et à des modules de formation pour la prise en charge psychosociale des OEV.

10. Le suivi et l'évaluation représentent deux composantes importantes du programme de coopération. Ils ont contribué à la mise en place de bases de données à travers DevInfo. Cela a facilité l'évaluation des résultats des interventions des différents programmes, ainsi que l'amélioration de la qualité des études et évaluations. Le programme a également contribué à la réalisation de l'Étude démographique et sanitaire (EDS), en intégrant des modules de l'enquête en grappes à indicateurs multiples [*Multiple Indicator Cluster Survey (MICS)*].

11. Suite à l'afflux de réfugiés togolais au Bénin en 2005, les interventions du programme de coopération ont permis le retour à l'école de tous les enfants réfugiés togolais, la prise en charge et la réunification familiale de 255 enfants non accompagnés et séparés, l'équipement de centres de santé pour le suivi médical des enfants et des femmes enceintes. L'approvisionnement en eau potable des réfugiés dans les deux camps et des populations environnantes a été assuré ainsi que l'assainissement. Pour répondre à la crise nutritionnelle au nord du pays, un volet de récupération nutritionnelle est mis en œuvre. Deux centres de prise en charge sont mis en place en collaboration avec le PAM.

12. **Ressources utilisées.** Les ressources disponibles pour le programme ont connu un accroissement constant sur la période considérée (de 6 millions de dollars en 2004 à 12,5 millions de dollars en 2006). Entre 2004 et 2006, les taux d'utilisation des ressources ordinaires et des autres ressources ont été respectivement de 93 % et 85 %.

13. **Contraintes, opportunités et enseignements tirés.** L'organisation des élections présidentielles et la mise en place d'un nouveau gouvernement ont été parfois des contraintes à la mise en œuvre du programme. D'autres facteurs tels que la fréquence des grèves des enseignants et les périodes de pénurie de carburant, ont freiné les activités au cours des trois premières années d'exécution du programme. De nouvelles opportunités de partenariat se présentent au Bénin : le Programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique de la Banque mondiale, l'Initiative du Président des États-Unis pour la lutte contre le paludisme, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, la Fondation Clinton pour la lutte contre le VIH, l'engagement des partenaires techniques et financiers autour du plan décennal de l'éducation et la stratégie nationale pour la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant.

14. Plusieurs enseignements ont été tirés. Le développement de partenariats a été la clef des succès enregistrés dans tous les secteurs : santé, VIH/sida, eau, protection et éducation.

15. **Recommandations et ajustements proposés.** La revue a recommandé, entre autres : a) la mise en place d'un partenariat pour le passage à l'échelle des interventions visant la survie de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et l'élaboration d'une stratégie nationale; b) le soutien au gouvernement dans sa décision de rendre l'éducation maternelle et primaire gratuite et accessible à tous et le renforcement du plaidoyer pour l'adoption d'un plan décennal de l'éducation; c) le renforcement de la coordination autour des interventions de lutte contre le sida, du développement intégré du jeune enfant; d) l'accent sur une approche transfrontalière en matière de lutte contre la traite et les mutilations génitales

féminines; et e) la poursuite du renforcement des capacités en matière de suivi et d'évaluation.

### **République du Congo**

16. La revue à mi-parcours, présidée par le Ministère du plan et l'UNICEF, a impliqué les différents secteurs, des représentants du système des Nations Unies, des donateurs et le président du parlement des enfants. Les résultats des cinq revues sectorielles ont été présentés lors de la réunion en novembre 2006, sous le patronage du ministre, et avec la participation de la Directrice régionale de l'UNICEF, les ministres des secteurs sociaux ainsi que des représentants du parlement des enfants, de la société civile et des autres agences des Nations Unies.

17. **Mise à jour de la situation des enfants et des femmes.** Depuis 2003, le Congo s'est engagé à lutter contre la pauvreté avec un document stratégique de réduction de la pauvreté (DSRP) intérimaire finalisé en 2004. Cinquante pour cent de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. Le poids élevé de la dette (21 % du produit intérieur brut) compromet les investissements en faveur des services sociaux de base, malgré le niveau très élevé des ressources disponibles dans le pays.

18. Le taux de mortalité infantile et le TMM5 sont de 75 et 117 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement. Le pays connaît une mortalité néonatale de 33 pour 1 000 naissances vivantes et 26 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition chronique, les taux les plus élevés étant enregistrés en milieu rural. La prévalence nationale du VIH/sida pour les jeunes de 15 à 24 ans était estimée à 7,2 % en 2001. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est de 781 pour 100 000 naissances vivantes en 2005. Plus de la moitié de la population n'a pas accès à l'eau potable. Le taux d'accès à des installations sanitaires n'est que de 19 % en milieu urbain et moins de 8 % en zone rurale. Les maladies diarrhéiques chez les enfants constituent en fait la cinquième cause de mortalité en milieu hospitalier.

19. Dans le domaine de l'éducation, les indicateurs d'accès, d'équité et de qualité au cycle primaire demeurent préoccupants. En 2005, le taux brut d'admission était de 73 %, mais le système n'a toujours pas la capacité d'accueillir tous les enfants en âge d'entrer au primaire. Le taux d'achèvement est passé de 58 % en 2004 à 61 %. L'indice de parité filles-garçons est de 0,95.

20. Des problèmes sociaux continuent de marquer la situation de l'enfant. Par exemple, 19 % des enfants ne sont toujours pas déclarés à l'état civil, surtout chez les Pygmées. Les violences sexuelles persistent : viol, inceste et harcèlement sexuel. La fragilité économique et la pauvreté généralisée des familles alimentent les phénomènes d'exclusion, de sexualité et de maternité précoces, d'exploitation et de marginalisation sociale des groupes les plus vulnérables, comme les orphelins et les enfants soldats. Une situation d'insécurité continue d'affecter le Pool et la situation en République démocratique du Congo a dû être considérée comme un risque potentiel de dégradation de la situation humanitaire.

21. Le programme de coopération a quatre composantes sectorielles. Des interventions d'appui stratégique et institutionnel sont menées au niveau national. Dans les zones de convergence, une approche systémique portant sur l'amélioration de la qualité des prestations est utilisée. Enfin, le programme développe une approche holistique de respect et d'application des droits de l'enfant dans les

communautés pauvres ou marginalisées comme celles des Pygmées ou de certaines zones urbaines.

22. Les résultats du programme survie et développement intégré du jeune enfant sont encourageants même s'ils sont jugés globalement insuffisants pour l'atteinte des objectifs globaux du programme. En ce qui concerne le programme élargi de vaccination (PEV), le programme a contribué à une couverture de 90 % pour la poliomyélite, 79 % contre la rougeole et 90 % contre le tétanos dans 10 circonscriptions socio-sanitaires à haut risque. Mais la revue a reconnu les défis tels que le fait que seulement 7 % de femmes enceintes et 5 % d'enfants de moins de 5 ans dorment sous une moustiquaire imprégnée. Les taux encore élevés de mortalité maternelle et de décès néonataux contrastent avec les taux élevés de suivi des grossesses et d'accouchements assistés par du personnel qualifié (86 %), ce qui dénote un sérieux problème de qualité de ces services. L'accès à l'eau et à l'assainissement reste très limité, surtout en milieu rural, ce qui résulte en un haut taux de maladies diarrhéiques et hydriques.

23. La composante éducation de base a donné un appui substantiel aux services statistiques de l'enseignement primaire, ce qui a permis la mise à jour des données sur la scolarisation ainsi que les documents de politique telles la Stratégie nationale pour l'éducation pour tous et l'étude sur la scolarisation des filles. Pour les volets enseignement primaire et éducation des filles, les résultats enregistrés sont insuffisants, notamment du fait que la mise à disposition du matériel scolaire se fait au détriment d'un investissement dans la qualité de l'enseignement.

24. La composante protection a réalisé d'importants progrès dans le cadre de la promotion de la justice des mineurs et l'élaboration d'un projet de code de protection de l'enfant harmonisé avec la Convention relative aux droits de l'enfant, présentement en examen au Parlement. Un plaidoyer et une dotation substantielle en registres d'actes de naissance ont permis d'impliquer davantage de services, ce qui a eu comme résultat l'enregistrement des naissances de 38 % des enfants ciblés.

25. La composante lutte contre le VIH/sida a réalisé des progrès importants pour le volet de prévention chez les jeunes, mais en l'absence d'une stratégie nationale de communication pour le changement de comportements des jeunes; seulement 2 % de la population totale visée ont bénéficié de ce programme. Concernant le volet PTME, les réalisations majeures sont au niveau de l'élaboration d'une politique nationale des normes, procédures et modules de formation en PTME et de la formation d'agents de santé en communication, conseils et prise en charge des femmes séropositives ainsi que des nouveau-nés.

26. La composante communication et planification des politiques sociales a fourni un appui matériel et financier pour la réalisation de l'EDS 2005 permettant l'inclusion d'indicateurs du MICS et une formation au logiciel DevInfo dont la mise en place est prévue pour 2007.

27. Les interventions d'urgence ont contribué à l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base pour la population du Pool et à Brazzaville pour les familles affectées par les inondations grâce à : a) la réhabilitation et l'équipement des infrastructures scolaires et sanitaires; b) l'approvisionnement en matériels pédagogiques, en médicaments et en équipements pour la chaîne de froid; c) la formation des agents de santé et d'enseignants non professionnels; d) la construction de latrines et de puits dans les écoles, les centres de santé et les marchés; e) le

lancement d'une stratégie de pairs éducateurs dans les établissements scolaires pour la prévention du VIH/sida; f) l'enregistrement à l'état civil des enfants; g) l'amélioration du taux de couverture vaccinale; et h) l'accompagnement psychosocial au retour des populations déplacées.

28. **Ressources utilisées.** 3,4 millions de dollars de ressources ordinaires ont été alloués sur les trois premières années, soit 116 % du montant prévu pour la période. Un montant de 6,2 millions de dollars (auxquels s'ajoutent 2,1 millions de dollars de fonds d'urgence et 1,6 million de dollars d'autres ressources) a été mobilisé à ce jour, soit 138 % du montant prévu. Par conséquent, le niveau d'autres ressources a été augmenté à 12 millions de dollars pour tout le cycle.

29. L'exécution du programme s'est heurtée à plusieurs contraintes dont les plus graves sont : a) les insuffisances du cadre politique; b) le mauvais fonctionnement du système éducatif, sanitaire, social et de planification, y compris les faibles ressources; c) la faiblesse de la coordination des interventions; d) la faiblesse du suivi et d'évaluation; et e) les contraintes liées aux ressources financières souvent insuffisantes aussi bien du côté de l'UNICEF que de celui du gouvernement.

30. Les opportunités à saisir sont nombreuses : a) l'intégration des stratégies d'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement dans le DSRP et l'actualisation des données issues des enquêtes nationales constituent une meilleure base de planification, de suivi et d'évaluation du programme; b) le plaidoyer va bénéficier de la mise au point et la disponibilité de paquets de services documentés, ce qui devrait faciliter la mise à échelle et l'effet de levier sur les interventions d'autres partenaires; c) la mobilisation des budgets de l'État ainsi que l'appropriation nationale progressive du programme devraient être déterminantes dans l'atteinte des résultats escomptés; d) enfin, l'existence du parlement des enfants pourrait assurer la participation des enfants aux programmes de développement qui les concernent.

31. L'approche systémique dans les zones de convergence se heurte à des difficultés liées à la limitation en ressources humaines et financières et aux difficultés du terrain. Il est important de recentrer les interventions autour de quelques zones spécifiques et non plus œuvrer pour une couverture exhaustive.

32. **Ajustements proposés.** La coopération va s'inscrire dans la transition définitive du modèle d'urgence à un modèle de développement, basé sur le renforcement des capacités, le développement des politiques sociales, les partenariats et la participation des enfants et des communautés.

33. Les objectifs des différents programmes sectoriels devront être reformulés pour être plus cohérents avec les objectifs nationaux. Ceci va inclure la remise du projet éveil du jeune enfant sous la tutelle de l'éducation, la reconfiguration du développement intégré du jeune enfant dans la composante survie et développement du jeune enfant et l'intégration opérationnelle de la PTME aux unités de consultations prénatales avec une stratégie d'encadrement du Programme national de lutte contre le sida et la mise en relief du projet eau et assainissement. La revue a aussi recommandé la restructuration du programme éducation en quatre composantes (éveil du jeune enfant, accès et équité, qualité de l'éducation, et appui institutionnel et stratégique); celle du programme protection en trois composantes (appui au développement des politiques sociales et des capacités nationales, protection des plus vulnérables, et lutte contre les violences et les maltraitances); et

la restructuration du projet communication en trois volets (plaidoyer et participation sociale, information, et communication avec le public et les partenaires).

34. Concernant la couverture géographique, la revue a recommandé une approche au niveau national concernant les interventions à haut impact dans la santé et l'éducation primaire de qualité; et une approche systémique au niveau urbain et rural, en rapport avec une analyse des vulnérabilités pour les interventions multisectorielles.

35. Concernant les composantes jugées mûres, la revue a proposé le développement de stratégies de sortie et d'accompagnement de ces projets du point de vue technique et logistique d'ici la fin du programme en 2008.

### **Niger**

36. La revue à mi-parcours s'est tenue en octobre 2006 à Niamey sous la présidence du Ministre de l'aménagement du territoire et du développement communautaire. Y ont participé des ministres et représentants de ministères sectoriels, toutes les agences des Nations Unies, les représentants des communautés, les services déconcentrés, les parlementaires, les jeunes du parlement des enfants, la société civile, les représentants des pays membres du Conseil d'administration présents au Niger et le Bureau régional de l'UNICEF.

37. **Mise à jour de la situation des enfants et des femmes.** Le Niger est considéré comme un des pays les plus pauvres avec des indicateurs très préoccupants. En 2005, 62 % de la population vit en dessous du seuil national de pauvreté. Malgré l'amélioration de l'équilibre macroéconomique, la capacité financière de l'État nigérien demeure très faible pour faire face aux immenses besoins d'accès aux services sociaux de base : seulement 7 % du budget de l'État est alloué à la santé et 17 % à l'éducation.

38. Selon le MICS, le TMM5 a connu une importante baisse (38 % entre 2000 et 2006). Cependant, le risque de décès des enfants demeure très élevé au Niger. Le paludisme (59 %), les infections respiratoires aiguës (IRA) (15 %) et la diarrhée (14 %) sont les principales causes de décès infantiles. Le TMM, l'un des plus élevés au monde, s'élève à 1 600 pour 100 000 naissances vivantes. En 2005, le Niger a connu une grave crise alimentaire et nutritionnelle ayant affecté plus de 3,6 millions d'habitants et au moins 800 000 enfants. Le taux de malnutrition chronique des enfants de moins de 5 ans est demeuré très élevé avec 44 % de 2005 à 2006.

39. Le taux brut de scolarisation au primaire a augmenté à 62 % en 2006 (celui des filles à 55 % en 2006). Cependant, le taux d'achèvement au primaire pour les garçons et les filles demeure faible, à 36 %. L'amélioration de l'équité entre les sexes dans l'enseignement reste timide (indice d'équité dans le primaire de 0,7).

40. La prévalence de VIH/sida parmi les adultes s'est stabilisée à 0,7 % en 2006. Seulement 13 % de jeunes filles et 16 % de garçons âgés de 15 à 24 ans connaissent les méthodes préventives contre le sida. Le nombre de cas d'enfants orphelins du sida est estimé à 46 000 en 2006, contre 23 000 en 2005.

41. L'accès à l'eau potable a enregistré une baisse (46 % en 2006). Aussi, l'accès des enfants et des femmes aux dispositifs sanitaires adéquats est demeuré très faible (19 % en 2006).



42. Le pourcentage d'enfants enregistrés à la naissance a diminué (32 % en 2006). Par contre, le pourcentage des femmes victimes de mutilations génitales féminines a baissé de moitié (2 % en 2006). Le pourcentage d'enfants âgés de 5 à 14 ans qui travaillent a baissé de presque la moitié (38 % en 2006). Le cadre légal pour les enfants et les femmes demeure précaire.

43. **Progrès et principaux résultats.** Les facteurs de progrès enregistrés au cours des trois années de mise en œuvre sont : a) l'augmentation de la couverture de santé et d'éducation; b) la coordination de l'aide et le partenariat renforcé entre l'État, les donateurs et le système des Nations Unies; c) la capacité de mobilisation des ressources de l'UNICEF accrue; et d) la forte contribution financière des partenaires au développement.

44. Le programme de pays est structuré en cinq composantes. Durant les trois années, le programme a apporté une contribution significative dans l'atteinte des résultats enregistrés pour la réalisation des droits de survie, de développement et de protection des enfants au Niger.

45. Le programme santé et nutrition a soutenu la mise en œuvre des stratégies nationales de santé visant le contrôle des maladies épidémiques ou préventives. La SASDE avec le paquet minimum de PEV « plus » a été mise en œuvre dans deux districts sanitaires pilotes et a enregistré des résultats importants de couverture des services de base et de réduction du TMM5 d'au moins 20 %. Le programme a soutenu le renforcement du PEV en garantissant la chaîne de froid et la disponibilité des vaccins ainsi que l'organisation des campagnes de masse contre la rougeole et des journées nationales de vaccination, couplées avec la distribution de capsules de vitamine A. Ainsi, les résultats escomptés visant l'atteinte de 80 % de couverture vaccinale contre les maladies préventives ont été obtenus. Du point de vue morbidité, le nombre de cas de rougeole a baissé de 63 000 cas en 2004 à 212 cas en 2006; de 2000 à 2006, la prévalence de la diarrhée a aussi baissé de 40 % à 28 %, aussi bien que celle des IRA de 36 % à 31 %; la transmission locale du poliovirus a été stoppée. Les campagnes de distribution massive de moustiquaires imprégnées en 2005 ont permis d'obtenir l'accès aux moustiquaires imprégnées pour 86 % des ménages, 55 % des enfants et 48 % des mères. Le nombre de cas de dracunculose a baissé (de 123 à 66). L'extension de l'application de la PCIME dans 24 districts sanitaires sur les 31 escomptés s'est réalisée avec un renforcement des capacités de planification et de gestion des cadres de districts et la formation des relais communautaires.

46. Dans le domaine de la nutrition, les capacités nationales de prévention et de prise en charge des enfants modérément et sévèrement malnutris ont été renforcées avec le développement d'une nouvelle politique nationale de prise en charge nutritionnelle et un partenariat avec une vingtaine d'ONG et le PAM permettant de rendre fonctionnels au moins 800 centres de récupération nutritionnelle pendant l'urgence nutritionnelle. Les capacités des communautés ont également été renforcées dans la surveillance et la prévention communautaire de la malnutrition modérée. Les réponses énergiques de l'UNICEF, des ONG et des partenaires à cette situation d'urgence ont permis de réduire l'ampleur de la malnutrition aiguë à 10,3 % en 2006 contre une prévalence de 15,3 % en 2005.

47. La composante VIH/sida a soutenu l'extension de la stratégie de prévention de la transmission du VIH/sida (21 districts sanitaires couverts) ayant permis d'augmenter l'accès des femmes enceintes aux services préventifs pour la santé

procréatrice. Le pourcentage des femmes qui ont été testées pour le VIH/sida a doublé de 0,7 % en 2000 à 1,9 % en 2006.

48. Le programme éducation de base a soutenu l'amélioration des conditions de scolarisation dans 600 écoles primaires et de gestion communautaire des écoles dans les 12 départements des zones de concentration, en partenariat avec le PAM et les autres alliances établies. Le paquet d'interventions de l'UNICEF a permis d'augmenter la contribution de l'UNICEF de l'ordre de 5 % au niveau national d'accès à l'éducation de base, qui s'est nettement amélioré.

49. Le programme protection a renforcé les capacités nationales dans la prise en charge des questions de protection de l'enfance. Le partenariat national avec les ONG dans la promotion des droits des enfants vulnérables s'est renforcé, ayant permis l'assistance de l'UNICEF à 5 144 femmes et enfants nécessitant une protection spéciale. Sept cent vingt-cinq enfants OEV et leur famille ont bénéficié d'assistance en termes d'activités génératrices de revenus. Le programme services de base intégrés a apporté une contribution très significative dans l'habilitation communautaire par le renforcement des capacités des communautés à faire face à l'insécurité alimentaire et pour l'augmentation de la couverture en eau potable.

50. Le programme planification, évaluation et communication a contribué efficacement au plaidoyer de l'UNICEF pour la prise en compte des priorités de l'enfant dans l'agenda politique des hautes autorités du pays et des donateurs, et à l'établissement et renforcement des alliances avec les chefs traditionnels, les médias et surtout les radios communautaires.

51. La disponibilité des statistiques régulières fiables ainsi que l'amélioration des connaissances en matière de problèmes des enfants se sont nettement améliorées durant les trois années du programme à travers les formations sur la gestion basée sur les résultats, la réalisation d'une trentaine d'études et évaluations et des enquêtes auprès des ménages et le renforcement des capacités nationales en collecte, traitement, analyse à l'institutionnalisation de la base de données DevInfo au Niger.

52. **Ressources utilisées.** Le niveau de mobilisation et d'utilisation des ressources a été très élevé. En tout, 81 millions de dollars ont été rendus disponibles sur les trois années de mise en œuvre du programme. Les autres ressources représentent 77 % des fonds mobilisés, contre 24 % pour les ressources ordinaires. Le niveau d'absorption des ressources a été de 89 %.

### **Contraintes, opportunités et enseignements tirés**

53. Les contraintes concernent essentiellement : a) la difficulté d'accès financier des familles aux services sociaux; b) la faiblesse du capital humain dans la contrepartie nationale du programme; c) les capacités des structures décentralisées peu performantes; d) le retard dans la justification des avances au gouvernement; e) le retard dans l'approvisionnement des intrants pour les interventions; et f) la grande dispersion géographique des interventions.

54. Quatre principales leçons ont été tirées du bilan à mi-parcours, à savoir : a) la SASDE s'est avérée être une stratégie efficace pour l'accélération de la réduction de la mortalité des enfants; b) la crise de malnutrition de 2005 a permis de découvrir son ampleur et son rôle très néfaste dans la survie des enfants; c) la stratégie de campagne contre la rougeole a permis une réduction notable des épidémies en 2004

et 2005; et d) la stratégie services de base intégrés fait souvent double emploi avec les programmes sectoriels.

55. **Les ajustements recommandés.** Six ajustements majeurs sont recommandés : a) l'extension du programme de coopération en 2008 conformément aux conclusions de la revue à mi-parcours PNUAD; b) la réduction des zones de concentration des interventions; c) le renforcement de la politique et du cadre institutionnel de coordination et de gestion du volet nutritionnel au Ministère de la santé par la création d'une Direction de la lutte contre la malnutrition; d) la création d'un nouveau programme nutrition séparé du programme santé afin de renforcer l'efficacité dans la gestion au regard de l'ampleur du problème sectoriel de la nutrition tout en préservant les acquis des interventions intégrées sur le terrain en faveur de la survie des enfants; e) le changement du programme services de base intégrés en programme de développement local et d'eau et assainissement; et f) la révision de la composition du personnel du bureau de l'UNICEF au regard de l'ampleur des problèmes des enfants et de la charge de gestion des ressources.

## Principales évaluations

### **Évaluation du mécanisme de réponse rapide – UNICEF et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires en République démocratique du Congo**

56. Depuis 2004, l'UNICEF et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) ont mis en place le mécanisme de réponse rapide (MRR), une stratégie visant à donner une réponse rapide aux besoins de la population déplacée soudainement à cause des conflits, des désastres naturels ou des épidémies. Le MRR est mis en œuvre à travers un partenariat avec des ONG internationales. Les provinces concernées sont le Nord et le Sud-Kivu, dans le district de l'Ituri, le Katanga et le Maniema. D'après le Plan d'action humanitaire 2007, 1,2 million de personnes ont été déplacées dans ces provinces orientales du pays.

57. La raison principale de cette approche est de permettre une intervention, dans les 72 heures, qui est coordonnée et appropriée. En général, l'intervention du MRR est préconisée pour une durée de trois mois. La stratégie cible les plus vulnérables en fournissant des biens non alimentaires, des matériaux pour les abris et l'eau et assainissement, ainsi que l'accès à des services d'éducation d'urgence. Dans le cadre des accords actuels, les ONG internationales reçoivent de l'UNICEF un financement pour les coûts opérationnels, l'achat des biens de première nécessité et le maintien d'un stock d'urgence. Elles peuvent aussi recevoir des financements pour des interventions complémentaires à partir des fonds de contingence de l'OCHA. L'intervention commence par une évaluation multisectorielle rapide et inclut une dimension importante de monitoring de la situation et de plaidoyer. L'approche est considérée comme flexible, permettant une adaptation à d'autres secteurs d'intervention humanitaire.

58. Après deux années de mise en œuvre, l'UNICEF et l'OCHA ont commandité une évaluation externe du MRR. L'évaluation s'est portée sur les thèmes suivants : la sélection des bénéficiaires; les secteurs vitaux en dehors du MRR; le lien entre le MRR et les autres initiatives interagences et la réforme du système humanitaire, ainsi que la performance et l'impact du MRR. Les leçons apprises et les

recommandations de l'évaluation seront utilisées pour renforcer la stratégie du MRR à la fois en République démocratique du Congo et dans d'autres pays.

59. La méthodologie de cette évaluation a combiné des approches qualitatives et quantitatives, utilisant des entretiens avec les bénéficiaires et des discussions en « focus groupes », d'entretiens avec les acteurs humanitaires, les autorités locales et la société civile, des visites de terrain et des revues documentaires.

60. Afin de prioriser les bénéficiaires, le MRR utilise un critère d'éligibilité de moins de trois mois de déplacement. L'évaluation a recommandé que ce critère soit retenu comme une mesure flexible de vulnérabilité tout en reconnaissant la nécessité d'associer d'autres critères selon les contextes. Sur les 1,5 million de bénéficiaires depuis octobre 2004, 815 000 personnes ont reçu des kits de biens non alimentaires ou un abri d'urgence; 693 500 ont bénéficié de projets d'eau et d'assainissement; 13 500 enfants ont reçu des kits d'éducation en situation d'urgence.

61. Tous les groupes « clusters » humanitaires nécessitent des stocks d'urgence afin de répondre aux besoins humanitaires lorsqu'ils se présentent. Le MRR permet à l'UNICEF (l'agence leader pour les biens non alimentaires et l'abri dans le pays, ainsi que pour les groupes pour l'éducation et eau et assainissement) de satisfaire cette exigence de manière efficace. D'autres groupes, sujets à des besoins d'urgence soudains – alimentation, santé et protection –, pourraient aussi considérer l'adoption d'une solution type MRR pour garantir une réponse aux urgences rapide.

62. L'un des défauts du MRR identifié par l'évaluation est la difficulté d'assurer une réponse holistique aux besoins aigus et immédiats dans les autres secteurs, comme par exemple, l'alimentation, la santé et la protection.

63. Plusieurs leçons et des recommandations ont été tirées. Le MRR comme mécanisme de réponse rapide s'adapte à presque tous les secteurs dans des environnements complexes similaires où plusieurs acteurs humanitaires sont en concurrence pour obtenir un financement d'un nombre limité de bailleurs de fonds. Le Tchad, le Darfour et la Somalie constituent des candidats potentiels pour l'application d'un MRR là où l'accès aux ressources vitales est limité par l'insécurité.

64. L'évaluation a recommandé le renforcement du système de suivi et de collecte de données afin de mesurer l'ensemble des interventions MRR dans le temps.

65. Enfin, l'évaluation a aussi recommandé que les agences responsables des groupes humanitaires santé, alimentation et protection, pour lesquels des besoins aigus non satisfaits persistent, pourraient aussi développer un mécanisme similaire en utilisant les résultats de l'évaluation du MRR.

### **Évaluation sanitaire interagences au Tchad**

66. De nombreux acteurs apportent un appui aux initiatives de santé auprès des réfugiés soudanais localisés à l'est du Tchad et des réfugiés venant de la République centrafricaine installés au sud du pays. Ces acteurs apportent également une assistance aux communautés locales habitant dans ces deux régions du Tchad. Cette intervention a fait l'objet d'une évaluation interagences.

67. L'évaluation visait les deux objectifs suivants : a) mesurer la réponse humanitaire apportée à la situation humanitaire au Tchad; et b) aider les acteurs en matière de santé (le Ministère de la santé publique, les agences du système des

Nations Unies, les ONG et autres partenaires) à répondre aux besoins des populations réfugiées et locales. Il est prévu que le Tchad utilise cette évaluation pour : a) analyser les progrès et la performance de la réponse humanitaire et son interface avec le système de santé tchadien; et b) élaborer et réactualiser un plan d'action conjoint réunissant tous les acteurs de la réponse humanitaire. Un plan d'action pour la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation est prévu.

68. La méthodologie a consisté en une revue et une analyse documentaires, des entretiens semi-structurés avec tous les groupes d'acteurs, l'observation directe des activités et la visite des camps en tenant compte des coûts. L'évaluation a analysé la pertinence, l'efficacité, l'efficience, l'impact et la cohérence de la réponse à cette crise humanitaire.

69. L'évaluation a révélé que les activités dans le domaine de la santé, la nutrition et l'eau et l'assainissement sont très pertinentes au regard des objectifs visés. Cependant, ni l'éducation sanitaire, ni la planification familiale, ni la prévention du VIH/sida n'ont été perçues comme des besoins par la plupart des réfugiés. Cette perception a rendu plus compliquée la mise en œuvre des activités relatives à ces domaines.

70. Des moyens de communication et de logistique ont soutenu la multiplicité d'acteurs dans différents lieux et secteurs et leur utilisation a été coordonnée de manière satisfaisante. La plupart des interventions ont été très efficaces pour produire des résultats relatifs aux consultations médicales, au dépistage nutritionnel ou à l'approvisionnement en eau potable. Mais l'efficacité de l'assistance est réduite à cause de l'insécurité des routes menant aux réfugiés et de la faible coordination entre les principales agences des Nations Unies.

71. Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés et presque toutes les ONG partenaires ont une bonne capacité opérationnelle. Toutefois, des approches alternatives auraient pu produire les mêmes résultats à un moindre coût ou de meilleurs résultats avec les mêmes ressources engagées. Le prépositionnement par les ONG des consommables d'urgence, en l'absence de stocks régionaux pour répondre aux épidémies, aurait contribué à réduire les coûts.

72. Les réfugiés constituent une proportion importante de la population locale dans les zones concernées. La surexploitation des ressources naturelles, en particulier le bois de chauffe, est donc inévitable. Bien que des possibilités existent pour contrecarrer cet impact négatif inattendu, celles-ci ont été peu considérées. Par ailleurs, on relève une augmentation du coût de la vie dans les villes situées près des camps de réfugiés. Cette augmentation a été en partie compensée par la création d'emplois et l'augmentation des activités de commerce au profit des populations locales. Ce sont des impacts positifs inattendus. L'augmentation de l'offre de services de santé a eu un effet très positif sur la santé des réfugiés. Ainsi, l'évaluation a révélé que les taux de morbidité et de mortalité des populations réfugiées se sont améliorés et sont restés au-dessous des niveaux observés dans les situations d'urgence. La situation nutritionnelle des réfugiés était même meilleure que celle de la population hôte.

73. On note que l'offre de services de santé dans les camps est insuffisamment connectée avec les services offerts par les districts sanitaires. Il y a eu peu d'initiatives pour augmenter la cohérence entre les politiques et les stratégies des différents acteurs humanitaires et de développement dans les domaines de la santé,

de l'agriculture et des programmes environnementaux, spécialement par rapport à la population locale. Les chances de pérennité et d'intégration sont plus faibles à l'est semi-aride (où le retour est toujours à l'ordre du jour) que dans le sud boisé et aux sols plus fertiles. Par contre, l'intégration des réfugiés est une option envisageable dans le sud.

74. Les recommandations suivantes ont été faites : les agences des Nations Unies devraient rationaliser l'utilisation de leurs ressources, avec un partage et une description claire des responsabilités dès le début de la crise humanitaire et la révision de ces responsabilités de manière régulière. Là où existent des services de santé nationaux, l'aide humanitaire devrait être utilisée pour les appuyer pour le bénéfice à la fois des populations locales et des réfugiés au lieu de maintenir des services de santé parallèles dans les camps. Des actions sur l'éducation sexuelle et la connaissance des actions de prévention du VIH/sida doivent être entreprises dans les camps. Les violences et les sévices sexuels contre les femmes doivent faire l'objet d'un meilleur suivi et compte rendu afin que les victimes reçoivent des soins adaptés et que des mesures de prévention soient initiées.

#### **Évaluation de la campagne de marketing social pour la vitamine A et le programme de fortification en vitamine A des aliments au Nigéria**

75. Cette évaluation a été entreprise après une année de campagne intensive de sensibilisation soutenue par l'UNICEF, à travers des réunions de sensibilisation et de plaidoyer, des lancements nationaux et locaux et les mass média. La campagne avait pour but d'améliorer le niveau de connaissance et de sensibilisation de la population concernant la vitamine A et les aliments fortifiés en vitamine A, et d'encourager le respect des vecteurs alimentaires par les fabricants. L'évaluation a été commandée afin de réévaluer le niveau de connaissance de la population concernant la vitamine A et la farine, le sucre et l'huile végétale enrichis en vitamine A, ce qui déterminera la voie à suivre à l'avenir pour un marketing social plus efficace de ces produits afin d'améliorer l'adhésion au Nigéria.

76. L'échantillon de population a été divisé en trois catégories socioéconomiques, toutes concentrées dans les centres urbains : a) les habitants à haut revenu, à faible densité; b) les habitants à faible revenu, à haute densité; et c) les répondants à très faible revenu, à très haute densité.

77. La principale technique utilisée pour l'échantillonnage a été la méthode des itinéraires. Les méthodes de collecte de données ont inclus l'utilisation d'entretiens structurés, de questionnaires, d'observations dans les marchés de plein air et des entretiens particuliers avec des fonctionnaires clefs des organismes gouvernementaux impliqués dans le programme de fortification. Une étude de référence a été conduite en 2002.

78. L'évaluation a montré que plus de 69 % des consommateurs connaissent la vitamine A, grâce à la campagne de sensibilisation de l'UNICEF. Ils étaient 42 % dans l'enquête de 2002. Cela signifie que les efforts de plaidoyer et de mobilisation sociale ont apporté des connaissances à 27 % de plus de la population, en comparaison avec l'étude de référence; 51 % des répondants qui connaissent la vitamine A sont des femmes, pour 49 % d'hommes. Ceci implique que, étant donné que plus de femmes fréquentent le marché et les centres de santé primaire, ce relais de mobilisation sociale a contribué à l'augmentation des connaissances de la population sur la vitamine A. La connaissance de la vitamine A était plus importante

(43 %) parmi les habitants à revenu élevé et faible densité, et plus faible (23 %) parmi les répondants de zones à très haute densité. Le niveau de connaissance était plus élevé à Lagos, avec 65 % des répondants, et plus faible à Maiduguri, où seuls 27 % connaissaient le logo.

79. Les campagnes de média et de plaidoyer actuelles ont atteint une couverture nationale de 52 %; 35 % de gens interrogés ont vu la campagne à la télévision, 29 % l'ont entendue à la radio, 12 % ont entendu parler de la campagne dans les centres de santé primaire, 10 % à travers l'éducation formelle, environ 1 % ont lu les prospectus/affiches/panneaux à propos de la campagne, 3 % l'ont lue dans les journaux, tandis que 7 % l'ont lue sur les paquets d'emballage et 3 % en ont entendu parler par des amis.

80. Le niveau de conformité observé par les principaux fabricants a aussi été évalué. Il a atteint 100 % chez les fabricants de farine et de sucre. Cependant, il existe encore quelques endroits où l'on trouve du sucre en poudre sans la marque déposée, qui est réemballé sans mention visible de l'origine, et donc la source de fortification en vitamine A ne peut être immédiatement confirmée. Le niveau de conformité dans le secteur de l'huile végétale est estimé à 82 %. Tous les gros fabricants ont respecté la fortification, mais l'observation a révélé que de grandes quantités d'huile sans marque déposée et non fortifiée sont encore dispersées sur les marchés.

81. En général, ces résultats ont montré qu'il y a eu une augmentation appréciable de la part de la population ayant connaissance de la vitamine A. De plus, le niveau de respect de la fortification de la farine, du sucre et de l'huile végétale par les fabricants est très élevé.

82. Parmi les limites de l'étude, il y a les difficultés à obtenir des informations de la part des fonctionnaires du gouvernement en raison de leur impression d'avoir été exclus des efforts de sensibilisation et l'incapacité à obtenir de la plupart des fabricants des données primordiales financières, de production et de vente.

83. Les recommandations de l'évaluation incluent : l'augmentation du plaidoyer auprès des fabricants, en particulier ceux du secteur de production de l'huile végétale, afin d'encourager un engagement durable et plus important de leur part en faveur de la fortification; la poursuite des campagnes de publicité sur l'importance des aliments fortifiés en vitamine A pour le corps humain; le besoin de conduire une étude nationale d'impact pour évaluer le niveau de vitamine A dans l'organisme parmi la population, en comparaison avec les données précédentes de référence.

#### **Étude sur les disparités d'accès et de performance dans l'enseignement fondamental au Mali, 2000-2005**

84. Cette étude analyse les dimensions, la répartition géographique et les causes des disparités d'accès et de performance dans l'enseignement fondamental au Mali en termes d'accès et de qualité. Elle propose dans ses recommandations des mesures tendant à réduire ces disparités.

85. L'étude est basée sur les enquêtes scolaires réalisées chaque année par le Ministère de l'éducation nationale depuis 2002-2003. Elle couvre les communes et utilise des indicateurs d'éducation tels que le taux brut/net d'admission, le taux brut/net de scolarisation, le taux de scolarisation par âge spécifique, le taux de

redoublement, le taux de promotion, le rapport élève/enseignant. Des entretiens ont été réalisés sur le terrain.

86. L'étude relève que l'accès à l'éducation primaire est faible en général sur l'ensemble du pays. L'accès s'est amélioré entre 2002 et 2005 dans pratiquement toutes les régions, mais beaucoup reste à faire pour atteindre l'éducation universelle. Les régions de Mopti, Tombouctou, Ségou et Kayes ont les plus faibles taux d'accès à l'éducation au niveau du premier cycle. Seul le district de Bamako a un taux brut supérieur à 100 %. Les régions avec un faible taux d'accès (Mopti, Tombouctou) ou un fort taux d'accès (Bamako) présentent de très faibles disparités entre filles et garçons.

87. L'étude fait aussi ressortir que les régions sont très hétérogènes en matière d'accès à l'éducation. L'accès au second cycle de l'école fondamentale est beaucoup plus faible que celui du premier cycle et les disparités vis-à-vis des filles sont beaucoup plus importantes. Le Mali se divise en deux zones en termes de parité entre les sexes. Le nord (Mopti, Tombouctou, Gao, Kidal) représente le groupe le plus égalitaire en matière de scolarisation des filles. Le sud, comprenant les autres régions, correspond aux zones où les disparités entre filles et garçons sont beaucoup plus prononcées.

88. Le taux d'accès en première année des filles est de 4 à 15 points inférieur à celui des garçons, à l'exception de Mopti et de Tombouctou où les filles ont plus accès à l'école que les garçons. Cependant, même quand elles accèdent à l'école, les filles éprouvent d'énormes difficultés à parachever le premier cycle. Au second cycle, la situation des filles est beaucoup plus alarmante. Le taux d'accès en septième année des filles est nettement inférieur à celui des garçons, et ce, dans toutes les régions.

89. La proportion des femmes (20 %) dans l'enseignement est très faible. Concernant le taux de rétention, un enfant entrant en première année à Bamako a deux fois plus de chance d'atteindre la sixième année que son homologue de Kidal ou de Tombouctou. En fonction de la région, les chances d'achever le premier cycle présentent des différences très larges, les taux varient de 44 % (Kidal) à 84 % (Bamako) et les chances d'achever le deuxième cycle varient entre 25 % et 51 %.

90. Les régions septentrionales (Kidal, Tombouctou et Gao) enregistrent les taux de redoublement les plus élevés pour le premier cycle. Les filles redoublent les classes dans les mêmes proportions que les garçons, et cela, dans toutes les régions.

91. L'analyse a identifié de nombreux facteurs qui expliquent le faible accès à l'école et la mauvaise qualité de l'éducation au Mali. Les plus importants de ces facteurs ont trait à la surcharge de travail des femmes, surtout en milieu rural; au droit coutumier moins favorable à l'émancipation de la femmes, surtout en ce qui concerne le foncier rural; à la persistance de l'image traditionnelle infériorisant la femme; aux mariages et grossesses précoces; à l'analphabétisme massif des parents; à la grande taille de la famille; aux coûts économiques et coûts d'opportunité de l'éducation pour les parents; aux longues distances à parcourir pour aller à l'école; à l'insuffisance des infrastructures scolaires et socioéducatives; aux contenus inadéquats des programmes et à la qualité de l'enseignement dispensé, etc.

92. L'étude a fait les recommandations suivantes : mettre en œuvre des politiques ciblées envers les communes les plus défavorisées (le gouvernement pourrait se donner comme objectif d'améliorer l'accès à l'école et la qualité de l'éducation dans



les 100 premières communes ayant les niveaux les plus faibles); concevoir et mettre en œuvre une forme d'école adaptée aux modes de vie des nomades des régions du nord (pêcheurs bozo, éleveurs peuls et touaregs); inclure dans les curricula des enseignements approfondis pour des emplois locaux pour les pêcheurs, agriculteurs, éleveurs, artisans, etc.; ramener l'âge d'entrée en première année à 5 ans; cette mesure permettrait de réduire pour les parents les coûts d'opportunité liés à l'école, surtout en ce qui concerne les filles.

### **Considérations générales sur la fonction d'évaluation dans la région**

93. Le Bureau régional, en collaboration avec les bureaux de pays, est en train de mettre sur pied une stratégie pour l'amélioration de cette fonction. Ceci va permettre d'améliorer la qualité et d'assurer une contribution importante aux connaissances, surtout concernant les priorités régionales telles que la survie de l'enfant, l'éducation des filles et la protection.

94. En 2006, le taux d'exécution des études était de 70 sur 80. Par ailleurs, 23 des 36 évaluations planifiées ainsi que 28 enquêtes sur les 34 prévues étaient finalisées. On constate que l'utilisation des évaluations dans les bureaux de pays continue de rester au niveau de projet.

95. Avec l'appui de l'UNICEF, de nombreux pays ont créé des associations locales d'évaluation qui sont affiliées à l'Association africaine d'évaluation (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Niger, Nigéria, Sénégal, etc.). Ceux-ci représentent des partenaires stratégiques pour l'UNICEF. Car, de plus en plus, ils participent aux efforts en vue d'éveiller les consciences sur le rôle stratégique de l'évaluation dans le développement, de renforcer les capacités nationales et d'assurer la qualité à travers l'application des Normes africaines d'évaluation.

96. Le Bureau régional a apporté au Bénin, au Congo et au Niger l'appui technique nécessaire à la préparation de leurs revues à mi-parcours et, par la même occasion, contrôlé la qualité des rapports de l'exercice. Il a également participé aux évaluations conduites au Bénin, au Ghana, au Mali et au Sénégal en vue de mesurer l'impact de l'initiative de la SASDE, évaluations dont les résultats ne sont pas encore disponibles.

97. Le renforcement de la fonction de l'évaluation figure largement dans le plan de gestion du Bureau régional pour 2008-2009 comme outil permettant d'améliorer la qualité de la programmation et d'accroître et partager les connaissances acquises.