



**BEAUCOUP DE ROUTES,  
UNE SEULE  
DESTINATION**



Les Objectifs du Millénaire pour le développement s'enchevêtrent comme les racines d'un arbre et ensemble, ils forment le socle d'un monde affranchi de la pauvreté, de la faim, de la maladie, de l'ignorance, des inégalités et de la violence. Ces objectifs ne peuvent pas être conquis indépendamment les uns des autres.

Il en va de même pour les enfants : ils ne peuvent pas survivre et s'épanouir quand les éléments essentiels de leur vie – la famille, la nutrition, les soins médicaux, l'éducation, la sécurité et le jeu – sont morcelés.

## SURVIE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Les principales causes de mortalité des nourrissons et des enfants sont la pneumonie, les maladies diarrhéiques, le paludisme et la rougeole. En 2006, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé ont publié ensemble un document capital, *La pneumonie de l'enfant, un fléau oublié*, qui montre que la pneumonie est la principale cause de décès des enfants de moins de 5 ans. La pneumonie fait plus de victimes que le SIDA, le paludisme et la rougeole réunis.

Le Programme accéléré pour la survie et le développement de l'enfant, soutenu par l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et l'UNICEF, permet d'atteindre plus de 16 millions de personnes dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale où les taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont élevés. Les interventions destinées aux jeunes enfants portent sur la nutrition, la vaccination, la supplémentation en vitamine A et la réhydratation par voie orale dans le cadre de la prise en charge de la diarrhée. On encourage également l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie. La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide, de médicaments antipaludiques et l'application d'un traitement préventif pendant la grossesse font partie des interventions menées dans le cadre de la lutte contre le paludisme. La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est aussi un volet intégral du programme. En 2006, le Ghana a élargi et fait de cette approche globale sa politique nationale.



En Asie du Sud, la stratégie visant à atteindre chaque district contribue toujours largement à l'amélioration des taux de survie des enfants grâce à une administration plus systématique du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche sur l'ensemble du territoire national. Sensibilisation de la communauté, supervision formation, collecte de données et suivi sont autant d'activités qui ont permis aux grandes campagnes de vaccination d'atteindre un nombre élevé d'enfants. L'UNICEF a aidé l'Afghanistan, l'Inde, le Népal et le Pakistan à assurer la formation de femmes volontaires qui sont aujourd'hui capables d'administrer le vaccin antipoliomyélique et de promouvoir la vaccination contre le tétanos maternel et infantile.

En 2005, le taux de mortalité des nourrissons a atteint un sommet alarmant de 165 décès pour 1 000 naissances vivantes en Afghanistan. Une grande campagne de vaccination menée en collaboration avec le Ministère de la santé publique a permis de vacciner plus de 1 million d'enfants de moins de 5 ans contre la rougeole et plus de 700 000 femmes en âge d'avoir des enfants contre le tétanos en 2006.

Dans 22 pays, des vaccinations supplémentaires par l'anatoxine tétanique ont été administrées pendant l'année 2006. Près de 11,5 millions de femmes en âge d'avoir des enfants ont reçu une première dose de vaccin, tandis que 29 autres millions de femmes ont reçu leur deuxième ou leur troisième dose de vaccin.

En 2006, le Bangladesh, avec le soutien de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'UNICEF, a lancé la plus grande campagne d'éradication de la rougeole jamais organisée; en 20 jours seulement, cette initiative a permis de vacciner 33,5 millions d'enfants âgés de 9 mois à 10 ans.

Le résultat le plus frappant de cette approche intégrée de la survie et du développement de l'enfant, on le trouve peut-être dans la réduction du nombre de pays dans lesquels la poliomyélite est toujours endémique. L'Égypte et le Niger ont pratiquement éliminé la transmission du virus de la poliomyélite en 2006. Les autres pays dans lesquels la maladie est encore endémique, à savoir l'Afghanistan, l'Inde, le Nigéria et le Pakistan, ont réussi, grâce à des campagnes coordonnées, à limiter la propagation de la maladie et le rayon géographique dans lequel elle sévit.

Au Nigéria, par exemple, des Journées de vaccination « Plus » (vaccination universelle des enfants et renforcement des services de santé primaire) ont été organisées dans les États à haut risque, ce qui a permis d'administrer le vaccin antipoliomyélique, des suppléments de vitamine A et un traitement anthelminthique en même temps que le vaccin antirougeoleux, et également de distribuer des moustiquaires traitées à l'insecticide. Cette campagne de grande envergure a été financée par l'Agence canadienne de développement international, les Comités allemand et suédois pour l'UNICEF, les Gouvernements japonais et norvégien, Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, et l'UNICEF. Grâce à cette initiative, le pourcentage d'enfants nigériens qui ne sont pas vaccinés contre la poliomyélite a nettement fléchi, passant de 50 % au premier trimestre de 2006 à 20 % au troisième trimestre.

L'intégration des services a permis d'atteindre des résultats exceptionnels. Le paludisme, la maladie qui tue le plus grand nombre d'enfants en Afrique subsaharienne, reste un formidable ennemi. Grâce au soutien financier de la Malaria Initiative du Président des États-Unis, de la Stratégie mondiale et du programme renforcé de lutte contre le paludisme en Afrique (Booster Program) de la Banque mondiale, ainsi que du Fonds mondial pour la lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose, la couverture par les moustiquaires traitées à l'insecticide a été nettement élargie en 2006. Le Togo se rapproche de l'objectif d'une couverture de 60 % fixé dans la Déclaration d'Abuja « Faire reculer le paludisme en Afrique », et l'Érythrée, le Malawi, le Mali, la République-Unie de Tanzanie, le Sénégal et la Zambie affichent des progrès réguliers. Par ailleurs, 68 pays ont adopté la thérapeutique combinée à base d'artémésinine dans le traitement du paludisme et 42 de ces pays utilisent cette thérapeutique en première ligne de défense, ce qui représente un profond changement de stratégie.

La participation des agents de santé communautaires a contribué à améliorer la qualité des soins administrés aux femmes enceintes, aux nouveau-nés et aux jeunes enfants en encourageant les naissances assistées, l'allaitement exclusif au sein dès la naissance et d'autres pratiques sans danger. En 2006, des programmes de soins post-natals

à domicile ont été lancés en Afrique du Sud, en Indonésie, au Népal, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie, en Somalie et au Yémen. Les réseaux de soutien communautaire et les campagnes médiatiques ont contribué à la progression rapide de l'allaitement exclusif au sein en Bolivie, en Colombie, au Lesotho et à Madagascar.

L'engagement à appliquer des programmes communautaires intégrés en faveur des jeunes enfants a encore été renforcé par des activités de sensibilisation et des décisions législatives. En septembre 2006, le Gouvernement norvégien, la revue médicale *The Lancet* et l'UNICEF ont organisé ensemble un symposium à New York sur la survie de l'enfant qui a coïncidé avec l'Assemblée générale des Nations Unies. Plusieurs orateurs, notamment le Président de l'Afghanistan, S.E. M. Hâmid Karzai, S.M. la Reine Rania Al-Abdullah de Jordanie, le Président de Madagascar, S.E. M. Marc Ravalomanana et le Premier Ministre norvégien S.E. M. Jens Stoltenberg, ont lancé un appel en

faveur d'une injection de capitaux dans les services de santé infantile.

En mars 2006, la Présidente du Chili, S.E. Mme Michelle Bachelet, a invité l'UNICEF et 13 autres organismes à participer à un Conseil consultatif présidentiel sur la réforme en faveur du jeune enfant qui a pour but de fournir aux nourrissons et aux jeunes enfants tout l'éventail de soins dont ils ont besoin indépendamment de leur sexe, appartenance ethnique, statut social et de la situation de leurs parents.

La réunion des Représentants de pays de l'UNICEF de l'ensemble du continent africain, qui s'est déroulée à Dakar (Sénégal) en novembre 2006, a permis aux participants de partager les bonnes pratiques et les leçons tirées du programme accéléré en faveur de la survie et du développement de l'enfant, d'adopter des plans d'action et des stratégies en faveur de la survie de l'enfant et de stimuler les mécanismes de responsabilisation.

## ÉDUCATION DE BASE ET ÉGALITÉ DES SEXES

La scolarisation dans le primaire est en pleine expansion dans plusieurs pays car les dirigeants comprennent aujourd'hui que l'avenir de leur pays est directement lié à l'éducation de leurs enfants. Mais il y a encore beaucoup trop d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire (environ 115 millions de filles et de garçons) qui ne sont toujours pas scolarisés.

Mais même avec l'augmentation des taux de scolarisation, deux autres problèmes majeurs subsistent : l'impossibilité pour certains jeunes d'achever leur éducation et les disparités entre les sexes en milieu scolaire. Les taux affichés dans les données nationales sont supérieurs à ceux des enquêtes sur les ménages qui identifient les enfants inscrits à l'école mais qui n'y vont pas. Les jeunes de familles pauvres, vivant en zones rurales, ou appartenant à des familles dans lesquelles les mères ne sont pas instruites, ont moins de chances d'aller à l'école que les autres enfants. L'UNICEF essaie d'aider les enfants exclus en menant diverses interventions : initiatives en faveur de l'éducation des filles, campagnes en faveur de la suppression des frais de scolarité, efforts visant à faire reculer le travail des enfants, promotion de l'enseignement bilingue pour les élèves autochtones et possibilités d'avoir accès à l'instruction pour les enfants handicapés et les jeunes affectés par le SIDA.



Les taux d'achèvement de la scolarité sont fonction de la préparation des enfants à intégrer le milieu scolaire. L'UNICEF a travaillé avec le Cambodge, la Chine, la Géorgie et l'Ouzbékistan à l'élaboration de normes nationales de préparation à la scolarité, et il a soutenu des initiatives d'éducation des parents et des programmes préscolaires dans l'ex-République yougoslave de Macédoine, en Moldova, République islamique d'Iran, Roumanie et Togo; il a aussi encouragé le Bélarus et la Jamaïque à développer des programmes d'éducation spécialisée pour les enfants handicapés.

L'UNICEF soutient les écoles qui sont bien adaptées aux besoins des enfants – des espaces sûrs, sans danger pour la santé, stimulants, répondant aux besoins des filles comme des garçons, et donnant la priorité à l'élève. À la fin de 2006, 54 pays avaient adopté des normes de qualité pour l'enseignement primaire en s'appuyant sur un modèle reconnu d'écoles adaptées aux enfants.

Ce type d'écoles – qui ont l'eau potable, des installations sanitaires propres, séparées pour les filles et les garçons, et qui offrent des cours en matière d'hygiène – a une incidence sur la vie des enfants qui ne se limite pas à la salle de classe. Les élèves rapportent les notions d'hygiène à la maison et font évoluer les comportements dans leur famille. L'eau, l'assainissement et l'éducation en matière d'hygiène permettent aux filles de fréquenter l'école. Les sources d'eau centrales libèrent les filles de la lourde, et souvent dangereuse, tâche qui consiste à aller chercher de l'eau. Les installations séparées pour les filles et les garçons donnent aux petites filles et aux jeunes femmes l'intimité dont elles ont besoin et répondent aux inquiétudes des parents concernant la sécurité et la dignité de leurs filles.

En 2006, l'UNICEF a élargi la couverture par l'eau et l'assainissement dans les écoles de 85 pays, par rapport à 76 pays en 2004. Au Cameroun, au Pakistan et en République démocratique du Congo, par exemple, les lignes directrices nationales relatives à l'éducation mentionnent l'éducation participative en matière d'hygiène et la nécessité d'équiper les écoles d'installations sanitaires sûres et séparées pour les filles et les garçons. En Inde et au Kenya, de grandes études sur l'impact et la durabilité des initiatives relatives à l'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les écoles ont débuté en 2006.

L'éducation des filles reste une priorité pour l'UNICEF, et les bureaux de pays ont indiqué que

69 pays possédaient des plans nationaux de lutte contre les disparités liées au sexe, contre 59 en 2005.

En 2006, la Côte d'Ivoire a élaboré une stratégie nationale pour l'accélération de l'éducation des filles, le Mali a adopté des mesures spécifiques visant à améliorer l'accès à l'éducation des filles vivant dans des zones rurales pauvres et il a lancé une formation pour les enseignants sur la question de l'égalité des sexes, et la République démocratique du Congo a intégré l'accès universel à l'éducation primaire dans sa nouvelle constitution. En 2006, la Sierra Leone a aboli les frais de scolarité pour certains niveaux de scolarité, et l'éducation gratuite a été élargie aux sept classes du cycle primaire au Lesotho. L'UNICEF a soutenu des programmes de bourses et d'incitation financière au Kenya et au Libéria; il a en outre augmenté le montant des bourses d'étude dans les municipalités les plus pauvres du Guatemala pour aider à garder les filles à l'école.

Dans le domaine du soutien à l'éducation des filles, l'Initiative des Nations Unies pour l'éducation des filles, un partenariat dynamique unissant une bonne trentaine d'institutions des Nations Unies, donateurs, organisations non gouvernementales et autres entités, s'est élargie et elle englobe aujourd'hui 36 pays. Un plan conjoint UNICEF-UNESCO d'éducation pour tous portant sur deux ans a été adopté au Turkménistan. Des initiatives mixtes en faveur de l'éducation de base et de l'éducation des filles ont débuté en Égypte et au Mozambique, et l'UNICEF a contribué à l'affectation de plus de 42 millions de dollars au titre de l'assistance technique au Kirghizistan, à la Moldova et au Tadjikistan, et de 70 millions de dollars au Rwanda, en privilégiant l'éducation des filles.

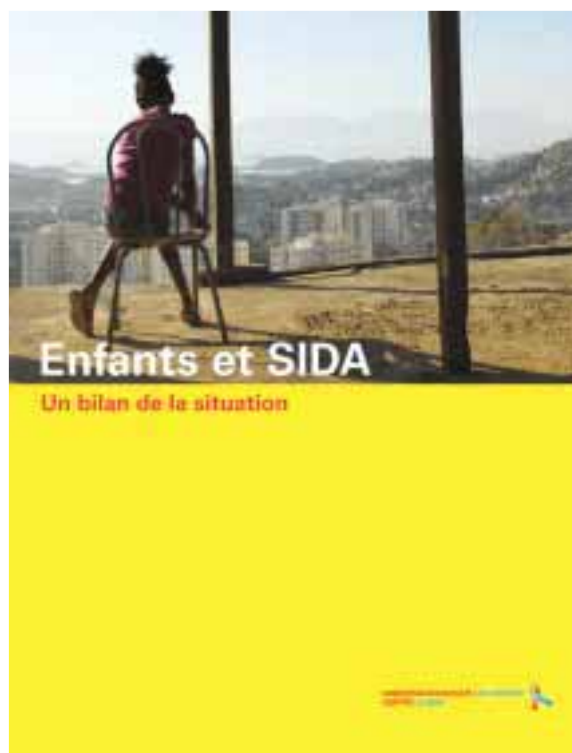
On a redoublé d'efforts en faveur de l'éducation de type non scolaire destinée aux enfants exclus et plus âgés. Au Bangladesh, par exemple, 50 000 enfants des villes ont été admis dans 2 000 nouveaux centres d'apprentissage dans le cadre d'un projet d'éducation de base pour les enfants des zones urbaines qui travaillent et qui sont difficiles à joindre. Des élèves âgés de 10 et 14 ans, surtout des filles, ont participé à des discussions animées et ont acquis des compétences pratiques, le but étant de briser le cycle de la pauvreté. Au Myanmar, une initiative nationale, « Lisons », intègre les jeunes qui ne fréquentent pas l'école dans des activités leur permettant d'acquérir des compétences pratiques et dans des cours de prévention du VIH.

## UNISSONS-NOUS CONTRE LE SIDA

Dans le passé, nous avons eu peu d'occasions de nous réjouir des résultats de notre action contre le SIDA. Mais en 2006, quelques bonnes nouvelles nous sont parvenues. Les données réunies dans le cadre d'enquêtes nationales effectuées en 2005 dans six des pays les plus éprouvés par le SIDA révèlent un recul de 25 % de la prévalence du VIH chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans. Dans 11 des 24 pays qui ont présenté des rapports, le pourcentage de filles ayant des rapports sexuels avant l'âge de 15 ans a reculé. Et 15 des 24 pays d'Afrique subsaharienne ont indiqué que l'écart, en termes de fréquentation scolaire, entre les orphelins et les autres enfants s'était partiellement comblé. S'il est impossible aujourd'hui de déterminer le pourcentage exact des fonds affectés à la lutte contre le SIDA qui ont été consacrés spécifiquement aux enfants, le montant total des fonds devait être de l'ordre de 9 milliards de dollars en 2006, à comparer aux 4,7 milliards qui étaient disponibles en 2003.

En dépit de ces nouvelles encourageantes, le SIDA continue à causer des ravages partout dans le monde, et chez les enfants en particulier. En 2006, les activités ont privilégié quatre volets, comme l'année précédente : la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; la fourniture d'un traitement pédiatrique; la prévention de l'infection chez les adolescents et les jeunes; et la protection et le soutien aux enfants frappés par le VIH/SIDA.

La couverture par le traitement de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant ne dépassait pas les 9 % dans le monde en 2005. Les soins pédiatriques aux enfants séropositifs



sont loin derrière les taux déjà très limités de traitement des adultes dans la majorité des pays. Pour remédier à la pénurie de soins dispensés aux mères séropositives et à leurs enfants, l'UNICEF a soutenu des programmes de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans 91 pays. Dans certains pays comme l'Afrique du Sud, l'Angola, le Botswana, le Cambodge, le Mozambique, la Namibie, le Népal, le Niger et la République centrafricaine, l'UNICEF a élargi les services existants de prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Soucieux de développer vigoureusement le traitement du VIH pédiatrique, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé ont organisé une consultation d'experts sur le sujet. Les spécialistes du sujet et ceux de la survie de l'enfant ont analysé les données scientifiques et les leçons tirées des programmes pour créer un Cadre de soins, soutien et traitement pédiatriques à l'usage des responsables de programmes nationaux de lutte contre le VIH, de programmes nationaux en faveur de la survie de l'enfant et de leurs partenaires.

Malheureusement, les plans d'action ne débouchent pas automatiquement sur des prestations de services, la protection et les soins accordés aux enfants orphelins ou vulnérables à cause du VIH et du SIDA en sont la preuve. Cependant quelques initiatives intéressantes ont vu le jour l'an dernier. Au Botswana, par

exemple, 95 % des ménages affectés par le VIH et le SIDA ont reçu une forme ou une autre d'aide extérieure. Le Kenya, le Malawi et le Mozambique ont mis au point des programmes pilotes de transfert de fonds vers leurs régions les plus défavorisées. Une enquête réalisée en 2006 sur les initiatives lancées par des organisations non gouvernementales dans 28 pays d'Afrique subsaharienne a permis d'établir que près de 3,3 millions d'orphelins et d'enfants vulnérables avaient accès à diverses formes d'assistance : éducation, suivi médical de routine, alimentation, moyens d'existence ou soutien psychosocial.

Au Malawi, en Namibie et au Zimbabwe, l'UNICEF a contribué à renforcer les capacités locales en ce qui concerne les soins aux enfants touchés par le SIDA dans le cadre d'une démarche fondée sur les droits. Le projet zimbabwéen Young People We Care, par exemple, a mobilisé les adolescents qui accompagnent des prestataires de soins à domicile lors de leurs visites aux familles frappées par le SIDA. Pendant qu'ils administrent des soins de santé primaires aux malades, les jeunes volontaires s'occupent de tâches ménagères et apportent un soutien psychosocial à leurs camarades dont les parents ont été emportés par le SIDA.

En République centrafricaine, au Lesotho et au Mozambique, l'UNICEF et le Programme alimentaire mondial se sont alliés pour mettre en place des initiatives nutritionnelles en faveur des orphelins et des enfants vulnérables. Les campagnes de communication menées dans 60 communautés au Belize ont permis de faire prendre conscience à la société qu'il lui incombe de s'occuper des jeunes touchés par le SIDA. Par ailleurs, en Afrique du Sud, en Angola, et en République démocratique du Congo, l'UNICEF a participé à la création d'un système de surveillance permettant d'identifier les orphelins.

En plus de son action au niveau des pays, l'UNICEF a publié *Enfants et SIDA - Un bilan de la situation*, un rapport réunissant des données portant spécifiquement sur les enfants.

Ce document particulièrement important est une retombée du mouvement *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*, lancé en 2005

pour rappeler que les enfants sont le visage caché de l'épidémie. Après analyse des données réunies, cette publication fait le point sur les progrès accomplis pendant la première année de la campagne tout en essayant de répondre à la question suivante : les pays prennent-ils les mesures qui s'imposent pour que la prochaine génération soit affranchie du SIDA ?

La prévention du VIH chez les adolescents exige l'adoption d'une stratégie comportant plusieurs volets : des services de santé adaptés aux jeunes, des campagnes de sensibilisation, des conseils par les pairs et des interventions ciblant les populations à risque. En 2006, plusieurs pays ont intégré des services de santé spécifiquement adaptés aux jeunes dans leurs services de santé; on peut citer notamment l'Azerbaïdjan et le Moldova qui ont adopté des mesures préliminaires à cet effet et la Serbie qui applique déjà des programmes complets. L'Ouzbékistan a adopté une série de normes, tandis que le Kazakhstan et Sri Lanka sont en train d'en définir.

Dans 31 pays, les médias ont diffusé des messages de prévention du SIDA et des informations pour protéger la santé de la reproduction qui ont été repris lors de manifestations sportives organisées dans le cadre de la campagne *Unissons-nous pour les enfants, contre le SIDA*.

À la fin de 2006, les rapports de terrain soumis par les bureaux de pays de l'UNICEF indiquaient que l'éducation au VIH et au SIDA avait été totalement intégrée dans le programme des écoles secondaires de 62 pays (soit 42 % des pays qui ont répondu) et faisait partiellement partie du programme de 40 autres pays. L'Azerbaïdjan, le Brésil, la Guinée et l'Indonésie ont intégré l'éducation au VIH et au SIDA pour la première fois dans leurs programmes d'étude en 2006.

Sur le front mondial, la Réunion de haut niveau sur le SIDA organisée en juin 2006 aux Nations Unies à New York a abouti à l'adoption d'une Déclaration politique sur le VIH/SIDA, mettant en lumière les besoins particuliers des enfants et des femmes confrontés à l'épidémie. Une bonne vingtaine de séances ont été consacrées aux enfants et aux jeunes lors de la XVIème Conférence internationale sur le SIDA, qui s'est déroulée à Toronto (Canada) au mois d'août dernier.



## PROTECTION CONTRE LA VIOLENCE, L'EXPLOITATION ET LES MAUVAIS TRAITEMENTS

En 2006, les enfants n'ont pas été épargnés par les catastrophes, les situations d'urgence et les traumatismes. Les conflits armés sont venus troubler la tranquillité des enfants de diverses régions du monde : de l'Afghanistan à Sri Lanka en passant par le Soudan et d'autres pays encore. Des catastrophes naturelles ont fait périr de nombreux enfants en Éthiopie, en Inde, au Népal, au Pakistan, au Pérou et aux Philippines. La famine et les inondations ont ravagé la corne de l'Afrique. Et dans plusieurs pays comme la Somalie et le Tchad, les personnes déplacées ont continué à se languir dans des camps. Des jeunes ont souffert, livrés aux pires formes de travail des enfants, des jeunes femmes ont vécu l'humiliation du harcèlement sexuel et de la discrimination, tandis que dans tous les coins du globe, des filles et des femmes subissaient les horreurs du viol et de l'agression sexuelle. L'Étude du Secrétaire général des Nations Unies sur la violence contre les enfants, parue en 2006, dévoile les atrocités dont sont victimes tant d'enfants chaque jour.

Lorsque des catastrophes se produisent, l'UNICEF est présent sur le terrain pour fournir les services de base nécessaires et pour tenter de transformer les crises en une occasion à saisir.

Il a distribué des provisions aux familles qui ont fui les massacres du Darfour (Soudan) et qui se

sont retrouvées au Tchad totalement démunies. Eau salubre, savon, couvertures, vaccins et biscuits riches en protéines tiendront la maladie et la mort à distance jusqu'à ce que ces populations déplacées puissent rentrer dans leur pays. Près de 2,1 millions de personnes déplacées au Darfour ont eu accès à des services de soins essentiels, et 1,2 million d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite et reçu des suppléments en vitamine A. Alors que les distributions de fournitures et les services maintiennent toujours la population des camps en vie, dans le sud du Soudan, les enfants se retrouvent à la croisée des chemins. Avec une population d'environ 8 millions de personnes aux trois quarts illettrées dans la région, la campagne « Go to school » (Va à l'école) parrainée par l'UNICEF en 2006 a permis d'amener les enfants dans les salles de classe pour les aider à « renaître de leurs cendres » après deux décennies de guerre.

En République démocratique du Congo, où entre 8 000 et 11 000 enfants seraient toujours associés avec les forces et les groupes armés, l'UNICEF est intervenu en 48 heures face à la violence qui a éclaté en juillet dans l'est du pays. Un convoi de camions, escorté par des Casques bleus des Nations Unies, a livré des biscuits, du sel, des haricots secs, du blé, des ustensiles de cuisine et des bâches en matière



plastique en guise d'abri. Pendant toute l'année 2006, l'UNICEF a aidé à démobiliser et réinsérer dans leurs communautés les enfants qui avaient été intégrés dans les forces et les groupes armés en fournissant une éducation, des loisirs et des conseils psychologiques aux anciens combattants, et des conseils psychologiques, des soins médicaux et une formation professionnelle aux jeunes filles et aux femmes victimes d'exploitation sexuelle.

Vingt-quatre heures après le tremblement de terre à Java (Indonésie), l'UNICEF a été en mesure de fournir de l'eau salubre et des équipements d'assainissement et d'hygiène aux communautés dévastées. Trois jours plus tard, les enfants jouaient et avaient accès à un soutien psychosocial dans des centres de protection de l'enfant, et moins de deux semaines plus tard, les élèves avaient repris le chemin de l'école grâce aux tentes fournies par l'UNICEF.

Au début du conflit qui a éclaté dans le sud du Liban en juillet 2006, l'UNICEF a collaboré avec la Croix-Rouge libanaise pour apporter une assistance cruciale aux enfants et aux familles déplacées dans des zones d'accès difficile.

Par la suite, l'UNICEF a apporté son soutien aux unités mobiles de soins de santé primaire et de vaccination dirigées par des organisations non gouvernementales, et aux programmes de loisirs et de soutien psychosocial destinés aux enfants. L'UNICEF a également soutenu une grande opération de « retour à l'école » et des initiatives de sensibilisation au danger des mines.

Dans le processus de reconstruction des pays ravagés par le tsunami de l'océan Indien en 2004, l'UNICEF obéit à un objectif : transformer la catastrophe en triomphe. Partout en Inde, en Indonésie, en Malaisie, à Sri Lanka et en Thaïlande, les communautés ont « reconstruit en mieux ». Dans les îles indiennes d'Andaman et de Nicobar, par exemple, les médecins, les infirmières et les agents *anganwadi* (soins aux enfants) ont été formés aux stratégies de prise en charge intégrée des maladies néonatales et de l'enfance. L'UNICEF a aussi contribué à la création d'une Unité de soins au nouveau-né malade, chargée d'administrer des soins tertiaires aux nourrissons. La Malaisie a organisé des ateliers d'art et de leadership pour aider les enfants et les adolescents à surmonter leurs traumatismes.

En 2006, l'UNICEF a lancé un appel de fonds à hauteur de 1,2 milliard pour garantir la protection des femmes et des enfants dans 53 situations d'urgence. Au mois de novembre, un peu moins de la moitié de la somme avait été réunie, obligeant l'UNICEF à se contenter de répondre aux besoins les plus urgents des enfants et des femmes dans des situations de crise. Dans un esprit de réforme des secours humanitaires, l'UNICEF s'efforce de mieux prévoir les situations d'urgence et d'y répondre plus efficacement. En coopération avec d'autres institutions, dans certains pays (Côte d'Ivoire, Indonésie, Liban, Libéria, Ouganda, République démocratique du Congo et Somalie) l'UNICEF a adopté une « approche groupée », à savoir une collaboration entre divers prestataires de services. L'UNICEF, qui a dirigé pendant longtemps le groupe mondial des institutions des Nations Unies pour la nutrition, l'eau et l'assainissement, et pour les services communs de données, prend part aujourd'hui à la création d'un groupe mondial de l'éducation, tout en continuant à renforcer ses interventions humanitaires et à suivre ses Principaux engagements pour les enfants dans les situations d'urgence.

## **IKEA : RENFORCER LA POSITION DES FEMMES, CHANGER LA VIE DES ENFANTS**

Après avoir roulé pendant 90 minutes pour arriver à Ghanapur, un village isolé du nord de l'Inde, Mona Liss, une employée d'IKEA Etats-Unis, eut l'impression d'avoir pénétré dans une nouvelle réalité. Mona Liss et 25 autres membres du personnel d'IKEA et de Comités nationaux pour l'UNICEF venus d'Autriche, du Canada, des États-Unis, d'Inde, du Royaume-Uni et de Suède ont été accueillis par une centaine de femmes vêtues de saris multicolores qui ont serré les visiteurs sur leur cœur et leur ont distribué des guirlandes de soucis.

La vie est dure dans cette région caractérisée par des taux disproportionnés de dénutrition, une très grande pauvreté, le travail des enfants et un endettement qui se transmet de génération en génération. Mais Mona Liss a vite compris que pour les femmes des groupes d'entraide de Ghanapur, cette triste réalité se colore d'optimisme à la perspective d'un avenir meilleur pour elles-mêmes, leurs familles et leurs enfants.

Les groupes d'entraide font partie intégrante du projet Bal Adhikar, une initiative soutenue par IKEA dans le but de prévenir le travail des enfants dans l'État de l'Uttar Pradesh. En novembre 2006, 1 613 groupes représentant un total de 21 842 femmes avaient vu le jour. Ces groupes fournissent aux femmes un mécanisme qui les aide à gérer leurs ressources financières, à obtenir des prêts à faibles taux d'intérêt et à économiser de l'argent. Les femmes utilisent ces prêts pour rembourser des dettes à fort taux d'intérêt, couvrir leurs frais médicaux et les dépenses du ménage, envoyer leurs enfants à l'école et soutenir des projets rémunérateurs.

A Ghanapur, l'une des femmes a expliqué que les membres du groupe définissaient en commun leurs grandes priorités. En premier lieu, ces femmes ont voulu des toilettes garantissant leur intimité. Elles ont mis leurs ressources en commun et, grâce à un soutien financier du gouvernement, elles ont fait construire 60 toilettes. Ce projet est un bon exemple d'initiative réalisée par un groupe d'entraide qui a renforcé la position financière des femmes et les a aidées à réaliser leurs droits fondamentaux. Les groupes proposent aussi des programmes communs de sensibilisation sur divers thèmes : enregistrement des naissances, nutrition des enfants, vaccination, santé maternelle, et eau salubre et assainissement – sans oublier le lien vital de toutes ces initiatives avec les droits de l'enfant.

L'initiative Bal Adhikar, lancée par IKEA et l'UNICEF en 2000, renforce l'action du Gouvernement indien visant à prévenir et réduire le travail des enfants. Le soutien d'IKEA pour ce projet se traduit en mesures concrètes et engagement à éliminer le travail des enfants dans sa chaîne de production.

Selon les estimations, environ 15 % des enfants qui travaillent en Inde habitent l'Uttar Pradesh, et l'industrie du tapis dans cet État produit plus de 75 % des tapis pour l'exportation. Sachant que le travail des enfants est l'une des manifestations d'un cycle systémique de pauvreté, endettement et marginalisation, l'initiative vise à éliminer les causes profondes de ce problème – en particulier la dépendance des femmes pauvres envers l'argent gagné par leurs enfants – et à proposer des solutions de rechange concrètes.

Le projet touche également directement les enfants non scolarisés grâce à la création de 221 centres d'apprentissage alternatif. Depuis que les programmes d'éducation non scolaire ont débuté, près de 9 300 enfants ont acquis des compétences de base. IKEA soutient également les campagnes de vaccination lancées par le gouvernement. Grâce aux fonds versés par la compagnie, le Gouvernement de l'Uttar Pradesh et l'UNICEF vaccinent 127 000 nourrissons contre les 6 maladies infantiles les plus courantes.

Le projet en Uttar Pradesh a évolué et il englobe aujourd'hui 500 villages, représentant ensemble 1,3 million d'habitants. Une évaluation indépendante du projet a été réalisée en 2006 et sert de base à l'élaboration d'une stratégie d'expansion sur cinq ans entre l'UNICEF et IKEA.

IKEA a créé un code de conduite pour tous ses fournisseurs et son application est strictement surveillée. Fort de sa position unique, IKEA a déjà apporté des changements en améliorant les normes industrielles et en établissant des rapports de confiance dans les communautés. En Uttar Pradesh, IKEA a soutenu des projets rémunérateurs destinés aux femmes et encouragé ses fournisseurs à créer des usines offrant des salaires décents, une protection sociale et la stabilité de l'emploi à leurs employés.

Avec des dons supérieurs à 25 millions de dollars, IKEA soutient depuis 10 ans des programmes de l'UNICEF en faveur de l'éducation des enfants en Afrique, en Asie, ainsi qu'en Europe centrale et orientale.