

25 octobre 2006

En Français seulement

**Fonds des Nations Unies pour l'enfance**  
Conseil d'administration  
**Première session ordinaire de 2007**  
16-19 et 22 janvier 2007

## **Descriptif de programme de pays révisé**

### **République Centrafricaine**

#### *Résumé*

Le présent descriptif de programme de pays révisé pour la République Centrafricaine est présenté au Conseil d'administration pour approbation finale. Lors de la deuxième session ordinaire de 2006, le projet de descriptif de programme de pays avait été présenté au Conseil d'administration pour commentaires et le budget indicatif global avait alors été approuvé. Conformément à la décision 2002/4 (E/ICEF/2002/8), le projet de descriptif de programme de pays a été révisé et tient compte des commentaires opportuns faits par les délégations lors de cette session. Les changements figurent en rouge dans ce document. Une matrice des résultats est présentée séparément.

La décision 2002/4 mentionne également que ce document sera approuvé sans objection par le Conseil d'administration lors de sa première session ordinaire de 2007, sauf si au moins cinq membres du Conseil auront informé le secrétariat par écrit avant le 6 décembre 2006, de leur intention de soumettre ce programme de pays au Conseil d'administration.

<b>Données de base<sup>†</sup></b> <b>(2004, sauf indication contraire)</b>	
Nombre d'enfants de moins de 18 ans (millions)	2.0
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	193
Insuffisance pondérale (% , modéré et sévère, 2000)	24
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1989-95)*	1100
Taux d'inscription 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 (% , 2002)	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 diphtérie/coqueluche/tétanos (DTC3) (%)	40
Enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (%)	35

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

## Situation des enfants et des femmes

1. Les orientations stratégiques de l'UNDAF 2007-2011 sont basées sur les analyses de situation post-conflit réalisées dans le cadre de la préparation du précédent UNDAF et sur celles relatives au Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP). Ces analyses ont été partiellement mises à jour.

2. La République Centrafricaine (RCA) compte environ 3,9 millions d'habitants. Les femmes représentent 50,2%, les enfants de moins de 18 ans la moitié, et ceux de moins de 5 ans, environ 17%. La proportion des centrafricains vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 63% en 1993 selon l'étude intitulée « Un Profil de Pauvreté en RCA », à 71% en 2003 selon les données des enquêtes 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 au mois de 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 RCA est en situation quasi-permanente de crise. L'insécurité persiste sur la presque 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. De plus, le pays reste vulnérable aux catastrophes naturelles.

5. Le taux de mortalité maternelle est en hausse, passant de 683 en 1988 à 1.100 pour 100.000 naissances vivantes sur la période 1989-95. Ce taux est de 1.355 pour 100.000 naissances vivantes 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 157,4‰ 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, 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 en RCA. 75% des ménages avaient accès à une source d'eau potable en 2002 (84,3% en milieu urbain contre 48,8% en milieu rural). Seulement 13,3% des ménages utilisent des latrines hygiéniques (30% en milieu urbain contre 4,9% 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 RCA occupe le premier rang des pays les plus infectés en Afrique Centrale. La forte progression de la pandémie est liée à l'environnement de pauvreté et de violence qui règne depuis des années dans le pays. A ceci s'ajoutent le niveau élevé de stigmatisation et la faible utilisation des méthodes de prévention des infections sexuellement transmissibles. 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 les

services de prévention mère-enfant du VIH/SIDA (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. 2% seulement 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. Le Rapport 2003 de ONUSIDA a estimé à 290.000 le nombre d'orphelins dont 39% sont dus au SIDA. Les capacités de réponse par le Gouvernement et les 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 statut 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. Le système éducatif centrafricain reste encore faiblement performant. S'agissant du 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 42,9% en 2000 (39% pour les filles), à 40,7% en 2003 (36,9% pour les filles). Les données de 2006 seront disponibles à la fin de l'enquête 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%). 38% des victimes connaissent des cas de traumatismes physiques et psychiques ou de retards/abandons scolaires. Il faut noter que la RCA n'a pas encore ratifié les deux protocoles facultatifs à la CDE. Cependant, le Code pénal, dans ses articles 195 et suivants punissent 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 quelque 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 décision. 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. A 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 PAM/UNICEF dans le cadre de la supplémentation alimentaire des enfants, et FAO/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'alphabetisation appuyées par l'UNESCO et

une implication grandissante du secteur privé. Cette participation s'est concrétisée par la construction et la prise en charge du fonctionnement de quinze espaces communautaires d'éveil, onze écoles et quinze maisons de la femme. L'approche DIJE est devenue un des éléments clés 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 filles/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 (67,7% pour les filles).

13. Les services 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 Nigeria (30 cas en 2003-2004), la RCA 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'OMS et l'UNICEF. 90% des enfants de 6 à 59 mois ont bénéficié en 2005 d'une supplémentation en vitamine A pendant les campagnes de vaccination. Le déparasitage de 91,2% 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 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 inter agences, et au travail réalisé par la section RCA du Comité Inter Africain de Lutte contre les Pratiques Néfastes. Les phénomènes de vulnérabilités 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 décision 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 co-financement 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 clé 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 pair 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 en RCA. 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 ONGs comme intermédiaires dans la conduite des actions en faveur des enfants :** En RCA, l'appui donné aux enfants à travers les ONGs 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 (hors CAP)

Programme	(En milliers de dollars É.-U.)		
	Ressources ordinaires	Autres ressources	Total
YH 701- Survie et développement de l'enfant	3.000	5.000	8.000
YI 702- VIH/SIDA et enfants	2.015	2.400	4.415
YE 703- Education de base et parité des sexes	2.800	3.250	6.050
YS 704- Protection de l'enfant	1.400	2.050	3.450
YT 705- Plaidoyer pour les politiques et partenariat pour les droits des enfants	1.000	1.300	2.300
YP 706- Coûts transversaux	1.350	1.000	2.350
<b>Total</b>	<b>11.565</b>	<b>15.000</b>	<b>26.600</b>

NB : En attendant la stabilisation de la situation en RCA, le Bureau recherchera chaque année environ 10 millions US\$ dans le cadre de l'Appel Consolidé.

### Processus d'élaboration

21. La première étape du processus de préparation du programme a été la revue à mi-parcours de l'UNDAF. Une mise à jour partielle de l'analyse de la situation a été réalisée dans ce cadre. Le SNU en RCA a retenu trois domaines de coopération pour la période 2007-2011, à savoir : (i) Renforcement de la Gouvernance démocratique et du respect des droits humains ; (ii) Poursuite du relèvement post-conflit ; et, (iii) 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 OMD, des orientations du Plan Stratégique à Moyen Terme (MTSP) 2006-2009 de l'UNICEF ainsi que de ses avantages comparatifs.

### Objectifs, principaux résultats attendus et stratégies

23. Le but du programme de coopération RCA/UNICEF 2007-2011 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 de l'UNDAF 2007-2011.

24. Les résultats escomptés correspondants à chacun des trois domaines de coopération retenus et auxquels le programme doit contribuer sont les suivants : (i) *D'ici 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* ; (ii) *D'ici 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, (iii) *D'ici 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 : (i) Le plaidoyer auprès des partenaires des institutions, de la société civile et des communautés en faveur des droits des enfants et des femmes; (ii) Le renforcement des capacités nationales de planification, d'exécution et de gestion des projets; (iii) L'habilitation des communautés pour garantir leur implication; (iv) L'utilisation des ONGs comme intermédiaires à la mise en œuvre des activités dans les domaines où leur expertise est démontrée; (v) Le développement d'alliances, notamment avec le secteur privé; (vi) Le développement de projets conjoints avec les autres agences du SNU.

26. La mise en œuvre du programme se fera à l'échelle nationale pour la composante plaidoyer ainsi 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 apprises de quatre années de coopération ainsi que des résultats des études et évaluations réalisées.

## Liens avec les priorités nationales et l'UNDAF

27. L'ensemble des résultats escomptés du programme sont ceux formulés dans le document de l'UNDAF, ce qui garantit la pertinence du programme par rapport aux priorités nationales (voir §21).

## Liens avec les priorités internationales

28. Dans le cadre de l'UNDAF 2007-2011, le programme contribue à la réalisation des OMD 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 MTSP 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 RCA est un pays en urgence permanente. Les principaux engagements de l'UNICEF dans les situations d'urgence (Core Commitments for Children) et le cluster approach défini dans le cadre du Comité Permanent Inter-Organisations (IASC) 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 à 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. Les résultats attendus sont:

- Dans tous les districts: (i) la couverture vaccinale de routine atteint et reste maintenue à au moins 80% pour les enfants de moins de 1 an; (ii) les vaccins contre l'hépatite B et l'haemophilus influenzae 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; (iv) le déparasitage systématique de tous les enfants de 12 à 59 mois et de ceux de l'école primaire est assuré.
- Dans 4 préfectures (Ouham, Ouham Pendé, Nana Grebizi et Lobaye) comprenant le 1/3 de la population totale du pays: (i) 50% des structures sanitaires pratiquant des accouchements deviennent et demeurent « amies des bébés »; (ii) 50% des aires de santé pratiquent la stratégie de PCIME; (iii) au moins 80% des enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes dorment sous moustiquaires imprégnées d'insecticides.
- Dans les 4 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; (iv) 70% des nouveaux-nés bénéficient du suivi hebdomadaire systématique jusqu'à la fin de la période néonatale.
- Les pratiques nutritionnelles d'allaitement, d'alimentation du nourrisson et de consommation d'aliments riches en micronutriments sont améliorées.
- Dans 5 préfectures (Kémo, Ouham, Ouham Pendé, Nana Grebizi et Lobaye), couvrant environ 1.280.000 personnes: (i) le taux d'accès à l'eau potable passe de 38% à 50% et celui en latrines hygiéniques de 4% à 10%.
- Une politique de développement intégral du jeune enfant 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.
- Les populations des zones affectées par des crises humanitaires bénéficient d'assistance d'urgence en matière de santé, de nutrition, d'eau, hygiène et assainissement conformément aux CCC et au cluster approach.

31. **Composante Education 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; (c) améliorer la qualité de l'enseignement. Les résultats attendus sont:

- 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%; (ii) la parité filles/garçons dans l'accès à l'école est atteinte et la disparité régionale est réduite.
- Les taux d'achèvement du cycle primaire passent de 49 à 70%.

- Dans les écoles amies des enfants, amies des filles, les taux moyens d'abandon sont réduits de 8 à 4%.
- Les enfants des zones affectées par des crises humanitaires bénéficient d'assistance d'urgence en matière d'éducation conformément aux CCC et au cluster approach.

32. **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; (c) porter à l'échelle la stratégie de prévention du VIH chez les jeunes en milieu scolaire et extrascolaire. Les résultats attendus sont :

- A Bangui et dans 6 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 3<sup>ème</sup> arrondissement de Bangui.
- A Bangui et dans les 6 préfectures citées ci-dessus, les femmes, les mères/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.
- 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.
- 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.
- Au moins 50% des femmes enceintes/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.
- 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 CCC et au cluster approach.

33. **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, abus, exploitation et négligence y compris en situation d'urgence. Les résultats attendus sont :

- La législation nationale est en harmonie avec les instruments internationaux et les mesures pratiques de protection sont prises pour protéger les enfants les plus vulnérables dans les domaines des violences, abus et exploitation y compris les pratiques néfastes, le travail des enfants, les adoptions, la réinsertion sociale et l'enregistrement des naissances.
- 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 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.
- Les enfants sont mieux protégés par le système judiciaire en tant que sujets de droits.
- Au moins 30% des OEV reçoivent protection, soins et soutien.
- Les enfants des zones affectées par des crises humanitaires bénéficient d'assistance d'urgence en matière de protection conformément aux CCC et au cluster approach.

34. **Composante Plaidoyer pour les politiques et partenariat pour les droits des enfants.** Cette composante vise à renforcer les capacités de l'Etat 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 :

- Les besoins en terme 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.
- 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.
- Des données de qualité, des informations désagrégées par sexe et autres paramètres clés sur le statut des enfants et des femmes, des études, évaluations et recherches de qualité sont disponibles et accessibles.
- Les rapports de suivi de la mise en œuvre de la CDE et de la CEDEF sont produits selon les normes et envoyés dans les délais.
- Le système de préparation et de réponse aux urgences est pleinement opérationnel.

35. **Coûts transversaux.** Les coûts transversaux concernent les coûts opérationnels pour la communication, les salaires et les voyages pour le staff, la formation et l'acquisition de l'équipement de bureau.

**Principaux partenariats**

36. L'UNDAF sera le cadre prioritaire de développement du partenariat du programme de coopération. S'inspirant de l'expérience acquise au cours de l'exécution de l'UNDAF 2004-2006, le développement de projets conjoints avec les agences du SNU 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 la dans la production de statistiques scolaires sera également renforcé. Le partenariat avec les ONGs et le secteur privé sera renforcé.

**Suivi, évaluation et gestion du programme**

37. Un mécanisme de suivi et évaluation de l'UNDAF 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 OMD seront disponibles et serviront de référence pour mesurer l'impact des programmes sur le développement.

38. La planification, l'exécution et le suivi/évaluation du programme de coopération seront coordonnés par le Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération Internationale.

---