

CHAPITRE I

INTRODUCTION

Ce manuel a été conçu dans le but d'assister le personnel de l'UNICEF dans son travail avec les responsables nationaux pour mesurer les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs prévus pour le milieu de la décennie. Ce manuel doit être considéré comme un document de travail et, en tant que tel, les différentes sections peuvent être retirées et reproduites à des fins spécifiques.

La fin de l'année 1995, c'est-à-dire le milieu de la décennie, étant proche, ce manuel se veut une réponse pratique et immédiate aux demandes d'orientation. En 1990, lors du Sommet Mondial pour les Enfants, 71 chefs d'état et de gouvernement ainsi que 88 hauts responsables de divers pays dans le monde se sont engagés par une déclaration commune et par l'adoption d'un Plan d'Action pour les Enfants. En se basant aujourd'hui sur les engagements pris par 158 chefs d'état, les pays ont développé leur propre Programme National d'Action pour les Enfants (PNA). A l'heure actuelle, ces Programmes Nationaux d'Action touchent 9 enfants sur 10.

OBJECTIFS FIXES POUR LA MI-DECENNIE : PRESENTATION

Les objectifs fixés pour le milieu de la décennie sont le résultat des deux premières années d'expérience des Programmes Nationaux d'Action, cette expérience ayant débuté en 1990. En 1992-93, il semblait que les objectifs qui avaient été fixés pour l'an 2000 pouvaient être atteints par de nombreux pays avant la fin de 1995, à condition que la communauté mondiale fournisse un effort concerté dans ce sens. Provoquer immédiatement un changement significatif pour les enfants, cela avant l'an 2000, est d'une urgence particulière. Les enfants et leurs parents ont de bonnes raisons de se montrer sceptiques à l'égard de promesses de changement qui nécessitent 10 années pour être accomplies.

En conséquence, à partir de consultations régionales, un consensus s'est créé en 1992 et 1993 autour d'un ensemble d'objectifs, mutuellement partagés, et qui pouvaient être réalisés d'ici le milieu de la décennie. Le point fort de ce plan d'action est constitué par le Consensus de Dakar, auquel ont adhéré tous les gouvernements africains siégeant sous l'égide de l'Organisation de l'Unité Africaine (OUA). En 1992, la Conférence Internationale sur l'Assistance aux Enfants Africains a adopté, pour le milieu de la décennie, un ensemble de 13 objectifs qui a reçu, par la suite, l'aval, au plus haut niveau, de l'OUA. Alors que d'autres consultations régionales sont parvenues à des accords concernant des actions plus ambitieuses pour le milieu de la décennie, et que des dispositions ont été prises pour les réaliser, les véritables défis pour améliorer la vie des femmes et des enfants se trouvent en Afrique. Les objectifs pour le milieu de la décennie, tels qu'ils ont été définis à Dakar, sont devenus, sur le plan moral, le minimum que tous les pays se doivent d'atteindre d'ici à 1995 en tant que tremplin vers les objectifs fixés pour l'an 2000¹,

¹ Pour de plus grandes précisions, voir *Rapport du Secrétaire Général : Exécution de la Résolution 45/217 de l'Assemblée Générale sur le Sommet Mondial pour les Enfants*, A49/326, 46^e Session de l'Assemblée Générale (New York : Nations Unies, 1994).

Tableau 1.1 Age moyen des données relatives aux Objectifs de la mi-décennie pour les pays en développement

Obj- ectif	Indicateur	Age des données en années (par région)				
		Afrique Sub- saha- rienne	Asie du Sud	Asie de l'Est et Pacifique	Moyen Orient et Afrique du Nord	Amérique Latine et Caraïbes
1	Vaccination DTCoq	1,3	1,4	1,2	1	1,1
	Rougeole	1,3	1,4	1,2	1	1,2
	Polio	1,3	1,4	1,2	1	1,1
	Anatoxine Tétanique pour les femmes enceintes	2,8	1,6	3,9	3	13,6
	BCG	1,3	1,4	1,2	4,4	1,9
5	Enfant recevant suffisam- ment de Vitamine A*	- - Seulement 4 pays sur 99 ont des données. - -				
6	Consommation de sel iodé*	- - Seulement 12 pays sur 99 ont des données. - -				
7	Utilisation de la TRO ^b (définition d'avant 1993)	2,9	1,3	2,6	2,6	1,3
	Utilisation de la TRO ^b : augmentation des fluides et poursuite de l'alimentation*	- - Seulement 13 pays sur 99 ont des données. - -				
11	Retard de croissance	9,4	8,7	12,5	10,8	8,1
	Insuffisance pondérale	8,9	8,7	7,9	9,1	7,6
12	Enfants atteignant le niveau 5	7	8,9	10,6	6,4	7,2
	Entrant en niveau 1 à l'âge recommandé	10,6	15,0	12,9	7,5	7,3
	Scolarisation brute en primaire	5,3	3,9	4,9	3,9	3,3
	Taux net de scolarisation en primaire	8,7	11	8,5	6,1	4,6
13	Accès à l'eau potable salubre	4,7	2,9	4,3	4,7	3,2
	Accès à des systèmes sani- taires d'évacuation des excréments	6,2	5,0	4,3	6,4	4,3

Note: Quand les données ne sont pas disponibles pour la période à partir de 1975, le temps écoulé pour l'indicateur d'un pays est fixé à 20 ans.

*Définie seulement récemment.

^bThérapie de réhydratation par voie orale

RAPPORT A LA MI-DECENNIE SUR LES OBJECTIFS FIXES POUR LA MI-DECENNIE

Les Objectifs fixés pour le milieu de la décennie permettent immédiatement de supprimer l'écart entre les mesures au niveau national et la situation réelle. Ces objectifs ne bénéficient pas seulement d'un large support, mais aussi, il est généralement admis que les progrès réalisés peuvent être mesurés en temps voulu, dans les pays disposant, ou non, de données, dans le cadre d'actions programmées pour atteindre les objectifs. L'UNICEF a synthétisé les directives de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en ce qui concerne les objectifs de santé (qui représentent 11 des 13 objectifs fixés pour le milieu de la décennie) et celles de l'UNESCO en ce qui concerne les objectifs d'éducation dans son *Technical Guidelines for Monitoring the Mid-Decade goals*⁴.

L'Objectif restant pour le milieu de la décennie—la ratification universelle de la Convention relative aux Droits de l'Enfant—est l'objectif le plus important. Il ne nécessite aucune mesure, mais seulement une action de la part des corps législatifs de chaque pays pour ratifier la Convention et pour s'assurer que les instruments ont été déposés auprès du Bureau Juridique des Nations Unies. De tous les objectifs fixés pour le milieu de la décennie, il est le plus avancé : 164 pays dans le monde ont, à l'heure actuelle, ratifié la Convention. Il manque seulement la signature de 22 pays pour obtenir la ratification universelle. On a toutes les raisons d'espérer que d'ici à 1995, cette Convention deviendra le premier traité de la communauté mondiale, universellement ratifié.

La Convention relative aux Droits de l'Enfant constitue le fondement de tous les objectifs définis au Sommet Mondial pour les Enfants, comme cela figure dans le Plan d'Action du Sommet : "La Convention relative aux Droits de l'Enfant est le document qui rend le mieux compte des aspirations de la communauté internationale en ce qui concerne le bien-être des enfants" (Introduction, paragraphe 4).

Chaque objectif établi pour la mi-décennie est quantifié et fixe un délai pour les progrès à accomplir d'ici à 1995. Les objectifs sont résumés au Tableau 1.3 (se reporter à la fin du chapitre) et sont comparés avec ceux fixés pour l'an 2000. Les indicateurs mesurables—qui peuvent être utilisés aisément et à faible coût, comme tout le monde en convient—sont fonction de ces délais en tant que partie intégrante du programme. Les indicateurs pour évaluer ces objectifs servent de points de repère pour les progrès accomplis; dans certains cas, ce sont des mesures approchées, qui rendent compte d'informations qui font défaut mais qui sont très difficiles ou trop coûteuses à recueillir au niveau national.

BILAN DE LA MI-DECENNIE

Une estimation de la situation des objectifs pour la mi-décennie est en vue. Le Plan d'Action du Sommet Mondial pour les Enfants demande au "Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies ... d'organiser, au milieu de la décennie, un examen à tous les niveaux appropriés de la mesure dans laquelle auront été honorés les engagements pris dans le cadre de la Déclaration et du Plan d'Action" (paragraphe 35 [iv]). Cet examen portera nécessairement sur tous les objectifs nationaux et internationaux concernant les enfants, mais il insistera plus spécialement sur les objectifs limités

⁴ UNICEF CF/PROG/IC/94-003, Programme Instructions, 15 mars 1994.

pour la mi-décennie définis lors du Consensus de Dakar, et il servira de bilan des progrès accomplis au plan national et régional. De tels bilans, effectués dans de nombreux cas par le chef de l'état, sont déjà en cours dans de nombreuses régions. Le Secrétaire général fera son propre rapport aux Nations Unies lors d'une session spéciale en 1996, après que tous les gouvernements aient effectué leur propre rapport.

Systèmes de suivi pour les bilans nationaux au sujet des objectifs fixés pour la mi-décennie

Il y a différentes façon de procéder pour suivre les indicateurs dans chaque domaine. Différents systèmes sont synthétisés dans le *Technical Guidelines for Monitoring Progress Toward the Mid-Decade Goals* de l'UNICEF. Chaque système fait partie de son propre contexte national et a différentes utilisations. Les Programmes Nationaux d'Action mettent en évidence la diversité des mécanismes et des possibilités de suivi. La plupart des Programmes Nationaux ont mis sur pied des structures de coordination interministérielle pour s'assurer que les objectifs font l'objet d'un suivi par les ministères aussi bien que par les différents niveaux du gouvernement, de telle sorte que l'on puisse en rendre compte, en temps voulu, aux responsables politiques de la situation actuelle.

Mise au point d'indicateurs de suivi adéquats

L'UNICEF, en collaboration avec l'OMS et l'UNESCO, a développé des indicateurs pour mesurer les progrès réalisés pour atteindre les objectifs fixés pour le milieu de la décennie et qui permettent des comparaisons entre pays. Un indicateur est un outil élémentaire servant à mesurer les progrès accomplis, et basé sur une définition communément admise d'une situation particulière. Les indicateurs définissent les données qui doivent être collectées, de ce fait ils doivent être relativement faciles à calculer et à interpréter, et ils doivent aussi fournir des informations valables et fiables sur les objectifs qu'ils sont censés mesurer. Dans l'idéal, un indicateur doit aussi fournir des informations utiles pour améliorer les actions à entreprendre.

Les indicateurs de base ont été sélectionnés parce qu'ils peuvent être recueillis dans le cadre des stratégies nationales d'action pour atteindre les objectifs fixés pour le milieu de la décennie. Ils constituent un sous-ensemble des indicateurs déjà utilisés dans les programmes de suivi. Ce sous-

Les indicateurs sont des mesures indirectes ou des mesures rendant compte d'une situation, utilisés pour suivre et évaluer les progrès.

ensemble d'indicateurs, à mesurer au niveau national, fournissent des données qui sont censées inciter à agir les individus et les responsables politiques. Mais ces données peuvent aussi être utilisées pour suivre des programmes à différents niveaux. Les mêmes informations peuvent être collectées pour être utilisées par les responsables politiques nationaux et pour gérer des programmes dans le secteur de la santé mais, selon le type d'utilisation prévue, de telles informations peuvent être analysées, interprétées et présentées de différentes manières.

Le *Technical Guidelines for Monitoring Progress Toward the Mid-Decade Goals* fournit des informations plus détaillées au sujet de ces indicateurs, de leurs définitions et au sujet des

sources et références courantes des données. Ces indicateurs mesurent l'impact des programmes et nécessitent généralement des techniques, des échantillons et des mesures dont on ne peut rendre compte que de façon périodique—disons à des intervalles de plusieurs années.

Par l'intermédiaire de son *Monitoring of Progress Toward the Goals of Health for All by the Year 2000*, l'Organisation Mondiale de la Santé analyse régulièrement les rapports nationaux sur la santé. Son dernier compte-rendu de rapports nationaux porte sur des données fournies par les gouvernements en 1993. L'examen de ces données a permis de conclure que, pour rendre compte des Objectifs de la mi-décennie, de nombreux indicateurs essentiels sont dépassés ou totalement manquants, ce qui confirme les conclusions initiales esquissées dans les publications de 1993 et de 1994 du *Progrès des Nations*.

Comme il ne reste qu'une année d'ici à la fin du milieu de la décennie, les écarts existants dans les données doivent être comblés, en particulier en ce qui concerne les Objectifs fixés pour le milieu de la décennie. L'OMS et l'UNICEF partagent le point de vue selon lequel il existe des moyens pour y parvenir, moyens qui renforceront les compétences nationales existantes et qui renforceront les améliorations soutenues des mesures à plus long terme.

En septembre 1994, le *Intersecretariat for the Joint Committee on Health Policy* de l'OMS-UNICEF a recommandé que :

Quand les données sont manquantes ou dépassées... l'OMS, l'UNICEF et d'autres agences internationales ... collaborent dans tous les secteurs pour assister les pays pour suivre les progrès accomplis, en utilisant[,] si cela est approprié et faisable[,] les enquêtes à indicateurs multiples⁵.

L'UNICEF peut assister les pays à rendre compte des progrès accomplis en les aidant à développer des capacités de suivi et en identifiant et en investissant dans des outils qui permettront d'obtenir des informations en temps voulu. Il faudrait donner la priorité aux méthodologies qui permettent d'obtenir des résultats représentatifs au niveau national et qui peuvent résister à une analyse minutieuse, nécessaire pour établir un bilan. Les bureaux nationaux des statistiques sont des partenaires-clé, tout comme les agences intersectorielles mises en place dans les Programmes Nationaux d'Action pour suivre les progrès réalisés vers les objectifs définis lors du Sommet.

Comme les informations sur "l'âge des données" (Tableau 1.1) le suggère, les compétences et les structures nationales nécessaires pour suivre ces indicateurs font encore défaut dans de nombreux domaines. Pour suivre les progrès accomplis au niveau national (à des fins de promotion, de mise en place de politique d'ensemble et à des fins techniques et de gestion), la mesure des indicateurs doit être cohérente, basée sur des définitions reconnues de façon à ce que les indicateurs puissent être utilisés pour des comparaisons entre pays et dans le temps. Les enquêtes peuvent, dans la plupart des cas, compléter et renforcer les systèmes existants d'information et combler le manque d'information pour sept des objectifs fixés pour le milieu de la décennie, qui font l'objet du chapitre 3.

⁵ UNICEF Executive Directive, "Multiple Indicator Cluster Surveys for the Mid-Decade Goals", CF/EXD/1994-011 (14 novembre 1994).

Le choix d'un outil de suivi

Les outils pour obtenir des données sur ces indicateurs doivent répondre à certaines exigences : les données qu'ils produisent doivent être valables et fiables, sensibles aux changements et spécifiques à chaque indicateur. Les indicateurs doivent être facilement quantifiables, basés sur des définitions et des standards de référence unanimement reconnus. Les données utilisées pour calculer chaque indicateur doivent aussi être détaillées et complètes, fournissant des informations représentatives au niveau national et, si nécessaire, des informations appropriées pour des sous-groupes.

Quels outils faut-il pour fournir les informations sur ces indicateurs?

Les données des recensements de population sont d'importantes sources d'information sur la population totale, sur sa structure par âge et sur sa répartition géographique. Ces informations sont particulièrement utiles dans les pays qui ont le plus besoin de données pour établir des priorités et pour répartir des ressources limitées, parce que ces pays sont aussi ceux qui ont généralement un *état civil* (enregistrement des naissances, décès, mariages etc.) incomplet ou insuffisant.

Les données de recensement fournissent les *dénominateurs* pour le calcul des indicateurs : par exemple, le nombre d'enfants de moins de cinq ans ou le nombre d'enfants en âge d'aller à l'école primaire peuvent être estimés à partir des rapports du recensement. Cependant, les recensements ne sont pas réalisés dans le domaine de la santé et ils ont habituellement lieu seulement tous les dix ans. Obtenir les informations nécessaires au secteur santé à partir des données d'un recensement peut prendre trois années ou plus : de ce fait, leur utilité pour le suivi des progrès est limitée.

Les statistiques courantes des services de santé sont d'un coût relativement peu élevé et facile à obtenir mais, souvent, les responsables de leur collecte au niveau local n'ont pas été formés à l'utilisation de ces données. Ils sont aussi trop souvent sollicités pour remplir des formulaires dont ils ne reçoivent, en retour, aucune information sur la façon dont ces données sont utilisées. Pour ces raisons, la qualité des données collectées laisse souvent à désirer.

De plus, les statistiques des services de santé sont collectées pour des raisons administratives et non pour le suivi d'objectifs. Les informations nécessaires pour disposer des dénominateurs corrects pour le calcul des indicateurs ne sont pas habituellement disponibles. Les statistiques des services de santé sont en mesure de fournir des informations sur le nombre de patients vus, ou le nombre de visites mais elles peuvent rarement fournir des informations sur la population à risque ou sur la population totale couverte par le service. La "population à risque" (par exemple, le nombre de naissances vivantes dans une année) peut être estimée à partir des données de recensement, si elles sont mises à jour et, ensuite, combinées aux informations des services de santé (par exemple, le nombre d'enfants de moins d'un an ayant été vaccinés une année donnée) pour mesurer les indicateurs.

Contribuer à renforcer les rapports de routine du système d'information des services de santé, réduire la quantité d'informations à collecter, et s'assurer que les données du recensement

de la population sont présentées et ajustées pour fournir les informations appropriées aux dénominateurs des indicateurs sélectionnés constituent une stratégie à long-terme importante pour mettre en place des structures de suivi nationales. Ces deux sources—le système d'information des services de santé et le recensement—devraient être votre première étape quand vous recherchez des données pour mesurer les indicateurs. Cependant, les services de santé n'obtiennent pas régulièrement certaines des informations nécessaires au suivi des objectifs fixés pour le milieu de la décennie.

Pour compléter les statistiques des services de santé, *les zones de surveillance* épidémiologiques sont une source importante de données. Tant que les données sont collectées au niveau national ou dans des zones représentatives du pays, elles peuvent fournir des informations utiles sur les indicateurs tels que la vaccination, ainsi que sur des interventions effectuées dans certaines régions ou sur certains groupes de la population; ces informations peuvent être particulièrement utiles pour fournir des données sur des maladies spécifiques. Par exemple, une enquête peut être nécessaire pour estimer le nombre de cas de diarrhée traités avec des sels de réhydratation par voie orale (SRO), mais un dispositif de surveillance peut fournir de bonnes données concernant le rôle des saisons sur l'incidence de la diarrhée, données qui peuvent être utilisées pour ajuster les estimations de l'incidence de la diarrhée effectuées à partir d'une enquête. Ces systèmes peuvent aussi collecter des informations sur la survenue de maladies spécifiques et sur leurs conditions, comme la carence en Vitamine A, le goitre et les infections respiratoires aiguës, alors que la collecte de telles informations par des enquêtes à grande échelle sont généralement d'un coût très élevé.

Les enquêtes par sondage auprès des ménages constituent la méthode la plus répandue pour fournir des données sur les indicateurs sociaux et de santé quand les autres sources de données font défaut. Même les systèmes d'information des services de santé bien développés et les registres d'état civil correctement tenus ne jouent qu'un rôle *complémentaire* important, en renforçant les statistiques courantes des services avec des données à jour et avec des données qui ne sont pas habituellement collectées lors des recensements et dans les services de santé. Tous les pays industrialisés ont des programmes continus et spéciaux d'enquêtes, habituellement des enquêtes par interview à grande échelle sur la santé et des enquêtes sur la morbidité et l'invalidité, pour fournir ces informations supplémentaires. Les enquêtes sont la meilleure source de données sur la couverture des programmes et sur les différentiels des indicateurs de santé. Elles peuvent fournir des informations décomposées selon la région, le milieu social ou le groupe ethnique, qui sont très difficiles à obtenir à partir des sources de données courantes.

Aucune autre source n'existe pour obtenir certaines des informations nécessaires pour le suivi des objectifs fixés pour le milieu de la décennie. Par exemple, le seul moyen d'obtenir des informations représentatives au niveau national concernant les cas de diarrhée traités au moyen de la TRO, ou sur le nombre de ménages utilisant du sel iodé, ou sur l'état nutritionnel des jeunes enfants est de faire une enquête, ou de s'assurer que les questions, les mesures ou les tests nécessaires figurent dans un programme d'enquête en cours. Les données déjà collectées dans des enquêtes auprès des ménages—comme le programme des Enquêtes Démographiques et de Santé (EDS)—peuvent fournir des informations de base pour certains indicateurs, pourvu que les

questions pertinentes aient été posées. Si, actuellement, une telle enquête est planifiée, il peut être possible d'ajouter un module de questions pour mesurer les indicateurs spécifiques des objectifs fixés pour le milieu de la décennie.

Bien que les enquêtes à grande échelle auprès des ménages ne soient généralement pas effectuées de manière régulière, elles fournissent des données qui peuvent compléter les statistiques courantes, recueillies à des moments clés. Dans les pays où les systèmes d'information de la santé comportent de nombreuses lacunes, il peut être approprié d'affecter des ressources à des enquêtes de suivi de routine au niveau national. Ces enquêtes peuvent être effectuées à des échelles relativement petites parce que, pour ces pays où les besoins en données sont importants, il est souvent plus important de connaître *l'ordre de grandeur* d'un indicateur plutôt que sa mesure précise. Cela signifie qu'une enquête à très grande échelle n'est pas souvent nécessaire pour fournir des données de base importantes au niveau national.

Suivre les progrès au moyen d'une enquête

Comme on l'a déjà remarqué, le manque d'informations persiste dans presque tous les pays. Sans de nouvelles enquêtes, un grand nombre de ces lacunes ne seront pas comblées d'ici 1995, limitant ainsi toute estimation objective des progrès. La fin de 1995 étant proche, peu d'options sont envisageables en dehors des enquêtes pour combler le manque de données existant. De bonnes estimations nationales des indicateurs peuvent être obtenues en utilisant les modifications apportées à la méthodologie des enquêtes par grappe développées par les révisions du PEV et du programme de CMD⁶. Correctement réalisées, ces enquêtes peuvent fournir des données qui répondront aux exigences rigoureuses pour rendre compte des Objectifs pour le milieu de la décennie. Liées aux informations fournies par les systèmes de routine, des enquêtes simples et rapides peuvent être utilisées pour mesurer, gérer et faire de la promotion. Elles peuvent être utilisées dans les pays où les données sont manquantes et elles peuvent combler le manque d'information et améliorer les programmes dans les pays où existent des données.

La plupart des pays trouveront probablement que les enquêtes à indicateurs multiples (EIM) sont immédiatement utiles, à la fois, pour le suivi des objectifs et pour l'orientation—à un coût acceptable—de la politique, de la conception des programmes et de l'attribution des ressources aux secteurs sociaux prioritaires. De plus, la plupart des pays peuvent tirer profit des compétences techniques nationales développées au cours des enquêtes par grappes. Ces enquêtes par grappes auprès des ménages sont des systèmes de collecte des données basées sur la population. Elles fournissent un instantané de la population-cible à un moment spécifique et, si elles sont bien planifiées, elles doivent donner un profil des populations le plus de risques—c'est-à-dire, les ménages qui ne bénéficient pas des services courants et qui ne sont pas couverts par les systèmes d'informations. L'instantané que les enquêtes fournissent provient d'un échantillon de ménages et d'estimations, et sont donc sujets aux erreurs. De bons rapports de ces enquêtes doivent préciser clairement le niveau de confiance à placer dans les résultats. Le chapitre 4 de ce manuel a pour

⁶ PEV signifie "Programme Elargi de Vaccination". CMD signifie "Contrôle des Maladies Diarrhéiques".

objet la conception d'une stratégie d'enquête par sondage appropriée aux besoins et aux ressources de votre pays.

DECIDER DE MENER UNE ENQUETE : EST-ELLE NECESSAIRE?

Toute enquête, même simple, implique des coûts. La taille de l'échantillon et une bonne conduite des opérations sur le terrain comportent des exigences. Les bureaux de l'UNICEF doivent passer en revue toutes les enquêtes auprès des ménages qui sont planifiées ou qui sont en cours de réalisation pour voir si elle peuvent fournir, dans les deux ans, de nouvelles informations concernant les Objectifs pour le milieu de la décennie. Quand une enquête est planifiée, l'UNICEF peut intervenir pour que l'enquête se concentre sur les informations manquantes, en participant à la conception du questionnaire et à l'analyse des données, en donnant priorité aux rapports sur les indicateurs concernant les Objectifs fixés pour le milieu de la décennie. Les indicateurs qui peuvent être mesurés par une enquête nationale sont abordés au chapitre 3 de ce manuel.

Avant de prendre la décision de mener une enquête pour suivre les objectifs fixés pour le milieu de la décennie, soyez sûr d'avoir pris connaissance des autres enquêtes qui ont été réalisées récemment ou qui ont été planifiées pour l'année à venir. Si elles utilisent des échantillons représentatifs au niveau national, il peut être possible de mesurer les indicateurs en demandant que des tableaux spéciaux soient tirés de ces enquêtes récentes. Si une enquête est en phase de planification, il doit être possible d'inclure des modules de questions pour mesurer les indicateurs pour lesquels les données courantes sont manquantes, et d'obtenir la coopération de l'équipe d'enquête pour produire rapidement les tableaux nécessaires, dès que la collecte des données est terminée.

EXEMPLE :

Au Kenya, une enquête nationale sur la nutrition a été réalisée dans la première partie de 1994. Il n'était donc pas nécessaire d'inclure des mesures des objectifs sur la nutrition dans l'enquête de suivie prévue pour l'été 1994.

Après avoir exploité ces autres sources de données, vous connaîtrez quelles sont les autres informations manquantes. Si les sources de données existantes ne fournissent pas les informations représentatives nécessaires pour calculer un indicateur, vous devez pouvoir les collecter au moyen d'une enquête spéciale. Dans les pays où les données sont rares et où aucune enquête n'est prévue, il convient de travailler avec les gouvernements pour concevoir une enquête qui fournira les données de base, indiquera les problèmes et aidera à procéder à des évaluations futures. Les directives sur les modules pour mesurer les indicateurs de progrès des programmes PEV et CMD ont démontré qu'ils étaient des outils rentables et utiles⁷. Ces directives ont fait partie de la

⁷ OMS, *The Epi Coverage Survey. Training for Mid-Level Managers*, OMS/EPI/MLM/91/10, (Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1991); et OMS, *Household Survey Manual. Diarrhoea Case Management, Morbidity and Mortality*, OMS/CDD/SER/86.2 Rev1 (1989) (Genève: Organisation Mondiale de la Santé,

formation standard dispensée, ces dix dernières années, aux responsables des programmes de santé, et permettent de fournir rapidement les résultats des observations faites sur le terrain.

L'UNICEF peut s'engager à apporter son support à de nouvelles enquêtes quand :

- Toutes les données récentes sur le sujet ont été analysées et utilisées.
- Il n'y a aucune opération de collecte de données supplémentaires en cours ou prévue dans un futur proche.
- La méthode proposée est financièrement abordable et acceptable.
- Les compétences nationales de suivi seront, en retour, renforcées.

On ne doit pas surcharger les enquêtes pour qu'elles fournissent des informations fiables à un niveau de découpage sous-national, ni pour qu'elles permettent des mesures de tendances, à moins que les besoins pour ce type d'informations n'aient été clairement exprimés, dès le départ, au cours de la conception de l'enquête.

Quand une enquête est bien menée, les résultats doivent résister à un examen minutieux des gouvernements, des organisations et communautés internationales. Les données fournies par une enquête rapide, soigneusement planifiée et bien menée doivent apporter des informations valables pour aider les communautés et les gouvernements à comprendre et à suivre leurs progrès, ainsi qu'à planifier rationnellement le futur.

La qualité des données obtenues dans une enquête dépend de la conception du questionnaire, de la stratégie de sondage et de la qualité de la formation et de la supervision d'enquêteurs de bon niveau.

Pour obtenir ce résultat, il est nécessaire que l'enquête soit soigneusement planifiée. Ce manuel fournit les meilleures indications que la communauté internationale peut apporter dans ce domaine. Les indications données dans ce manuel, étape par étape, pour planifier et mener une enquête à indicateurs multiples de suivi ont pour but de compléter et de renforcer—et non de remplacer—les systèmes existants.

Ce manuel présente un modèle d'enquête bien conçu à utiliser pour obtenir les informations nécessaires. Le questionnaire standard est le résultat de la collaboration de nombreux participants appartenant, ou non, à l'UNICEF. Ce questionnaire contient une série de modules conçus pour fournir des données sur la plupart des indicateurs de base pour les objectifs fixés pour le milieu de la décennie. Ces modules figurent au chapitre 3 de ce manuel.

Le Questionnaire Modèle peut facilement être adapté aux situations particulières à certains pays. Si, par exemple, dans un pays donné, il existe déjà des données récentes et de qualité concernant un indicateur, le module correspondant peut être supprimé. Ce manuel offre aussi à l'utilisateur la possibilité de sélectionner des modules pour des enquêtes limitées, destinées à combler un manque

de données ou à compléter d'autres enquêtes en cours et dont les instruments sont déjà mis au point. Ces modules peuvent être combinés à d'autres questions qui permettront de mettre en évidence les déterminants de la situation actuelle. En plus de ceux conçus pour permettre le calcul des indicateurs pour les objectifs fixés pour le milieu de la décennie, plusieurs autres modules sont présentés et peuvent être inclus, ou non, à l'enquête, selon l'appréciation des bureaux nationaux et de leurs partenaires. L'enquête peut être réalisée, à un coût raisonnable, dans diverses situations dans lesquelles se trouvent les pays.

Avant que la décision finale de mener une enquête ne soit prise, vous devez être capable de répondre à ces trois questions importantes :

- *Pourquoi faites-vous l'enquête?*
- *Comment comptez-vous utiliser les résultats?*
- *A qui et à quel niveau les résultats s'adresseront-ils?*

Les réponses à ces questions doivent permettre de garantir que l'enquête fournira des informations utiles au suivi des objectifs, à la conception des politiques et des programmes, et pour encourager les responsables politiques et les gestionnaires de programme à allouer des ressources aux secteurs sociaux prioritaires. Quelles sont les données nécessaires et de quelle manière elles pourront être utilisées par les responsables politiques, les gestionnaires de programme, les communautés et le public en général, sont deux questions qui doivent guider toutes les décisions à prendre.

Le chapitre 2 de ce manuel présente une liste d'informations et de décisions clé qui doivent être prises avant d'entreprendre une enquête. Les responsables nationaux de l'UNICEF, les gestionnaires de programme et les partenaires nationaux doivent lire soigneusement cette section avant de commencer à planifier une enquête. Ils pourront trouver, dans cette section, des conseils sur ce qu'il est permis d'attendre d'une enquête et des informations sur les délais nécessaires pour réaliser toute l'opération, de la conception du projet à la publication des résultats. Le chapitre 2 présente aussi une liste des postes qui doivent être budgétisés pour réaliser une enquête nationale.

Assurez-vous que les objectifs de l'enquête sont clairement établis et pensez à la façon dont les résultats seront utilisés. Planifiez alors la présentation des résultats ainsi que l'enquête elle-même.

A QUI S'ADRESSE CE MANUEL?

Pour tous les pays dans lesquels il y a un manque réel de données, les enquêtes à indicateurs multiples, basées sur un sondage par grappes, fournissent un moyen de mesurer la situation de la plupart des Objectifs fixés pour le milieu de la décennie en mettant en oeuvre une enquête rapide et représentative sur le plan national. Les conseils qui figurent dans ce manuel sont prodigués pour que les enquêtes soient conçues et réalisées sur le terrain de manière à produire des résultats qui

pourront résister à un examen minutieux de la communauté internationale. Les modules ont des objectifs limités, mais il en va différemment en ce qui concerne le programme de l'enquête.

Dans toutes les régions, il existe un potentiel national pour mettre en oeuvre les enquêtes qui permettront de produire ces résultats. Dans le seul cadre du programme PEV, plus de 4 500 enquêtes et bilans de couverture, réalisés dans les années 1980, ont contribué au développement d'une expertise nationale dans le domaine des enquêtes, en particulier, dans les pays ayant des systèmes d'évaluation peu efficaces. En Afrique, 1 686 enquêtes ont été réalisées entre 1978 et 1991. L'expérience ne fait défaut dans aucune région. La plupart des enquêtes ont été dirigées par des cadres nationaux. Avec le support de l'assistance internationale, les nationaux ont fait partie intégrante de toutes les opérations d'enquête.

Dès le tout début, une large consultation avec tous ceux qui sont intéressés aux résultats améliorera l'impact de l'enquête et facilitera l'accueil des résultats. Cela signifie la participation du Ministère de la Santé, peut-être aussi celle du Ministère de la Planification et du Bureau des Statistiques, ainsi que celle des organisations non-gouvernementales (ONG) travaillant pour l'amélioration de la situation des femmes et des enfants. Une large participation, en particulier celle des institutions nationales de formation les plus importantes, comme les programmes universitaires de santé publique ou les écoles de médecine et les départements de statistique des universités, contribuera aussi à développer les expertises pour réaliser de futures enquêtes et à améliorer le soutien apporté, à long terme, aux efforts d'évaluation. Lorsque les résultats des enquêtes sont prêts à être publiés, toutes ces contributions peuvent être rassemblées pour répondre aux engagements pris par les gouvernants lors du Sommet Mondial pour les Enfants.

Les différentes sections de ce manuel doivent être lues par différents membres de l'équipe d'enquête. Certaines sections doivent être traduites, photocopiées et transmises aux personnel de terrain durant leur formation. Le Tableau 1.2 peut servir de guide aux directeurs de programme, aux partenaires nationaux et aux membres de l'équipe d'enquête pour savoir quelles sections ils doivent lire.

CAPACITES NATIONALES : AUJOURD'HUI ET A L'HORIZON 2000

L'assistance du Bureau de Statistique des Nations Unies, avec le soutien du FNUAP, et en consultation avec d'autres agences des Nations Unies, en particulier l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNESCO, ont permis de développer, dans les pays, l'expertise nécessaire à la préparation d'instruments d'enquête pour mesurer les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés pour le milieu de la décennie. Sous la direction du Bureau de la Planification et de la Coordination, tous les départements techniques concernés de l'UNICEF ainsi que le Bureau de l'Evaluation et de la Recherche ont aussi contribué à l'élaboration des modules des questions.

Tableau 1.2 Informations sur le contenu du Manuel

Section	Contenu	Qui est concerné?	Besoin de traduction
Chapitre 1: Introduction	Suivi des progrès à la mi-décennie Choix d'un outil de suivi Décision de mener une enquête	Directeur du Programme, partenaire national, coordinateur de l'enquête	
Chapitre 2: Décisions à prendre avant de commencer	Quels seront les membres du personnel technique? Quel genre de données sont nécessaires? Quelle doit être l'importance de l'enquête? Combien durera-t-elle? Quel sera le coût?	Directeur du Programme, partenaire national, personnel technique, coordinateur de l'enquête	
Chapitre 3: Conception du questionnaire	Quels indicateurs seront estimés? Quelles informations sont nécessaires? Quels sont les enquêtés cible pour les différents indicateurs? Modules du Questionnaire	Coordinateur de l'enquête	
Chapitre 4: Choix de l'échantillon	Principes de sondage - Décisions sur la taille de l'échantillon - Estimation de la taille de l'échantillon - Autres stratégies de sondage	Coordinateur de l'enquête, personnel technique	
Chapitre 5: Préparation de la collecte des données	Dispositions logistiques Préparation des cartes Impression des questionnaires Sélection des enquêteurs Formation du personnel de terrain Préparatifs pour le traitement des données - Enquête pilote	Coordinateur de l'enquête, personnel technique	
Chapitre 6: Conduite du travail sur le terrain	Choix des ménages à enquêter Conduite des interviews Supervision des opérations de terrain	Coordinateur de l'enquête, personnel technique, superviseurs de terrain, enquêteurs	Oui (matériel de formation)
Chapitre 7: Traitement des données	Saisie des données Vérification de données Evaluation de la qualité des données Calcul des estimations	Coordinateur de l'enquête, personnel technique	
Chapitre 8: Publication et utilisation des résultats de l'enquête	Présentation des résultats Utilisation des résultats	Directeur du Programme, partenaire national, personnel technique, coordinateur de l'enquête	

(suite du tableau à la page suivante)

(Tableau 1.2, suite)

Annexe 1: Instructions aux Enquêteurs	Comment remplir le questionnaire	Coordinateur de l'enquête, personnel technique, supervi- seurs et enquêteurs	Oui
Annexe 2: Techniques Anthropomé- triques	Comment peser et mesurer les enfants	Coordinateur de l'enquête, personnel technique, super- viseurs, enquêteurs et opérateurs	Oui
Annexe 3: Organisation et gestion du traitement des données	Gestion de la base de données - Exécution et installation des programmes de saisie et d'analyse des données - Calcul des erreurs type pour les enquêtes par grappes - Notes pour le programmeur	Personnel technique	
Annexe 4: Définitions des Indicateurs	Indicateurs mesurés à partir des données de l'enquête	Personnel technique	

Ce manuel a été élaboré pour répondre à une demande claire des pays et des bureaux extérieurs. En juillet 1994, un atelier de travail sur les enquêtes à indicateurs multiples a été organisé par le Bureau de l'UNICEF de Dhaka au Bangladesh, où une équipe, constituée de membres de plusieurs agences, avec le support du Bureau des Statistiques du Bangladesh et des centres d'excellence régionaux et internationaux, ont préparé tous les conseillers régionaux de l'UNICEF, spécialisés dans le suivi et l'évaluation, à mettre en place une structure de support pour de telles enquêtes.

Alors qu'il existe encore de nombreuses lacunes dans les informations indispensables au suivi, aider les pays à mettre en place et à réaliser une enquête est un moyen important de renforcer les efforts de suivi national pour le futur. C'est la raison pour laquelle il est si important d'impliquer le personnel des institutions nationales telles que les écoles de santé publique, les instituts de formation des agents de santé, les départements statistiques et de sciences sociales des universités. Les efforts déployés pour créer une expertise pour mener des enquêtes seront moins importants quand un groupe de personnes formées aura été développé.

Chaque programme national doit évaluer où se situe le point fort pour aider les partenaires nationaux. Le défi consiste à rassembler différents secteurs, comme cela a été fait au Bangladesh et au Kenya, pour collaborer à l'utilisation rentable d'un outil commun.

Cette occasion sera rapidement perdue ceux qui repoussent leur programme de travail à 1995. Ce manuel contient les directives techniques nécessaires pour aider à la réalisation de chaque étape de ce processus, de la décision d'entreprendre une enquête à sa réalisation et à la publication de ses résultats.

Encadré 1.1**A QUOI PEUVENT SERVIR LES ENQUETES A INDICATEURS MULTIPLES?**

- Renforcer le suivi du programme au niveau local
- Répondre aux besoins de suivi des objectifs au niveau national
- Réaliser à faible coût
- Produire rapidement des résultats
- Renforcer les compétences nationales existantes en matière de suivi
- Garantir la comparabilité internationale des résultats

TABLEAU 1.3
SOMMET MONDIAL POUR LES ENFANTS :
UNE COMPARAISON DES OBJECTIFS ET INDICATEURS
POUR LES ANNEES 1995 ET 2000

Objectifs fixés pour l'an 2000	Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000	Objectifs fixés pour la mi-décennie 1995	Indicateurs pour les objectifs de la mi-décennie
<p>Maintien d'un niveau élevé de couverture vaccinale (au moins 90% des enfants âgés de moins d'un an d'ici à l'an 2000) contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la rougeole, la poliomyélite la tuberculose et contre le tétanos pour les femmes en âge de procréer.</p>	<p>Proportion d'enfants vaccinés contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos (DTCoq3) avant leur premier anniversaire.</p> <p>Proportion d'enfants vaccinés contre la rougeole avant leur premier anniversaire.</p> <p>Proportion d'enfants vaccinés contre la poliomyélite (VPO3) avant leur premier anniversaire</p> <p>Proportion d'enfants vaccinés contre la tuberculose avant leur premier anniversaire.</p> <p>Proportion de femmes enceintes vaccinées contre le tétanos.</p> <p>Proportion d'enfants protégés contre le tétanos néonatal par le biais de la vaccination de leur mère.</p>	<p>(1) Obtention d'une couverture vaccinale de 80% ou plus dans tous les pays contre les six maladies du Programme Elargi de Vaccination.</p>	<p>Les mêmes indicateurs que dans la colonne 2 (Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000).</p>
<p>Elimination du tétanos néonatal d'ici à 1995.</p>	<p>Nombre annuel de cas de tétanos néonatal.</p>	<p>(2) Même objectif que pour l'an 2000.</p>	<p>Identique à l'indicateur pour l'an 2000.</p> <p>Proportion de districts qui signalent des cas de tétanos néonatal.</p>

Objectifs fixés pour l'an 2000	Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000	Objectifs fixés pour la mi-décennie 1995	Indicateurs pour les objectifs de la mi-décennie
Réduction, d'ici à 1995, de 95% des décès par rougeole et de 90% des cas de rougeole, par rapport aux niveaux enregistrés avant la vaccination : étape majeure vers l'éradication de la rougeole à long terme.	<p>Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans par rougeole.</p> <p>Nombre annuel de cas de rougeole.</p>	(3) Identique.	<p>Identique.</p> <p>Identique.</p>
Eradication totale de la poliomyélite d'ici à l'an 2000.	Nombre annuel de cas de polio.	(4) Elimination de la polio dans certains pays et régions.	<p>Identique.</p> <p>Proportion de districts signalant des cas de polio.</p>
Elimination quasi totale de la carence en Vitamine A et de ses effets, y compris la cécité.	<p>Proportion d'enfants de 2 à 6 ans qui souffrent de cécité crépusculaire.</p> <p>Proportion d'enfants de 6 mois à 6 ans avec un niveau de Vitamine A inférieur à 20 microgrammes/dl de sérum.</p> <p>Proportion de femmes qui allaitent avec un niveau de Vitamine A inférieur à 30 microgrammes/dl de lait (ou inférieur à 8 microgrammes/gramme de graisses du lait).</p>	(5) Elimination quasi totale de la carence en Vitamine A. <i>(Au moins 80% de tous les enfants de moins de 24 mois des zones ayant des carences en Vitamine A reçoivent suffisamment de Vitamine A.)</i>	Proportion d'enfants de moins de 24 mois recevant suffisamment de Vitamine A (dans les zones ayant des carences en Vitamine A).

Objectifs fixés pour l'an 2000	Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000	Objectifs fixés pour la mi-décennie 1995	Indicateurs pour les objectifs de la mi-décennie
<p>Elimination presque totale des troubles dus aux carences en iode (TCI).</p>	<p>Proportion de la population des zones ayant des carences en iode consommant suffisamment de sel iodé.</p> <p>Proportion d'enfants de 6 à 11 ans ayant un goitre de degré quelconque (palpable et visible combinés).</p> <p>La valeur médiane de concentration en iode urinaire pour les enfants d'âge scolaire doit être supérieure à 10 microgrammes/dl d'urine.</p> <p>Proportion de nouveau-nés (test sanguin du cordon ou d'enfants de 3 jours à 3 semaines) avec un niveau d'hormone thyroïdienne supérieur à 5 mIU/L de sérum</p>	<p>(6) Iodation universelle du sel dans les pays affectés de troubles dus aux carences en iode.</p>	<p>Proportion de ménages consommant suffisamment de sel iodé selon les critères admis : (1) dans l'ensemble du pays et (2) dans les zones connues pour être à risque élevé de troubles dus aux carences en iode.</p>
<p>Réduction de 50% des décès dus à la diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans et réduction de 25% du taux d'incidence de la diarrhée.</p>	<p>Proportion d'épisodes de diarrhée parmi les enfants de moins de 5 ans, traités par TRO (augmentation des fluides) et avec poursuite de l'alimentation.</p> <p>Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans dus à la diarrhée.</p> <p>Nombre annuel moyen d'épisodes de diarrhée par enfant de moins de 5 ans.</p>	<p>(7) Obtention d'une utilisation de TRO (augmentation des fluides) et de la poursuite de l'alimentation de 80% dans le cadre du programme de contrôle des maladies diarrhéiques.</p>	<p>Proportion d'épisodes de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, traités avec les sels de réhydratation orale (SRO) et/ou les préparations maison recommandées (définition de la TRO d'avant 1993).</p> <p>Proportion d'épisodes de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans, traités par TRO (augmentation des fluides) et poursuite de l'alimentation.</p> <p>Proportion de la population qui dispose d'un approvisionnement régulier de SRO dans sa communauté.</p>

Objectifs fixés pour l'an 2000	Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000	Objectifs fixés pour la mi-décennie 1995	Indicateurs pour les objectifs de la mi-décennie
<p>Permettre à toutes les femmes de nourrir leurs enfants exclusivement au sein pendant quatre à six mois et de continuer à les allaiter tout en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la deuxième année.</p>	<p>Proportion d'enfants de moins de 4 mois (120 jours) qui sont exclusivement allaités.</p> <p>Proportion d'enfants de 20 à 23 mois qui sont allaités.</p> <p>Proportion d'enfants de 6 à 9 mois (180 à 299 jours) qui reçoivent le sein et des aliments d'appoint.</p> <p>Proportion d'hôpitaux et de maternités qui sont "amis des bébés" selon les critères globaux de l'initiative "hôpitaux amis des bébés" (IHAB).</p>	<p>(8) Arrêter et empêcher que les hôpitaux et maternités soient approvisionnés, gratuitement et à faible prix, en substituts du lait maternel. Viser à ce que les hôpitaux et maternités obtiennent le statut "d'amis de bébés" selon les critères globaux de l'IHAB.</p>	<p>Proportion d'hôpitaux et de maternités désignés pour faire partie de l'IHAB d'ici à la fin de 1995.</p> <p>Proportion d'hôpitaux et de maternités qui ont été officiellement nommés "amis des bébés" selon les critères globaux.</p>
<p>Elimination de la maladie causée par le ver de Guinée (dracunculose) d'ici à l'an 2000.</p>	<p>Nombre annuel de cas de dracunculose dans la population totale.</p> <p>Nombre de villages avec des cas de dracunculose.</p>	<p>(9) Stopper la transmission de la maladie causée par le ver de Guinée (dracunculose) dans tous les villages atteints, d'ici à la fin de 1995.</p>	<p>Identique.</p> <p>Nombre de villages avec des cas de dracunculose au cours de l'année précédente.</p>
		<p>(10) Ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant par tous les pays.</p>	<p>Dépôt des instruments de ratification auprès du bureau juridique des Nations Unies.</p>

Objectifs fixés pour l'an 2000	Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000	Objectifs fixés pour la mi-décennie 1995	Indicateurs pour les objectifs de la mi-décennie
<p>Entre 1990 et l'an 2000, réduction de 50% des cas de malnutrition sévère et modérée chez les enfants de moins de 5 ans.</p>	<p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec un poids-pour-âge (PA) inférieur à moins 2 écarts type (ET) de la médiane PA de la population de référence NCHS/OMS.</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec un poids-pour-âge (PA) inférieur à moins 3 ET de la médiane PA de la population de référence NCHS/OMS.</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec une taille-pour-âge (TA) inférieure à moins 2 ET de la médiane PA de la population de référence NCHS/OMS.</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec une taille-pour-âge (TA) inférieure à moins 3 ET de la médiane PA de la population de référence NCHS/OMS.</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec un poids-pour-taille (PT) inférieur à moins 2 ET de la médiane PT de la population de référence NCHS/OMS.</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans avec un poids-pour-taille (PT) inférieur à moins 3 ET de la médiane PT de la population de référence NCHS/OMS.</p>	<p>(11) Réduire d'un cinquième (1/5) ou plus par rapport à 1990, les niveaux de malnutrition sévère et modérée .</p>	<p>Identique.</p> <p>Identique.</p> <p>Identique.</p> <p>Identique.</p>

Objectifs fixés pour l'an 2000	Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000	Objectifs fixés pour la mi-décennie 1995	Indicateurs pour les objectifs de la mi-décennie
<p>Universaliser l'accès à l'éducation de base et faire en sorte qu'au moins 80% des enfants en âge de fréquenter l'école primaire achèvent le cycle d'enseignement primaire, au terme d'un apprentissage classique ou non qui obéisse à des normes comparables, l'accent étant mis sur la réduction de l'écart qui existe entre garçons et filles.</p>	<p>Proportion d'enfants entrant en niveau 1 de l'école primaire qui atteignent par la suite le niveau 5</p> <p>Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire et appartenant au groupe d'âges pertinent exprimé en pourcentage du nombre d'enfants de ce groupe d'âges (scolarisation nette).</p> <p>Proportion d'enfants en âge d'entrer à l'école primaire qui entrent en niveau 1 à cet âge.</p> <p>Proportion d'enfants de 10 à 12 ans atteignant un certain niveau de savoir en lecture, écriture, calcul et connaissances générales</p>	<p>(12) Renforcer l'Education de Base de manière à réduire d'un tiers l'écart entre : (a) les taux de scolarisation et de maintien en primaire de 1990 et la scolarisation et le maintien universel à l'école primaire, d'au moins 80% des enfants d'âge scolaire, et (b) les taux de scolarisation et de maintien en primaire des garçons et des filles de 1990.</p>	<p>Identique.</p> <p>Identique.</p> <p>Identique.</p> <p>Nombre d'enfants inscrits à l'école primaire exprimé en pourcentage du nombre total d'enfants en âge de fréquenter le primaire. (scolarisation brute)</p> <p><i>(Tous les indicateurs ci-dessus par sexe.)</i></p>
<p>Accès universel à une eau potable salubre.</p>	<p>Proportion de population ayant accès à une quantité suffisante d'eau potable salubre, située à une distance acceptable du logement de l'utilisateur.</p>	<p>(13) Améliorer l'accès à l'eau et aux sanitaires de façon à réduire l'écart, d'un quart pour l'eau et d'un dixième pour les sanitaires, entre les niveaux de 1990 et l'accès universel d'ici à l'an 2000 <i>(Il est important que, pour ces indicateurs, on précise la définition de : accès, quantité suffisante, salubre et installations sanitaires.)</i></p>	<p>Identique <i>(mais exprimé en nombres absolus et en pourcentage de la population totale).</i></p>
<p>Accès universel à des installations sanitaires d'évacuation des excréments</p>	<p>Proportion de population ayant accès à une installation sanitaire d'évacuation des excréments dans le logement ou située à une distance acceptable du logement de l'utilisateur.</p>	<p>(13) Améliorer l'accès à l'eau et aux sanitaires de façon à réduire l'écart, d'un quart pour l'eau et d'un dixième pour les sanitaires, entre les niveaux de 1990 et l'accès universel d'ici à l'an 2000 <i>(Il est important que, pour ces indicateurs, on précise la définition de : accès, quantité suffisante, salubre et installations sanitaires.)</i></p>	<p>Identique <i>(mais exprimé en nombres absolus et en pourcentage de la population totale).</i></p>

Objectifs fixés pour l'an 2000	Indicateurs pour les objectifs de l'an 2000	Objectifs fixés pour la mi-décennie 1995	Indicateurs pour les objectifs de la mi-décennie, pour utilisation au Siège, dans les Bureaux Régionaux et Nationaux
Réduction d'un tiers de la mortalité due aux infections respiratoires aiguës (IRA) chez les enfants de moins de 5 ans.	<p>Nombre annuel de décès d'enfants de moins de 5 ans dus aux IRA.</p> <p>Proportion de cas de pneumonie observés dans les établissements sanitaires qui ont donné lieu à un suivi standard.</p>	<p><i>Pour les pays ayant un programme de contrôle des IRA :</i></p> <p>Renforcement des capacités des établissements sanitaires pour le suivi des cas de pneumonie.</p>	<p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans ayant une IRA et nécessitant un suivi qui sont menés auprès de personnel de santé approprié.</p> <p>Proportion d'établissements sanitaires qui disposent, de façon régulière, d'antibiotiques gratuits ou à des prix abordables, qui ont un agent formé et donc qui peuvent faire un suivi correct des cas de pneumonie</p>