



**Conseil économique
et social**

Distr.
GENERALE

E/ICEF/1988/5
29 février 1988
FRANCAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Session de 1988

POUR INFORMATION

EVOLUTION DES PROGRAMMES EN AFRIQUE DE L'EST
ET EN AFRIQUE AUSTRALE

Le présent document donne un aperçu de la coopération de l'UNICEF au titre des programmes dans la région de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe au cours de l'année 1987.

Le Bureau régional de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe a la responsabilité de la coopération de l'UNICEF dans les pays suivants : Angola, Botswana, Burundi, Comores, Ethiopie, Kenya, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Rwanda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Somalie, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

TABLE DES MATIERES

	<u>Paragraphes</u>	<u>Pages</u>
I. APERCU	1 - 12	3
A. La situation en Afrique de l'Est et en Afrique australe	1 - 7	3
B. Restructuration régionale	8 - 12	4
II. PRIORITES DES PROGRAMMES	13 - 110	5
A. Soins de santé primaires	13 - 50	5
B. Sécurité alimentaire des ménages et nutrition	51 - 77	12
C. Education de base	78 - 86	18
D. Education et développement de l'enfance en bas âge ..	87 - 90	20
E. Condition de la femme	91 - 102	21

TABLE DES MATIERES

	<u>Paragraphes</u>	<u>Pages</u>
F. Enfants vivant dans des situations particulièrement difficiles	103 - 107	24
G. Services urbains	108 - 110	25
III. RELATIONS EXTERIEURES	111 - 120	25
IV. ACTIVITES DANS LE DOMAINE DES FOURNITURES	121 - 125	27
<u>Annexe.</u> Taux de vaccination		29

I. APERCU

A. La situation en Afrique de l'Est et en Afrique australe

1. Début 1987, nombre de pays africains ne s'étaient pas encore complètement relevés de la sécheresse qui les avait frappés trois ans auparavant et redoublaient d'efforts pour assainir leur économie. Dans plusieurs pays, c'est surtout la production agricole, l'amélioration de la gestion de l'infrastructure et les conditions posées par le Fonds monétaire international en matière d'ajustement qui ont retenu l'attention des gouvernements. Dans ce climat d'austérité, le message de l'UNICEF tendant à ce que, grâce à l'éducation et à la mobilisation sociale les populations soient davantage à même de prendre en main leur destinée, a été mieux perçu. Bien que la sécheresse soit réapparue à la fin de l'année dans certains pays (Botswana, Ethiopie, Lesotho, Malawi, Mozambique, Ouganda, République-Unie de Tanzanie, Somalie et Swaziland), la nécessité d'initiatives locales peu coûteuses en faveur de la santé et du bien-être des enfants et des femmes s'est imposée aussi bien pour faire face aux situations d'urgence que pour assurer un développement à long terme.

2. Sans relâcher ses efforts en faveur de la promotion de l'immunisation, de la thérapie de réhydratation par voie buccale, de l'allaitement au sein et de la surveillance de la croissance, le personnel de l'UNICEF a également centré son attention sur la nutrition en tant que composante nécessaire de ces stratégies de santé. Les méthodes utilisées habituellement pour améliorer l'état nutritionnel s'étant avérées insuffisantes, un ensemble de concepts et d'actions axés sur la sécurité alimentaire des ménages a été mis au point, éveillant de nouveaux espoirs. Défini comme l'assurance d'une alimentation suffisante tout au long de l'année pour tous les membres de la famille, le concept de la sécurité alimentaire des ménages met l'accent sur les besoins alimentaires et nutritionnels des éléments les plus vulnérables de la famille : les enfants et les femmes.

3. Etant donné le rôle clef que les femmes jouent dans la satisfaction des besoins alimentaires des enfants en particulier, et compte tenu du fait que la malnutrition prévaut, à des degrés divers, dans la région, l'UNICEF a entrepris toute une série d'activités destinées à aider les femmes, notamment, à assumer leurs rôles de productrices de denrées alimentaires, d'organisatrices et de mères. L'appui à la "redécouverte" de cultures vivrières traditionnelles mieux adaptées tant à l'environnement qu'au régime alimentaire et au sevrage des enfants fait désormais partie des programmes de coopération de l'UNICEF.

4. Parmi les autres éléments essentiels des programmes on peut citer : l'éducation de base dans le domaine de la santé, dispensée dans le cadre des systèmes d'enseignement de type scolaire et non scolaire; et l'éducation en matière d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'hygiène, l'idée étant de faire en sorte que les collectivités puissent participer activement aux décisions relatives à la construction, au financement, à l'entretien et à l'utilisation des installations. Les initiatives communautaires prises pour organiser et faire fonctionner des centres peu coûteux pour les enfants en bas âge sont encore balbutiantes, mais elles se multiplient et gagnent en efficacité.

5. Face au développement rapide des taudis urbains et des bidonvilles, les gouvernements de la région commencent enfin à se préoccuper de fournir des services de base, l'Année internationale du logement des sans-abri célébrée en 1987 et les activités de plaidoyer qui l'ont accompagnée les ayant encouragés dans cette voie. Les besoins particuliers des enfants défavorisés exigent à présent une plus grande attention alors que villes et villages voient affluer de plus en plus d'enfants abandonnés et d'enfants des rues chassés par la pauvreté, la sécheresse ou la guerre.

6. Une certaine décentralisation, au profit des districts, des fonctions de planification et d'exécution auparavant dévolues aux gouvernements a donné à l'UNICEF de nouvelles possibilités de promouvoir, au niveau local, des programmes intégrés et multisectoriels concernant la survie et le développement de l'enfant. Les activités de mobilisation sociale ont permis de sensibiliser largement la population dans tous les pays. A cet égard, les médias, modernes et traditionnels, et les organisations non gouvernementales (ONG) ont joué un rôle particulièrement remarquable.

7. L'étude du fonctionnement du bureau régional et des bureaux de pays réalisée en 1986 et la restructuration régionale qui s'en est suivie en 1987 devraient renforcer l'efficacité de l'action de l'UNICEF en Afrique de l'Est et en Afrique australe. C'est précisément dans cette optique que la restructuration, ou ce que l'on a appelé l'"expérience de Nairobi", a été effectuée.

B. Restructuration régionale

8. L'efficacité des activités de programmation et de communication vient des bureaux de pays, qui sont les mieux placés pour planifier, exécuter et évaluer les activités avec le gouvernement du pays et les ONG. Le bureau régional, de son côté, a l'avantage de posséder une vue d'ensemble des tendances naissantes ou déjà établies dans les 20 pays qu'il coiffe. De plus, le Directeur régional peut, de par son statut, rencontrer des hauts fonctionnaires africains et d'autres personnalités influentes et participer fréquemment à d'importantes manifestations qui sont l'occasion de mener des activités de plaidoyer efficaces et d'acquérir une meilleure compréhension des aspects du développement concernant les femmes et les enfants. Les contacts réguliers qu'il entretient avec les gouvernements donateurs, les comités nationaux pour l'UNICEF et les ONG internationales contribuent à susciter parmi ces différents interlocuteurs une appréciation nouvelle des réalités africaines.

9. C'est ainsi qu'en 1986, le Directeur régional et les représentants régionaux de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe, de concert avec des hauts fonctionnaires du siège, ont décidé de dessaisir le bureau régional des fonctions opérationnelles qu'il assumait, au profit des bureaux de pays, de façon à ce que l'élaboration des programmes et les relations extérieures soient conçues davantage en fonction des besoins particuliers de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe. Pour ce faire, il a fallu créer au Kenya un bureau de pays distinct qui a son propre représentant et son personnel d'appui. Les conseillers régionaux ont été réaffectés ou détachés dans des bureaux de pays ou de zone où, tout en

conservant leurs fonctions régionales, ils s'occupent plus systématiquement du programme du pays hôte. Le pays hôte, quant à lui, fournit à ces bureaux des services administratifs d'appui.

10. Le Directeur régional a un petit bureau comprenant cinq administrateurs et autant de personnel d'appui. Ces effectifs réduits sont compensés par les ressources plus importantes mises à sa disposition par le réseau des bureaux de pays et de zone qui sont à présent organisés en une unité étroitement coordonnée relevant du Directeur régional. Cette collaboration s'est concrétisée par la constitution d'une équipe de gestion régionale composée des 13 représentants régionaux, du Chef de la Section de l'Afrique à New York, et du Directeur régional qui en assure la présidence. Un représentant du Bureau régional pour l'Afrique centrale et l'Afrique de l'Ouest est invité à assister aux réunions de l'équipe aux fins de l'intégration avec cette région et conformément à l'objectif qui consiste à développer une perspective panafricaine.

11. L'équipe se réunit deux fois par an pour élaborer des plans de travail avec les conseillers régionaux, mettre au point des programmes de formation, passer en revue les problèmes de gestion et de personnel et les moyens d'y remédier, étudier les grandes tendances et les principaux problèmes du développement, avec tout ce qu'ils impliquent du point de vue des programmes et des politiques et examiner les décisions prises par le Conseil d'administration en vue de déterminer les meilleurs moyens de les appliquer en Afrique de l'Est et en Afrique australe.

12. Avec des fonctions axées davantage sur la programmation, les relations extérieures et l'appui aux bureaux de pays, le bureau régional est investi d'une mission nouvelle. Mil neuf cent quatre-vingt-huit marquera le début de cette nouvelle étape, avec la mise au point définitive des changements structurels et l'entrée en fonctions du personnel nouveau. Un rapport intérimaire sur l'expérience de Nairobi sera présenté à la session de 1989 du Conseil d'administration.

II. PRIORITES DES PROGRAMMES

A. Soins de santé primaires

13. Les soins de santé primaires (SSP) ont continué de progresser en 1987. L'un des acquis de cette année est la promotion de la gestion au niveau des districts, domaine dans lequel on peut escompter des progrès réguliers. Il y a à cela plusieurs facteurs parmi lesquels on peut citer : l'accélération du mouvement de décentralisation, notamment au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe; l'accent mis sur les districts par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), avec dans chaque pays un renforcement de la gestion dans certains districts; la constatation, en Ethiopie et au Zimbabwe, du fait que les districts ont besoin de gestionnaires qualifiés; enfin, la mise au point par le Gouvernement zambien d'un plan triennal de gestion au niveau des districts comprenant un système complet de formation en cours d'emploi. D'autres facteurs ont également contribué à ce résultat : l'établissement par l'UNICEF et le Gouvernement du Kenya de deux documents soulignant l'importance des soins de santé primaires au niveau des districts et l'organisation (à Harare et à Nairobi) de deux réunions de travail internationales

qui ont réuni des administrateurs des programmes de soins de santé primaires et du programme élargi de vaccination (PEV) en vue de mettre au point des stratégies de gestion au niveau des districts.

14. Les programmes destinés à renforcer les services de soins de santé primaires qui bénéficient de l'assistance de l'UNICEF concernent 20 des 41 districts du Kenya, et des réunions techniques intersectorielles sur les soins de santé primaires ont été organisées dans les huit provinces du pays. Des mesures similaires seront prises sous peu dans neuf districts en Ouganda. Des programmes régionaux tels que le Programme pour l'amélioration de la nutrition réalisé conjointement par l'UNICEF et l'OMS et nationaux - en Ethiopie, au Mozambique, en République-Unie de Tanzanie et en Somalie - recevront également l'appui de l'UNICEF. Dans le district de Kisumu, au Kenya, on a examiné le processus de coordination des projets de soins de santé primaires axés sur la collectivité qui sont financés par des ONG, et dont la planification est assurée entièrement par le Gouvernement.

15. La stratégie des soins de santé primaires a prouvé encore une fois son efficacité dans les situations d'urgence. Ainsi, lors des inondations de Juba (Somalie), celle-ci a contribué à faciliter les activités de secours.

Santé maternelle et infantile

16. La santé maternelle et infantile (SMI) a fait l'objet d'une attention accrue grâce à deux importantes conférences internationales qui ont eu lieu à Nairobi, l'une sur la maternité sans danger, l'autre sur l'amélioration de la santé des femmes et des enfants grâce à la planification familiale.

17. La formation d'agents sanitaires des collectivités d'accoucheuses traditionnelles et de guérisseurs de village progresse dans toute la région mais ne concerne encore que quelques communautés. L'appui au titre de la formation d'accoucheuses professionnelles s'est accru au Lesotho et au Rwanda, et des évaluations ont été faites au Kenya (Kisumu) et au Malawi. C'est au Zimbabwe, où 7 000 sages-femmes traditionnelles ont reçu une formation dans 350 centres de santé ruraux, que les progrès ont été les plus importants dans ce domaine. En Somalie, un appui a été fourni pour la formation de base d'infirmières et de sages-femmes.

18. L'accélération du PEV s'est faite généralement dans le cadre des services de santé maternelle et infantile, comme au Lesotho et en Somalie où 150 centres de consultation ont été modernisés et où il est possible de satisfaire toutes les demandes de vaccination. En République-Unie de Tanzanie, le système de données relatives à la santé maternelle et infantile est en voie d'amélioration. En Somalie, l'UNICEF a fourni une assistance à la Direction des services de SMI nouvellement établie et publié des directives concernant ces services. En Ethiopie, les assistants sanitaires sont de plus en plus nombreux à recevoir une formation et l'on prévoit que la plupart des postes sanitaires du pays disposeront bientôt de deux agents, dont l'un s'occupera plus spécialement de la santé maternelle et infantile.

19. Les soins prénatals dispensés aux femmes enceintes se sont répandus dans plusieurs pays et d'après les évaluations portant sur les SSP, 80 % des femmes enceintes sont suivies dans des centres où elles se rendent souvent jusqu'à quatre fois au cours de leur grossesse. La faiblesse des taux de vaccination contre le tétanos est très préoccupante et montre qu'il y a là une occasion manquée. Ces taux ne dépassent 45 % qu'au Botswana, au Kenya, au Malawi, à Maurice, en République-Unie de Tanzanie, aux Seychelles, au Swaziland et au Zimbabwe. Les accouchements dans des maternités ou des hôpitaux sont encore très peu répandus (à peine plus de 20 % dans nombre de pays) compte tenu du nombre important de cas de grossesse difficile.

20. Le taux de croissance démographique dépasse encore 3 % dans plusieurs pays (il est de 4,1 % au Kenya), malgré la place faite à la planification de la famille.

21. La survie et le développement des nouveau-nés demeurent problématiques. Le pourcentage d'enfants naissant avec un poids insuffisant est élevé dans certains pays et même inquiétant dans quelques endroits. Dans le district de Kwale au Kenya, par exemple, le poids moyen à la naissance est de 2,783 kilogrammes, et 26 % des nouveau-nés ont un poids insuffisant à la naissance. Le problème est particulièrement aigu dans les régions où la malaria est endémique.

22. Plusieurs pays ont redoublé d'efforts pour intégrer les soins de santé primaires, la santé maternelle et infantile, le programme élargi de vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la planification de la famille et l'éducation nutritionnelle et sanitaire aux niveaux national, provincial, des districts et local. L'action de la Commission de la politique sanitaire de l'Ouganda, la restructuration, dans plusieurs pays, de la division de la santé familiale et la récente réunion à Nairobi des responsables des programmes de soins de santé primaires et du programme élargi de vaccination témoignent d'une évolution positive vers une diminution des programmes verticaux.

Immunisation universelle des enfants d'ici à 1990/programme élargi de vaccination

23. L'immunisation universelle des enfants a progressé dans tous les pays, bien que cela ne soit pas toujours manifeste. Les taux de vaccination sont indiqués en annexe, les pays étant énumérés dans l'ordre de grandeur des taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

24. A Addis-Abeba, les taux de vaccination sont très élevés. L'Angola, le Mozambique et l'Ouganda où d'importants groupes de population sont hors d'atteinte du fait des conflits internes et de l'insécurité, ont montré cependant qu'ils étaient capables d'obtenir des taux de vaccination élevés dans les régions accessibles, ce qui prouve que la formation et les compétences peuvent être aisément développées dès lors que les conditions économiques et la sécurité s'améliorent.

25. Un changement d'orientation majeur dans l'immunisation universelle des enfants est intervenu à la réunion de travail de Nairobi, où les administrateurs du PEV et des programmes de SSP dans la région, qui sont recrutés sur le plan national, ont décidé qu'il était temps d'évaluer l'impact du PEV sur la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à des maladies contre lesquelles une immunisation est

possible. Il s'est avéré difficile d'évaluer les taux de vaccination des femmes contre le tétanos, car la plupart des pays n'ont toujours pas prévu de fiches de vaccination pour les femmes, où il soit possible de noter les quatre à cinq doses recommandées. Pour la première fois, le PEV a été considéré non pas comme un simple programme d'immunisation, mais comme un programme destiné à prévenir tous les risques de maladies mortelles. Si l'on décide de mettre désormais l'accent sur l'impact de l'immunisation, il faudra donc renforcer considérablement les systèmes de surveillance. Les pays de la région ont dénombré les cas de maladies effectivement signalés et les ont comparés à leurs prévisions. Il en ressort que le Swaziland est le pays qui a le meilleur système de contrôle. En revanche, celui de l'Ethiopie aurait grandement besoin d'être amélioré.

26. Les autres aspects de l'immunisation universelle des enfants sur lesquels les pays de la région ont centré leur attention en 1987 sont la durabilité et l'accélération des programmes de vaccination, le renforcement de la chaîne du froid (l'Ouganda et la Somalie ont mis à l'essai des réfrigérateurs solaires), la formation, la stérilisation et l'évaluation trimestrielle conjointe.

27. L'efficacité du personnel de l'UNICEF chargé de l'immunisation universelle des enfants, notamment des responsables techniques attachés aux ministères de la santé au Malawi et en Zambie, a été renforcée grâce à une meilleure liaison avec les fonctionnaires gouvernementaux responsables des programmes, un meilleur approvisionnement en fournitures et la mobilisation sociale. Au cours de l'année considérée, le Botswana, le Malawi, le Mozambique, l'Ouganda, le Swaziland et le Zimbabwe ont passé en revue leurs activités relatives aux SSP et au PEV.

28. Si la vaccination contre la rougeole a fortement progressé, les résultats sont encore inférieurs, dans certains pays, à ceux obtenus pour les autres vaccins. Des signes préoccupants montrent que ces résultats pourraient être meilleurs, notamment si la chaîne du froid fonctionnait mieux ou si les vaccins étaient administrés au bon moment.

29. L'un des problèmes que les évaluations ont permis de dégager est la proportion anormalement élevée d'enfants incomplètement immunisés en raison d'erreurs techniques ou administratives : les vaccins ne sont pas administrés à l'âge voulu, ou sont administrés à des dates trop rapprochées, ou ne sont simplement pas administrés à cause de contre-indications erronées; on administre des vaccins associés (diphtérie-coqueluche-tétanos) mais, faute de stocks, pas de vaccins oraux antipoliomyéliques. Il est possible de combler ces lacunes, et on s'y emploie.

30. La stérilisation a fait l'objet d'une grande attention en 1987 et les pays de la région sont parfaitement conscients du problème des virus transmis par contamination sanguine. Ils sont à présent équipés d'autoclaves, disposent de seringues en plastique réutilisables et ont entrepris les activités de formation et de contrôle qui s'imposent. La Somalie, qui utilise encore des seringues jetables, a pris des dispositions spéciales pour faire en sorte que celles-ci soient effectivement détruites après usage.

31. Dans des pays comme le Mozambique, l'Ouganda, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie, dont la situation économique s'est détériorée, la durabilité des effets des programmes accélérés d'immunisation pose des problèmes. En Tanzanie,

l'appui accru de l'administration locale montre que la décentralisation peut être un important facteur de durabilité. Plusieurs pays de la région ont envisagé la possibilité de recouvrer les dépenses afférentes à l'achat de médicaments essentiels afin de pouvoir financer une partie des dépenses renouvelables encourues au titre des SSP et du PEV.

Réhydratation par voie buccale et lutte contre les maladies diarrhéiques

32. La réhydratation par voie buccale a progressé grâce à la formation continue du personnel (257 assistants et 900 agents sanitaires ont été formés en Zambie) et aux activités de communication destinées à assurer la participation des mères et des collectivités. Des centres de réhydratation fonctionnent à Lusaka et en Somalie et on prévoit d'en établir dans les principaux hôpitaux du Botswana et du Zimbabwe. Nombre d'établissements plus petits en possèdent déjà.

33. Le traitement de la diarrhée à l'aide de solutions préparées à domicile - solutions de sel et de sucre ou à base de céréales - continue de poser des problèmes, comme le montrent plusieurs évaluations et enquêtes (Kisumu, Malawi et Mozambique). Les mères ne savent pas doser correctement l'eau, le sel et le sucre dans les solutions qu'elles préparent et que par ailleurs elles administrent souvent souvent en quantité insuffisante de sorte que l'effet obtenu en matière de prévention et de traitement de la déshydratation est négligeable. Au Zimbabwe, où le programme de réhydratation par voie buccale a été axé sur les solutions sucre-sel, la majorité des mères connaissent à présent l'existence de ces solutions et les utilisent, mais deux tiers seulement les préparent correctement. Trop peu nombreuses sont celles qui ont de bonnes notions d'alimentation et savent que l'allaitement maternel doit être poursuivi pendant les crises de diarrhée. Au Kenya, les solutions sucre-sel ne font plus partie du programme national. En Ouganda, 10 % seulement des mères dans les zones rurales et 20 % dans les zones urbaines les préparent correctement, et moins de 50 % les utilisent effectivement bien que beaucoup en connaissent l'existence.

34. Des sels de réhydratation à administrer par voie buccale sont produits aux Comores, en Ethiopie, au Kenya, à Maurice, au Mozambique et en Zambie et depuis peu en Somalie, mais là encore des problèmes se posent. Les sels produits en Zambie sont trop chers et l'usine de Madagascar ne fonctionne pas encore. Le pourcentage de sachets de sels par enfants est satisfaisant au Botswana, en République-Unie de Tanzanie, en Somalie et au Swaziland, mais insuffisant ailleurs.

35. Des études sur la morbidité et la mortalité dues à la diarrhée ont été faites au Botswana, dans un district de Madagascar, au Mozambique et en Zambie. La nouvelle méthode d'évaluation du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques a été testée dans la région et des instructions sont actuellement à l'étude en vue de son application dans plusieurs pays.

36. D'autres aspects des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques notamment l'éducation, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, l'hygiène individuelle et la promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation pendant les crises de diarrhée, continuent de recevoir une attention.

Programme de médicaments essentiels

37. La réunion du Comité régional africain de l'OMS (composée de ministres de la santé), qui a eu lieu à Bamako, en septembre dernier, a donné un nouvel élan aux activités concernant les médicaments essentiels. Les ressources gouvernementales ne permettent pas actuellement d'atteindre l'objectif qui consiste à faire des médicaments essentiels une source de revenus gérés localement et permettant de faire face aux dépenses renouvelables consacrées aux soins de santé primaires et à la santé maternelle et infantile. Cela pourrait cependant devenir bientôt une réalité dans plusieurs pays. Madagascar envisage de recourir à la procédure des achats contre remboursement; le Mozambique a mis au point un système de récupération des coûts; l'Ethiopie produit 40 des médicaments essentiels qui lui sont nécessaires et a amélioré sa gestion; la Somalie, enfin, ayant acquis une expérience non négligeable grâce au programme des médicaments essentiels, a établi un programme national.

38. Le Kenya et la République-Unie de Tanzanie ont deux des meilleurs programmes de médicaments essentiels d'Afrique et des équipes d'autres pays se sont rendues sur place pour étudier leurs méthodes. La République-Unie de Tanzanie a mis au point récemment un système de répartition de l'aide, dans lequel interviennent l'UNICEF, qui axe ses efforts sur les achats, la distribution, la production locale, le contrôle de la qualité et la mobilisation sociale, et l'Agence danoise pour le développement international.

39. Les graves pénuries de médicaments dont souffre la région et qui s'accompagnent de taux de morbidité et de mortalité élevés chez les enfants et les femmes concernent les infections respiratoires aiguës, le paludisme et les maladies sexuellement transmissibles. Les infections respiratoires aiguës sont la cause principale de mortalité chez les nourrissons. Il est surprenant que l'on n'ait guère prêté attention à ce problème. Seul le Zimbabwe a mis en oeuvre un vaste programme. Le Mozambique, quant à lui, a mis au point des principes de gestion.

40. Un rapport sur le district de Kwale, au Kenya, indiquait que, d'après les statistiques relatives aux consultants externes, le paludisme constituait la maladie la plus fréquente, représentant 34 % de l'ensemble des cas de maladie diagnostiqués. Dans de nombreux pays, les décès dus au paludisme et à l'anémie enregistrés dans les hôpitaux des régions holoendémiques ont augmenté considérablement à cause de la résistance des parasites à la chloroquine et du manque de médicaments de substitution. La résistance à la chloroquine existe dans tous les pays de la région, sauf peut-être au Rwanda. Les parasites commencent également à résister à l'amodiaquine et au fansidar.

41. Tous les groupes sanitaires ou même les petits hôpitaux ne sont pas en mesure de traiter les cas de paludisme complexes. Dans les cas d'anémie grave, la femme enceinte doit subir une transfusion sanguine au cours de l'accouchement et ces transfusions ont souvent lieu dans des zones où, faute de contrôle, les risques d'infection par le virus d'immunodéficience humaine contenu dans le sang sont considérables.

Syndrome d'immunodéficience acquise

42. Le nombre de cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) portés à la connaissance de l'OMS en juin 1987 était de 4 425 (données ne comprenant pas le Zaïre pour lequel aucun chiffre n'est disponible). Même sans tenir compte du Zaïre, il est possible que 60 à 70 % de tous les cas de SIDA en Afrique soient concentrés dans la région de l'Afrique de l'Est et de l'Afrique australe. Dans certaines zones où la prévalence est élevée, il est difficile d'identifier les groupes à haut risque. Tous les pays ont des programmes de lutte contre le SIDA. L'examen du sang destiné aux transfusions est pratiqué dans les grandes villes mais pas encore dans les services plus petits où il arrive souvent que des membres d'une famille soient appelés à donner leur sang pour des femmes ou des enfants gravement anémiés. Dans certains pays, environ 1 à 3 % des échantillons sanguins recueillis dans les services de transfusion contiennent le virus d'immunodéficience humaine.

43. La stérilisation au moyen d'autoclaves et l'emploi des seringues plastiques et des aiguilles réutilisables se sont répandus mais il existe encore des problèmes dans de nombreux centres de consultation périphériques et probablement également chez les médecins privés qui ne sont pas soumis à un contrôle. Une formation concernant le SIDA est maintenant dispensée dans le cadre des stages de recyclage et de formation continue destinés au personnel de santé.

44. Des documents ont été mis à la disposition des écoles au Kenya et en Ouganda et la production d'affiches, de brochures, de programmes de radio et de télévision a permis de faire certains progrès. Il reste cependant encore beaucoup à faire pour faire passer le message chez les jeunes des milieux urbains et ruraux.

45. L'incidence élevée d'autres maladies sexuellement transmissibles est préoccupante, non seulement parce qu'elle prouve l'ampleur de ce mode de transmission (pour le SIDA également), mais également parce que plusieurs de ces maladies sont une cause de morbidité importante chez les femmes, et de morbidité, de mortalité et d'incapacité chez les nourrissons. Le problème de ces maladies dans la région est assez similaire à celui du paludisme : la résistance aux médicaments augmente et la capacité de fournir aux petits centres de consultation ruraux les médicaments plus coûteux maintenant nécessaires diminue.

Eau et assainissement du milieu

46. Plusieurs pays de la région (Botswana, Lesotho, Malawi, Mozambique, Somalie, Swaziland, République-Unie de Tanzanie (Shinyanga), Ouganda (Karamoja) et au moins neuf des 14 provinces éthiopiennes) doivent faire face à des sécheresses chroniques qui ont des incidences graves sur la production alimentaire, la stabilité des familles, la survie des enfants et le volume de travail des femmes. La pénurie d'eau potable constitue un problème chronique dans nombre de ces régions. Aucun pays de la région ne dispose d'un système d'assainissement suffisamment au point pour empêcher la contamination des sources d'eau. Si l'on veut réduire la morbidité due aux maladies diarrhéiques, il faut accroître les ressources - à savoir main-d'oeuvre qualifiée, équipement et fonds - afin de compléter les initiatives des collectivités.

47. Il n'existe pas de grands projets relatifs à l'eau menés par l'UNICEF au Botswana, au Lesotho ou au Swaziland. Seul un tiers de la population somalienne a accès à l'eau salubre. Le Gouvernement abandonne les grands projets relatifs à l'eau (puits profonds et pompes mécaniques) afin de se consacrer à l'approvisionnement en eau à faible coût à l'échelon des collectivités dans le cadre des soins de santé primaires. Le Rwanda, après avoir axé ses efforts sur la protection des sources, ce qui améliore la qualité de l'eau mais n'augmente pas la quantité disponible, cherche maintenant à obtenir des conseils techniques sur les systèmes d'adduction par gravité.

48. Des progrès réels ont été constatés au Burundi, en Ethiopie, au Mozambique, en Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe. Le programme éthiopien relatif à l'eau, qui concerne notamment les puits ordinaires, les puits profonds et les systèmes d'adduction par gravité, intéresse pratiquement l'ensemble des 14 provinces. Ces vastes opérations ont entraîné des difficultés au niveau du contrôle de sorte que l'on prévoit maintenant d'axer les efforts sur les services de base intégrés à l'échelon des régions.

49. La République-Unie de Tanzanie exécute également trois vastes projets relatifs à l'approvisionnement en eau à Makonde, Lyamungu et Wanging'ombe, ce dernier consistant en un grand système de distribution par gravité allant de pair avec une amélioration de l'assainissement rendue possible par la participation des collectivités. Ce projet fera l'objet d'une évaluation afin de déterminer son impact. Le Mozambique réalise l'un des plus grands programmes de la région. Quant au programme de l'Ouganda qui consiste, notamment, à inclure les questions relatives à l'approvisionnement en eau et à l'environnement dans le programme des écoles primaires, son taux d'exécution est notoirement élevé.

50. En ce qui concerne la construction de latrines (il s'agit de divers modèles de latrines améliorées à fosse autoventilée), l'aide a été octroyée principalement dans le cadre des programmes locaux de l'Ethiopie, du Kenya, de Rodrigues (Maurice), de la République-Unie de Tanzanie et de la Zambie. Les grands projets ont cependant continué à Wanging'ombe et au Botswana. Ces deux groupes de projets reposent sur la mobilisation sociale et la participation de la collectivité. De nombreux pays ont largement intégré l'éducation en matière d'hygiène à leurs programmes et mis au point des documents destinés aux écoles primaires et aux classes d'alphabétisation des adultes.

B. Sécurité alimentaire des ménages et nutrition

51. La crise alimentaire se poursuit et souvent s'aggrave dans une grande partie de la région. Nombre de bureaux de l'UNICEF se sont rendus compte qu'étant donné les problèmes économiques et les effets de la déstabilisation dans plusieurs pays, il fallait que les mesures visant à améliorer la sécurité alimentaire des ménages fassent partie intégrante des programmes de pays. Il est également évident que les mesures destinées à améliorer la sécurité alimentaire globale doivent prendre en compte certains facteurs comme les pratiques en matière d'alimentation des enfants, le temps dont disposent les femmes pour les différentes tâches, les méthodes à employer pour améliorer la production alimentaire et la capacité de stockage des ménages, et l'accès aux ressources disponibles aux fins de la production, notamment le crédit.

52. Des efforts de plaidoyer ont été entrepris en Angola, à Madagascar, au Mozambique, au Rwanda et en République-Unie de Tanzanie afin de souligner le lien étroit qui existe entre les politiques agricoles et leur impact sur la nutrition. En République-Unie de Tanzanie, un séminaire de trois semaines consacré à l'étude de cette relation vitale a été organisé avec des responsables des secteurs de la santé et de l'agriculture. Des projets visant à promouvoir la sécurité alimentaire des ménages ont ensuite été mis au point dans trois des 22 régions. Le bureau de l'UNICEF à Luanda et la Commission nationale de la santé ont également organisé un séminaire national sur l'alimentation et la nutrition. Des initiatives similaires sont prévues à Madagascar et au Rwanda, en 1988. Des projets relatifs à la sécurité alimentaire des ménages où l'accent est mis sur l'amélioration de la productivité des petits agriculteurs, et notamment des femmes, sont actuellement mis en oeuvre en Angola, au Burundi, en Ethiopie, à Madagascar, au Mozambique et en République-Unie de Tanzanie.

53. Les gouvernements demandent de plus en plus à l'UNICEF de les aider à renforcer leur capacité nationale en matière de planification et de mise en oeuvre des politiques alimentaires et nutritionnelles. L'UNICEF a notamment appuyé la mise au point des systèmes d'information relatifs à l'alimentation et l'analyse statistique de données dans le cadre du programme de surveillance nutritionnelle exécuté conjointement par l'UNICEF et l'Université Cornell.

Persistance des situations d'urgence

54. En Ethiopie, malgré un accroissement régulier de la production alimentaire jusqu'en mars 1987 et un effort important de la part du Gouvernement pour mettre en place un système d'alerte avancé, le spectre de la famine et de la mort plane de nouveau sur la population, la pluie ayant fait défaut dans neuf au moins des 14 provinces que compte le pays. Il en résulte que notamment dans les provinces d'Erythrée, du Tigré, du Wollo et du Harar, la vie de 5 à 7 millions de personnes est en danger. L'efficacité du système d'alerte avancé a cependant permis de prendre conscience à temps de la crise qui s'annonçait et de lancer un appel à l'aide afin que la tragédie de 1983-1985 ne se reproduise pas. L'UNICEF jouera un rôle important dans les secours d'urgence prévus ainsi que dans les programmes d'assistance et de redressement à plus long terme.

55. En Ouganda, la région du Karamoja connaît une sécheresse grave similaire, par son ampleur, à celle de 1980-1981 qui a coûté la vie à des milliers de Karamojongs. La Somalie a également été frappée par une sécheresse qui a mis en danger des milliers de vies. Au Botswana, la sécheresse qui a commencé il y a six ans continue, menaçant le développement de l'un des rares pays de la région qui ait connu une croissance économique régulière et positive. Le Malawi, pays autosuffisant au niveau alimentaire depuis plusieurs années, est maintenant menacé par la famine. Quelque 3,7 millions de personnes, notamment 450 000 réfugiés mozambicains, devront faire face à de graves pénuries alimentaires, peut-être dès le mois de décembre de cette année.

56. Les conflits armés qui se poursuivent en Angola, en Ethiopie, au Mozambique et en Ouganda ne font qu'aggraver la crise. En Ethiopie, les convois acheminant les secours en nature vers les régions touchées par la famine ont été attaqués à plusieurs reprises. Des fournitures vitales ont été perdues et des véhicules de

transport endommagés. L'infrastructure de secours (dispensaires, véhicules de transport, hangars et centres de distribution) mise en place lors de la dernière famine a été détruite lors des combats. Ces destructions rendent quasiment impossible toute intervention rapide en cas d'urgence.

57. Un certain nombre de pays d'Afrique australe, notamment l'Angola, le Botswana, le Lesotho, le Malawi, le Mozambique, la Zambie et le Zimbabwe, ont été gravement affectés par la déstabilisation dans la région. Le rapport de 1987 de l'UNICEF intitulé Les enfants de la ligne de front rend compte de l'impact de cette déstabilisation et des combats sur les populations, et sur la situation économique des pays de la région.

58. Le fléau que représente la sécheresse périodique a été aggravé par la destruction sur une grande échelle des cultures et des infrastructures en Angola et au Mozambique. Cette insécurité, accentuée par la sécheresse, met en danger la vie de quelque 3,8 millions de Mozambicains; des milliers d'entre eux, mais aussi des milliers de personnes originaires d'Angola, ont franchi la frontière pour fuir leur pays, mettant ainsi à rude épreuve les ressources des pays voisins : Malawi, République-Unie de Tanzanie, Zambie et Zimbabwe. Le fléau a également eu un impact dévastateur sur la situation des femmes et des enfants de la région. L'UNICEF a répondu à ce défi en mettant en oeuvre des programmes d'urgence et à plus long terme et s'efforce de lier les mesures d'urgence à un développement durable.

Un climat d'ajustement économique

59. Le ralentissement global de la croissance économique a été plus sensible en Afrique qu'ailleurs; plusieurs pays de la région ont eu des taux de croissance négative pendant plusieurs années. Le Burundi, le Kenya, Madagascar, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie ont notamment mis en oeuvre des programmes d'ajustement économique afin de relancer la croissance.

60. S'il est vrai que des politiques d'ajustement économique sont inévitables, l'UNICEF et d'autres partenaires ont commencé à mettre en question le choix des mesures d'ajustement, notamment lorsqu'elles vont au détriment de services sociaux essentiels. Il a été noté par exemple que l'état nutritionnel des femmes et des enfants s'était détérioré de façon frappante au cours du processus d'ajustement. Pour comprendre parfaitement les implications de politiques de ce genre, l'UNICEF a demandé un certain nombre d'études qui lui permettront de prendre des mesures dans les pays ayant entrepris un ajustement économique. En Afrique de l'Est et en Afrique australe (Madagascar et Zambie) de telles études ont été menées à bien. D'autres seront effectuées en 1988.

Surveillance et promotion de la croissance

61. Le Botswana, le Lesotho, Madagascar, le Rwanda et le Zimbabwe ont modifié ou sont en train de modifier les fiches de croissance des enfants afin de rendre leur lecture plus aisée aux mères et aux agents de soins de santé primaires. Des programmes de promotion de la croissance à l'échelon de la collectivité existent maintenant dans plusieurs districts du Kenya et bénéficient du soutien à la fois du Gouvernement et des ONG. Des plans ont été mis au point au cours de l'année concernant des programmes similaires organisés et exécutés par les collectivités au Botswana, au Lesotho et au Zimbabwe.

62. Parmi les domaines où il conviendra de prendre des mesures prioritaires en 1988 figurent : les activités de plaider auprès des responsables de haut niveau; la mise au point de documents susceptibles de sensibiliser le public au potentiel des programmes de surveillance et de promotion de la croissance; et intervention auprès des milieux médicaux en vue d'améliorer la formation avant l'emploi des professionnels de la santé, et ce en collaboration avec les ONG et les associations communautaires. Il faudrait en outre adopter une approche très large du type "supermarché" consistant à aider les ONG qualifiées en leur fournissant du matériel et des fournitures d'appoint, y compris de petits articles.

63. Il faut mettre au point des directives en vue d'une action spécifique, lorsqu'on constate un ralentissement de la croissance chez les enfants. Cette action peut être de type médical (traitement d'une infection cachée), domestique (alimentation plus fréquente de l'enfant) ou sociale (amélioration des revenus familiaux grâce à un traitement préférentiel concernant la participation à un programme de travail). Ces directives doivent être adaptées aux pays et aux districts et avoir été largement testées par toutes les parties concernées.

Alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

64. Dans la plupart des pays, les enfants sont nourris au sein pendant longtemps mais on leur donne également des aliments, solides ou liquides, autres que le lait maternel avant qu'ils aient atteint l'âge de 2 mois. Cette pratique semble s'expliquer par la tradition, notamment dans les sociétés rurales, et n'est pas nécessairement liée à la publicité faite pour les préparations commerciales. Dans de nombreux pays, on encourage l'allongement de la période de l'allaitement naturel qui, idéalement, devrait durer jusqu'à ce que l'enfant soit âgé de 4 à 6 mois.

65. A l'exception du Kenya, du Zimbabwe et des petits pays de l'Afrique australe, seule l'élite urbaine peut se permettre d'utiliser des substituts commerciaux du lait maternel. Le fait de contrôler davantage la promotion et la commercialisation de ces produits aurait un effet immédiat pratiquement négligeable sur les méthodes d'alimentation des jeunes enfants des secteurs défavorisés, sauf peut-être dans certains groupes urbains à bas revenu où, du fait des circonstances, la mère et l'enfant sont souvent séparés pendant de longues périodes. Un tel contrôle pourrait cependant s'avérer d'une importance considérable à l'avenir, lorsque les économies de ces pays s'amélioreront.

66. Dans les communautés rurales de la région, la croissance des nourrissons se ralentit souvent entre 6 et 18 mois et c'est là une des principales causes de rachitisme (jusqu'à 50 % des cas) chez les enfants d'âge préscolaire. Le ralentissement de la croissance est lié à des maladies infectieuses répétées, notamment à la diarrhée, mais également à des infections d'ordre respiratoire et au paludisme ainsi qu'à la faible valeur nutritive des aliments de sevrage couramment préparés. Les efforts déployés pour résoudre ces problèmes, notamment avec l'aide de l'UNICEF, restent limités et ne concernent souvent que l'éducation nutritionnelle, qui acquiert d'ailleurs un caractère plus concret et plus spécifique.

67. En octobre 1987, un séminaire régional a été organisé à Nairobi afin d'examiner le niveau actuel des connaissances en ce qui concerne certaines techniques d'usage courant permettant d'améliorer l'alimentation du jeune enfant. Le séminaire a été également parrainé par l'UNICEF, le Centre suédois pour le développement international (Swedish International Development Authority) et le Centre de recherches pour le développement international. Il en est ressorti que l'utilisation des farines enrichies, qui améliorent la valeur nutritive des bouillies de sevrage à un coût minimal, avait un potentiel considérable. Cette technique, déjà employée en Tanzanie, sera mise à l'essai pour la première fois en Zambie, en 1988. Cette technique est promise à un développement considérable au Kenya, au Lesotho et au Swaziland.

68. En 1988, parmi les domaines d'action prioritaires figure, notamment, l'étude approfondie des avantages de l'alimentation à base de bouillies acides, en particulier pour lutter contre la diarrhée, et de la croissance comparée des enfants nourris à l'aide de différents types de bouillies (acides et non acides). Dans les pays où cela s'avère possible, il faudrait établir des liens avec l'industrie alimentaire afin d'envisager la possibilité de promouvoir un additif peu coûteux aux aliments de sevrage préemballés, qui aurait des propriétés amylolytiques similaires à celles des farines enrichies, présenterait les mêmes avantages que les bouillies acides et inclurait peut-être aussi des vitamines et des minéraux. Il faut en outre continuer à axer les efforts sur les questions suivantes : pertinence des messages relatifs à l'éducation nutritionnelle, les enquêtes sur la commercialisation intensive et la mise à l'essai préalable des produits; enfin, meilleure compréhension des contraintes de temps auxquelles sont soumises les femmes et, d'une manière générale, les personnes qui donnent des soins aux enfants et s'occupent de leur alimentation.

Carences alimentaires en micro-éléments

69. Des études récentes ont montré que les carences en iode se manifestaient par toute une série de syndromes cliniques (avortements; mortalité périnatale, néo-natale et des nourrissons; problèmes neurologiques; infirmités mentales et physiques) et non pas seulement par l'accroissement de la glande thyroïde et le crétinisme. Ces troubles ont des conséquences très graves sur la survie et le développement des enfants. Le Bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe est d'ailleurs, avec le Conseil international sur les troubles dus à la carence en iode et l'OMS, à l'avant-garde des efforts déployés pour aider les pays à faire face au problème et à mettre au point une stratégie sous-régionale et un plan d'action. La carence en iode pouvant être évitée et traitée grâce aux moyens techniques dont on dispose, l'appui aux programmes entrepris dans ce domaine doit se poursuivre, tant au niveau national que régional.

Enquêtes et surveillance nutritionnelles

70. Les résultats de l'enquête de 1985 sur la nutrition au Zimbabwe ont été analysés et un projet de rapport, qui sera publié par le Ministère de la santé, a été établi avec l'assistance de l'UNICEF en septembre 1987. La collecte des données pour la quatrième enquête au Kenya s'effectue actuellement et les résultats de l'enquête sont attendus pour le début de 1988. Le Kenya disposera alors de

quatre séries de données sur les mêmes échantillons pour la période 1978-1988. Toujours au Kenya, des journées d'étude ont été organisées au cours de l'année écoulée pour présenter les conclusions préliminaires de deux projets de recherche sur la nutrition d'intérêt régional. L'UNICEF et le programme de surveillance nutritionnelle de l'Université Cornell ont contribué à l'établissement et à la publication d'une étude intitulée Food and Nutrition in Kenya.

71. Le Botswana est le seul pays de la région qui rassemble systématiquement des données nationales sur l'état nutritionnel des enfants qui fréquentent les dispensaires de SMI. Le Swaziland publie des résumés annuels des données émanant des dispensaires.

72. Le Service de secours catholique rassemble des données provenant de ses programmes d'alimentation complémentaire en Ethiopie, au Kenya, au Rwanda et en République-Unie de Tanzanie. L'UNICEF a aidé cette organisation à établir une analyse rétrospective de ses données, mais la collaboration envisagée entre les deux organisations en vue de rationaliser l'analyse des données et l'établissement des rapports ne s'est pas encore concrétisée. Dans deux ans, les programmes du Service de secours catholique au Kenya, au Lesotho et au Rwanda seront supprimés ou réduits.

73. En 1988, les interventions de l'UNICEF viseront en priorité à inciter les pays qui collectent déjà des données auprès des dispensaires à utiliser celles-ci pour établir régulièrement des rapports sur les tendances de la nutrition, à établir régulièrement, et dans les délais voulus, des rapports nationaux à partir des données émanant des dispensaires et à publier sur la base de ces derniers un rapport régional sur l'évolution en matière de nutrition.

74. L'UNICEF et le programme de surveillance nutritionnelle de l'Université Cornell ont élaboré au cours de l'année des propositions tendant à accroître leur collaboration avec les Gouvernements de Madagascar, du Malawi et du Rwanda. Le programme a aidé à établir des analyses de situation en Ethiopie, au Rwanda et au Malawi. Une série de stages de formation aux politiques alimentaires et à la surveillance nutritionnelle a été organisée à l'intention de cadres supérieurs originaires des pays africains, dont la quatrième a eu lieu en septembre à Maurice.

75. La pénurie de nutritionnistes qualifiés constitue une difficulté majeure pour l'exécution des programmes dans l'ensemble de la région, mais c'est en Angola, au Mozambique et en Somalie qu'elle est la plus aiguë. Les stages de courte durée qu'appuie l'UNICEF pour aider à former du personnel qualifié au plan national, ne permettent pas de répondre à la demande de cadres spécialisés dans ce domaine. Un seul établissement d'enseignement supérieur, l'Université de Nairobi, délivre un diplôme d'études supérieures de nutrition et accueille des étudiants de tous les pays de la région. L'UNICEF a accordé de temps à autre de modestes subventions à ce programme d'études. Le bureau de l'UNICEF à Maputo envisage d'aider l'Université Eduardo Mondlane de cette ville à mettre au point un cours de nutrition. Une formation hautement spécialisée de ce type nécessite un appui multilatéral coordonné.

76. En collaboration avec l'Organisation des Nations Unie pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'UNICEF a aidé le Gouvernement éthiopien à élaborer une stratégie nationale dans le domaine de l'alimentation et de la nutrition. L'UNICEF a financé un stage national au cours duquel a été élaborée une stratégie qui sera présentée au Comité national de planification. Un séminaire a été organisé en Angola pour aider à formuler des politiques en matière d'alimentation et de nutrition.

77. La première réunion du groupe technique OMS/UNICEF sur la nutrition en Afrique s'est tenue à Brazzaville, en juillet, avec la participation de la FAO. Il a été convenu, à cette occasion, que le groupe s'appellerait désormais le Groupe technique FAO/OMS/UNICEF sur la nutrition en Afrique.

C. Education de base

78. Les gouvernements africains continuent de considérer l'éducation comme une composante essentielle de leurs stratégies de développement axées sur la réalisation d'une autosuffisance durable. La crise économique actuelle a cependant amené ces gouvernements à réduire les fonds alloués à l'enseignement primaire et à l'alphabétisation des adultes dans la plupart des pays. D'où un déclin plus accentué de la qualité et de l'efficacité de l'enseignement.

79. L'enseignement primaire universel et l'alphabétisation pour tous constituent un programme prioritaire de coopération entre l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (Unesco) et l'UNICEF, deux organisations pour lesquelles l'égalité d'accès à l'éducation des femmes et des jeunes filles constitue un objectif majeur. On continue de rechercher de nouvelles méthodes novatrices qui permettraient aux pays en développement d'assurer une éducation de base à l'ensemble de la population en dépit de sérieuses difficultés financières. L'une des stratégies adoptées actuellement consiste à combiner l'enseignement primaire généralisé et l'alphabétisation et à créer des liens de complémentarité entre les enseignements scolaire et extra-scolaire.

80. Les réseaux régionaux de l'Unesco - le programme régional pour l'élimination de l'analphabétisme en Afrique, le réseau de l'innovation pédagogique pour le développement en Afrique et le programme de formation à la gestion de l'enseignement - offrent des possibilités d'interaction productive avec les programmes de pays, en raison, notamment, des aspects régionaux de l'approche propre à l'UNICEF.

Education pour la santé

81. "L'éducation pour la santé" met l'accent sur les liens entre l'éducation et la santé en tant que partie intégrante de l'effort global de développement, ainsi que sur la collaboration intersectorielle et la notion de partage des responsabilités entre les différents secteurs pour ce qui est de promouvoir la santé. En Ouganda, en République-Unie de Tanzanie et au Zimbabwe, les nouvelles initiatives prises en ce sens donnent déjà des résultats encourageants. En République-Unie de Tanzanie, la participation croissante du système d'enseignement au programme de survie et de développement de l'enfant repose déjà sur des bases solides. Un programme lancé en

janvier doit permettre d'organiser progressivement des cours de recyclage et de formation pour les instituteurs, directeurs et inspecteurs des 10 234 écoles primaires du pays. Le suivi et la diffusion des résultats de ces expériences sont des aspects importants de cette nouvelle initiative. Pour tirer parti de cette complémentarité, l'Institut pour l'enseignement des adultes est en train d'établir des documents pédagogiques axés sur la survie et le développement de l'enfant et les soins de santé primaires destinés au réseau national d'enseignement des adultes déjà alphabétisés.

82. Un nouveau programme pour l'enseignement primaire, intitulé "Science for Health", qui intervient pour 25 % dans les modules d'enseignement à ce niveau, a été conçu et testé en Ouganda. Des guides de l'instituteur et des pochettes pédagogiques axés sur la vaccination, la survie et le développement de l'enfant, l'approvisionnement en eau et l'assainissement ont été mis au point et distribués à 5 000 exemplaires. Le nouveau programme, qui constitue l'un des principaux moyens de diffusion d'informations dans le cadre de la prévention du SIDA, sera utilisé lors du premier séminaire consacré aux écoles primaires.

83. Au Mozambique, la survie et le développement de l'enfant et les soins de santé primaires constituent l'un des sept grands thèmes des documents pédagogiques destinés aux écoles primaires. Des pays comme l'Ethiopie, le Malawi, le Rwanda et la Somalie introduisent - et c'est là l'un des principaux aspects de leurs programmes de pays - l'éducation pour la santé dans les écoles primaires et dans les cours d'alphabétisation et autre enseignement destinés aux adultes. Le Botswana, le Kenya et la Zambie se sont engagés dans la même voie. L'appui de l'UNICEF consiste essentiellement en des activités de plaidoyer et en l'octroi de fournitures et de bourses de formation.

Le programme "d'enfant à enfant"

84. Le programme "d'enfant à enfant" offre de grandes possibilités pour ce qui est de promouvoir la santé dans la collectivité, en ce sens qu'il tient compte du rôle décisif que peuvent jouer les enfants dans l'éducation sanitaire. Une fois motivés, les enfants peuvent s'avérer très efficaces pour ce qui est de transmettre et de collecter des messages sur la santé et ils peuvent participer concrètement à nombre d'activités sanitaires. Ce faisant, ils acquièrent des connaissances et des compétences ainsi qu'une certaine curiosité d'esprit, ce qui contribue à rendre l'enseignement scolaire plus pertinent, concret et intéressant. Plusieurs pays, dont le Botswana, la Somalie, l'Ouganda et la Zambie, essaient cette nouvelle méthode, qui peut être élargie et appliquée à d'autres aspects du développement : l'agriculture, la préservation de l'environnement, etc.

Le programme de coopération Unesco/UNICEF

85. Dans le cadre de son programme de coopération avec l'Unesco, l'UNICEF continue d'appuyer par des activités de plaidoyer les initiatives prises au niveau des pays. L'organisation de séminaires et de visites sur le terrain et la diffusion de matériel de promotion offrent ainsi une occasion unique de passer en revue les initiatives prises, d'échanger des données d'expérience et de mettre au point de nouveaux plans de programmation. En collaboration avec le Centre de documentation

pour l'éducation fondamentale de l'Université Kenyatta de Nairobi, deux séminaires ont été organisés à l'intention des auteurs d'ouvrages sur la santé. Le but de ces séminaires était d'élaborer des guides méthodologiques et d'autres documents de base destinés aux écoles primaires et axés sur la survie et le développement de l'enfant, les soins de santé primaires, l'éducation concernant les problèmes d'environnement et de population et le projet "Health Across the Curriculum".

86. Le programme de coopération Unesco/UNICEF a renforcé sa collaboration avec plusieurs partenaires, dont les ONG qui disposent de réseaux à l'échelle régionale. Il s'agit notamment de la Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique, du programme africain d'études sociales, de la Cooperative for American Relief Everywhere, Inc. (CARE-Kenya) et de l'Institut Mazingira, tous ces organismes ayant leur siège à Nairobi. Une nouvelle forme de collaboration dans le cadre du programme "d'enfant à enfant", à savoir le projet "Health Across the Curriculum" entrepris conjointement par le British Council et le programme Unesco/UNICEF au Royaume-Uni, peut avoir des incidences très positives sur cette nouvelle orientation.

D. Education et développement de l'enfance en bas âge

87. La question des soins aux enfants en bas âge et de leur développement continue de susciter un regain d'intérêt et une demande dans les pays de la région. La principale difficulté reste le réajustement des stratégies et la recherche d'arrangements de type nouveau dans ce domaine qui puissent être acceptables, et abordables, pour les communautés locales. La caractéristique importante de ces programmes est qu'ils reposent sur le développement et la participation des collectivités.

88. Dans leur conception et leur exécution, ces programmes comportent de nombreuses activités de plaidoyer menées par le biais d'études locales sur les méthodes de puériculture traditionnelles (au Kenya, au Lesotho et à Madagascar), de voyages d'études (à Madagascar et en République-Unie de Tanzanie), du renforcement des ressources et capacités nationales (dans pratiquement tous les pays) et du lancement dans des communautés rurales déterminées de programmes pilotes intégrés. La formation des parents et autres personnes qui prennent soin de l'enfant, l'établissement de documents pédagogiques appropriés et la mise en place des chaînons manquants (en particulier la nutrition, les soins de santé primaires, la recherche et le contrôle) sont demeurés des aspects importants de ces programmes de type nouveau.

89. En République-Unie de Tanzanie, 50 villages répartis dans 10 districts de cinq régions du pays ont été sélectionnés cette année pour la mise en place d'arrangements pilotes en matière de garde d'enfants. Les comités de village décident du type d'arrangements et d'activités à créer et à développer dans le village.

90. On a organisé en outre à l'intention de 70 employés d'organismes nationaux, régionaux et sous-régionaux de protection sociale des stages de formation, et ce principalement dans le but d'atteindre les enfants "à risques" appartenant aux groupes défavorisés et de mettre en place les chaînons manquants des soins de santé

infantile, en particulier le développement sanitaire et nutritionnel. Au Malawi, un séminaire a été organisé pour examiner le rapport sur l'étude des pratiques traditionnelles de puériculture et susciter, par là même, une plus grande prise de conscience et recenser les stratégies d'intervention possibles. A Madagascar, une évaluation nationale des méthodes de puériculture a été entreprise afin de se faire une meilleure idée de la manière dont l'enfant est pris en charge avant son entrée à l'école (éducation par la famille, stimulation précoce en établissement préscolaire). Au Rwanda, les activités de plaidoyer ont pour but de renforcer la capacité du pays à concevoir et mettre en place des systèmes de puériculture dans les zones rurales.

E. Condition de la femme

91. Malgré l'élan suscité par la Décennie des Nations Unies pour la femme : égalité, développement et paix, et l'appui accordé dans les différents pays aux stratégies adoptées par la Conférence mondiale réunie en 1985 pour examiner et évaluer les résultats de cette décennie, la situation des femmes n'a connu que des améliorations très modestes. La poursuite du déclin économique pose des problèmes de survie tels que, d'une manière générale, les besoins de développement propres aux femmes ne figurent guère au premier rang des préoccupations des gouvernements.

Activités de plaidoyer

92. Les efforts dans ce domaine ont un caractère sporadique, sauf en Ethiopie où une action importante a été engagée pour corriger les inégalités, grâce à un nouveau programme de pays de l'UNICEF qui intègre les besoins et préoccupations des femmes dans tous les secteurs. D'autres bureaux de pays, au Burundi, au Kenya, au Rwanda et en Somalie notamment, jugent désormais nécessaire d'insister davantage sur ce problème et d'établir des mécanismes d'intégration analogues dans leurs nouveaux programmes.

Santé

93. La santé maternelle retient de plus en plus l'attention, comme le montrent les programmes de santé maternelle et infantile de Madagascar et de la Somalie, que l'on passe en revue actuellement en vue d'en accroître l'efficacité. La lutte contre le paludisme est un domaine où l'intervention joue un rôle crucial, à cause des risques auxquels les femmes enceintes sont exposées. En Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe, le développement des maladies sexuellement transmissibles et la propagation du SIDA ont motivé la mise au point de nouveaux programmes d'éducation sanitaire plus spécifiquement destinés aux femmes. Dans ce domaine, il convient d'accorder une attention accrue au contenu des messages sanitaires ainsi qu'aux méthodes de communication adoptées par le personnel de santé.

94. Les services axés sur les femmes "à risque", les jeunes filles et les femmes de plus de 35 ans font l'objet d'une demande croissante. En Afrique orientale, le taux de mortalité maternelle est estimé à 660 pour 1 000 naissances vivantes. Les désordres liés à l'hypertension, les hémorragies, les occlusions infectieuses en cours d'accouchement et l'avortement en seraient les causes principales, auxquelles il faut ajouter les forts taux de fécondité, la malnutrition, le surmenage physique

et d'autres causes évitables. Les gouvernements se montrent désormais plus disposés à soutenir les programmes de planification de la famille et le climat est favorable actuellement à une plus grande compréhension et satisfaction des besoins des femmes en matière de santé.

Education

95. L'UNICEF a continué d'appuyer l'éducation des jeunes filles et des femmes essentiellement dans le secteur non scolaire, où l'organisation contribue surtout aux programmes d'alphabétisation. En Afrique, le taux d'analphabétisme parmi les femmes adultes atteint 65 %. Depuis quelques années, la scolarisation des jeunes filles diminue lentement en Somalie et en Ouganda. Dans ce dernier pays, le taux d'abandons scolaires entre la première et la septième année d'enseignement primaire est actuellement de 70 %. D'autres pays de la région vont se trouver dans des situations analogues à mesure que la charge économique que représente l'éducation s'accroît.

96. Les grossesses d'adolescentes aggravent également la situation d'autant que le nombre des mères adolescentes augmente. Au Kenya, 18 % environ des enfants naissent d'adolescentes non mariées. En principe, une élève qui devient mère n'est pas réadmise à l'école. L'UNICEF ne fournit pas d'assistance aux écoles secondaires, où l'écart est le plus grand entre la scolarisation des garçons et celle des filles, mais son action de plaidoyer en faveur de l'éducation des jeunes filles au-delà du primaire reste pertinente, même si elle n'est pas mise à profit comme elle devrait l'être.

Les femmes et l'agriculture

97. Il a été souligné à maintes reprises que, en Afrique, trop de tâches agricoles incombent aux femmes et que, d'une manière générale, cette contribution n'est pas rémunérée. Les femmes représentent au moins 70 % de la main-d'oeuvre rurale en Somalie et en Ouganda et un pourcentage légèrement plus élevé au Mozambique, pour ne citer que ces trois pays. Peu de gouvernements se sont attachés à rationaliser les fonctions et compétences des femmes dans l'agriculture en leur facilitant l'accès aux techniques, au crédit et aux marchés.

98. Comme la crise alimentaire continue de s'aggraver dans la plupart des pays de la région, la sécurité alimentaire et l'accroissement de la productivité des ménages figurent au premier rang des préoccupations. Liant la sécurité alimentaire et le niveau nutritionnel de la famille, l'UNICEF appuie de nouveaux types d'intervention ayant trait au rôle des femmes dans la production, le traitement et le stockage des aliments. En Angola, en Ethiopie, à Madagascar et en République-Unie de Tanzanie, on s'efforce d'accroître la productivité en fournissant aux agricultrices des semences, des crédits et une formation.

99. Dans le cadre du programme de pays de la Zambie, l'UNICEF appuie la production alimentaire des ménages dans trois provinces en facilitant l'accès des groupes de femmes aux intrants agricoles et aux services connexes. Dans une province, plus de 600 femmes sont concernées par ce programme et participent à la production alimentaire et à des activités rémunératrices. La nouvelle politique de

développement rural du Mozambique, qui est axée sur les familles rurales et sur les agricultrices, met l'accent à la fois sur les cultures de subsistance et sur les cultures de rapport. On envisage actuellement d'étendre le système de vulgarisation rurale à 3 millions de familles propriétaires de leurs terres qui se consacrent à ces deux types de cultures.

Etudes et recherche

100. Certains bureaux de l'UNICEF dans la région ont entrepris des études portant sur des problèmes et des besoins spécifiques nouveaux. Ainsi, en République-Unie de Tanzanie, on a mis au point une enquête sur la participation des femmes à la direction des villages et en Somalie, on a effectué une étude sur les causes de la non-scolarisation des adolescentes. On est également sur le point d'achever un projet de recherche sur la survie des femmes et des enfants, où l'on s'attache à étudier, d'une part, l'interaction entre les mesures sanitaires, et autres interventions axées sur la survie et le développement de l'enfant et, d'autre part, les multiples dimensions du rôle des femmes. L'étude porte essentiellement sur le Kenya occidental, où le taux de mortalité infantile est très élevé et dépasse 200 pour 1 000 naissances vivantes. Les conclusions de cette étude devraient déboucher sur des actions fondées sur la participation et l'autosuffisance des collectivités.

Activités rémunératrices

101. Les activités rémunératrices bénéficient d'un appui dans l'ensemble de la région mais nombre de ces activités ont tout au plus un impact marginal. Le plus souvent, le travail de base préliminaire - étude de faisabilité ou étude de marché - n'est pas effectué avec la compétence requise. Ce problème est apparu nettement lors d'une récente évaluation des activités rémunératrices qui bénéficient d'une assistance de l'UNICEF dans le district de Kisumu au Kenya occidental, ce qui a conduit à repenser cette stratégie et à mettre désormais l'accent moins sur le rôle du groupe que sur celui de l'individu et de son esprit d'entreprise. En revanche, du fait de ce déplacement de l'accent, une importance plus grande est accordée aux stimulants économiques et les objectifs sociaux passent à l'arrière-plan.

102. Les bureaux de l'UNICEF au Botswana et au Rwanda, entre autres, ont reçu des crédits et bénéficié de services consultatifs et autres de la part du réseau "Women's World Banking". Les avantages de cette coopération sont apparus clairement au Rwanda, où un projet appuyé par le bureau régional pour l'Afrique orientale et australe est aujourd'hui nettement bénéficiaire alors qu'il n'avait auparavant qu'un rendement marginal. Les participantes à ce projet sont satisfaites d'avoir acquis ainsi une nouvelle assurance et de nouveaux talents productifs. Un projet analogue a été lancé au Burundi.

F. Enfants vivant dans des situations particulièrement difficiles

Enfants des rues

103. On ne peut pas parler de prestation de services en faveur des couches déshéritées des zones urbaines sans aborder le problème des enfants des rues, problème que connaît Nairobi depuis une vingtaine d'années et qui se répand dans les autres centres urbains du pays. Le phénomène est relativement récent à Mogadiscio où au moins 3 000 enfants vivent et travaillent dans la rue. Il prend de l'ampleur en Angola, au Kenya, à Madagascar, au Mozambique, en Somalie et en Zambie. Certes, on ne dispose pas de chiffres exacts en ce qui concerne Luanda; mais la première impression que l'on a en arrivant dans cette ville, c'est que la plupart des enfants vivent dans la rue, où ils ont été rejetés par suite des déplacements massifs de population provoqués par la guerre et la déstabilisation du pays. Le problème des enfants des rues a eu pour effet de renforcer l'appui aux efforts que font les ONG dans plusieurs pays pour fournir des services et assurer une formation. CHILDHOPE, une ONG nouvellement créée dont le siège est à Guatemala, s'emploie à résoudre les problèmes des enfants des rues dans le monde entier.

Enfants dans des situations de conflit armé

104. Au Mozambique, sur les 4,6 millions de personnes directement touchées par la guerre, on estime à 1,6 million le nombre des personnes déplacées, qui sont pour la plupart des femmes et des enfants. En Angola, ce nombre s'est accru de 90 000 l'an dernier pour atteindre près de 690 000 personnes. Dès leur tendre enfance, les enfants de ces deux pays en guerre ont dû vivre dans un climat de violence et d'insécurité; des milliers d'entre eux ont perdu leurs parents, ont été abandonnés ou séparés de leurs familles, se retrouvant souvent dans des pays voisins tels que le Malawi, la Zambie et le Zimbabwe.

105. Outre qu'il fournit une aide d'urgence sous forme d'aliments complémentaires et d'autres produits de première nécessité, l'UNICEF préconise et appuie les solutions rentables basées sur la communauté. En Angola, il apporte son appui à un programme communautaire en faveur de l'enfance visant à fournir des services préscolaires peu coûteux aux enfants déshérités des zones rurales et urbaines. Un signe encourageant à Huambo, deuxième ville du pays, durement éprouvée par la guerre, est le nombre des enfants qui affluent vers les centres nouvellement créés. Le séminaire national sur les diverses formules de prestation de soins aux enfants au Mozambique a recommandé les mesures suivantes en faveur des enfants vivant dans les zones rurales touchées par la guerre : fourniture d'une aide matérielle aux familles vulnérables pour prévenir l'abandon des enfants; redoublement d'efforts pour permettre aux enfants de regagner leur famille; placement des enfants dans des foyers lorsque ceux-ci ne peuvent pas regagner leur famille; et, seulement en dernier ressort, création de centres.

106. Les recommandations concernant expressément les enfants des zones urbaines sont la promotion d'activités professionnelles et récréatives visant à arracher les enfants à la rue et l'appui aux initiatives destinées à permettre aux enfants des

rues de regagner leur famille. Trois groupes particulièrement vulnérables ont été considérés comme prioritaires : les orphelins, les enfants perdus et abandonnés dans les zones touchées par la guerre, la sécheresse et la famine; les enfants des rues et les enfants vivant dans des institutions.

107. L'UNICEF, Radda Barnen et le Réseau africain pour la protection de l'enfance contre les mauvais traitements et la privation de soins (ANPPCAN) ont organisé du 6 au 10 juillet 1987, à Nairobi, la première Conférence internationale sur les enfants dans des situations de conflit armé en Afrique, à laquelle ont participé plus de 100 représentants de gouvernements, d'ONG, d'organismes des Nations Unies et de mouvements africains de libération nationale. La Conférence a expressément recommandé à l'UNICEF de promouvoir la notion de "zones de paix" et la Convention relative aux droits de l'enfant en Afrique. En outre, la Conférence s'est prononcée en faveur d'activités connexes, telles que la réalisation d'études sur les droits juridiques des enfants, en vue d'élaborer des lois pour la protection et le développement de l'enfant.

G. Services urbains

108. Le gonflement du nombre des migrants et des personnes déplacées en quête d'abri dans les villes de la région a motivé le renforcement de l'appui aux services urbains. La satisfaction des besoins des couches déshéritées du milieu urbain devient une priorité, surtout dans les Etats de première ligne d'Angola et du Mozambique, mais également à Madagascar et en Somalie.

109. On est en train d'élaborer un plan en vue d'aborder systématiquement les problèmes urbains au Kenya, dont la capitale, Nairobi, connaît depuis longtemps des problèmes de congestion et d'insalubrité. Une réunion entre les autorités kényennes, les donateurs et les ONG s'est tenue à Nairobi avec le concours de l'UNICEF en vue d'examiner les problèmes municipaux sous un nouvel angle. Le Plan d'action issu de cette réunion prévoit la poursuite des consultations entre les parties intéressées et l'appui à des projets locaux.

110. Pour élargir la portée de son programme urbain, le bureau de l'UNICEF à Mogadiscio a parrainé la poursuite d'une étude qui avait abouti à la création d'un bureau des services urbains financé conjointement par l'UNICEF et CONCERN (Irlande), et qui avait pour objectif d'identifier les couches déshéritées de Mogadiscio, la capitale, et de proposer diverses formes d'assistance. Aussi, l'un des principaux éléments du nouveau programme de pays porte-t-il sur les services urbains essentiels. Une étude similaire de la situation des femmes et des enfants déshérités en République-Unie de Tanzanie est en cours d'élaboration dans le cadre de la planification d'un programme local à Dar es-Salam et dans les autres zones urbaines du pays.

III. RELATIONS EXTERIEURES

111. Le bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe continue de fournir aux pays de la région un appui dans le domaine des relations extérieures. La déstabilisation croissante de l'Afrique australe et le sort des enfants dans les conflits armés continuent d'appeler l'attention aux niveaux régional et national.

112. La presse africaine et mondiale s'est largement fait l'écho du rapport intitulé Children on the Front Line (chapitre consacré à l'Afrique du Sud), publié à Nairobi et des conférences de presse consacrées à ce rapport. La Conférence internationale sur les enfants dans des situations de conflit armé en Afrique, tenue à Nairobi, a été l'occasion d'un échange de données d'expérience sur les mesures adoptées en faveur des enfants dans les diverses régions du continent.

113. La coopération régionale avec les autres organismes des Nations Unies, notamment avec le bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, s'est élargie. Les directeurs régionaux pour l'Afrique des deux organisations ont tenu leur troisième réunion de consultation annuelle à Bamako. L'UNICEF a ensuite participé officiellement à la réunion du Comité régional de l'OMS à laquelle ont assisté les ministres de la santé et dont le Directeur général de l'UNICEF a prononcé l'allocution d'ouverture; il a proposé à cette occasion "l'initiative de Bamako" concernant l'autogestion des fournitures, par les collectivités, de médicaments pour la santé maternelle et infantile qui promet d'être l'un des principaux aspects du programme en 1988-1989.

114. Dans le cadre de la célébration de l'Année internationale du logement des sans-abri, l'UNICEF a apporté son appui aux activités organisées par le Centre des Nations Unies pour les établissements humains en faveur des enfants des rues. Le bureau régional a participé à la production d'un film vidéo sur les enfants des rues en Afrique et du film "Give me Shelter" produit à l'occasion de la célébration de l'Année internationale.

115. Plusieurs pays ont mené une enquête sur la mobilisation sociale au niveau national, notamment sur les taux d'écoute radiophonique. Le bureau régional a coordonné l'organisation d'une série de séminaires régionaux sur la mobilisation sociale qui ont permis d'accélérer l'exécution des programmes. Il a également appuyé les initiatives de nombreux pays de la région qui ont célébré le quarantième anniversaire de l'UNICEF, en sensibilisant davantage le public aux problèmes liés à la survie et au développement de l'enfant par le biais des médias, d'expositions photographiques, de manifestations sportives, etc.

116. Une étape importante a été franchie lorsque les chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'unité africaine ont, lors de leur conférence annuelle de juillet 1987 à Addis-Abeba, proclamé 1988 "Année de la protection, de la survie et du développement de l'enfant africain". Par cette déclaration, ils engageaient leurs gouvernements respectifs à atteindre l'objectif de la vaccination universelle d'ici à 1990, la vaccination étant conçue comme un moyen permettant d'atteindre également d'autres objectifs.

117. Une autre initiative importante en matière de mobilisation sociale consistant en une association d'éminents Africains - écrivains, musiciens, intellectuels, artistes, cinéastes, etc. - est en train de prendre forme. A la suite du Colloque de Dakar et du Plan d'action adopté à cette occasion (mars 1987), nombre de pays de la région ont créé des groupes d'action nationaux et tenu des séminaires à l'intention de ces personnalités, en prévision du Colloque des artistes et intellectuels de l'Afrique australe, qui doit se tenir du 1er au 5 mars 1988 à Harare, en coopération avec le Gouvernement zimbabwéen.

118. Le renforcement des organes nationaux d'information de masse dans la région est resté une préoccupation majeure en 1987. L'attention s'est portée sur un projet exécuté en coopération avec l'Agence de presse du tiers monde et le Service de presse internationale (IPS). Des journalistes de neuf pays diffusent maintenant des reportages sur les problèmes liés à la survie et au développement de l'enfant dans toute la région, le bureau de l'IPS à Harare faisant office de centre d'information et de coordination en la matière. L'Agence de presse panafricaine (PANA) a manifesté un intérêt pour ce réseau d'information sur la survie et le développement de l'enfant et des discussions sont en cours. La section d'information du bureau régional a également maintenu d'étroites relations de travail avec les correspondants étrangers établis à Nairobi (environ 130); d'où l'intérêt que ces derniers portent aux questions liées à la survie et au développement de l'enfant. Un appui a également été fourni régulièrement à des cinéastes dont les productions ont trait à la survie et au développement de l'enfant, comme le feuilleton "Childhood" de la British Broadcasting Corporation.

119. Le bureau régional a renforcé sa coopération avec les ONG à vocation nationale et internationale. En Afrique de l'Est, en particulier, les gouvernements reconnaissent que les ONG apportent une contribution essentielle aux plans de développement. Le Save the Children Fund (Royaume-Uni) appuie la vaccination en Ouganda et son homologue des Etats-Unis fait de même au Botswana et en Zambie. Rotary International, qui continue à promouvoir la vaccination des enfants et a organisé des campagnes de collecte de fonds sur le plan local, reste le principal pourvoyeur de vaccins contre la poliomyélite. La Fédération luthérienne mondiale (connue pour son oeuvre en faveur des réfugiés), la Société de la Croix-Rouge et ses programmes "Child Alive", CARE, CRS et World Vision, pour ne citer que quelques-unes, restent des partenaires efficaces dans l'exécution des programmes de pays. Le Réseau africain pour la protection de l'enfant contre les mauvais traitements et la privation de soins nouvellement créé s'est également joint à cette entreprise de collaboration.

120. Certains bureaux recherchent les moyens d'institutionnaliser la coopération interorganisations. En 1986, au Mozambique, en dépit de la diversité des approches parmi les ONG, l'UNICEF a réussi à rassembler un certain nombre de partenaires, sur la base de la complémentarité de leurs apports aux programmes gouvernementaux, en vue de la création d'un fonds commun de soutien aux ONG qui fournit une assistance modeste à celles-ci dans le cadre des programmes de secours et de relèvement.

IV. ACTIVITES DANS LE DOMAINE DES FOURNITURES

121. Les chiffres actuels indiquent que les taux de vaccination ont beaucoup augmenté en Afrique de l'Est et en Afrique australe en 1987, y compris dans les pays connaissant de sérieuses difficultés matérielles. La Division des fournitures à Copenhague a contribué à l'amélioration de la situation en accroissant les stocks de matériel et d'équipement frigorifiques et en accélérant la livraison des vaccins.

122. On a continué à accorder une attention aux opérations d'approvisionnement dans les Etats de première ligne d'Afrique australe. La deuxième Conférence mondiale sur les fournitures s'est tenue à Mutare (Zimbabwe), peu avant un séminaire consacré à la logistique en Afrique australe. Ce dernier avait pour but d'examiner les

\$problèmes d'ordre opérationnel que connaissent les Etats d'Afrique australe et les stratégies à envisager en ce qui concerne les arrivages, les possibilités d'achat et les formules de remplacement en vue d'atténuer la dépendance vis-à-vis de l'Afrique du Sud. Les bureaux de l'UNICEF au Botswana, au Malawi et en Zambie examinent une proposition consistant à utiliser le port de Baira au Mozambique pour desservir ces pays. Le Malawi et la Zambie utilisent le port de Dar es-Salam pour leurs expéditions par conteneurs. Les installations portuaires ont été améliorées grâce à l'afflux de fonds extérieurs destinés à cette fin, ce qui a permis de réduire les délais de transit.

123. La livraison de fournitures par voie terrestre, notamment dans les pays sans littoral, s'est effectuée dans d'assez bonnes conditions dans toute la région. La distribution interne en Angola et au Mozambique et le transit par le nord de l'Ouganda vers le Soudan restent cependant très difficiles. Rien n'indique que la situation s'améliorera dans un proche avenir, la tension restant vive dans la région. Le Mozambique continue de recevoir ses secours d'urgence par l'intermédiaire du Swaziland.

124. Au cours de l'année, les bureaux de l'UNICEF dans la région ont poursuivi avec des fortunes diverses la mise en place du système mondial d'approvisionnement sur le terrain. Cette entreprise prioritaire se poursuivra en 1988.

125. Une formation a été assurée et des conseils fournis en matière de fournitures au cours de l'année. Le bureau de l'UNICEF à Addis-Abeba (Ethiopie) a organisé en avril un séminaire à l'intention du personnel éthiopien de contrepartie en vue de le familiariser avec les procédures et pratiques en matière de fournitures. Le bureau régional pour l'Afrique de l'Est et l'Afrique australe a fourni une aide d'appoint similaire à l'Angola, au Botswana et à la Zambie.

TAUX DE VACCINATION

Pays	USMR	Naissances (pour 1 000)	COL (2x3)	VACCINATION				Taux d'enfants incomplètement vaccinés contre la poliomyélite %	TT2 %	Couverture complète %	Année
				Rougeole %	BCG %	OPV3 %	OPV3 %				
MALAWI	275	373	102 575	68	86	54	68	25	47	43	
ETHIOPIE	257	2 175	558 975	10	20	12	12		8	8	
SOMALIE	257	221	56 797	25	28	17	17		8	8	1986
MOZAMBIQUE	252	633	159 516 39	73 45	86 32	73 32	73	14	67 19	55	Trois villes-1987 Est-1987 1986
ANGOLA	242	416	100 672	70	30	15	16		57		1986
RWANDA	214	314	67 196	46	73	50	44	19	20	58	Pays-1985 Kigali-1987
BURUNDI	200	220	44 000	56	80	61	66	19	16		1986
REPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE	183	1 144	209 352	67	82	62	62		58	53	Six régions-1986
SWAZILAND	162	31	5 642	66	74	72	73	12	56	62	
OUGANDA	178	784	139 552	33	51	21	21	25	5 36	5-29 35	Zones rurales-1987 Zones urbaines-1987
LESOTHO	144	64	9 216	73	86	80	82		0		
COMORES	135	21	2 835	70	95	70	70		19	50	1987
ZAMBIE	135	323	43 605	60 57	78 75	74 59	70 53	16 31	39 42	48 36	Zones urbaines-1986 Zones rurales-1986
KENYA	121	1 138	137 698	44 60	87 60	54 75	54 74	17	62	41	Carnet-1987 Carnet et antécédents-1987
ZIMBABWE	121	417	50 457	77	87	74	70		45	55	
BOTSWANA	99	55	5 445	91 89	85 80	88 82	87 81	11 16	51 38	67 61	Est-1987 Ouest-1987
MADAGASCAR	97	446	43 262	62 28	65 31	69 20	69 23	9	41 21	46	Antananarivo-1987 Pays-1987
MAURICE	32	26	832	75	88	85	85		57	72	
SEYCHELLES		5		99	99	99	99		100	99	
SAO TOME-ET- PRINCIPE	5										

Note : USMR = Nombre d'enfants écédés avant l'âge de cinq ans pour 1 000 naissances vivantes.

BCG = Vaccin contre la tuberculose.

OPV3 = Trois doses de vaccin contre la poliomyélite administrées par voie buccale.

DTT3 = Trois doses de vaccin triple contre la diphtérie, la coqueluche et le tétanos.

TT2 = Deux doses de vaccin contre le tétanos.