

Distr.
LIMITEE

E/ICEF/1993/P/L.7
2 février 1993
FRANCAIS
ORIGINAL : ANGLAIS/FRANÇAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Comité du programme
Session de 1993

POUR SUITE A DONNER

RECOMMANDATION CONCERNANT LE PROGRAMME DE PAYS*

Mali

Le Directeur général recommande que le Conseil d'administration approuve, au titre du programme du Mali et pour la période 1993 à 1997, un prélèvement de 20 625 000 dollars sur la masse commune des ressources, dans la limite des fonds disponibles et un prélèvement de 22 129 000 dollars sur les fonds supplémentaires, sous réserve de la réception de contributions à des fins spéciales.

* Afin de respecter les délais impartis pour la production des documents du Conseil, le présent document a été établi avant que les résultats financiers définitifs de l'exercice ne soient disponibles. Les ajustements nécessaires, compte tenu des soldes non dépensés au titre de la coopération au programme à la fin de l'exercice 1992, seront indiqués dans l'état récapitulatif des recommandations de 1993 concernant la masse commune des ressources et les fonds supplémentaires (E/ICEF/1993/P/L.2 et Add.1).

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES	3
COOPERATION AU PROGRAMME, 1988-1993	5
COOPERATION RECOMMANDEE AU PROGRAMME, 1993-1997	9

Tableaux

1. Statistiques de base sur les enfants et les femmes	16
2. Dépenses de la période de coopération précédente (1988-1993)	18
3. Dépenses prévues pour la période 1993-1997	19
4. Lien entre le budget-programme, les effectifs et les dépenses de personnel	20

LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Avec un revenu par habitant de 270 dollars des Etats-Unis, le Mali se situe parmi les 20 pays les plus pauvres du monde. La base de son économie étant agricole, le Mali est très exposé aux aléas du climat. Les sécheresses répétées qui ont surtout affecté les régions du Nord et la dégradation de l'environnement ont eu un impact sur les conditions de vie des enfants et des femmes : disponibilité alimentaire incertaine, appauvrissement des ménages, accroissement du nombre de femmes seules chargées de ménage suite à l'exode des maris en quête d'emploi, amplification du travail des enfants, urbanisation sauvage. En plus, la corvée de la femme et des enfants se trouve alourdie par la rareté du bois de chauffe et la disparition de points d'eau.

2. Le taux de mortalité infantile est estimé à 108 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité infanto-juvénile à 225 pour 1 000 naissances vivantes. Près d'un enfant sur cinq meurt avant l'âge de 5 ans, soit environ 85 000 enfants par an. Environ 1 000 accouchements sur 100 000 naissances causent un décès maternel. La diarrhée, le paludisme et les infections respiratoires aiguës (IRA), aggravés par les problèmes d'ordre nutritionnel, sont les trois principales causes de mortalité infanto-juvénile, qui à elles seules expliquent plus de 40 % des décès. Ensuite viennent le tétanos et la rougeole. L'insuffisance des services de base (santé, éducation, approvisionnement en eau potable, assainissement), l'insécurité alimentaire et la faiblesse des revenus des ménages expliquent en grande partie la persistance de ces taux élevés.

3. Comme ailleurs, la prévalence du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) se répand rapidement. Parmi les groupes à risque, le taux était déjà d'un quart en 1987 et actuellement il est estimé à 60 %. Dans certains pays africains, on estime que le SIDA pourrait être la cause d'une augmentation de 50 % de la mortalité infantile d'ici à la fin de la décennie. Etant donné que la prévalence est déjà élevée dans plusieurs pays limitrophes, le Mali sera certainement de plus en plus touché par ce problème.

4. La malnutrition est répandue et l'on estime qu'un tiers des enfants de 15 ans en souffre. La malnutrition avancée est plus fréquente chez les enfants âgés de 12 à 23 mois (11 %). Le taux de malnutrition chronique le plus élevé est enregistré dans les régions de Tombouctou, Gao, Kidal et Mopti (31 %). Pour l'ensemble du Mali, ce taux s'élève à 27 % en milieu rural et il reste élevé en milieu urbain (20 %). Les maladies de carence (troubles dus à la carence en iode, avitaminose A, anémie ferriprive) prennent des proportions inquiétantes, mais très variables d'une zone à l'autre.

5. Le taux d'alphabétisation est de 18 %. De 11 % pour la population féminine dans son ensemble, il tombe à 5 % pour les femmes et les filles vivant en milieu rural.

6. Seulement 40 % de la population malienne vivent à une distance de moins de 15 kilomètres d'un centre de santé. Il n'est pas surprenant donc que moins d'un quart des enfants âgés de moins d'un an soient complètement vaccinés. Pour les mêmes raisons, seulement 15 % des femmes maliennes en grossesse se présentent à au moins une consultation prénatale. Les accouchements sont assistés dans 16 % des cas et il en est de même pour la couverture antitétanique des femmes en âge

de procréer comptant environ 10 % sur l'ensemble du territoire. Les activités de planification familiale ne touchent que 1 % de la population féminine en âge de procréer et la surveillance de la croissance des enfants âgés de moins de 4 ans couvre à peine 1 %. Les budgets de ménage prennent en charge près de 60 % des coûts récurrents des services de santé et les 40 % sont couverts par le budget de l'Etat et surtout par les bailleurs de fonds.

7. En matière d'eau et d'assainissement, au niveau national le taux moyen d'accès à l'eau est de 48 %. Ce chiffre masque de fortes disparités entre les régions (de 4 % à 60 %), celles du Nord, où le terrain est beaucoup plus difficile, étant de loin les moins desservies. On estime à environ 15 % le taux global d'accès aux dispositifs sanitaires. L'amélioration du stockage et de l'utilisation de l'eau est un domaine où il reste beaucoup à faire.

8. L'école primaire est fréquentée par 28 % des enfants âgés de 7 à 12 ans. Les garçons y sont presque deux fois plus nombreux que les filles. Les chiffres sont caractérisés par de larges écarts entre d'une part le taux de scolarisation en général, qui est de 89 % dans le district de Bamako contre 19 % dans la région de Kayes et d'autre part le taux de scolarisation des filles, qui est de 79 % à Bamako contre 12 % à Mopti. D'une façon générale, il existe des disparités à l'intérieur d'une même région, selon qu'il s'agisse de zones rurales ou urbaines. Les raisons avancées pour les faibles taux d'inscription sont les facteurs traditionnels d'un manque de pertinence des programmes scolaires pour le milieu rural et des facteurs socio-culturels. Ces derniers sont entre autres à la défaveur de la scolarisation des filles.

9. La condition de la femme est largement déterminée par sa surcharge de travail (ménager et agricole), les grossesses multiples et son statut traditionnel. A la faveur de ce dernier, la faible productivité du travail de la femme reste marquée par l'absence d'encadrement et le non-accès au crédit.

10. Les disparités régionales en terme de disponibilité des services de base sont considérables, ces derniers étant moins répandus dans la bande sahélienne. Le faible développement des ressources du pays et les contraintes socio-culturelles sont autant de facteurs qui compliquent la résolution des difficultés qui affectent les enfants et les femmes.

11. Dans un contexte d'ajustement structurel, l'insuffisance de ces services de base ne peut être résolue par les seuls moyens de l'Etat. La restructuration de la fonction publique et la privatisation des entreprises publiques affectent directement ces services, bien qu'il s'agisse souvent d'une prise en charge par les communautés. Sur le plan sociopolitique, l'aspiration des populations à un système de démocratie pluraliste et la détérioration des conditions de vie ont donné lieu en mars 1991 à un soulèvement populaire et à l'adoption d'une nouvelle constitution, qui, suite à l'élection d'un gouvernement multipartite, a institutionnalisé la gestion décentralisée et déconcentrée des affaires du pays. Ainsi, le désengagement progressif de l'Etat sera équilibré par une implication accrue de la société civile dans la gestion de son propre bien-être.

12. Le Gouvernement du Mali a coprésidé le Sommet mondial pour les enfants et a ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant. Un plan d'action

national (PAM) pour la survie, le développement et la protection de l'enfant a été élaboré et adopté par le Conseil des ministres du gouvernement de transition en octobre 1991.

Objectifs principaux du plan d'action national

	<u>1990</u>	<u>2000</u>
1. TMI pour 1 000 naissances vivantes)	108	72
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	225	120
2. TMM (pour 100 000 naissances vivantes)	1 000	500
3. Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans (%) (poids insuffisant) - modérée et avancée	33	22
4. Accès à une eau de boisson salubre (%)	48	72
5. Accès à des moyens hygiéniques d'évacuation des excréta (%)	15	30
6. Education de base		
Ratio d'inscription au niveau primaire (%)	23	46
Pourcentage des enfants inscrits en première année achevant leurs études primaires	15	30
7. Taux d'alphabétisation des adultes (%)	19	50

COOPERATION AU PROGRAMME, 1988-1993

13. L'élaboration du programme de coopération 1988-1992 était fortement marquée par l'expérience des opérations de secours d'urgence. Les stratégies adoptées ont souligné l'importance de la pérennité des interventions. L'exécution s'est réalisée par un ensemble de projets gérés à travers des structures de type public ou communautaire aux niveaux central, régional, de cercles et d'arrondissement.

14. La santé, axe principal du programme, a démarré en quatre volets : le programme élargi de vaccination (PEV), le renforcement des services de santé maternelle et infantile (SMI), le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques (LCMD) et la programmation sanitaire décentralisée dans le cercle de Djenné. Les trois premiers volets étaient des interventions qui appuyaient les services administrés à partir du niveau central. Entre-temps, l'expérience à Djenné permit de mettre à l'épreuve un modèle de planification sanitaire et de gestion décentralisée du type de l'Initiative de Bamako.

15. La programmation dans le cercle de Djenné s'est appuyée sur l'élaboration d'un plan de développement sanitaire pour le cercle intégrant l'ensemble des activités sociosanitaires avec la budgétisation des coûts d'investissement et de fonctionnement. Un nouveau système de gestion a été mis en place pour permettre

aux centres de santé de s'autofinancer à partir des contributions financières villageoises et, partiellement, à l'aide des subventions de l'Etat. Une tarification des prestations a été introduite. La disponibilité de médicaments essentiels et l'amélioration de la qualité des services ont augmenté de façon significative la fréquentation des centres de santé. Le recouvrement des coûts s'est avéré faisable et acceptable pour la population.

16. Selon les expériences comme celle de Djenné, le gouvernement a adopté une nouvelle politique sanitaire basée sur l'intégration des différents services de santé, jusqu'ici organisés de façon trop verticale à partir du niveau central. Cette politique prévoit la création de centres de santé communautaires, entièrement financés par les populations mais appuyés techniquement par les services de santé. A partir de 1990, l'UNICEF a réorienté ses interventions selon cette nouvelle politique et des conseillers en soins de santé primaires (SSP) ont été installés dans cinq régions. Cette assistance technique a appuyé le démarrage du projet de santé, population et hydraulique rurale (PSPHR), conjointement soutenu par la Banque mondiale, l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Agency for International Development des Etats-Unis (USAID), le Fonds européen de développement (FED), le Fonds d'aide et de coopération (FAC) français et l'Agence allemande pour la coopération technique.

17. Le PEV a démarré au Mali en fin 1986. Les difficultés de soutenir un tel programme dans un pays où l'infrastructure est très limitée étaient évidentes. L'objectif qui est d'atteindre une couverture nationale le plus rapidement avait mené à un programme caractérisé par une gestion centralisée, qui rendait plus difficile sa pérennisation. De plus, on se rendait compte que l'extension de la couverture avait atteint ses limites. La décentralisation de la gestion entamée en 1991 a permis des économies substantielles dans les frais de fonctionnement. Les comités locaux de développement ont pris en charge le financement de certaines catégories de personnel de santé afin d'augmenter le taux d'immunisation. Cette évolution devait permettre de consolider et d'étendre la couverture vaccinale de rougeole, qui était passée de 3 % en 1987 à 39 % en 1991.

18. Le renforcement des services de SMI visait l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services. Dans ce but, des réorganisations ont été opérées essentiellement au niveau des centres de santé de cercle. Par contre, ces activités ont concerné très peu de centres de santé au niveau d'arrondissement, ce qui a limité leur impact. La politique sanitaire nouvellement adoptée a placé le programme dans un cadre plus large de manière à créer les conditions favorables à la réalisation de ses activités.

19. Le programme LCMD a créé une unité de production de sachets de sels de réhydratation par voie buccale (SRO), dont la qualité est satisfaisante. Une étude menée en 1992 a démontré que la disponibilité des sachets dans les centres de santé est plus élevée dans les régions où une politique de médicaments essentiels et de planification décentralisée a été introduite. Le taux d'utilisation de la réhydratation par voie buccale chez les mères se situe à 41 %, dont 26 % pour les SRO et 15 % pour la solution salée-sucrée.

20. Dans les régions de la bande sahélienne où les communautés avaient difficilement accès à l'eau potable, l'UNICEF a amélioré le système d'hygiène de

l'eau afin d'en permettre la consommation. Depuis 1989, 261 nouveaux forages ont été exécutés, dont 214 ont été équipés de pompes manuelles suivant des contributions des communautés concernées. Un réseau privé d'entretien et de réparation a été mis en place couvrant 1 300 pompes. La composante hygiène et assainissement n'a démarré que lentement, en attendant la clarification de la politique gouvernementale dans ce domaine. En 1991, en collaboration avec le gouvernement et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), l'UNICEF a financé une étude proposant des solutions aux problèmes d'hygiène et d'assainissement dans les zones rurales. Au cours de la même année, l'UNICEF a financé une enquête nationale sur la dracunculose. Cette enquête a couvert plus de 8 000 villages, dont 1 730 se sont avérés endémiques. Un programme national d'éradication de la maladie a été lancé à la fin de 1992.

21. Afin d'arrêter la baisse des taux de scolarisation primaire, l'UNICEF a élaboré, en collaboration avec le gouvernement, des programmes plus appropriés, surtout dans le domaine de l'éducation sanitaire. Ce dernier projet a été expérimenté dans la bande sahéenne. L'identification et l'application d'une méthodologie active d'enseignement par objectif, la conception et la production de matériel pédagogique et la formation des maîtres constituent des réalisations que le gouvernement a intégrées aux programmes officiels d'enseignement en 1992.

22. Le projet d'alphabétisation féminine dans la bande sahéenne était basé sur la formation de base en langues nationales, renforcée et intégrée par des projets de développement communautaires. On a constaté qu'un nombre élevé d'enfants non scolarisés fréquente les centres d'alphabétisation du projet. Ce phénomène est d'autant plus remarquable que le projet se déroulait dans des zones où les contraintes socioculturelles défavorables à la scolarisation de l'enfant sont des plus accentuées. Cette expérience a amené le gouvernement à développer un nouveau programme pour ces enfants non scolarisés basé sur le projet d'alphabétisation féminine.

23. Des projets de sécurisation alimentaire familiale, résultant essentiellement du programme de secours d'urgence, ont été exécutés dans la zone sahéenne autour de Tombouctou, Bourem, Djenné et Ségou. En plus de l'amélioration de la disponibilité alimentaire, ces projets de zone ont également servi de points de convergence des projets de SSP, d'approvisionnement en eau et d'alphabétisation féminine. Une composante écologique a été introduite afin de promouvoir le reboisement. La surveillance nutritionnelle des enfants a été assurée par un système géré directement par les communautés. Le projet à Ségou était en fait le programme conjoint d'appui à la nutrition financé par le Gouvernement italien à travers l'UNICEF et l'Organisation mondiale pour la santé (OMS). Une évaluation externe menée en 1992 a donné des résultats positifs. Surtout la responsabilisation des paysans a été soulignée comme acquis inestimable.

24. L'évolution de la situation en milieu urbain a marginalisé une couche grandissante de la population, dont les victimes principales sont les enfants de la rue et les femmes des bidonvilles. Des études ont été entreprises en vue de mieux cerner le problème. Une collaboration s'est développée avec des organisations non gouvernementales (ONG) locales. Ainsi, les bases ont été jetées pour le développement d'un nouveau programme pour la période 1993-1997.

25. Les efforts de communication et de mobilisation sociale se sont axés sur le développement d'une approche décentralisée. Le programme a formulé des réponses aux besoins immédiats et spécifiques par région pour le PEV, la SMI, la LCMD, l'assainissement et le SIDA. La principale contrainte a été le besoin d'intégrer les efforts des différents services. Cependant, les efforts de mobilisation pour le PEV ont propagé la connaissance et la compréhension du programme parmi pratiquement toutes les couches de la population, y compris les hommes. Depuis 1991, une presse privée pluraliste et des radio libres ont vu le jour. Les premiers pas vers une collaboration étroite avec ces médias ont été faits.

26. Le programme de suivi de la situation des enfants et des femmes a donné un appui à la Direction nationale de la statistique et de l'informatique pour la confection d'un bulletin diffusant des données spécifiques sur les groupes cibles. Ce travail a permis une prise de conscience du manque de fiabilité des données générées par les services techniques. Ainsi l'élaboration du PAN a imposé avec une force nouvelle la nécessité de suivre la situation des enfants et des femmes. Une commission inter-ministérielle a été instituée pour mettre en place un mécanisme de suivi opérationnel des indicateurs.

27. Il est à retenir de la coopération précédente un certain nombre de points déjà évoqués lors de la revue à mi-parcours et qui s'étaient traduits par des ajustements du programme au cours de son exécution. L'expérience acquise a mis en relief l'efficacité de la planification décentralisée des services de base et l'intérêt de la contribution financière ou organisationnelle des bénéficiaires au développement des interventions. Le besoin d'une intégration plus opérationnelle entre les différentes activités sectorielles a été de plus en plus ressenti. L'ajustement structurel devra aussi être mieux pris en compte dans la planification de la contribution du gouvernement au programme de coopération.

COOPERATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 1993-1997

Masse commune des ressources : 20 625 000 dollars
Fonds supplémentaires : 22 129 000 dollars

Coopération recommandée au programme a/

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

	Masse commune des ressources	Fonds supplémentaires ^b	Total
Santé	6 084	7 396	13 480
Approvisionnement en eau et assainissement du milieu	1 855	4 447	6 302
Nutrition	2 680	4 286	6 966
Education	2 681	2 500	5 181
Développement du jeune enfant	1 030	1 500	2 530
Lutte contre le SIDA	500	500	1 000
Mobilisation sociale et plaidoyer	1 030	1 500	2 530
Planification/statistiques sociales	225	-	225
Appui au programme	4 540	-	4 540
Total	20 625	22 129	42 754

^a La ventilation des dépenses annuelles estimées figure au tableau 3.

^b A ce chiffre viennent s'ajouter des projets à financer à l'aide de fonds supplémentaires déjà disponibles, comme indiqué au tableau 3.

28. Le nouveau programme de coopération se base surtout sur une analyse de la situation actuelle des mères et des enfants et tient compte des résultats et des recommandations de la revue à mi-parcours, qui a eu lieu en mars 1991. L'élaboration de la nouvelle analyse de situation a été entreprise par six différents groupes de travail interministériels. Ces travaux ont été conclus par un atelier national tenu en janvier 1992 et auquel les autres agences de Nations Unies et certaines ONG ont été invitées. Dès lors, la formulation d'un nouveau programme de coopération a été entamée par le gouvernement et l'UNICEF. Une première étape a été franchie avec la définition d'une stratégie qui arrêterait les grands axes du nouveau programme et les approches sectorielles à adopter. L'élaboration du plan cadre et des plans d'opérations sectoriels s'en est suivie et cette phase s'est achevée par une réunion de réflexion au mois de juillet 1992. Tous les travaux ont été menés en étroite collaboration entre le gouvernement et l'UNICEF. Les différentes réunions ont également favorisé des échanges de vues entre les départements techniques et les autres partenaires du développement. Cette série de réunions a permis non seulement de mieux définir

la coordination entre les différents intervenants, mais aussi et surtout de soumettre les propositions au regard critique de tous.

29. Le nouveau programme de coopération prend en compte l'expérience et l'évolution du programme précédent, qui au cours de son exécution avait déjà introduit des ajustements en vue d'optimiser les ressources et l'impact et de mieux répondre aux changements profonds de la situation sociopolitique. Par ailleurs, ces réorientations qui caractérisent le nouveau programme correspondent également aux recommandations faites par l'évaluation du programme de l'UNICEF menée conjointement, au Mali et dans cinq autres pays, par les Gouvernements australien, canadien, danois et suisse. Cette équipe d'évaluation a visité le Mali au cours des mois de novembre 1991 et mars 1992.

30. L'analyse de la situation achevée en 1992 a identifié les problèmes de santé des enfants et des femmes comme étant les plus aigus et les attribue surtout à l'insuffisance et à la défaillance des structures sanitaires. Les autres facteurs, tels que la malnutrition, les mauvaises conditions d'hygiène et l'insuffisance de l'éducation contribuent de façon significative à la complication des premiers.

31. Le programme 1993-1997 vise à franchir une étape déterminante vers la réduction des taux de mortalité infantile et infanto-juvénile de façon à atteindre 72 et 120 pour 1 000 naissances vivantes respectivement, d'ici à l'an 2000. Il vise également une réduction importante du taux de mortalité maternelle. L'atteinte de ces objectifs se réalisera à travers huit programmes inter-sectoriels, dont les impacts se renforceront mutuellement et par l'intermédiaire des actions d'autres intervenants tels que les agences des Nations Unies, les bailleurs de fonds et les ONG.

32. La priorité qui sera donnée à la santé guidera les choix d'intervention au niveau géographique. Vu l'importance de ce secteur, les activités de santé se dérouleront dans toutes les régions du pays en collaboration et en complémentarité avec les autres partenaires, surtout ceux qui sont impliqués dans le PSPHR ainsi qu'avec plusieurs ONG.

33. Le renforcement et le développement des services de santé en vue de l'extension de la couverture sanitaire (accessibilité géographique et financière, disponibilité des services) seront poursuivis dans le cadre de la nouvelle politique sectorielle du gouvernement, qui vise la relance de SSP. La notion de pyramide sanitaire devra évoluer d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle qui différencie les niveaux d'opération, d'appui et d'orientation. Le cercle représente le niveau opérationnel et constitue l'unité chargée de planifier le développement de la santé, de le budgétiser et d'en assurer la gestion.

34. Malgré la modicité du pouvoir d'achat des communautés, leur participation sera essentielle dans la gestion du système de soins de santé de base et contribuera à sa pérennisation suivant la stratégie initialisée l'Initiative de Bamako. Cette dernière préconise le financement partiel des services sanitaires à travers les contributions de la communauté pour l'achat des médicaments.

35. Dans ce contexte, l'UNICEF apportera un appui technique de haut niveau à cinq directions régionales pour la mise en oeuvre du programme cofinancé par les autres bailleurs de fonds. Ce programme vise la création et la réhabilitation de 120 centres de santé communautaires, la revitalisation de 27 centres de santé d'arrondissement et le renforcement de 21 plateaux techniques de centres de santé de cercle. L'assistance technique et matérielle de l'UNICEF contribuera également, dans les autres cercles de ces régions ainsi que ceux dans la région de Sikasso, à la revitalisation de 70 centres de santé d'arrondissement supplémentaires et à la création de 40 centres de santé communautaires, en prenant entièrement en charge leur financement. Un paquet minimum d'activités curatives, préventives et promotionnelles sera développé et mis en place dans tous ces centres de santé et accessible à la population. Ce paquet minimum inclut les médicaments essentiels.

36. Les trois régions du nord qui ne sont pas touchées par le projet PSPHR, seront couvertes par un projet proposé par l'UNICEF et le FED, qui adoptera une approche similaire. Les conditions du milieu et la dispersion des populations favoriseront une stratégie mobile polyvalente en complément aux 30 centres de santé d'arrondissement à revitaliser.

37. En ce qui concerne les activités en matière de planification familiale, le PSPHR étend sa couverture sur tout le territoire du Mali. Conformément à la nouvelle politique sanitaire, ces activités font partie intégrante des services offerts par tous les centres de santé. Ce volet sera soutenu par l'USAID.

38. Les programmes dont la gestion était centralisée, notamment le PEV et la LCMD, seront progressivement intégrés dans les services de santé de base au niveau du cercle, de l'arrondissement et de la communauté à travers le paquet minimum. Cette évolution assurera la pérennité en diminuant leurs coûts élevés grâce à une utilisation plus rationnelle de leurs moyens, spécialement logistiques.

39. Sur le plan national, des stratégies seront développées pour réduire l'impact des maladies qui sont les causes les plus fréquentes de décès des enfants et de la mortalité maternelle élevée au Mali. Il s'agit de la lutte contre le paludisme, les IRA, les maladies sexuellement transmissibles (MST) et les problèmes de périnatalité. Une attention particulière sera accordée aux problèmes de la santé de la femme. Toutes ces actions doivent être également intégrées dans le paquet minimum au niveau périphérique.

40. Les régions du nord où les services de base sont plus limités, continueront d'être la zone d'intervention privilégiée des programmes d'hydraulique, d'assainissement et d'éducation. Dans la même zone, mais à une échelle géographique plus réduite, les interventions de sécurisation alimentaire et de nutrition serviront de plate-forme d'intégration de l'ensemble de toutes les interventions. La dégradation de l'environnement, la précarité du tissu économique et la vulnérabilité des populations dans ces régions qui étaient mises en relief par les sécheresses des années 1980, ont été des considérations importantes pour ces choix. L'effet de ces différentes interventions renforcera celles de la santé et permettra un impact maximal sur le bien-être des enfants et des femmes.

41. L'amélioration des conditions d'hygiène et l'approvisionnement en eau potable restent des moyens indispensables pour diminuer l'incidence des maladies qui tuent les enfants. En plus, une bonne disponibilité d'eau réduit la charge de travail de la femme. Une meilleure santé ne peut être acquise que par de nouvelles connaissances, attitudes et pratiques à l'égard de l'élimination de déchets et l'hygiène en général. Dans cette optique, l'éducation pour la santé sera l'axe principal du programme. Dans les zones où la dracunculose est endémique, la lutte pour son éradication sera le point d'entrée privilégié pour l'éducation pour la santé, parce qu'elle permettra de démontrer aux populations l'impact déterminant des pratiques d'hygiène et d'assainissement.

42. L'hydraulique villageoise prônera l'utilisation d'approches fiables, durables et à la portée des villageois pour satisfaire les besoins en eau potable des communautés rurales de la bande sahélienne. L'approvisionnement en pièces de rechange essentielles pour les pompes manuelles sera renforcé afin de permettre le désengagement progressif de l'UNICEF. L'exécution se fera suivant une approche intégrée basée sur la participation maximale des communautés, plus particulièrement celle des femmes, dans la planification des interventions, l'exécution, le fonctionnement et le maintien des installations ainsi que dans le suivi et l'évaluation des impacts.

43. La scolarisation primaire conventionnel, qui a été jusqu'ici la clé de voûte de la stratégie du gouvernement pour élever le niveau d'alphabétisation du pays, ne semble toujours pas répondre aux besoins et souhaits des populations rurales, malgré les investissements considérables qui y ont été consentis par de nombreux partenaires. Le taux de scolarisation dans ce secteur est stagnant, voire en baisse, entre autres à cause du taux de naissance élevé. En même temps, on constate que la scolarisation dans les médersas (une des formes d'enseignement arabo-islamique et privé au Mali) est en augmentation et les effectifs représentent maintenant 20 % des enfants scolarisés au premier cycle de l'école primaire. La scolarisation primaire sera donc renforcée à travers un appui aux médersas. Le programme visera l'élévation du niveau des maîtres, l'adoption d'un programme amélioré et harmonisé et le renforcement de l'enseignement du français.

44. L'éducation non formelle sera appuyée au moyen des centres d'éducation de base qui seront accessibles aux enfants ne fréquentant pas les écoles formelles et aux femmes âgées de 16 à 45 ans. Ces centres offriront un minimum de formation de base susceptible d'aider les jeunes à s'insérer dans une dynamique d'apprentissage, et les bénéficiaires adultes à fonctionner dans leur environnement en tant qu'actrices de développement garantes du bien-être sanitaire, social et économique de leurs familles et de leurs communautés. Des passerelles seront définies entre ce type d'enseignement et l'enseignement formel public. Le projet donnera un appui à la formation des animateurs, à l'élaboration du programme scolaire et à la production de matériel pédagogique. Des bibliothèques et audiothèques seront mises en place afin d'assurer les moyens d'une éducation continue.

45. La promotion, la protection et le développement de la petite enfance se feront à travers une approche non-institutionnelle visant la famille et la communauté. L'enfant (apprenant), les parents en tant qu'éducateurs, la famille (fratrie et grands parents) en tant que milieu de vie et d'apprentissage, et la communauté comme soutien et appui à la famille seront ciblés. Cette conception

aidera le jeune enfant à se développer de façon plus complète : développement psycho-moteur, nutrition, soins de santé, protection tant physique qu'émotionnelle, et davantage de relations et de stimulation. Le projet formera et sensibilisera les parents, les éducateurs et les animateurs locaux sur des approches pédagogiques favorisant l'éveil rapide du jeune enfant. L'introduction des interventions innovatrices peu coûteuses dans des centres d'accueil communautaires sera appuyée. Les activités se dérouleront à une échelle modeste dans un premier temps.

46. La malnutrition qui contribue fortement à la mortalité infantile est très liée à la disponibilité alimentaire, à l'utilisation des aliments et aux conditions socio-économiques des familles, mais aussi à d'autres facteurs non moins importants tels que les connaissances, les attitudes et les pratiques alimentaires des mères. Dans les régions où la disponibilité alimentaire est largement assurée, la malnutrition est surtout fonction des pratiques alimentaires et du peu d'attention accordée à l'alimentation des enfants et des femmes enceintes et allaitantes. Dans la bande sahélienne, par contre, le fond du problème est un manque de nourritures et des moyens pour en acheter.

47. L'UNICEF se propose d'intervenir au niveau central aussi bien qu'au niveau périphérique. Au niveau central, le programme renforcera les capacités nationales en matière de formulation de politiques et d'interventions nutritionnelles. L'accent sera mis sur l'utilisation des données sur l'état nutritionnel des enfants et les carences en micro-éléments nutritifs. Au niveau régional, des interventions intégrées à assise communautaire seront mises en oeuvre, en priorité en faveur des femmes. Les actions s'articuleront autour de l'augmentation et la diversification de la production alimentaire, l'éducation pour la santé, l'alphabétisation, l'hydraulique villageoise, la réduction et la valorisation du temps de travail de la femme.

48. En milieu urbain, les besoins des services de base dépassent les moyens disponibles. La stagnation de ces services en termes de couverture et de capacité, la paupérisation et le chômage ont eu des effets négatifs très perceptibles sur les conditions de vie des enfants et des femmes. Une catégorie d'enfants et de femmes marginalisés est née dont le nombre s'accroît. Le programme se propose d'intervenir en zones péri-urbaines notamment dans le district de Bamako et dans la commune de Mopti. Ces interventions s'adresseront aux femmes et aux enfants en vue de promouvoir et de valoriser leur rôle actuel et futur de mère et de chef de famille. Les activités viseront l'accroissement de leurs capacités de subvenir à leurs besoins et l'amélioration de leur situation éducationnelle et sanitaire. Ceci devra aider à leur insertion sociale.

49. Le SIDA étant une maladie qui se répand rapidement et qui est toujours mortelle, sa prévention est devenue impérative. La stratégie se base sur quelques constats. La transmission est favorisée par les mouvements migratoires entre le Mali et certains pays limitrophes, où la prévalence est déjà importante. L'augmentation alarmante de la séro-prévalence du virus de l'immunodéficience humaine chez les filles une fois qu'elles atteignent le groupe d'âge 15-19 ans, en comparaison avec les garçons du même groupe d'âge, et le rôle des MST sont d'autres facteurs à prendre en compte dans la lutte contre le SIDA.

50. L'UNICEF préconise un appui au programme national de lutte contre le SIDA dans deux domaines : le changement de comportements des jeunes âgés de 10 à 19 ans ainsi que la prévention et la prise en charge des MST. Les autres domaines de la lutte contre le SIDA seront couverts par d'autres bailleurs de fonds tels que le PNUD, l'OMS, l'USAID, l'Agence canadienne pour le développement international et le FAC.

51. Il faut que les objectifs du Sommet mondial pour les enfants et de la Convention relative aux droits de l'enfant soient connus et soutenus par les décideurs et le grand public. La connaissance des mesures simples pouvant contribuer à la réduction des mortalités infantile, infanto-juvénile et maternelle devront être transmises aux communautés. Ces deux obligations se traduisent dans la nouvelle coopération par un programme sectoriel de plaidoyer et de communication.

52. Le plaidoyer portera, entre autres, sur la législation relative aux enfants et aux femmes, le PAN et les hôpitaux soucieux du bien-être des nourrissons.

53. En matière de communication l'effort porte sur une meilleure transmission de l'information à l'intérieur des programmes sectoriels au profit des bénéficiaires. Pour y parvenir, des actions de formation en communication, de production de supports et de renforcement des capacités nationales seront entreprises en vue de la mobilisation des communautés. La promotion des aspects spécifiques vise essentiellement l'obtention et la consolidation d'un comportement constructif en général et face à certains problèmes spécifiques, en particulier. Des activités efficaces de communication seront développées afin d'amener les individus et les ménages à un changement pour une meilleure utilisation et promotion des services.

54. Le suivi de la situation des enfants et des femmes se fera à travers certains indicateurs clés du Sommet mondial pour les enfants. Les différents programmes sectoriels devront en faire un guide afin de favoriser l'atteinte des objectifs que le Mali s'est fixé. C'est à cette condition qu'il sera possible de mesurer l'impact des efforts entrepris. Ce suivi couvre le territoire national. Son axe principal sera la valorisation des Directions régionales confinées jusqu'ici à la transmission des données vers le centre. Cette valorisation permettra aux services du niveau périphérique d'avoir accès immédiat aux données pour le suivi de leurs propres activités.

55. Le Mali étant un pays bénéficiant d'apports importants en matière de développement, la coordination avec d'autres partenaires (nationaux, internationaux, bilatéraux et les ONG) dans des domaines variés continuera d'être essentielle. Cette coopération permettra, d'une part, de maximiser l'impact des interventions et, d'autre part, d'atteindre une bonne couverture du territoire.

56. La portée de l'engagement du gouvernement en vue de l'atteinte des objectifs des années 1990 se traduit par l'intégration au sein du programme de coopération Mali-UNICEF et des programmes sectoriels des chapitres spécifiques relatifs au suivi et à l'évaluation. Ces chapitres constituent le dispositif de pilotage des programmes/projets et précisent les indicateurs qui seront sélectionnés ainsi que la fréquence et le niveau d'observation. Chaque programme inter-sectoriel précise un calendrier d'évaluations portant sur les

aspects considérés comme pertinents par les deux parties. Ces évaluations permettront d'apprécier les stratégies, l'organisation, l'utilisation du matériel, de l'équipement et des fonds, les méthodes employées, les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés et aux ressources utilisées. Les résultats de ces évaluations serviront à la préparation de la revue à mi-parcours et à celle de l'évaluation du programme de coopération. Cette dernière est prévue vers la fin de la quatrième année d'exécution, afin que les résultats puissent être intégrés au prochain programme de coopération.

57. Une intégration effective des différentes activités, qu'elles relèvent du programme de coopération Mali-UNICEF ou d'autres programmes, sera facilitée par les structures de développement décentralisées et déconcentrées qui sont en place : comités régionaux et locaux de développement. Ces structures favoriseront l'implication des acteurs locaux : techniciens de développement communautaire et les "tons" (associations villageoises traditionnelles). Le programme visera particulièrement les femmes, pas seulement comme bénéficiaires, mais aussi en tant qu'actrices et gestionnaires. Leur implication sera le meilleur garant de l'impact visé et de la durabilité des résultats.

58. De son côté, l'UNICEF assurera la gestion du programme de coopération 1993-1997 à travers le bureau à Bamako et quatre bureaux de zone à Gao, Tombouctou, Mopti et Ségou. Le personnel du bureau à Bamako est responsable du niveau central et les bureaux de zones sont responsables pour la programmation et le suivi des programmes du côté de l'UNICEF aux niveaux régional et périphérique. Ces deux composantes constituent la plupart de l'appui aux programmes. Le lien entre ces deux niveaux est essentiel pour assurer la cohérence entre les politiques nationales et l'exécution au niveau décentralisé. Les bureaux de zone sont gérés par des professionnels nationaux. Ces bureaux de zones possèdent déjà un personnel professionnel international ainsi que des volontaires des Nations Unies dans les domaines de santé, de nutrition et de développement communautaire.

59. Les effectifs du bureau de l'UNICEF au Mali, en somme, ont été légèrement réduits et, par conséquent, des changements importants se sont avérés nécessaires dans l'affectation du personnel aux différents programmes et dans les attributions des tâches. Le programme de mobilisation sociale et de communication sera renforcé en personnel afin de pouvoir répondre aux nouvelles exigences du programme, découlant en grande partie du PAN pour le Mali. Cinq postes internationaux (professionnels et volontaires des Nations-Unies confondus) ont été supprimés au profit du renforcement des compétences nationales.

Tableau 1

Statistiques de base sur les enfants et les femmes

Mali (1991 et années antérieures)

Classification du pays par l'UNICEF

Taux de mortalité avant 5 ans : 225 (1991)
 Taux de mortalité infantile : 108 (1991)
 PNB par habitant : 280 dollars (1991)
 Population totale : 9,5 millions (1991)

TMM5 : très élevé
 TMI : très élevé
 PNB : faible

INDICATEURS CLEFS (SURVIE ET DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT)	1970	1980	1990	1991
Naissances (milliers)	283	352	472	487
Mortalité infantile (avant 1 an) (milliers)	54	53	52	53
Mortalité juvénile (avant 5 ans) (milliers)	124	118	110	111
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)	380	310	230	225
Taux de mortalité infantile (avant 1 an) (pour 1 000 naissances vivantes)	190	150	110	108
	Vers 1980		Très récemment	
Malnutrition des enfants de moins de 5 ans (rapport poids/âge, 1987)		Modérée et grave Grave	--	31 ^a 9 ^a
Nourrissons de poids insuffisant à la naissance (pourcentage, 1979/1982-1985)			13	17
Enfants terminant leurs études primaires (pourcentage des inscriptions en 1re année, 1980/1988)		45		40
INDICATEURS DE NUTRITION	Vers 1980		Très récemment	
Mères allaitantes (pourcentage à 3/6/12 mois, 1980/1987)		96/./82		91 / 95 / 82
Prévalence des dénutritions (pourcentage, 1987)		26		16
Prévalence des rachitismes (pourcentage, 1987)		..		34 ^a
Apport calorique quotidien par habitant (pourcentage des besoins, 1988-1990)		..		96
Indice de la production alimentaire par habitant (1979-1981 = 100, 1980/1991)		97		97
Dépenses des ménages tous aliments/céréales (pourcentage du revenu total, 1980-1985)				57 / 22
INDICATEURS DE SANTE	Vers 1980		Très récemment	
Taux d'utilisation de la thérapie de réhydratation par voie buccale (pourcentage)				..
Accès aux services de santé (pourcentage de la population, 1985)		Total		15
		Milieu urbain/ milieu rural		.. / ..
Accès à une eau salubre (pourcentage de la population, 1980-1990)		Total		41
		Milieu urbain/ milieu rural		53 / 38
Accès à un assainissement adéquat (pourcentage de la population, 1980/1985)		Total		19
		Milieu urbain/ milieu rural		79 / ..
Accouchements assistés par un personnel qualifié (pourcentage, 1987)		..		90 / 3 32
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1987)		..		2 000
Immunisation	1981	1985	1990	1991
Enfants de 1 an (pourcentage) vaccinés contre : tuberculose	19	13	82	68
		diphtérie/tétanos/ coqueluche		.. 2 42 34
		poliomyélite		.. 2 42 34
		rougeole		.. 13 43 39
Femmes enceintes (pourcentage) vaccinées contre le tétanos	1	..	31	9

Mali

INDICATEURS D'EDUCATION		Vers 1980		Très récemment		
Taux d'inscription, enseignement primaire (brut/net) (pourcentage 1980-1990)	Total	27 / 20		24 / 19		
	Garçons	34 / ..		30 / 24		
	Filles	19 / ..		17 / 14		
Taux d'inscription, enseignement secondaire (brut/net) (pourcentage 1980-1990)	Total	9 / / ..		
	Garçons	13 / / ..		
	Filles	5 / / ..		
Taux d'alphabétisation des adultes âgés de 15 ans et plus (pourcentage, 1970-1990)	Total	8		32		
	Hommes/femmes	11 / 4		41 / 24		
Récepteurs de radio et de télévision (pour 1 000 habitants, 1980-1990)		15 / ..		43 / 1		
INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES		1970	1980	1990	1991	2000 ^{**}
Population totale	(milliers)	5,5	6,9	9,2	9,5	13
Population de 0 à 15 ans	(milliers)	2 653	3 400	4 529	4 695	6 218
Population de 0 à 4 ans	(milliers)	1 033	1 312	1 804	1 869	2 358
Population urbaine (pourcentage du total)		14	17	19	25	30
Espérance de vie à la naissance (années)	Total	38	41	45	45	49
	Hommes	36	40	43	44	47
	Femmes	39	43	47	47	51
Taux de fécondité total		7,1	7,1	7,1	7,1	6,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)		51	51	51	51	46
Taux brut de mortalité (pour 1 000 habitants)		26	23	20	20	16
		Vers 1980		Très récemment		
Taux de prévalence contraceptive (pourcentage, 1977-1987)		1		5		
Taux annuel de croissance démographique (pourcentage, 1965-1980/1980-1991)	Total	2,1		3,0		
	Zones urbaines	4,9		5,6		
INDICATEURS ECONOMIQUES		Vers 1980		Très récemment		
Taux de croissance annuelle du PNB par habitant (pourcentage, 1967-1980, 1980-1991)		2,1		-0,1		
Taux d'inflation (pourcentage, 1967-1980)/1980-1990)		27 / 48		3		
Population en état de pauvreté absolue (pourcentage, 1975)	Milieu urbain/ milieu rural	.. / / ..		
Part du revenu total allant à la couche supérieure (20 %) et à la couche inférieure (40 %) de la population (pourcentage)		.. / / ..		
Dépenses publiques (pourcentage, des dépenses totales, 1987)	Santé/éducation	.. / ..		4 / 17 [*]		
	Défense	..		17 [*]		
Dépenses des ménages consacrées à la santé/éducation (pourcentage du revenu total, 1980-1985/1988-1980)		1 / 2		4 / 7 [*]		
Aide publique au développement (1980/1991)	En millions de dollars	267		408		
	En pourcentage du PNB	22		17		
Service de la dette (en pourcentage des exportations de biens et services, 1980-1990)		3		7		

* Estimation du bureau local de l'UNICEF.

** Projections de la Division de la population de l'ONU fondées sur l'évolution de ces indicateurs au cours des ans et sur la situation actuelle.

^a Les chiffres cités dans ce cas ne correspondent pas à la définition courante ou ne couvrent qu'une partie du pay.

Tableau 2

Dépenses de la période de coopération précédente (1988-1993) ^a

Pays : Mali
Date d'approbation du dernier engagement par le Conseil : 1988
Masse commune des ressources : 18 553 000 dollars

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

Domaine d'activité	Fournitures et matériel (montant effectif)		Subventions à la formation (montant effectif)		Personnel des projets (montant effectif)		Autres montants en espèces (montant effectif)		Total					
	MC		FSD		MC		FSD		MC		FS		Total (MC et FS)	
	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu	Montant effectif	Montant prévu
Santé	3 635	2 069	209	125	1 471	796	1 814	1 408	7 129	6 588	4 398	3 270	11 527	9 858
Sécurité alimentaire des ménages et nutrition	490	1 015	36	37	681	1 290	639	1 298	1 846	1 385	3 640	14 048	5 486	15 433
Approvisionnement en eau et assainissement	2 497	1 703	16	106	73	865	812	1 332	3 398	3 285	4 006	8 685	7 404	11 970
Education	608	22	144		22		328		1 102	1 427	22	2 001	1 124	3 428
Organisation et développement communautaires	1	60					31	41	32		101		133	
Programme axé sur les femmes	70		27	35			56		153	150	35	75	188	225
Planification et statistiques sociales	768	9	158		3 042		2 165	6	6 133	5 718	15		6 148	5 718
Secours d'urgence	50	206					26		50		232	1 679	282	1 679
Fret	197								197		192		389	
Total général	8 316	5 276	590	303	5 289	2 951	5 845	4 111	20 040 ^b	18 553	12 641	29 758 ^c	32 681	48 311

MC = masse commune des ressources

FSD = Fonds supplémentaires disponibles

FS = Fonds supplémentaires (disponibles et non disponibles)

^a Le montant effectif des dépenses correspond aux dépenses comptabilisées à partir du 17 décembre 1992.^b Ce montant comprend un prélèvement supplémentaire sur les fonds des réserves globales destiné à des programmes qui auraient dû être financés à l'aide de fonds supplémentaires.^c Dont 3,7 millions de dollars au titre d'activités pour lesquelles les fonds nécessaires n'ont pas été réunis.

Tableau 3

Dépenses prévues pour la période 1993-1997

(En milliers de dollars des Etats-Unis)

Pays : Mali Période : 1993-1997	Source de financement	1993	1994	1995	1996	1997	Total
Santé	MC	1 240	1 193	1 217	1 217	1 217	6 084
	FSD	1 854					1 854
	NFS	952	2 365	1 508	1 584	987	7 396
Sécurité alimentaire des ménages et nutrition	MC	536	523	536	548	537	2 680
	FSD	714					714
	NFS	286	1 000	1 000	1 000	1 000	4 286
Approvisionnement en eau et assainissement	MC	371	371	371	371	371	1 855
	FSD	303					303
	NFS	1 006	1 746	1 039	509	147	4 447
Education	MC	436	600	561	549	535	2 681
	NFS	500	500	500	500	500	2 500
Développement du jeune enfant	MC	206	206	206	206	206	1 030
	NFS	300	300	300	300	300	1 500
Programme de lutte contre le sida	MC	127	73	100	100	100	500
	NFS	73	127	100	100	100	500
Mobilisation sociale et plaidoyer	MC	256	206	181	181	206	1 030
	NFS	300	300	300	300	300	1 500
Planification et statistiques sociales	MC	45	45	45	45	45	225
Appui aux programmes	MC	908	908	908	908	908	4 540
	NFS	90					90
Total	MC	4 125	4 125	4 125	4 125	4 125	20 625 ^a
	FSD	2 961					2 961
	NFS	3 417	6 338	4 747	4 293	3 334	22 129
Total général		10 503	10 463	8 872	8 418	7 459	45 715

MC = masse commune des ressources
FSD = Fonds supplémentaires disponibles
NFS = Nouveaux fonds supplémentaires

^a Sans compter les soldes des prélèvements supplémentaires sur la masse des ressources de 150 000 dollars pour l'éducation et de 640 000 dollars pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Tableau 4

Lien entre le budget-programme, les effectifs et les dépenses de personnel

MALI

Domaine d'activité et source de financement	BUDGET-PROGRAMME 1993-1997 (en milliers de dollars des Etats-Unis)						POSTES ^a et ^b							DEPENSES DE PERSONNEL (en milliers de dollars des Etats-Unis)								
	MC	FSD	NFS	Total	Postes existants							Total partiel			Adm. inter.	Personnel local	Total					
					D2/L7	D1/L6	P/L5	P/L4	P/L3	P/L2	Adm. inter.	Adm. nat.	Serv. gén.	Nombre total de postes								
MASSE COMMUNE DES RESSOURCES																						
Santé	6 084			6 084				4					4		5		495	3 075				
Sécurité alimentaire des ménages et nutrition	2 680			2 680				1					1		1		424	1 069				
Approvisionnement en eau et assainissement	1 855			1 855																		
Education	2 681			2 681					1				1		1		99	684				
Développement du jeune enfant	1 030			1 030																		
Programme de lutte contre le sida	500			500									1		1		325	325				
Mobilisation sociale et plaidoyer	1 030			1 030									1		1		128	128				
Planification et statistiques sociales	225			225									1		1		424	424				
Appui aux programmes	4 540			4 540									7		16		3 859	3 859				
Total, MC	20 625			20 625				5	1				6	10	25		5 774	9 564				
FONDS SUPPLEMENTAIRES																						
Santé		1 854	7 396	9 250									3	1	4		751	2 686				
Sécurité alimentaire des ménages et nutrition		714	4 286	5 000				3		2			2		3		1 170	1 467				
Approvisionnement en eau et assainissement		303	4 447	4 750				1					1		2		645	1 168				
Education			2 500	2 500																		
Développement du jeune enfant			1 500	1 500																		
Programme de lutte contre le sida			500	500																		
Mobilisation sociale et plaidoyer			1 500	1 500																		
Appui aux programmes		90		90																		
Total, FS		2 961	22 129	25 090				4	2	3			6	2	9		3 750	5 321				
Total, MC et FS				45 715				9	3				12	12	34		7 560	14 885				
BUDGET D'ADMINISTRATION ET D'APPLI AUX PROGRAMMES (prévisions pour 1994-1995)				883				1	1	1			3	4	12		929	1 201	2 130			
Effectifs ^b								1	1	1	10	3	15	16	46	77						
TOTAL GENERAL (MC + FS + ADM)																						
Nombre de postes et dépenses de personnel :																						
- Au début du programme précédent (1988)																	15	11	31	57	s.o.	s.o.
- Au début du programme proposé (1993)																	15	16	46	77	s.o.	s.o.
- A la fin du programme proposé (1997) (chiffres indicatifs seulement)																	16	17	47	80	s.o.	s.o.

^a Chaque poste, quelle que soit sa source de financement, appuie le programme de pays dans son ensemble.^b Postes à compter du 1er janvier 1994.^c Les postes de projets sont financés pour cinq ans et les postes permanents pour deux ans.

Abréviations : MC = masse commune des ressources; FSD = fonds supplémentaires disponibles; NFS = nouveaux fonds supplémentaires; FS = fonds supplémentaires; Adm. inter. = administrateurs recrutés sur le plan international; Adm. nat. = administrateurs recrutés sur le plan national; Serv. gén. = agents des services généraux; ADM = administration.