NATIONS UNIES

E

Conseil Economique et Social

Distr.
LIMITÉE

E/ICEF/1996/P/L.1
17 novembre 1995

ORIGINAL : FRANÇAIS

POUR SUITE À DONNER

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Première session ordinaire de 1996
22-26 janvier 1996
Point 5 de l'ordre du jour provisoire*

NOTE DE STRATÉGIE CONCERNANT LE PROGRAMME DE PAYS**

Comores

RÉSUMÉ

La Directrice générale présente la note de stratégie concernant le programme des Comores pour un programme de coopération pour la période 1997 à 2001.

Bien qu'en baisse régulière, les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile et maternelle restent élevés en raison de la faible qualité des réseaux sanitaire et éducatif et des dispositifs d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement, et de grossesses multiples et rapprochées. La forte croissance démographique et l'exploitation de ressources naturelles non renouvelables risquent d'affecter à long terme la survie et le développement de l'enfant comorien. Le nouveau programme de coopération appuiera les objectifs de réduction des taux de mortalité et de morbidité, et de relèvement du taux de scolarisation et de performance scolaire visés par le Gouvernement dans le Programme national d'action en faveur des enfants et des femmes, en mettant l'accent sur l'utilisation rationnelle des ressources et l'introduction de technologies à faible coût. Trois programmes seront développés. Le programme santé contribuera à assurer à 60 % de la population des soins de santé primaires et des soins obstétricaux essentiels de qualité et à accroître les connaissances des adolescents et des parents en matière de promotion de la santé. Le programme éducation de base contribuera à porter le taux net de scolarisation et le taux d'achèvement dans les écoles cibles respectivement à 75 % et 65 %. Enfin le programme planification sociale contribuera à assurer une mise à jour régulière de l'analyse de la situation et à assurer un plaidoyer en faveur de politiques sociales mieux adaptées pour un développement durable et respectueux des droits de l'enfant.

* E/ICEF/1996/2.

** Un addendum à ce rapport incluant la recommandation finale du programme de pays sera soumis au Conseil d'administration pour approbation à sa troisième session ordinaire de 1996.

LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Depuis son indépendance en 1975, la société comorienne est partagée entre a) ladhérence à des règles sociales et culturelles traditionnelles et la nécessaire remise en question quimpliquent une économie en crise; et b) léquilibre entre un espace et des ressources naturelles limités et une pression démographique croissante.

2. Bien qu'en baisse régulière, les taux de mortalité infantile, infanto-juvénile (respectivement 88 et 128 pour 1 000 naissances vivantes) restent élevés. Le paludisme est au premier rang des causes de mortalité, suivi des infections respiratoires aiguës et des maladies diarrhéiques. Chez la femme, les complications obstétricales et les grossesses trop nombreuses, rapprochées ou précoces sont à l'origine d'une forte mortalité maternelle (500 pour 100 000 naissance vivantes). La malnutrition protéo-énergétique est essentiellement chronique (présente chez 33 % des enfants de moins de 5 ans) alors que la prévalence de la maigreur est par contre d'importance marginale. Environ 80 % des femmes allaitent jusqu'à 1 an, mais 2 % seulement pratiquent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Le taux net de scolarisation est en régression, passant de 67 % en 1986-1987 à 58 % en 1992-1993. Le taux de redoublement atteint 40 % en moyenne et le taux d'abandon 10 %. Les filles représentent 45 % des effectifs du primaire. Avec un accès à l'eau potable de 35 %, le problème n'est pas tant la disponibilité que la qualité de l'eau consommée. Environ 82 % des comoriens disposent de latrines traditionnelles qui, par leur inadaptation technique, sont propices à la propagation des maladies parasitaires et diarrhéiques.

3. Des trois îles constituant les Comores, l'île d'Anjouan concentre les disparités en raison d'une forte pression démographique, de l'importance moindre des transferts financiers de la diaspora comorienne, de la marginalisation économique des petits cultivateurs et de la dégradation de l'environnement.

Alors que la carence en iode est modérée dans l'ensemble de l'archipel, l'avitaminose A est plus fréquente dans la Grande Comore.

4. Malgré un réseau relativement dense, les services de base souffrent de dysfonctionnements provoquant un développement anarchique du secteur privé. Ainsi les centres de santé périphériques n'offrent guère de services efficaces, décentralisés, permanents et polyvalents en raison du manque de médicaments essentiels et de petit matériel médical, dordonnances souvent inadaptées et de l'insuffisance des budgets de fonctionnement. Léducation de base souffre d'un manque de qualité lié en partie à une finalité inadaptée au contexte socio-culturel. Labsence dun système fiable de collecte des données est un handicap pour la planification, le suivi et lévaluation des programmes de développement.

5. Les principaux facteurs structurels susceptibles de remettre en cause le développement durable sont les suivants : a) la forte croissance démographique (croissance annuelle de 3.2 % et taux de fertilité de 7.1) liée à des barrages idéologiques et culturels; b) la destruction de l'environnement, y compris l'appauvrissement des sols et leur érosion; c) l'inadaptation de l'appareil productif et des politiques économiques et sociales; d) linsularité; e) les coûts unitaires élevés; et f) le retard apporté au développement des ressources humaines.

ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE RÉCENTE DU PROGRAMME

6. Au cours de la revue à mi-parcours de 1994, l'analyse des progrès en vue des objectifs intermédiaires a constaté que, malgré des taux de couverture vaccinale restés modestes, les cas de maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV) ont considérablement diminué (aucun cas de rougeole et de poliomyélite notifié depuis 1988, seulement 4 cas de tétanos néonatal notifiés

en 1993). Autre élément de satisfaction, 8 maternités parmi les 19 ciblées ont déjà été nommé Hôpitaux amis des bébés. Les autres points forts portent sur l'appui de l'UNICEF à la réforme du système de santé basée sur les principes de l'Initiative de Bamako. Ainsi, l'UNICEF a appuyé la revitalisation de 10 centres de santé, contribué à l'intégration de la consultation mère-nourrisson dans 20 centres pilotes et a permis, grâce à son appui à la Pharmacie Nationale Autonome et aux comités de gestion des pharmacies villageoises, de maintenir les médicaments essentiels à un coût abordable. Les moustiquaires imprégnées dans 10 villages pilotes en 1994 pour la prévention du paludisme ont également donné de bons résultats. Dans le domaine de l'éducation de base, le renforcement des capacités de gestion et de financement de comités parents-maîtres ont permis d'améliorer la capacité d'accueil et les conditions pédagogiques dans 20 écoles primaires chaque année à partir de 1992. L'UNICEF a également appuyé la tenue d'Etats généraux de l'éducation, en collaboration avec la Banque Mondiale.

7. Le programme femme et développement, intervenu dans 15 villages en faveur d'environ 2 000 familles, a permis à 10 groupements féminins d'accroître leur potentiel de participation dans le secteur micro-économique ainsi que leurs compétences en matière de gestion. Les contraintes concernent le manque de contrôle des femmes quant à l'utilisation et la finalité des bénéfices réalisés et le coût élevé par bénéficiaire. Dans le domaine de l'approvisionnement en eau, les choix technologiques sélectionnés se sont révélés couteux (plus de 100 dollars des États-Unis par bénéficiaire) bien que la participation communautaire en matière de gestion des installations soit considérée comme un succès.

8. Les contraintes affectant l'ensemble des interventions de l'UNICEF reflètent les facteurs structurels limitant le développement socio-économique du pays. Ainsi la difficulté du Gouvernement à respecter ses engagements financiers, les grèves répétées dans la fonction publique, les capacités nationales souvent limitées au regard des exigences de planification et de

gestion, et le manque de données statistiques fiables en sont des exemples. Les leçons de l'expérience passée militent en faveur des principes stratégiques suivants : a) en raison de l'écosystème des Comores, les stratégies proposées doivent privilégier la protection et la gestion durable des ressources naturelles non renouvelables; b) compte tenu de la pression démographique et de la mortalité maternelle élevée, le développement et l'application de politiques nationales visent le contrôle et l'espacement des naissances; c) vue le dynamisme et les réelles capacités de financement communautaire existantes, l'implication des comités de développement villageois doit être renforcée et leur capacité de gestion améliorée; d) éviter la dispersion géographique des activités de développement; e) rechercher la synergie et la complémentarité d'actions basées sur le diagnostic et l'analyse à base communautaire; f) utiliser la revitalisation des centres de santé comme porte d'entrée à d'autres activités de développement; et g) renforcer la synergie et la complémentarité des activités avec les autres partenaires extérieurs et les organisations non gouvernementales (ONGs).

STRATÉGIE PROPOSÉE POUR LE PROGRAMME DE PAYS

9. Le but à long terme du nouveau programme de coopération est de contribuer à l'application de la Convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée par les Comores, grâce à un environnement qui accorde la plus grande priorité aux besoins des enfants, qui reconnaît et respecte leur droit à une existence digne et productive, qui protège leur santé et développe leur potentiel et garantisse le maintien des acquis par une gestion efficace de l'écosystème.

10. Le programme de coopération appuiera les objectifs de réduction des taux de mortalité et de morbidité, et de relèvement du taux de scolarisation et de performance scolaire visés par le Gouvernement dans le Programme national d'action (PNA) en faveur des enfants et des femmes. Le programme s'inspirera

directement des principes tirés de l'analyse de la coopération récente. Il sera utilisé une approche convergente et complémentaire basée sur la nouvelle restructuration administrative en zones communales, entités autonomes coordonnant les activités de développement des populations regroupées en comités. L'appui en matière de fourniture de services sera limité au intrants nécessaires à l'amorce du processus de co-financement à base communautaire. L'appui de l'UNICEF visera principalement le renforcement des capacités nationales dans les domaines suivants : a) l'habilitation et la formation des comités de développement, de santé et d'éducation en matière de diagnostic et d'analyse communautaire et de gestion des services de base; et b) le renforcement des compétences techniques des agents des niveaux périphériques, intermédiaire et central impliqués dans la gestion des services de base et dans l'appui aux communautés de base. En parallèle, l'UNICEF, poursuivra son plaidoyer en faveur de politiques sociales mieux adaptées aux exigences d'un développement durable.

11. Les objectifs du programme seront atteint par le biais de deux programmes sectoriels (santé et éducation de base) et d'un programme transsectoriel (planification et statistiques sociales).

12. Le programme **santé** contribuera à : a) assurer à 60 % de la population des soins de santé primaires (SSP) et des soins obstétricaux essentiels de qualité; et b) accroître les connaissances des adolescents et des parents en matière de promotion de la santé. A cet effet, trois projets seront développés : a) SSP/Initiative de Bamako; b) PEV; c) promotion de la santé. Le projet d'appui au PEV sera progressivement réduit au fur et à mesure que le nombre de centres de santé revitalisés augmentera. Dans les aires couvertes par les centres de santé revitalisés, des activités de promotion de la santé seront développées, à partir de diagnostics et analyses réalisés par les comités de développement. Ces activités pourront porter sur la protection environnementale primaire, l'hygiène et assainissement, la thérapeutique de réhydratation orale,

l'allaitement maternel et la diversification en aliments riches en fer et en vitamine A. La promotion de technologies appropriées à faible coût, notamment en matière de réhabilitation et d'amélioration des systèmes d'approvisionnement en eau, d'assainissement et d'évacuation des déchets liquides et solides, sera encouragée. Ces activités de promotion seront répercutés au niveau national sous forme de campagnes de mobilisation sur des thèmes spécifiques.

13. Le programme éducation de base contribuera à : a) porter le taux net de scolarisation à 75 %, soit une augmentation de 17 % par rapport à son niveau actuel; et b) porter le taux d'achèvement dans les écoles cibles à 65 %. L'amélioration de la qualité de l'enseignement nécessite le renforcement des capacités pédagogiques et de gestion, un soutien logistique et la participation de la communauté. Les capacités pédagogiques et de gestion seront renforcées par la formation initiale et le recyclage des enseignants, leur encadrement pédagogique, une meilleure élaboration des programmes scolaires, une bonne gestion des examens et l'évaluation des résultats pédagogiques. Viendra en appoint un soutien logistique adéquat : disponibilité de matériels didactiques et d'enseignement, réhabilitation et équipement des établissements. Un diagnostic communautaire permettra l'établissement de contrats-programmes déterminant les priorités, les actions et les responsabilités des différentes parties. La recherche-action, le partenariat avec les ONGs et les autres agences de coopération, la formation des intervenants et la mobilisation sociale serviront de soutien au programme.

14. Le programme planification et statistiques sociales contribuera à : a) développer les capacités nationales en matière de planification sociale; b) renforcer les systèmes de collecte et de traitement des données statistiques pour assurer une mise à jour régulière de l'analyse de la situation; et c) assurer un plaidoyer en faveur de politiques sociales mieux adaptées. Deux projets seront développés : a) planification/statistiques sociales; et b) plaidoyer et communication. Un appui sera fourni au Gouvernement de façon à

améliorer la disponibilité en statistiques sociales, désagrégées au plan spatial et socio-économique. Une cartographie soulignant les disparités entre et à l'intérieur des zones rurales/urbaines et entre îles sera développée. L'analyse de la situation servira notamment : a) au suivi de la mise en oeuvre du PNA et de l'application des engagements liés à la ratification de la Convention rélative aux droits de l'enfant et de la Convention sur l'élimination de toutes formes de discrimination à l'égard des femmes; et b) au plaidoyer en faveur de politiques sociales mieux adaptées, prenant en compte notamment l'Initiative 20/20, Action 21 et les conclusions de la Conférences intérnationale sur la population et le développement et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes.

15. Un plan intégré de suivi et d'évaluation sera développé de façon à contrôler et évaluer l'exécution du programme. Comme par le passé, le Ministère du plan assurera la coordination et le mécanisme de concertation déjà existant sera maintenu. La complémentarité avec les autres agences des Nations Unies sera renforcée du fait de l'harmonisation des cycles avec le Fonds des Nations Unies pour la population et le Programme des Nations Unies pour le développement en 1997 et de la préparation en cours de la note de stratégie de pays.

MONTANT ESTIMATIF DU BUDGET

Montant estimatif du programme de coopération, 1997-2001 a/
(En milliers de dollars des Etats-Unis)

	Masse commune des ressources	Fonds supplémentaires	Total
Santé	1 650	1 400	3 050
Education de base	1 050	750	1 800
Planification sociale	1 050	250	1 300
Total	3 750	2 400	6 150

a/ Ces chiffres sont seulements indicatifs et suscptibles de changement une fois les données financières sont finalisées.