



Conseil économique
et social

Distr.
GÉNÉRALE

E/ICEF/1995/P/L.23
20 janvier 1995
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Conseil d'administration
Deuxième session ordinaire de 1995
20-23 mars 1995

POUR SUITE À DONNER

RECOMMANDATION CONCERNANT DES PROGRAMMES DE PAYS*

Région de l'Afrique orientale et australe

RÉSUMÉ

Le présent document contient des recommandations concernant le financement de programmes de pays dans la région de l'Afrique orientale et australe dont le niveau annuel de planification n'excède pas 1 000 000 dollars. Il contient aussi une recommandation concernant un prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources pour financer le programme approuvé d'un pays de la même région car le solde des prélèvements déjà approuvés sur la masse commune des ressources n'est pas suffisant pour financer le programme jusqu'à la période approuvée. Le Directeur général recommande au Conseil d'administration d'approuver :

a) Le financement des programmes pour les pays ci-après, par prélèvement supplémentaire, sur la masse commune des ressources, des sommes suivantes dans la limite des fonds disponibles, et par prélèvement des montants ci-après sur les fonds supplémentaires, sous réserve de la réception de contributions 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 engagés fin 1994, seront indiqués dans l'état récapitulatif des recommandations de 1995 concernant les programmes à financer à partir de la masse commune des ressources et de fonds supplémentaires (E/ICEF/1995/P/L.10 et Add.1).

<u>Pays/programme</u>	<u>Montant</u> (dollars des États-Unis)		<u>Durée</u>
	<u>Masse commune des ressources</u>	<u>Fonds supplémentaires</u>	
Maurice	3 750 000	500 000	1996-2000
Swaziland	3 750 000	2 750 000	1996-2000
<p>b) Le prélèvement supplémentaire, sur la masse commune des ressources, du montant suivant afin de réaliser les objectifs du programme de pays tel qu'approuvé à l'origine par le Conseil :</p>			
<u>Pays/Programme</u>	<u>Montant</u> (dollars des États-Unis)		<u>Cycle en cours</u>
Swaziland	100 000		1991-1995
<p>On trouvera ci-après le résumé des recommandations individuelles</p>			

/...

I. MAURICE

Données de base (1993, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de 15 ans ou moins (millions)	0,3
TMM5 (pour 1000 naissances vivantes)	22
TMI (pour 1000 naissances vivantes)	19
Déficit pondéral (pour cent, modéré à grave) (1985)	23,9
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) (1982)	99
Taux d'alphabétisation (pour cent, hommes/femmes) (1990)	85/75
Taux net de scolarisation au primaire (pour cent, garçons/filles) (1991)	87/90
Pourcentage des élèves de première année qui atteignent la cinquième année (1991)	98
Accès à de l'eau salubre (pour cent) (1990)	97
Accès à des services de santé (pour cent) (1985)	100
PNB par habitant (dollars) (1992)	2 700
Enfants d'un an vaccinés contre :	
Tuberculose :	87 %
Diphtérie-coqueluche-tétanos :	88 %
Rougeole :	84 %
Poliomyélite :	89 %
Femmes enceintes vaccinées contre :	
Tétanos :	78 %

La situation des enfants et des femmes

1. Les succès remportés à Maurice ces dix dernières années en matière de développement se reflètent dans l'évolution favorable des indicateurs économiques. De tous les pays membres de l'Organisation de l'unité africaine, Maurice est celui qui enregistre le plus faible taux de mortalité maternelle (TMM), le deuxième plus faible taux de mortalité infantile (TMI), sans doute le plus fort taux de scolarisation au primaire et au secondaire et le plus faible taux de fécondité. Sur les 12 objectifs de la mi-décennie qui intéressent Maurice, sept ont déjà été atteints et les autres cinq sont en voie de réalisation. Les objectifs atteints concernent la couverture vaccinale, l'élimination du tétanos des nouveau-nés, la réduction de la mortalité et de la morbidité de la rougeole, l'élimination de la poliomyélite, la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant, le renforcement de l'éducation de base et l'accès universel à l'eau salubre et à des moyens sanitaires d'évacuation des excréments.

2. Mais pour réaliser et préserver tous les objectifs décennaux, tels qu'ils figurent dans le programme national d'action, Maurice doit encore relever un

/...

certain nombre de défis dans le contexte de son développement économique et social rapide : améliorer les rendements en ce qui concerne la prestation des services de base, réduire les disparités entre les districts, et faire adopter des habitudes plus saines en matière d'hygiène de vie.

3. En ce qui concerne la santé des enfants, les priorités consistent à abaisser le niveau élevé de la mortalité périnatale, qui est actuellement de 25 pour 1 000 naissances vivantes, et réduire la prévalence des maladies transmises par l'eau, des verminoses et de l'anémie. La réduction des capacités des familles en matière de soins aux enfants, due au fait que les deux parents travaillent hors du foyer, la transformation des habitudes de consommation et la médiocrité des habitudes nutritionnelles et hygiéniques contribuent à une dénutrition persistante chez les enfants. L'allaitement maternel est compromis par un sevrage précoce. Bien que l'on n'ait signalé ces dernières années aucun cas d'avitaminose A ou de carence en iode, on ne peut encore exclure l'existence de troubles inapparents. La conjugaison d'un état nutritionnel médiocre et d'une lourde charge de travail constitue un risque pour la femme, surtout pendant la grossesse, en raison de la prévalence marquée de l'anémie, de l'hypertension et du diabète, des accouchements avant terme et des insuffisances pondérales à la naissance. De mauvaises connaissances en matière de sexualité humaine et de contraception, et l'emploi marginal des préservatifs sont autant de sujets de préoccupation compte tenu du nombre croissants de porteurs du virus d'immunodéficience humaine (VIH) - de 19 en 1992 à 80 en 1994 - et de l'augmentation des grossesses d'adolescentes. Les services publics de santé sont gratuits mais ils souffrent de plusieurs problèmes (gestion médiocre, durabilité incertaine, sous-utilisation des services sanitaires de base en milieu rural) et la qualité des soins semble inférieure aux attentes de la plupart des usagers.

4. Plus de 30 000 enfants de moins de trois ans sont gardés par une personne autre que leur mère pendant les heures de travail. Il s'agit généralement de personnes non qualifiées et peu motivées. Le taux de scolarisation est de 80 % dans les établissements préscolaires, qui sont surtout privés et possèdent une infrastructure inadéquate, manquent d'encadrement, emploient des matériels pédagogiques médiocres et sont dotés d'un personnel insuffisamment qualifié. L'enseignement primaire est gratuit et obligatoire, tandis que son infrastructure, sa dotation en personnel et son équipement de base y assurent un accès universel. Toutefois, le taux d'échecs au certificat d'études primaires est de 43 %, avec de grandes variations entre les écoles. L'échec scolaire procède de la modicité des revenus des ménages, associée à un faible degré d'instruction chez les parents et à une compétence marginale dans la langue d'enseignement. L'analphabétisme partiel ou total est un problème persistant. Les activités de développement de l'alphabétisme ne répondent qu'à 10 % des besoins.

5. Le nombre d'enfants victimes de mauvais traitements et privés de soins est en augmentation, tandis que la violence au foyer est devenu un problème majeur dans la vie de famille. Bien que la plupart des textes discriminatoires aient été abrogés, les attitudes et les habitudes empêchent toujours les femmes de s'épanouir pleinement et de contribuer à la société. Après avoir jeté les bases du miracle économique mauricien grâce à une réduction considérable de la

/...

natalité et être entrées massivement dans la population active, les femmes doivent maintenant obtenir l'accès à des services de garderie qualifiés qui autoriseront un développement harmonieux des travailleuses et des familles.

Coopération au programme, 1990-1995

6. Le programme en cours, approuvé par le Conseil d'administration à sa session de 1990 avec un prélèvement de 1 500 000 dollars sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1990/P/L.17), vise les problèmes sociaux touchant les femmes et les enfants, en particulier la nécessité de réduire les disparités entre l'île Maurice et Rodrigues. Dans le but d'accroître l'appui à la réalisation des objectifs décennaux, le Conseil d'administration a approuvé en 1992 un prélèvement supplémentaire de 1 500 000 dollars sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1992/P/L.35). Le Conseil d'administration a approuvé en 1994 un programme de courte durée pour 1995 (E/ICEF/1994/P/L.19).

7. La plupart des objectifs fixés dans le programme de pays ont été réalisés, y compris une couverture vaccinale à 95 % pour les antigènes du programme élargi de vaccination (PEV), la réduction du TMI de 20 à 19 pour 1 000 naissances vivantes, et l'abaissement du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) de 25 à 22 pour 1 000 naissances vivantes. Le plaidoyer mené par l'UNICEF aux plus hauts niveaux du gouvernement a permis de maximaliser l'impact le rendement des ressources limitées du Fonds et a contribué à la ratification rapide de la Convention relative aux droits de l'enfant en 1990 et l'adoption du programme national d'action en 1992, dont les objectifs décennaux sont repris dans le dernier plan national de développement. Le pays ayant une forte capacité nationale en matière de prestation de services, l'UNICEF a surtout contribué à des démarches pilotes et à des approches innovatrices, souvent en collaboration avec des partenaires non gouvernementaux ou privés, dans les domaines de la formation, de l'appui technique pour le plaidoyer et de l'élaboration des politiques.

8. L'appui de l'UNICEF au plan directeur pour l'enseignement a contribué à :

- a) créer neuf centres régionaux ayant la capacité de former chaque année 360 enseignants préscolaires;
- b) lancer une campagne pilote visant à lutter contre l'absentéisme des élèves et relever les taux d'achèvement du cycle primaire;
- c) formuler le plan national d'action sur l'enseignement adapté, qui prévoit la création d'un service technique et l'élaboration d'un plan de formation pour le dépistage précoce des incapacités; et
- d) évaluer le programme national d'alphabétisation en 1993 et le réorienter vers l'éducation de base des adolescents.

9. À Rodrigues, l'UNICEF a appuyé l'enseignement scolaire et extrascolaire en formant des enseignants et en fournissant des matériels didactiques et du matériel élémentaire. La fréquentation des établissements préscolaires est passée de 46 % en 1990 à 70 % en 1993. Grâce à la participation active des collectivités, l'approvisionnement en eau salubre et l'amélioration des installations d'assainissement ont réalisé d'importants progrès, au point que l'appui de l'UNICEF ne sera plus nécessaire dans ce secteur. L'évaluation du programme local pour Rodrigues a mis en relief la contribution des agents sanitaires des collectivités à la réduction du TMI, lequel est tombé de 34,7 à 21,1 pour 1 000 naissances vivantes entre 1990 et 1993.

/...

10. L'UNICEF a contribué au PEV national en fournissant des vaccins et du matériel. Dans le cadre de l'examen du secteur santé, l'UNICEF a parrainé des études portant sur le calcul des coûts et le financement des antennes sanitaires périphériques, sur les rôles et le niveau de prestations des comités sanitaires de village et sur la mortalité périnatale. L'enquête nutritionnelle nationale, réalisée avec l'appui de l'UNICEF, fournira la base d'un système de surveillance. L'assistance de l'UNICEF au programme national de lutte contre le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) a consisté en actions d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour les groupes le plus à risque. L'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont apporté leur appui commun à l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » dans cinq établissements hospitaliers nationaux.

11. Pour renforcer encore les capacités nationales en matière d'analyse et de planification sociale, des études ont été entreprises, en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et les universités, au sujet des questions qui touchent les femmes et les groupes vulnérables, et ceux qui concernent les problèmes des familles à Rodrigues. Des matériels IEC sur l'hygiène de vie, notamment Savoir pour Sauver, ont été produits et diffusés en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'OMS. On a cependant constaté des faiblesses en ce qui concerne les essais préalables, l'évaluation et l'actualisation des activités.

Les enseignements de l'expérience

12. Les activités de coopération réalisées jusqu'ici indiquent que la compatibilité entre les objectifs des politiques du gouvernement et de l'UNICEF, conjuguée à la modicité des ressources de l'UNICEF, constitue un climat propice aux rôles de l'UNICEF en matière de plaidoyer et d'élaboration de politiques. De ce fait, les priorités du programme de pays tendent à s'éloigner des questions de prestation de services pour s'orienter vers la recherche d'une planification plus rationnelle des ressources humaines et financières au service des secteurs sociaux. Étant donné que le processus de développement progresse rapidement à Maurice, la coopération de l'UNICEF devra pouvoir s'adapter plus facilement afin de mieux répondre aux priorités nouvelles des enfants et des femmes. Dans ce contexte, il est indispensable d'améliorer les mécanismes de contrôle et d'évaluation.

/...

Coopération au programme recommandée, 1996-2000

Montant estimatif des dépenses annuelles

(milliers de dollars des États-Unis)

	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>Total</u>
<u>Masse commune des ressources</u>						
Santé	200	200	200	200	200	1 000
Éducation	300	300	300	300	300	1 500
Élaboration de la politique sociale, plaidoyer et contrôle	<u>250</u>	<u>250</u>	<u>250</u>	<u>250</u>	<u>250</u>	<u>1 250</u>
Total masse commune	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>3 750</u>
<u>Fonds supplémentaires</u>						
Santé	50	50	50	50	50	250
Éducation	<u>50</u>	<u>50</u>	<u>50</u>	<u>50</u>	<u>50</u>	<u>250</u>
Total fonds supplémentaires	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>100</u>	<u>500</u>
Total	<u>850</u>	<u>850</u>	<u>850</u>	<u>850</u>	<u>850</u>	<u>4 250</u>

Élaboration du programme de pays

13. Le dernier plan national de développement présente la politique officielle qui consiste à poursuivre l'expansion dans l'équité et à contrôler les répercussions de l'industrialisation et des transformations sociales rapides du point de vue de l'évolution des modes de vie, surtout en ce qui concerne la protection de la famille.

14. Le programme de coopération a été élaboré par un comité interministériel, en consultation avec des institutions et organismes nationaux. Les études et enquêtes existantes ont fourni les données nécessaires à l'analyse de la situation et à la mise au point du programme. Une réunion de stratégie tenue en mai 1994 a déterminé les grandes orientations. Compte tenu des succès remportés à Maurice en matière de survie et de développement de l'enfant (SDE), le programme proposé amorcera une transition vers une diminution graduelle des apports programmatiques dans ce domaine à partir de l'an 2000.

Objectifs et stratégies du programme

15. Le programme de coopération 1996-2000 facilitera et catalysera la réalisation des objectifs du plan national d'action de Maurice. La coopération de l'UNICEF aidera le gouvernement à : a) améliorer encore la qualité et le degré d'utilisation des services de bases destinés aux femmes et aux enfants, en particulier en matière d'éducation et de santé; b) réduire encore les disparités entre les îles et dans chaque île; et c) renforcer la durabilité des progrès

/...

vers la réalisation des objectifs décennaux. Le programme de coopération sera centré sur quatre des sept objectifs stratégiques décennaux : a) réduction du TMI à 12 pour 1 000 naissances vivantes et du TMM5 à 19 pour 1 000 naissances vivantes; b) réduction de moitié du TMM; c) réduction à 7 % de la malnutrition grave à modérée chez les enfants; et d) acquisition d'une éducation de base par 80 % des enfants d'âge scolaire (cycle primaire). Ces objectifs ont été retenus car ils représentent l'élément central de l'engagement pris par le pays envers ses enfants.

16. Comme par le passé, mais peut-être encore plus souvent dans le nouveau programme, l'appui de l'UNICEF servira comme stratégie pré-investissement préalable à l'expansion des programmes officiels. Les trois secteurs programmatiques proposés - élaboration de la politique sociale, plaidoyer et contrôle; santé; éducation - étant interdépendants, les résultats de la recherche et des études opérationnelles seront exploités par les activités visant à accroître la desserte et la qualité de tous les programmes. De même, les succès seront exploités de manière à modifier la desserte à l'échelon national grâce à la mise en commun de l'information, l'élaboration des politiques et de grandes actions de plaidoyer. Compte tenu du degré élevé d'instruction de la population en général et du large éventail d'organismes communautaires, les activités IEC contribueront à accroître les capacités des familles à donner des soins, à renforcer la demande de services de qualité et à promouvoir une plus saine hygiène de vie. Là où la prestation de services est un complément indispensable du renforcement des capacités et de l'apprentissage de l'autonomie, l'UNICEF fournira une assistance limitée en matière de services. Les activités programmées seront ciblées au moyen d'indicateurs locaux afin de mieux desservir les groupes vulnérables, en particulier les femmes et les filles, et de réduire les disparités.

Élaboration de la politique sociale, plaidoyer et contrôle

17. Les objectifs de ce programme consistent à : a) améliorer la base d'information des décideurs qui, au sein de pouvoirs publics et à l'extérieur, ont pour tâche d'élaborer la politique sociale; b) étudier des moyens permettant de mettre au point des stratégies durables et avantageuses en termes de coût/efficacité pour la transition actuelle vers la prochaine phase de développement; et c) sensibiliser l'opinion, susciter le débat public et encourager un appui général en faveur des besoins et des droits des enfants et des femmes.

18. La stratégie consistera à accroître le renforcement des capacités pour la collecte, l'analyse, la diffusion et l'exploitation de données dans le cadre du processus de formulation des politiques et du contrôle des progrès vers la réalisation des objectifs du plan national d'action. On poursuivra les efforts visant à produire des statistiques à de plus bas niveaux d'agrégation afin de faciliter l'identification des groupes vulnérables, des foyers de pauvreté, des disparités masculin/féminin et des secteurs problématiques. On portera une attention particulière au financement et à la gestion des services sociaux et à diverses questions connexes, à titre de suivi du Sommet mondial pour le développement social et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. L'UNICEF appuiera le renforcement de la collaboration interinstitutions en

/...

faveur des efforts nationaux pour l'élaboration de politiques sociales et de plans sectoriels, par exemple pour la réforme du secteur santé.

19. Les activités de plaidoyer, exploitant les succès déjà remportés, consisteront à établir des partenariats en faveur des enfants, à consolider les relations avec les médias, et à produire et diffuser des informations sur les questions relatives au développement de l'enfant. On exploitera pleinement diverses manifestations spéciales et autres occasions telles que le cinquantième anniversaire de l'UNICEF. En matière de plaidoyer, la priorité sera donnée, sur la base de recherches confirmées respectant les sensibilités masculin/féminin, à l'application intégrale et à la diffusion de la Convention relative aux droits de l'enfant et de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Le plaidoyer portera le plus fréquemment sur des thèmes tels que la situation de la femme dans la population active; les enfants victimes de mauvais traitements et privés de soins; le rôle des femmes dans la prise de décision d'ordre social, économique et politique; l'éducation familiale des enfants; et l'absentéisme scolaire des filles. L'UNICEF continuera de coopérer avec l'université et on créera un centre de connaissances sur les enfants. On favorisera l'éducation pour le développement en mettant l'accent sur les actions aidant les enfants à comprendre et à apprécier la diversité culturelle et linguistique dans une société multiculturelle et multilingue et dans le monde.

Santé

20. Dans le secteur santé, l'enjeu est de réaliser les objectifs décennaux de façon durable en déployant plus rationnellement les ressources financières, l'infrastructure et les ressources humaines. La principale stratégie du programme santé consiste à accroître le rendement des services de santé maternelle et infantile (SMI) en tirant mieux parti de services de base plus transparents et plus effectifs et à réduire la prévalence des maladies transmissibles et non transmissibles qui peuvent être prévenues.

21. Le projet SMI renforcera les capacités des services sanitaires dans les districts où les indicateurs révèlent que la situation a moins progressé que les moyennes nationales en ce qui concerne la prise en charge des grossesses difficiles et des cas de souffrance foetale, et la réanimation des nouveau-nés. Le volet « formation » appuiera des activités de formation et des actions IEC visant à : a) promouvoir de meilleures habitudes en matière de diététique, d'hygiène et d'alimentation infantile, y compris l'allaitement maternel; b) mener une action accrue pour le contrôle et la promotion de la croissance; et c) améliorer le traitement des verminoses et des maladies diarrhéiques chez les enfants. Le troisième volet du projet vise à améliorer les capacités de gestion des équipes sanitaires de niveau intermédiaire et des antennes périphériques. Des travaux de recherche et d'analyse seront consacrés aux questions d'assurance de qualité et d'imputabilité institutionnelle des services de premier échelon. Les comités sanitaires locaux et les organisations non gouvernementales (ONG) aideront à organiser des forums permettant d'améliorer les communications entre les dispensateurs et les consommateurs de services de santé. La fourniture des vaccins sera financée à même le budget de l'État, mais l'UNICEF continuera d'appuyer le PEV par l'intermédiaire des activités de contrôle.

/...

22. Le projet « santé et comportements » vise essentiellement à : a) améliorer l'hygiène génésique, y compris en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles (MST), le SIDA et les grossesses précoces; b) remédier à l'inadéquation des habitudes diététiques et de l'hygiène de vie; et c) corriger la sous-utilisation et le contournement des antennes sanitaires périphériques. L'UNICEF appuiera cette action en élaborant des matériels appropriés de promotion sanitaire et en fournissant un soutien technique au service IEC du Ministère de la santé. Appliquant les résultats de la recherche et de l'analyse dans ses efforts de coopération tendant à améliorer l'utilisation des services de SMI, l'UNICEF mettra au point des stratégies de communication visant à encourager les parents à recourir aux services de SMI les plus proches.

Éducation

23. L'objectif du programme éducation consiste à : a) établir des normes pour le développement du jeune enfant; b) étendre les activités en matière de développement du jeune enfant à 70 % des enfants de moins de trois ans; c) réaliser l'universalité de l'enseignement préscolaire et en améliorer la qualité; d) réduire le taux d'échecs de 70 % à 40 % dans les écoles où les résultats scolaires sont insuffisants; et e) réduire l'analphabétisme des adolescents de 7,5 % à 3,7 % à l'île Maurice et de 29,3 % à 14 % à Rodrigues. Le programme sera ciblé sur les écoles primaires dont les résultats sont insuffisants et sur les garderies d'où proviennent leurs élèves.

24. Le projet « développement du jeune enfant » cible 101 500 enfants de moins de cinq ans et leur famille. La priorité sera donnée à l'élaboration de politiques, à la mise au point de règlements et à la formation de cadres intermédiaires et supérieurs et de puériculteurs. Une campagne IEC sensibilisera les parents aux questions liées au développement de l'enfant, favorisera les soins et les activités d'éveil, et créera une demande de services de qualité. En ce qui concerne le développement du jeune enfant, l'UNICEF appuiera la formation d'enseignants en cours d'emploi et l'élaboration de matériels pédagogiques en mettant notamment l'accent sur l'acquisition de compétences linguistiques.

25. Le projet « éducation de base » appuiera une démarche globale visant à améliorer les taux de réussite au certificat d'études primaires dans les écoles où les résultats sont insuffisants. L'assistance de l'UNICEF portera sur des activités telles que l'éducation complémentaire, l'amélioration du milieu d'étude, la recherche et l'analyse, et des activités d'alphabetisation à l'intention de 13 000 adolescents. L'UNICEF apportera son appui à la révision des programmes, à des moyens didactiques et pédagogiques essentiels, et à la formation aux activités d'alphabetisation.

Coopération avec les autres institutions

26. Le programme de pays a été élaboré en consultation avec les autres institutions du système des Nations Unies à Maurice, comme prévu par la note stratégique (1994-1997) mise au point par le gouvernement. La coopération en cours sera encore développée avec l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) en ce qui concerne les activités d'appui technique en matière

/...

d'hygiène génésique des jeunes, de SMI et de nutrition; avec le PNUD pour l'appui à la recherche opérationnelle sur le financement du secteur social; et avec la Banque mondiale au sujet des activités de développement du jeune enfant et de la réforme du secteur santé. On entreprendra le suivi du projet commun de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) et de l'UNICEF concernant le contrôle des activités « Éducation pour tous ».

Gestion du programme

27. La coordination générale incombera au Ministère de la planification et du développement économiques, lequel collaborera avec l'UNICEF à l'égard de tous les aspects du programme, notamment la coordination intersectorielle entre les ministères participants, les ONG et les autres partenaires. Les ministères et les institutions chargés de l'exécution du programme désigneront des responsables qui serviront de point de contact avec l'UNICEF aux fins de cette coopération. Un plan de contrôle et d'évaluation a été mis au point comme partie intégrante du programme de pays. Dans le cadre de leurs activités ordinaires d'information pour l'établissement des rapports intermédiaires trimestriels, les ministères compétents fourniront les données nécessaires à la tenue des indicateurs. L'exécution du programme fera l'objet d'examen annuels afin de jeter les bases nécessaires à l'élaboration de plans annuels d'action aux fins des projets. On prévoit d'effectuer en 1998 un examen à mi-parcours afin d'analyser l'efficacité des stratégies et les progrès accomplis dans le sens des objectifs afin de corriger le cap en tant que de besoin.

28. L'expérience acquise jusqu'ici, notamment dans le cadre de l'Opération carte de vœux et d'entreprises assimilées, indique qu'un certain nombre d'intervenants locaux (ONG, clubs, entreprises) sont prêts à mener des activités de financement pour le compte de l'UNICEF.

29. Le bureau auxiliaire de l'UNICEF à Maurice est dirigé par un administrateur recruté sur le plan international, avec l'appui de trois administrateurs recrutés sur le plan local (chargés des activités programmatiques, d'information/communication et opérationnelles). Compte tenu que le programme de coopération proposé exige un appui technique de haut niveau, on recherchera un appui complémentaire auprès des Volontaires des Nations Unies.

II. SWAZILAND

Données de base (1993, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants de 15 ans ou moins (millions)	0,4
TMM5 (pour 1000 naissances vivantes)	141
TMI (pour 1000 naissances vivantes) (1992)	98
Déficit pondéral (pour cent, modéré à grave) (198-1984)	9,7
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) (1990)	110
Taux d'alphabétisation (pour cent, hommes/femmes) (1986)	70/65
Taux net de scolarisation au primaire (pour cent, garçons/filles) (1994)	80/78
Pourcentage des élèves de première année qui atteignent la cinquième année (1990)	80
Accès à de l'eau salubre (pour cent) (1990)	60
Accès à des services de santé (pour cent)	85
PNB par habitant (dollars) (1992)	1 090
Enfants d'un an vaccinés contre :	
Tuberculose :	98 %
Diptérie-coqueluche-tétanos :	89 %
Rougeole :	85 %
Poliomyélite :	86 %
Femmes enceintes vaccinées contre :	
Tétanos :	74 %

La situation des enfants et des femmes

30. Le Swaziland est une société patrilinéaire où nombre des structures traditionnelles sont inextricablement mêlées aux structures modernes et influencent donc les normes sociales, la politique, le droit et l'économie. Tous les Swazis sont officiellement sujets de l'un des 200 chefs qui répartissent les terres. Les chefferies forment 55 circonscriptions administratives appelées tinkhundla, lesquelles forment à leur tour quatre régions dotées chacune d'un administrateur régional et d'une équipe régionale de gestion sanitaire.

31. On estime que le Swaziland comptait en 1994 quelque 894 100 habitants avec un produit national brut (PNB) de 1 050 dollars par habitant. La pauvreté et la misère ont cependant progressé dans les années 90 en raison de la baisse du revenu familial. À cet égard, 39 % des ménages sont dirigés par une femme et l'incidence de la pauvreté y est près de deux fois plus grande que dans les ménages dirigés par un homme. Quelque 72 % des Swazis vivent en milieu rural, beaucoup dans une misère absolue. La pauvreté pourrait s'aggraver suite à la

/...

réduction attendue des transferts que le Swaziland reçoit de l'Union douanière d'Afrique australe, lesquels financent aujourd'hui près de la moitié du budget de l'État.

32. Vers le milieu des années 80, le Swaziland a connu une croissance économique rapide et a progressé vers la réalisation des objectifs prévus pour l'an 2000 en faveur des enfants. La couverture vaccinale des nourrissons est passée de 14 % à 89 % et l'on estime que le recours à la réhydratation par voie orale pour le traitement des maladies diarrhéiques atteint 84 %. L'espérance de vie a augmenté de 29 % et le TMI a fait une chute spectaculaire de 41 %, tombant de 168 pour 1 000 naissances vivantes en 1966 à 98 en 1992. La mortalité infantile et celle des enfants de moins de cinq ans sont cependant plus élevés dans les régions de savane de l'Est du Swaziland.

33. Le quart des cas de mortalité infantile surviennent pendant la période néonatale et sont causés par un déficit pondéral à la naissance, une syphilis congénitale ou par des conditions périnatales défavorables. Quelque 55 % des cas de mortalité infantile surviennent entre le deuxième et le sixième mois après la naissance. Ainsi, à la différence de nombreux autres pays, la majorité des cas se produisent après la période néonatale. La mortalité infantile pourrait être largement prévenue par des initiatives relativement simples prises au niveau des villages ou des tinkhundla en portant une plus grande attention à l'amélioration des soins prénatals et post-natals. Les infections respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques et la malnutrition, conjuguées à un allaitement maternel non exclusif, à de médiocres habitudes de sevrage et au manque d'hygiène, sont à l'origine de 53 % des cas déclarés de mortalité infantile et de 70 % des décès d'enfants de moins de cinq ans.

34. Un programme de surveillance du SIDA par réseau sentinelle a permis d'estimer la prévalence du VIH à 18,5 % chez la population sexuellement active, contre 3,9 % en 1992; on recense 18 % des cas déclarés de SIDA chez les enfants de moins de cinq ans et 58 % chez les adultes de 20 à 39 ans. Près de 23 % des mères âgées de 15 à 19 ans sont séropositives; dans cette tranche d'âges, les femmes séropositives sont quatre fois plus nombreuses que les hommes. On estime que 5 % de tous les enfants swazis auront perdus leurs deux parents au SIDA en 1996.

35. Le TMM officiel est de 110 pour 100 000 naissances vivantes, ce qui est probablement inférieur à la réalité car le sondage ne porte que sur les accouchements en établissement, soit 56 % du total. Près de 75 % des cas de mortalité maternelle résultent de causes obstétriques directes : avortement provoqué, éclampsie puerpérale, obstruction du travail, hémorragies et infections. Les autres décès en couches sont attribués à l'âge de la mère, à une forte multiparité, à un espacement insuffisant des grossesses, à des infections multiples et à une mauvaise situation nutritionnelle. Les grossesses d'adolescentes sont à l'origine de 27 % de tous les accouchements recensés, chiffre qui pourrait encore augmenter à mesure qu'un taux élevé d'accroissement de la population (3,2 %) vient gonfler les rangs de ce groupe d'âges.

36. Près de 30 % des enfants souffrent de malnutrition chronique. La sous-alimentation, problème grave chez les enfants de 6 à 24 mois, est due à l'inadéquation de l'allaitement maternel et des habitudes de sevrage.

/...

La quasi-totalité des mères continuent d'allaiter leur enfant jusqu'à l'âge de 18 mois, mais à peine 8 % pratiquent l'allaitement maternel exclusif. Les deux tiers des nourrissons commencent à recevoir une alimentation complémentaire dès l'âge de deux mois et l'allaitement est souvent interrompu si l'enfant tombe malade.

37. Une enquête de 1993 sur la carence en iode confirme l'existence d'une carence modérée à sévère dans la fourchette de 6 % à 38 %, plus marquée dans l'Ouest du Swaziland. Bien que l'on n'ait pas encore étudié la prévalence de l'avitaminose A, les taux relativement élevés de mortalité et de morbidité infantile et juvénile pourraient indiquer l'existence d'un problème, surtout dans les zones souffrant de sécheresse chronique.

38. Bien que le gouvernement consacre actuellement aux programmes sociaux 41 % des recettes publiques, les populations des poches rurales isolées sont encore sous-desservies. Ainsi, à peine 16 % des enfants de la classe d'âges de trois à cinq ans sont inscrits au niveau préscolaire. Au primaire, le taux annuel des abandons scolaires est de 5 % tandis que 26 % des élèves redoublent. De fortes pressions sociales incitent les filles à cesser leurs études à la fin du cycle primaire pour travailler ou si elles sont enceintes. En 1994, les taux brut et net de scolarisation étaient respectivement de 100 % et 80 % au primaire, tandis que le taux d'alphabétisme des adultes s'établissait à 70 %.

39. Près de 80 % de la population urbaine et 40 % de la population rurale ont accès à de l'eau potable. Ce niveau risque de fléchir si le gouvernement n'adopte pas une politique mieux définie quant à la durabilité des réseaux d'approvisionnement en eau et à l'amélioration de leur entretien.

40. S'agissant de l'amélioration et du maintien de la situation sanitaire et du niveau d'instruction des femmes, l'enjeu essentiel consiste à élever leur condition dans la société swazie de manière à les mettre à égalité avec les hommes. Bien que la loi leur garantisse l'égalité de chances avec les hommes en matière d'emploi, les femmes n'ont guère accès aux postes de gestion. En outre, les droits des femmes ne sont pas suffisamment respectés en matière de propriété et de succession. Par ailleurs, le droit matrimonial considère la femme comme une mineure dont tous les actes juridiques sont assujettis au consentement de l'époux. Les observateurs estiment qu'un grand nombre de filles sont des enfants des rues ou des prostituées adolescentes.

Coopération au programme, 1991-1995

41. Le programme de coopération 1991-1995 visait essentiellement à étendre la desserte des services de base en livrant des fournitures (médicaments essentiels, matériel) afin de renforcer les systèmes de prestation de services, notamment en matière de SMI.

42. L'UNICEF a surtout appuyé la SMI par les moyens suivants : a) formation de personnel sanitaire et de bénévoles communautaires en matière de prévention, de promotion sanitaire et de médecine curative; b) mobilisation sociale et plaidoyer; et c) achats de fournitures. En 1991, l'UNICEF a passé des marchés pour la quasi-totalité des vaccins utilisés par le Swaziland. Mais en 1993, le

/...

gouvernement a commencé à fournir 50 % des besoins nationaux en vaccins. L'appui de l'UNICEF en matière de communication et de mobilisation sociale a permis d'accroître et d'entretenir le degré d'engagement des dirigeants politiques, ainsi que la demande de vaccinations émanant des mères. Les objectifs consistant à éliminer la poliomyélite et le tétanos néonatal, qui devaient être atteints à la mi-décennie, semblent donc réalisables. Étant donné que le programme de vaccination est intégré aux autres activités de SMI, la réalisation de l'immunisation universelle des enfants a également renforcé l'ensemble du système des services de santé.

43. S'agissant de l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » et du programme de sécurité alimentaire et des revenus des ménages, le gouvernement a mis au point, à l'intention de tous les centres sanitaires, une politique d'allaitement maternel fondée sur les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». Il existe au Swaziland six grands hôpitaux, dont quatre ont été jugés « amis des bébés » et deux ont reçu un certificat d'engagement. Le cadre du programme de pays a été ajusté, et l'UNICEF a appuyé l'installation de pompes à bras et la construction de fosses d'aisance dans le cadre de son intervention d'urgence contre la sécheresse.

44. On a mis terme au programme « éducation de base » car il était formé d'une série hétérogène d'interventions insuffisamment intégrées. Mais à la suite de l'examen à mi-parcours, ses éléments ont été incorporés à un programme nouvellement créé de mobilisation sociale.

Les enseignements de l'expérience

45. L'examen à mi-parcours du programme de pays a fait date dans la mesure où il a donné naissance à une nouvelle approche stratégique en ce qui concerne tant l'exécution des programmes sectoriels et du rôle de l'UNICEF dans la gestion du programme.

46. L'évaluation a conclu que le programme de pays comprenait un trop grand nombre de projets (17) et que les activités n'étaient pas suffisamment intégrées dans un cadre stratégique global. Avec l'entrée en vigueur du programme national d'action en 1991, on s'est rendu compte que la coopération gouvernement-UNICEF devait renforcer le contrôle des progrès vers la réalisation durable des objectifs du programme national d'action car les capacités nationales étaient limitées en ce qui concerne le contrôle systématique de la situation des enfants. Il fallait en oeuvre adopter des approches plus pragmatiques pour les zones sous-desservies.

47. La coopération devait aussi accorder une plus grande attention aux systèmes de gestion du programme et ne pas s'orienter trop résolument vers une approche « offre » afin d'élargir l'accès aux services au moment où les tinkhundla et les chefferies commencent à participer plus activement à la prestation de services. Les tinkhundla peuvent contribuer à améliorer la coordination entre les régions administratives centrales et les collectivités.

48. La population est dispersée dans les fermes et certaines régions sont d'un accès difficile en raison du relief montagneux. La couverture de certains services tels que les vaccinations et la réhydratation par voie orale est certes

/...

déjà étendue mais non universelle. Des efforts plus soutenus et à plus long terme doivent donc être entrepris afin d'étendre les prestations aux zones moins plus difficiles à desservir, y compris les quartiers urbains pauvres.

49. La recherche signale que même si la population est souvent au courant des besoins des femmes et des enfants, son comportement est fréquemment en contradiction avec les normes pour la promotion de la santé. Ainsi, bien qu'elle possède une bonne connaissance de la contraception et du SIDA, à peine 22 % de la population recourt effectivement à la contraception ou fait usage de préservatifs. Plus de 96 % des femmes enceintes se présentent au moins à une visite prénatale, mais à peine 56 % accouchent dans un établissement de santé.

50. Une assistance de l'UNICEF reste nécessaire pour la prestation de services, surtout afin de combler sur le court terme certaines lacunes nettement identifiables. À plus long terme, le rôle de l'UNICEF au Swaziland consistera à mener un plaidoyer auprès du gouvernement en faveur d'une mobilisation plus effective des autres organismes de services, y compris les ONG et le secteur privé. La coopération de l'UNICEF devrait s'orienter plus résolument sur le plaidoyer de politiques comme moyen de faciliter la mise en oeuvre du programme à tous les niveaux administratifs. Par exemple, il faut déterminer des moyens plus efficaces (en termes de coûts) pour promouvoir la Convention relative aux droits de l'enfant, notamment en employant celle-ci comme base éthique en vue de réaliser les objectifs décennaux et d'aborder d'autres questions telles que la prévention du VIH/SIDA.

51. Il est important de renforcer les stratégies - par exemple l'autosuffisance en matière de vaccins - afin de préserver les acquis en matière de soins primaires. Ces stratégies devraient comprendre : a) des crédits supplémentaires du gouvernement pour les dépenses ordinaires nécessaires à l'approvisionnement en vaccins et en sels de réhydratation orale; b) la promotion de la dévolution aux collectivités des activités et de leur financement; et c) le renforcement des capacités des dirigeants locaux en matière de planification et de gestion des projets.

Recommandation concernant un prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources pour financer le programme pendant la période approuvée, 1991-1995

52. Le programme du Swaziland pour la période 1991-1995, approuvé en 1991 par le Conseil d'administration, prévoyait un prélèvement de 2 500 000 dollars sur la masse commune des ressources disponibles (E/ICEF/1991/P/L.20). En 1994, le Conseil d'administration a approuvé un prélèvement supplémentaire de 919 340 dollars sur la masse commune des ressources pour la période du programme (E/ICEF/1994/P/L.30). Le Conseil d'administration est invité à approuver pour 1995 un prélèvement supplémentaire de 100 000 dollars sur la masse commune des ressources afin d'accélérer les activités visant à réaliser les derniers objectifs de la mi-décennie ainsi qu'à préserver et améliorer les progrès déjà réalisés. On visera à maintenir une large couverture vaccinale (89 %) en mettant particulièrement l'accent sur l'éradication de la poliomyélite, l'élimination du tétanos néonatal et la réduction de l'incidence de la rougeole. L'usage de la réhydratation orale, actuellement estimé à 84 %, sera porté à 90 % en 1995. Pour lutter contre les taux élevés de morbidité et de mortalité,

/...

l'UNICEF continuera de fournir des médicaments essentiels - notamment des vaccins et des sels de réhydratation orale - d'appuyer des stages de recyclage pour le personnel de santé, et de promouvoir l'enseignement sanitaire. Une autre priorité consistera à renforcer la décentralisation des services de santé et d'accroître la capacité régionale à fournir effectivement des services préventifs, curatifs et de promotion de la santé. La maternité sans risque fera l'objet d'une action plus résolue afin d'améliorer la qualité des soins prénatals et de maternité, notamment en ce qui concerne les interventions d'urgence. La malnutrition, dont témoigne la forte proportion de retards de croissance constatée chez les enfants de moins de cinq ans, restera une préoccupation prioritaire. L'UNICEF appuiera des activités pour la promotion de l'allaitement maternel et l'amélioration des habitudes en matière d'alimentation des enfants, dans le cadre d'initiatives menées au niveau des collectivités.

Besoins annuels de financement

(milliers de dollars des États-Unis)

<u>Cycle en cours</u>	<u>Prélèvement approuvé sur la masse commune des ressources a/</u>	<u>Prélèvement supplémentaire proposé</u>	
		<u>1995</u>	<u>Total</u>
1991-1995	650	100	100

a/ Le montant inscrit dans cette colonne comprend le solde effectif reporté du cycle antérieur.

/...

Montant estimatif des dépenses annuelles, 1996-2000Montant estimatif des dépenses annuelles

(milliers de dollars des États-Unis)

	<u>1996</u>	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>Total</u>
<u>Masse commune des ressources</u>						
Élaboration de la politique sociale	75	80	90	90	105	440
Santé et nutrition	375	320	340	290	300	1 625
Eau et assainissement	105	120	95	105	90	515
Éducation de base	80	115	95	115	105	510
Appui au programme	<u>115</u>	<u>115</u>	<u>130</u>	<u>150</u>	<u>150</u>	<u>660</u>
Total masse commune	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>750</u>	<u>3 750</u>
<u>Fonds supplémentaires</u>						
Élaboration de la politique sociale	95	90	110	95	50	440
Santé et nutrition	205	230	245	245	275	1 200
Eau et assainissement	100	120	100	100	110	520
Éducation de base	<u>150</u>	<u>110</u>	<u>95</u>	<u>120</u>	<u>115</u>	<u>590</u>
Total fonds supplémentaires	<u>550</u>	<u>550</u>	<u>550</u>	<u>550</u>	<u>550</u>	<u>2 750</u>
Total	<u>1 300</u>	<u>1 300</u>	<u>1 300</u>	<u>1 300</u>	<u>1 300</u>	<u>6 500</u>

Élaboration du programme de pays

53. La réunion de stratégie, qui a permis de dresser le cadre du programme, a été suivie par un processus de formulation du programme sur la base d'intenses consultations gouvernement-UNICEF, y compris les observations présentées par certains pays membres du Conseil d'administration de l'UNICEF. Le programme de coopération 1996-2000 se fonde sur l'hypothèse probable que le Swaziland réalisera et préservera les objectifs de la mi-décennie, et sur les enseignements tirés du programme précédent. La réalisation des objectifs de la mi-décennie servira de tremplin pour la réalisation des buts principaux du programme national d'action d'ici l'an 2000.

54. Les deux objectifs du programme du pays, qui serviront de catalyseurs pour la réalisation des objectifs du programme national d'action, assignent à l'UNICEF un rôle complémentaire de ceux des autres institutions des Nations Unies qui participent au développement social. Dans tous les secteurs programmatiques, UNICEF Swaziland suivra trois démarches : a) renforcement des capacités au moyen d'un appui financier et technique aux partenaires participant à l'exécution du programme, en matière de planification, de contrôle et de mise

/...

en oeuvre à l'échelon local; b) renforcement des services d'appui grâce au développement de la communication, du plaidoyer et de la mobilisation sociale dans le cadre du programme; et c) maintien de l'approvisionnement en fournitures pour les zones rurales et urbaines déshéritées.

55. Le premier objectif consiste à promouvoir la réalisation des buts du programme national d'action dans l'ensemble du pays par le plaidoyer et la mobilisation sociale. Le deuxième objectif consiste à contribuer et à appuyer les grands objectifs nationaux en matière de SDE, surtout pour les enfants les plus à risque dans certaines zones rurales et urbaines. Dans ces localités, la coopération de l'UNICEF contribuera à la réalisation des buts suivants inscrits au programme national d'action (ou leurs équivalents), sur la base d'objectifs chiffrés déterminés par les administrations locales : réduire le TMI de 98 à 75 pour 1 000 naissances vivantes; réduire le TMM5 de 141 à 110 pour 1 000 naissances vivantes; réduire le TMM de 110 à 75 pour 100 000 naissances vivantes; éliminer quasiment les troubles dus à la carence en iode et l'avitaminose A; porter à 90 % la proportion de tous les établissements d'enseignement primaire, dispensaires et antennes sanitaires ayant accès à l'eau potable et à des moyens sanitaires d'évacuation des excréments; et relever à 85 % le taux d'achèvement du cycle primaire dans les zones où le programme sera mis en oeuvre.

Objectifs et stratégies

56. L'objectif principal consistera à étendre la desserte des services de base afin d'exercer des répercussions plus favorables sur la survie, le développement et la protection des enfants. Les objectifs du programme national d'action seront poursuivis dans les zones géographiques désignées pour la coopération de l'UNICEF. La stratégie du programme de pays recours aux trois démarches connexes ci-après : a) préserver et étendre la desserte des services sociaux; b) renforcer la qualité de la prestation des services et de la planification sociale; et c) apprendre l'autonomie aux Swazis, en particulier les femmes, en vue de leur plus grande participation au processus de développement. La structure de la coopération de l'UNICEF comprend une amélioration de la qualité et de l'impact des services directs (par exemple, maternité sans risque) et la systématisation accrue des services d'appui (par exemple, élaboration de la politique sociale pour les enfants et les femmes). Le programme de pays comprendra également deux volets complémentaires : a) coopération sectorielle, où l'accent sera porté sur la fourniture d'apports aux services directs par l'intermédiaire des ministères et départements ministériels, essentiellement à l'échelon national (santé; eau; enseignement; etc.); et b) services d'appui transsectoriels (plaidoyer, mobilisation sociale, communication, planification et contrôle), en insistant sur le renforcement des capacités à l'échelon local et sur l'apprentissage de l'autonomie par les collectivités. Le programme sera mis en oeuvre dans 11 nouveaux tinkhundla par an, soit 55 tinkhundla au total, chaque tranche annuelle correspondant à près de 20 % de la population. Mais l'UNICEF apportera son concours à la couverture vaccinale quasi universelle des nouveau-nés et à la consommation universelle de sel iodé. Les activités de plaidoyer et de mobilisation sociale s'étendront à l'ensemble du pays. Quatre thèmes stratégiques se retrouvent dans l'ensemble du programme de pays.

/...

57. Sensibilité aux initiatives des collectivités. L'élaboration de mécanismes participatifs locaux plus efficaces permettra de promouvoir une collaboration plus fructueuse entre le gouvernement et les pouvoirs coutumiers (par exemple, les chefferies). Un dialogue constant sera maintenu entre les dispensateurs de services de base et des groupes organisés de bénéficiaires issus des collectivités.

58. Préserver les acquis en matière de survie. Les actions tendant à renforcer la durabilité de la prestation de services pour les programmes nationaux réussis tels que le PEV seront axées sur cinq facteurs interdépendants : appui politique à long terme; ressources financières; compétence gestionnelle; expertise technique; et acceptation culturelle.

59. Réduction des disparités. Les niveaux relativement élevés de la malnutrition et de la mortalité des enfants de moins de cinq ans indiquent que de nombreux enfants n'ont pas bénéficié de l'expansion économique des années 80. La réduction des disparités constituera donc une préoccupation de tous les instants, ainsi qu'un élément essentiel à la réalisation des buts du programme national d'action. La coopération de l'UNICEF ciblera les enfants à risque en milieu rural et en milieu urbain.

60. Information, plaidoyer et mobilisation sociale pour l'élaboration des politiques. La coopération gouvernement-UNICEF engagera un plaidoyer de haut niveau à l'échelon national avec les décideurs, les législateurs et les autres donateurs en vue d'améliorer le climat social et juridique pour les enfants et les femmes. La mobilisation sociale menée dans toutes les régions et collectivités, conjuguée à l'assistance technique fournie à l'appui de la planification et de la gestion des programmes et à une utilisation plus judicieuse des ressources nationales, renforcera la mise en oeuvre des politiques nationales, désormais mieux adaptées aux conditions locales. Grâce à un recentrage de la communication et de la formation, le programme de pays démultipliera l'impact des activités de diffusion de l'information et renforcera la motivation et les aptitudes des collectivités et des familles à fournir leadership et appui aux initiatives.

Élaboration de la politique sociale

61. Ce programme vise à renforcer, à l'échelon de l'administration publique tout entière, la planification programmatique et le plaidoyer en faveur des femmes et des enfants afin d'assurer que les besoins des enfants et l'équité masculin/féminin recevront un ordre de priorité élevé dans les actions de développement du Swaziland. Le programme établira un cadre politique et législatif fonde sur la Convention relative aux droits de l'enfant en vue de préserver les droits fondamentaux des enfants et des femmes. Les stratégies pour la décentralisation et pour la participation des collectivités devraient conférer à celles-ci le degré d'autonomie nécessaire pour promouvoir la responsabilisation du gouvernement en matière de droits des enfants et des femmes.

62. Des activités de communication seront incorporées à tous les programmes. Elles contribueront à développer les capacités du gouvernement et des ONG à

/...

entreprendre en matière de communication les initiatives jugées essentielles pour réaliser les objectifs du programme de pays. On mettra l'accent sur la normalisation des messages et à coordonner la diffusion de l'information par l'intermédiaire de tous les partenaires du côté du gouvernement, des ONG et des donateurs. Le plaidoyer et la mobilisation sociale pour la protection des enfants et l'équité masculin/féminin porteront sur les lacunes législatives et sur la nécessité de transformer les comportements. On se préoccupera en particulier de la protection et du développement des enfants et des femmes en situation particulièrement difficile, notamment les effets subis par les enfants dont les parents meurent du SIDA et les droits de ces enfants en matière de soins et d'éducation. Les volets planification, évaluation et contrôle des objectifs renforceront ces capacités aux niveaux du pays, des régions et des collectivités.

63. On a mis au point un plan intégré de contrôle et d'évaluation portant les plans d'opération de tous les programmes sectoriels. Un examen à mi-parcours est prévu pour 1998 et une évaluation de l'impact pour l'an 2000. Des actions systématiques de collecte et d'analyse des données seront entreprises chaque année aux niveaux des collectivités et des régions par diverses institutions gouvernementales et organisations, y compris les ONG et les animateurs sanitaires ruraux. Un groupe de contrôle et d'évaluation du programme national d'action favorisera et coordonnera des analyses périodiques de la situation des enfants et des femmes et proposer des améliorations concernant les systèmes d'encadrement, de contrôle et d'évaluation. On contrôlera aussi les affectations de ressources aux actions prioritaires en matière de valorisation des ressources humaines, ainsi que les dépenses par habitant consacrées aux services de base. Des plans régionaux d'action seront élaborés tous les ans dans le cadre du processus triennal de programmation continue du budget et du plan national.

Santé et nutrition

64. Le programme intégré « santé et nutrition » vise à accroître la qualité, l'accès et la desserte des services de santé de base pour au moins 150 000 enfants et femmes sous-desservis en milieu rural et urbain. La stratégie consiste à renforcer l'intégration actuelle de la santé maternelle, du PEV, de la lutte antidiarrhéique, du traitement des infections respiratoires aiguës et des activités nutritionnelles en un module complet de services de soins primaires, dont la gestion sera renforcée aux niveaux des régions et des collectivités. Les activités viseront à renforcer les capacités des équipes régionales de gestion sanitaire, ainsi que les relations de travail entre elles. Le personnel infirmier des dispensaires et les vulgarisateurs sanitaires des collectivités joueront un rôle névralgique dans le processus d'intégration. Les équipes régionales de gestion sanitaire amélioreront les services de communication avec les familles. On portera une attention particulière à la mise en valeur des compétences interpersonnelles du personnel de santé et de planification familiale qui traitent directement avec les familles. L'appui de l'UNICEF au secteur santé sera étroitement coordonné avec l'assistance de plusieurs autres donateurs comme l'OMS, l'Agency for International Development des États-Unis (USAID), le FNUAP et diverses ONG.

/...

65. Le PEV mènera d'autres activités constituant un « volet complémentaire » : a) il distribuera des capsules de vitamine A aux enfants de moins de cinq ans et aux femmes allaitantes; b) il accroîtra et préservera les niveaux actuels de couverture vaccinale; c) il étendra son action de la vaccination à la réduction des maladies; b) il renforcera la capacité de surveillance épidémiologique; et e) il élaborera de façon plus détaillée un système durable d'approvisionnement et de financement des vaccins en l'axant sur l'appui des administrations locales. Pour cela, il sera nécessaire d'identifier les secteurs sous-desservis, de poursuivre le plaidoyer à tous les niveaux administratifs et de renforcer les responsabilités en matière de gestion et d'encadrement aux échelons régionaux. Le personnel de santé de tous les 55 tinkhundla sera formé aux techniques perfectionnés de surveillance épidémiologique en vue de l'éradication de la poliomyélite et du tétanos néonatal et de la réduction de la morbidité et de la mortalité de la rougeole.

66. La principale stratégie pour la maternité sans risque et la planification familiale consistera à promouvoir et à améliorer l'accès à des services obstétriques d'urgence rapides et compétents. Pour améliorer la qualité des soins d'urgence pour le traitement des complications obstétriques, on assurera la disponibilité de matériels élémentaires et on décentralisera le système de gestion. D'autres interventions connexes seront menées, notamment la formation de 500 accoucheuses traditionnelles; la sensibilisation des collectivités et la promotion d'une action auprès des communautés en faveur de l'amélioration des soins maternels; et l'appui à la mise en place et à l'actualisation d'autres services de santé maternelle et infantile aux niveaux des districts et des régions. Le problème de l'hygiène génésique des adolescents sera abordé dans le cadre de l'expansion de la préparation à la vie familiale afin de réduire les risques de grossesses non désirées et de MST, notamment l'infection par le VIH chez les filles de 15 à 19 ans.

67. L'éducation des jeunes en matière de VIH/SIDA vise principalement à provoquer une transformation des comportements sexuels chez les adolescents swazis des 500 écoles primaires du pays. On élaborera des matériels didactiques et pédagogiques innovateurs et culturellement compatibles, notamment des modules de sensibilisation masculin/féminin et de préparation à la vie active, afin de promouvoir des attitudes et comportements sexuellement responsables. En outre, un appui sera apporté aux enfants en tant que « porteurs du savoir » afin qu'ils puissent transmettre à leur famille et à leur collectivité ce qu'ils apprennent à l'école. La priorité sera aussi donnée à la mobilisation et à l'appui des directeurs d'établissements scolaires, des enseignants, des parents, des membres des comités scolaires et des dirigeants traditionnels.

68. Les services de lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës seront axés sur la prévention des maladies diarrhéiques et sur la prise en charge normalisée et appropriée des diarrhées aqueuses, sanglantes et persistantes, et des infections respiratoires aiguës. Pour cela, on formera un millier d'agents sanitaires et l'on mènera des activités de mobilisation sociale et de communication. On identifiera et ciblera les secteurs difficiles à desservir, notamment les zones péri-urbaines, où les ménages n'ont pas toujours suffisamment accès à l'information concernant la réhydratation par voie orale ni à des quantités adéquates de sels de

/...

réhydratation. On favorisera le traitement à domicile des épisodes diarrhéiques, en mettant simultanément l'accent sur la poursuite de l'alimentation et sur l'identification précoce des cas d'infections respiratoires aiguës et leur orientation vers les établissements de santé appropriés.

69. La promotion de l'allaitement maternel et d'habitudes judicieuses de sevrage vise à porter de 8 % à 50 % la proportion de nourrissons alimentés exclusivement au sein et à promouvoir de meilleures habitudes de sevrage pour les enfants de moins de trois ans. Pour ce faire, on fera la promotion de l'allaitement maternel dans le cadre de l'enseignement extrascolaire, de la communication et de la mobilisation sociale. Les groupes cibles seront les jeunes filles et les femmes de 15 à 25 ans, tranche d'âges où se produisent 50 % de tous les accouchements. On continuera d'appuyer le Swaziland Infant Nutrition Action Network (réseau d'action du Swaziland pour la nutrition infantile) en vue de renforcer l'initiative des hôpitaux « amis des bébés » dans six hôpitaux et de l'étendre à d'autres établissements de santé (publics et privés) ayant un service de maternité.

70. Une initiative sur l'élimination des carences en oligoéléments vise à améliorer la situation nutritionnelle des enfants de moins de cinq ans et des femmes en âge de procréer. Étant donné que tous le sel destiné à l'alimentation provient d'Afrique du Sud, les troubles dus à la carence en iode seront éliminés en appliquant les textes concernant l'importation de sel iodé et en menant un plaidoyer auprès du public quant à la nécessité de consommer du sel iodé. Les agents sanitaires contrôleront de façon constante et systématique les indicateurs de carence en iode dans les zones à risque. Pour lutter contre l'avitaminose A et la carence en fer, a) on encouragera la préparation à domicile et la consommation d'aliments riches en vitamine A et en fer; b) on fournira des capsules de fer et de vitamine A aux enfants et aux femmes à risque; et c) on sensibilisera le public et les mères en particulier à la nécessité d'assurer aux jeunes enfants un régime alimentaire sain.

Eau et assainissement

71. Le programme comprend deux volets : a) l'approvisionnement en eau salubre des écoles et dispensaires et leur équipement en latrines améliorées à fosse autoventilée type Blair; et b) la promotion de l'enseignement de l'hygiène du milieu. L'objectif général du programme consiste à accroître la proportion de la population rurale ayant accès à de l'eau salubre et à un assainissement adéquat, à réduire l'incidence des maladies diarrhéiques pour près de 50 000 écoliers et de fournir des traitements ambulatoires et avec hospitalisation dans 50 dispensaires et antennes sanitaires. Les équipes régionales de gestion sanitaire seront les principaux intervenants chargés de renforcer l'éducation sanitaire dans les écoles et les dispensaires. On mettra au point une approche intersectorielle afin de faire participer les écoles primaires, les organisations féminines, les médias et les dirigeants de collectivités aux actions visant à renforcer l'enseignement de l'hygiène.

72. L'UNICEF mènera un plaidoyer en faveur d'un programme d'envergure nationale pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement au moyen de technologies appropriées à coût abordable utilisant des pompes à bras et des

/...

latrines type Blair. Cette option permettra de maintenir les coûts dans la fourchette globalement acceptée de 10 à 20 dollars par personne. La formation et la participation des collectivités à la gestion, au fonctionnement et à l'entretien des systèmes d'approvisionnement en eau salubre font parties intégrantes du programme. Le coût par habitant de l'approvisionnement rural en eau étant relativement élevé au Swaziland, le plaidoyer de l'UNICEF en faveur de l'option pompes à bras contribuera à accélérer la desserte rurale en eau.

Éducation de base

73. En matière d'éducation de base, l'accent sera porté sur l'amélioration de la qualité de l'enseignement primaire en doublant le nombre d'enfants qui terminent le cycle avec succès grâce à une réduction de 50 % du nombre de « décrocheurs » et de redoublants. L'assistance de l'UNICEF portera sur 150 des 500 écoles primaires du pays. Les établissements seront choisis en fonction de critères tels qu'une représentation géographique équitable, les taux de succès, la proportion de redoublants et le taux net de scolarisation, et le dynamisme du comité scolaire. Dans le but de maintenir des taux de scolarisation élevés et d'aborder les questions masculin/féminin, on donnera la priorité à la sensibilisation des collectivités quant aux besoins en matière de développement de l'enfant et quant à l'importance de l'éducation primaire. Ces actions seront mises en oeuvre à des niveaux inférieurs à l'échelon national en mettant fermement l'accent sur la participation des collectivités à la gestion des activités qui concernent l'éducation.

74. Au niveau national, l'UNICEF contribuera à améliorer le programme de l'enseignement primaire par des évaluations continues et en y incorporant l'éducation sanitaire. Les enseignants du primaire recevront une formation aux techniques de contrôle et d'évaluation. Pour intéresser durablement les jeunes difficiles à desservir, on mettra au point des stratégies nouvelles et plus créatrices pour l'éducation scolaire et extrascolaire. On s'efforcera aussi d'accroître l'accès au système d'éducation et à rendre celui-ci plus souple et plus efficace. En outre, un volet « plaidoyer » sera consacré aux diverses questions de coût et de financement liées à l'amélioration de la qualité et de l'actualité de l'éducation primaire et à la nécessité de porter une attention accrue aux enfants pauvres, en particulier les filles.

Coopération avec d'autres organisations

75. L'UNICEF collaborera étroitement avec les autres institutions des Nations Unies, les donateurs et les ONG nationales en vue de développer la coopération en matière de recherche appliquée, d'encadrement, de contrôle, de formation et d'intensification des échanges d'information. Un groupe de travail technique planifie et encadre la mise en oeuvre d'un module décentralisé « Santé pour tous ». L'UNICEF, l'OMS et le FNUAP coopèrent effectivement à cette initiative depuis 1993 afin de promouvoir la participation active des structures régionales et des collectivités aux programmes de SMI. On prévoit d'autres activités de coopération visant à préserver les acquis en matière de SMI et de renforcer en un même temps les interventions concernant le PEV, la prévention du SIDA, l'initiative pour la maternité sans risque, l'amélioration des habitudes nutritionnelles et la protection environnementale. De nombreux donateurs, dont

/...

l'UNICEF, collaborent avec le gouvernement à la formulation d'une stratégie nationale de développement. S'agissant de la note stratégique du Swaziland, l'UNICEF renforcera sa coopération avec les institutions des Nations Unies, la Banque mondiale et l'Overseas Development Administration (ODA) britannique au sujet de la lutte contre la pauvreté, dans le but de réduire les disparités dans la desserte des services sociaux de base. Pendant les deux premières années du programme de pays, l'UNICEF coopérera avec l'USAID dans le secteur de l'éducation en vue de renforcer les capacités des systèmes d'évaluation et d'information en gestion dans les écoles primaires.

Appui et gestion du programme

76. Afin de répondre aux nouveaux besoins programmatiques et de faire face aux exigences des nouvelles stratégies de décentralisation, la gestion et la structure des effectifs du bureau de l'UNICEF devront faire l'objet d'un réaligement des responsabilités, notamment pour la gestion et le contrôle de la décentralisation et pour les activités de mobilisation sociale. Le personnel entreprendra des tâches nouvelles, y compris des visites plus fréquentes sur le terrain pour assurer le contrôle d'exécution.

77. L'administration centrale devra procéder à une authentique dévolution aux régions et aux tinkhundla de ses compétences en matière de gestion afin d'assurer la réussite du programme de pays. Au niveau national, le Ministère de la planification et du développement économiques sera chargé, en commun avec le Bureau central des tinkhundla, de la coordination générale du programme de coopération. Ils veilleront à apporter un appui adéquat aux structures des régions et des tinkhundla en matière de fournitures, de ressources humaines, de finances et de coordination.

78. Les compétences des administrations régionales quant à l'exécution des divers programmes seront précisés chaque année dans des plans régionaux d'action concernant les projets. Dans ce cadre de gestion, l'une des approches exclusives à mettre au point en matière de financement consistera à identifier et à mettre à contribution les ressources des collectivités et des régions qui pourraient accroître les rendements organisationnels et opérationnels des tinkhundla. L'appui ininterrompu des donateurs et du secteur privé sera essentiel.
