NATIONS
UNIES

E

Conseil économique
et social

Distr.
LIMITÉE

E/ICEF/1995/P/L.32
6 mars 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

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT DE PROGRAMMES DE PAYS DANS LA RÉGION D'AFRIQUE PAR DES RESSOURCES GÉNÉRALES SUPPLÉMENTAIRES ET DE PROGRAMMES À L'AIDE DE FONDS SUPPLÉMENTAIRES SANS RECOMMANDATION DE LEUR FINANCEMENT PAR PRÉLÈVEMENT SUR LA MASSE COMMUNE DES RESSOURCES*

RÉSUMÉ

* Afin de respecter les délais de publication de la documentation, le présent document a été établi avant que les données financières globales définitives n'aient été obtenues. Les derniers ajustements tenant compte du solde non utilisé des ressources du programme de coopération à la fin de 1994 figureront dans le "Résumé des recommandations de 1995 concernant les programmes à financer par prélèvement sur la masse commune des ressources et à l'aide de fonds supplémentaires" (E/ICEF/1995/P/L.10 et Add.1).

95-06487 (F) 150395 160395

/...

9506487

Le présent document contient des recommandations concernant le financement par prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources des programmes de pays approuvés dans les pays de la région d'Afrique pour lesquels le solde des prélèvements déjà approuvés sur la masse commune des ressources n'est pas suffisant pour financer les programmes jusqu'aux périodes approuvées. Il contient également des recommandations concernant le financement, à l'aide de fonds supplémentaires, de programmes pour les mêmes pays sans aucune recommandation de financement par prélèvement sur la masse commune des ressources, les propositions de programme présentées ici visant à élargir ou à compléter des programmes en cours. Le Directeur général recommande au Conseil d'administration :

a) D'approuver le prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources des sommes suivantes, d'un montant total de 7 084 270 dollars pour atteindre les objectifs des programmes de pays qui avaient été initialement approuvés par le Conseil :

Pays	Montant (Dollars des États-Unis)	Durée
Sénégal	3 073 000	1992-1996
République-Unie de Tanzanie	4 011 270	1992-1996

b) D'approuver l'allocation de fonds supplémentaires correspondant aux montants ci-après pour financer des programmes indiqués ci-dessous, sous réserve de la réception de contributions à des fins spéciales :

Pays	Montant (Dollars des États-Unis)	Durée
Sénégal	3 500 000	1995-1996
République-Unie de Tanzanie	1 035 450	1995-1996

Les résumés des recommandations suivent, accompagnés dans un tableau, de la ventilation des montants annuels des fonds requis. Sont également fournis, des tableaux indiquant l'échelonnement annuel des dépenses prévues au titre des projets à financer à partir de fonds supplémentaires.

I. SÉNÉGAL

Données de base (1993 sauf indication contraire)

Nombre d'enfants (en millions, 0-15 ans)	3,8
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	120
TMI (pour 1 000 naissances vivantes)	63
Insuffisance pondérale (% modérée et % sévère) (1992/1993)	20,1
TMM (pour 100 000 naissances vivantes) (1985)	600
Taux d'alphabétisation (% masculin/féminin) (1990)	52/25
Taux d'inscription à l'école primaire (% net masculin/féminin) (1989)	54/41
Pourcentage des élèves de première année qui atteignent la cinquième année (%) (1989)	88
Accès à l'eau potable (%) (1991)	48
Accès aux services de santé (%) (1985)	40
PNB par habitant (1992)	780 dollars É.-U.

Enfants d'un an ayant reçu une série complète de vaccins contre :

tuberculose :	69 %
diphtérie/coqueluche/tétanos :	52 %
rougeole :	46 %
poliomyélite :	52 %

Femmes enceintes vaccinées contre :

tétanos :	30 %

La situation des enfants et des femmes

1. Le Sénégal est un pays côtier semi-aride situé dans la zone sahélienne de l'Afrique. Son produit intérieur brut (PIB) était de 780 dollars avant la dévaluation du franc de la Communauté financière africaine (CFA) survenue en janvier 1994. Cette dévaluation, dont toutes les incidences économiques et sociales ne sont pas encore maîtrisées, risque d'affecter sensiblement les conditions de vie des groupes les plus vulnérables; elle risque également de réduire l'impact des efforts déployés par le Gouvernement dans les secteurs des services sociaux.

2. En 1994, la population est d'environ 8 millions d'habitants et la croissance annuelle estimée de 2,8 %. Son taux d'urbanisation est nettement supérieur à la moyenne de 28 % de l'Afrique subsaharienne. Environ 60 % de la population dont la moitié a moins de 16 ans vit en zone rurale. Bien que la part de l'agriculture dans le PIB (12 %) soit faible par rapport à celle des services (60 %) et de l'industrie (18 %), le secteur agricole occupe environ deux tiers de la population active. Dans un contexte économique difficile, marqué par des programmes d'ajustement structurels successifs dont les résultats

sont jugés insatisfaisants, les revenus réels des agriculteurs, la productivité de la main-d'oeuvre et la production alimentaire par habitant ont diminué par suite, notamment, de la baisse de la fertilité des sols et du fort accroissement de la population. Il est aujourd'hui estimé que le taux de mortalité infantile est de 63 pour 1 000 naissances vivantes et celui des enfants de moins de 5 ans (TMM5) de 120 pour 1 000 naissances vivantes. Le paludisme demeure largement la cause majeure de mortalité infanto-juvénile, suivi des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës (IRA). Le taux de mortalité maternelle (TMM), 600 pour 100 000 naissances vivantes, est particulièrement élevé. Le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) prend de plus en plus d'ampleur, avec 911 cas signalés en octobre 1993.

Coopération au programme, 1992-1996

3. Ce programme de coopération en cours d'exécution est l'une des priorités du Gouvernement; il incorpore les objectifs établis par le Sommet mondial pour les enfants et le Consensus de Dakar. Il s'inscrit dans le contexte du Programme d'action national (PAN) et fournit le cadre de mise en oeuvre des dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant, dont les compléments sectoriels viennent d'être mis à jour.

4. À la suite de l'adoption du Consensus de Dakar, le Gouvernement et l'UNICEF ont procédé à l'élaboration d'un plan d'action et à la mise en oeuvre en vue de l'opérationalisation des objectifs intermédiaires axé sur des stratégies novatrices de prestation de services, sur la mobilisation sociale accrue, sur le renforcement des capacités nationales ainsi que sur un appui matériel renforcé.

5. L'année 1993 a ainsi permis l'intégration explicite des objectifs intermédiaires dans la planification, l'exécution et le suivi des activités grâce notamment aux fonds de la masse commune des ressources et aux fonds issus du programme de la conversion de la dette. En effet, les réajustements suivants ont été opérés : a) les stratégies et activités des programmes ont été plus explicitement focalisées sur l'atteinte des objectifs intermédiaires, notamment dans le cadre du projet de programme élargi de vaccination (PEV) plus; b) les composantes jusque-là absentes du programme ont été ajoutées, notamment l'iodation du sel, l'avitaminose A et l'allaitement maternel; et c) le calendrier d'extension des activités a été accéléré. Ainsi, par exemple, à la fin de 1994, l'Initiative de Bamako avait démarré dans tous les postes de santé, soit 650 au lieu des 250 initialement prévus dans les 11 districts appuyés par l'UNICEF. De la même manière, au lieu de 100 écoles pilotes prévues pour 1997, le programme compte déjà en couvrir 187 en 1994. La couverture du projet hydraulique a été également étendue en vue de l'éradication de la dracunculose (ver de Guinée).

6. Sur le plan des stratégies générales, il importe de noter en particulier l'accent mis sur le plaidoyer, la mobilisation sociale, la coordination et la recherche de synergie entre des activités. L'intégration des objectifs intermédiaires dans la programmation a aussi permis la redynamisation du processus du PAN. En effet, la poursuite de ces objectifs élaborés dans un processus impliquant effectivement tous les ministères et tous les partenaires au développement du Sénégal, avec l'appui de l'UNICEF, se fait aussi dans le cadre du développement des plans d'action sectoriels devant compléter le PAN.

7. La revue à mi-parcours tenue en octobre 1994 a permis de tirer des leçons importantes des trois premières années d'exécution du programme de coopération sur le plan des prestations de services, du renforcement des capacités nationales, de la participation communautaire, de la mobilisation sociale et de la synergie entre ces différentes stratégies. Il est apparu que : a) l'engagement du Gouvernement au programme est essentiel à l'atteinte des objectifs; b) l'amélioration des infrastructures et la disponibilité des ressources sont indispensables à la mise en oeuvre efficace du programme; c) une formation appropriée et une supervision régulière sont des éléments fondamentaux du processus de renforcement des capacités; d) la mobilisation sociale combinant les moyens traditionnels et modernes de communication avec un accent particulier sur la communication interpersonnelle est une stratégie fondamentale qui permet d'assurer l'engagement des populations et leur participation dans la conception, la planification, l'exécution et le suivi des activités; e) les résultats des études et évaluations doivent être largement diffusés et pris en compte dans la programmation; et f) la participation des organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales au programme de coopération a le potentiel d'étendre la couverture des interventions, tout en renforçant leurs capacités dans le développement social.

Recommandation concernant le financement par prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources du programme de pays approuvé, 1992-1996

8. Le programme de coopération en cours d'exécution avait été approuvé en 1992 par le Conseil d'administration pour la période de 1992 à 1996 pour un montant de 8 800 000 dollars à prélever sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1992/P/L.10). À la suite de l'adoption en 1992 des objectifs intermédiaires retenus par le Consensus de Dakar, il a fallu procéder en 1993 et 1994 à l'accélération et à l'intensification des activités en vue d'atteindre ces objectifs avant la fin de 1995. Compte tenu de l'engagement du Sénégal d'accélérer l'atteinte des objectifs de la mi-décennie, il avait été jugé opportun de garantir à ce pays les conditions nécessaires lui permettant de relever ce défi. Ainsi, l'UNICEF a accordé un prélèvement supplémentaire de 3 073 000 dollars sur la masse commune des ressources pour la période 1993-1994. Le budget quinquennal initialement disponible au titre de la masse commune des ressources ne pourra pas couvrir entièrement les besoins financiers du programme jusqu'à la fin de 1996. Donc, une allocation supplémentaire de 3 073 000 dollars s'avère nécessaire pour l'exécution du programme jusqu'à la fin du cycle en cours (1992-1996).

Santé et nutrition

9. Un effort tout particulier sera consacré à : a) atteindre et maintenir des taux élevés de couverture vaccinale (au moins 80 % en 1995); b) promouvoir l'utilisation de la thérapie de réhydratation orale (TRO) et de l'allaitement maternel exclusif; c) appuyer l'iodation du sel; d) contrôler les déficiences en vitamine A et arrêter la transmission de la dracunculose. L'Initiative de Bamako est la stratégie choisie par le Gouvernement pour l'établissement et le renforcement d'un système de santé viable et durable, capable de permettre aux populations l'accès et l'utilisation des services précités.

10. L'accélération du PEV, la lutte contre les maladies diarrhéiques par la TRO, le contrôle des IRA et du paludisme, l'élimination de l'avitaminose A se feront principalement à travers les structures fixes. En raison de ses coûts élevés et de sa faible efficience, l'approche mobile sera réduite à son minimum.

11. Dans les 11 districts qui reçoivent actuellement l'appui de l'UNICEF, des stratégies opérationnelles permettant d'accélérer la couverture et d'améliorer la qualité des soins seront développées dans 205 postes. Quelque 200 postes de santé additionnels seront sélectionnés dans les 30 autres districts ruraux pour la revitalisation d'un paquet de services PEV plus. Un appui initial sera aussi accordé à l'opérationalisation des stratégies de l'Initiative de Bamako par la microplanification, la formation, le suivi, la participation communautaire et la mobilisation sociale. En plus des stratégies et activités d'opérationalisation des structures de santé, chacun des objectifs intermédiaires fera l'objet d'actions spécifiques.

12. Le volet de l'iodation du sel recevra une attention particulière parce que le pays est l'un des deux plus grands producteurs et exportateurs de sel dans la sous-région.

Éducation

13. Le plan de travail et les stratégies retenues se situent en ligne droite du plan d'opérations de 1992-1996 et du projet de développement des ressources humaines appuyé par la Banque mondiale. L'UNICEF mettra un accent particulier sur la mobilisation sociale en faveur de la scolarisation des filles et l'extension et l'amélioration des performances des classes multigrades et à double flux. Un accent sera mis sur la conception et la mise en oeuvre d'un système alternatif pouvant permettre d'augmenter sensiblement le taux de scolarisation primaire. En ce qui concerne l'éducation non scolaire, en particulier le volet adolescents, une extension est prévue pour couvrir une population cible plus importante.

Eau, assainissement et hygiène

14. Les stratégies prioritaires de ce programme sont : a) la formulation des politiques; b) la couverture de l'ensemble des besoins; c) la mobilisation des ressources additionnelles, y compris la participation communautaire; d) la réduction des coûts; e) une meilleure coordination des intervenants; f) l'amélioration du suivi; et g) le renforcement du sous-secteur assainissement. Ces stratégies renforceront également d'une manière sensible la lutte contre la dracunculose qui fera par ailleurs l'objet d'enquêtes complémentaires, d'éducation sanitaire et de surveillance épidémiologique afin que l'arrêt de transmission de cette maladie soit effectif à la fin de 1995.

Enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles

15. En ce qui concerne ces enfants, il s'agira de compléter l'analyse de leur situation et d'accélérer la mise en oeuvre du plan d'opérations, en particulier l'amélioration de leurs conditions d'existence ou de prise en charge institutionnelle, ainsi que le renforcement du soutien et la participation des populations.

Planification, suivi et évaluation

16. Les indicateurs de processus recommandés pour chacun des secteurs seront utilisés pour le suivi soit dans le cadre soit de l'Initiative de Bamako et du PEV plus, du système de suivi du secteur eau et assainissement pour l'eau et l'assainissement, ou du système national d'évaluation du rendement scolaire pour l'éducation. Les progrès de la mise en oeuvre du PAN en général et ceux des objectifs intermédiaires en particulier seront un élément constant de la revue trimestrielle du programme. Des études sont prévues pour la mise à jour de l'analyse de la situation des enfants et de la femme. Par ailleurs, le projet de suivi à assises communautaires (postes sentinelles) sera renforcé.

Coordination avec les autres partenaires

17. Le programme de coopération en cours d'exécution a été élaboré avec la participation des partenaires de l'UNICEF, des agences du système des Nations Unies et les ONG nationales et internationales. Les activités de santé et d'éducation s'inscrivent dans le cadre du projet de développement des ressources humaines. Une coopération étroite est maintenue avec le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et la Banque mondiale sur la mise en oeuvre de la composante population du même projet. Les autres programmes sectoriels prévoient l'implication directe ou indirecte de partenaires tels que le Programme des Nations Unies pour le développement, l'Organisation mondiale de la santé, le FNUAP, le Programme alimentaire mondial, le Bureau international du Travail et l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO). Cette coordination avec les autres partenaires s'est manifestée de manière exemplaire à la suite de la dévaluation du franc CFA quand, sous l'égide du Ministère de la santé, les bailleurs de fonds ont pris des initiatives pour garantir l'accès des populations aux médicaments essentiels.

Financement

18. À la lumière de tout ce qui précède, un montant total de 3 073 000 dollars est sollicité pour 1995-1996 par prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources.

Ventilation des montants annuels des fonds requis

(En milliers de dollars des États-Unis)

Cycle de programmation en cours	Fonds approuvés à prélever sur la masse commune des ressources[a]	Fonds additionnels proposés		
		1995	1996	Total
1992-1996	8 800	1 273	1 800	3 073

[a] Les montants indiqués ici comprennent les soldes réels reportés du cycle de programmation précédent.

Recommandation concernant des programmes à financer à l'aide de fonds supplémentaires sans recommandation de financement par prélèvement sur la masse commune des ressources, 1995-1996

Projet éducation des filles

19. L'éducation de base fait partie des principaux objectifs du programme de coopération de 1992-1996. Ce projet vise à porter le taux brut de scolarisation à 75 % et le taux d'alphabétisation des femmes à 60 %. Le Sénégal s'était engagé dans la voie de la scolarisation universelle depuis les déclarations d'Addis-Abeba (1964) et de Harare (1982), renforcées par celle de Jomtien (1990) pour l'éducation de base pour tous. En 1992, le Consensus de Dakar a recommandé d'augmenter la scolarisation des filles. Selon les indications du Gouvernement, en 1993, le taux brut de scolarisation de la tranche d'âge de 7 à 12 ans est de 54 %, mais seulement de 46 % pour les filles. Cependant, les dernières données de l'UNICEF, qui datent de la période 1986-1991, indiquent pour la même tranche d'âge un taux de 58 %, et de 46 % pour les filles. En matière de scolarisation, les filles sont doublement frappées d'inégalités en matière de scolarisation. Non seulement elles ont un accès limité au système scolaire, mais elles sont également victimes de grandes déperditions. Cette situation est due, en partie, aux attitudes traditionnelles des parents pour qui la préparation de leurs filles aux rôles qui les attendent se passe plutôt à la maison aux côtés de leur mère. Aussi, les frais de scolarité de la fille sont plus élevés que ceux du garçon, surtout en besoins vestimentaires. La participation des filles à l'école est aussi inégalement répartie au plan géographique.

20. Le projet d'éducation des filles renforce le programme d'éducation dans les deux volets d'éducation scolaire et non scolaire. Il vise à promouvoir, augmenter et pérenniser la scolarisation et l'éducation des filles dans l'éducation scolaire et non scolaire. Il s'inscrit dans le PAN et se divise en deux phases : a) la phase I (août 1994-juin 1995) cible huit établissements dans les 20 départements ayant le plus faible taux de scolarisation des filles, ainsi que 1 400 filles dans l'éducation non scolaire; et b) la phase II (mars 1995-décembre 1996, et encore jusqu'à la fin de 1997) s'étendra aux 20 départements dans neuf régions, en ciblant 9 800 filles non scolarisées ou en rupture d'école.

21. Les objectifs principaux sont : a) améliorer le taux de fréquentation dans les 20 départements cibles; b) contribuer à la formation des maîtresses et des maîtres en faveur de la scolarisation des filles; c) aider à renforcer les politiques et la législation en faveur de l'éducation des filles; d) renforcer la prise de conscience et l'engagement des communautés autour des opportunités offertes pour la scolarisation des filles; et e) aider à mettre à jour l'analyse de la situation relative à l'éducation des filles. Les objectifs principaux de ce projet serviront de base à un projet plus vaste dans le prochain cycle de programmation.

22. Les stratégies principales portent sur : a) la mobilisation sociale des décideurs et élus; b) le renforcement de la décentralisation de la gestion des innovations; et c) la participation des populations et des bailleurs de fonds.

23. Les activités principales prévues sont : a) évaluation ex-ante; b) mise en place de comités nationaux et locaux de pilotage; c) élaboration de manuels contre les stéréotypes pour l'utilisation des maîtres; d) élaboration de modules à l'usage des parents pour l'appui à la scolarisation des filles; e) information et mobilisation sociale à travers les productions médiatiques, ateliers, tables rondes, etc.; f) formation des maîtres sur la scolarisation des filles; g) création de documents d'initiation des filles aux activités socio-éducatives; et h) amélioration des systèmes et capacités de suivi relatifs à la scolarisation des filles.

24. Le projet sera coordonné par un comité de pilotage composé des différentes directions et services de plusieurs ministères, notamment du Ministère de l'éducation nationale, du Ministère de tutelle, du Ministère de l'alphabétisation et de la promotion des langues nationales, du Ministère de la femme, de l'enfant et de la famille, de la cellule d'exécution du projet de développement des ressources humaines, des ONG Tostan et aide et action, de l'UNESCO, de la Banque mondiale et de L'UNICEF.

25. Un montant de 2 millions de dollars en fonds supplémentaires est demandé pour la période 1995-1996.

Projet eau potable, hygiène et protection de l'environnement en milieu urbain

26. La couverture en eau potable dans le secteur urbain est estimée à 48 %. Toutefois, malgré les efforts déployés dans ce secteur, 30 % seulement des ménages bénéficient d'un branchement particulier pour l'eau, 35 % utilisent des bornes-fontaines publiques, et 35 % d'autres sources d'eau, souvent polluées. En milieu rural, 26 % seulement des ménages ont accès à une eau salubre.

27. Le programme de coopération 1992-1996 comprend un programme sectoriel eau, assainissement et hygiène en milieux rural et urbain. Au cours de l'exécution du volet urbain et à travers les revues de programme trimestrielles, il a été constaté que les besoins d'approvisionnement en eau potable, d'assainissement, d'amélioration des conditions d'hygiène, et de protection de l'environnement dépasseront de loin les prévisions du programme. En outre, les interventions initialement envisagées étaient limitées à un nombre restreint de petites villes de 15 000 à 20 000 habitants, tandis que les grandes agglomérations n'ont jamais été ciblées par le programme appuyé par l'UNICEF.

28. En 1994, une étude entreprise dans la ville de Thiès (troisième ville du Sénégal avec 217 000 habitants) a révélé : a) une insuffisance des réseaux d'alimentation en eau potable et d'assainissement; b) un manque de système d'évacuation des eaux usées; c) un accès très limité à l'eau potable pour les couches défavorisées; et d) la généralisation des dépôts sauvages d'ordures ménagères. Tout ceci a conduit : a) à une dégradation du cadre de vie et de l'environnement; b) à une insalubrité prononcée; c) au développement des maladies d'origine hydrique; et d) aux TMM et mortalité infanto-juvénile élevés. C'est pourquoi, en concertation avec les autorités, ce projet de petite dimension a été élaboré pour servir de base à la réflexion devant aboutir à la formulation d'un programme plus vaste pour le prochain cycle de programmation (1997-2001).

29. Les objectifs principaux du projet sont : a) d'améliorer l'accès à l'eau potable; b) de mettre en place des systèmes d'évacuation d'excréta et d'eau usées; c) de mettre en place des systèmes d'élimination de déchets solides et liquides; et d) d'améliorer les conditions d'hygiène et de santé des populations.

30. Les stratégies pour atteindre ces objectifs se résument comme suit : a) décentralisation et participation communautaire; b) collaboration intersectorielle; c) pérennisation de l'action à travers la municipalité et la communauté; d) renforcement des capacités nationales; e) communication et mobilisation sociale; et f) coopération avec d'autres agences du système des Nations Unies.

31. Les activités principales du projet sont : a) l'accroissement des taux de raccordement aux réseaux d'alimentation en eau potable de 61 % à 75 % par la mise en place de 3 000 branchements sociaux; b) l'aménagement de puisards et d'aires sanitaires pour les 101 bornes fontaines existantes; c) l'évacuation de 150 mètres cubes par jour d'ordures ménagères; d) le traitement par compostage de 40 mètres cubes d'ordures par jour; e) le curage de 11 600 millilitres de caniveaux par an; e) la construction de 500 latrines et 10 édicules publics; et f) la formation et le recyclage de 150 volontaires parmi les groupements féminins et de jeunes pour la sensibilisation relative à l'hygiène et à l'assainissement.

32. Le projet qui sera exécuté sous la tutelle du Ministère de l'hydraulique, sera géré au niveau central par un comité national de pilotage présidé par la Direction de l'hydraulique et de l'assainissement, avec la participation des autres ministères concernés et de l'UNICEF. Au niveau communal, les services techniques seront responsables de l'exécution technique et une structure de coordination présidée par le Gouverneur ou le Préfet regroupera les différents services et organismes impliqués, y compris les ONG, les groupements de femmes et de jeunes, les communautés, etc. Cette structure sera chargée de la coordination et de la supervision des activités et participera aux réunions du Comité national de pilotage.

33. Un montant de 1,5 million de dollars en fonds supplémentaires est requis pour l'exécution du projet pilote couvrant la période 1995-1996.

Montant estimatif des dépenses annuelles

(En milliers de dollars des États-Unis)

Programme	1995	1996	Total
Éducation des filles	1 000	1 000	2 000
Eau potable, hygiène et protection de l'environnement en milieu urbain	724	776	1 500
Total	1 724	1 776	3 500

II. RÉPUBLIQUE-UNIE DE TANZANIE

Données de base (1992)

Nombre d'enfants (en millions, 0-15 ans)	13,8
TMM5 (pour 1 000 naissances vivantes)	176
TMI (pour 1 000 naissances vivantes)	111
Pourcentage des enfants présentant une insuffisance pondérale (modérée ou sévère)	29
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	340
Taux d'alphabétisation (hommes/femmes)	87/81
Taux net de scolarisation primaire (garçons/filles)	63/47
Pourcentage des enfants inscrits en première année d'école primaire qui atteignent la cinquième année	22
Pourcentage de la population ayant accès à l'eau salubre	46
Pourcentage de la population ayant accès aux services de santé	67
PNB par habitant (dollars)	110
Enfants d'un an ayant reçu une série complète de vaccins contre :	
tuberculose :	100 %
diphtérie/coqueluche/tétanos :	82 %
rougeole :	81 %
poliomyélite :	80 %
Femmes enceintes vaccinées contre :	
tétanos :	22 %

La situation des enfants et des femmes

34. La situation des enfants et des femmes en République-Unie de Tanzanie est demeurée la même par rapport à celle décrite dans la recommandation concernant le programme de pays de 1992, à l'inverse du soutien des donateurs qui lui, a quelque peu baissé. La menace du virus d'immunodéficience humaine/sida et du paludisme s'étend de plus en plus. La situation des enfants et des femmes s'est améliorée dans une large mesure à cause des efforts déployés au niveau national pour accélérer la réalisation des objectifs de la première partie de la décennie.

35. Selon des enquêtes menées par les pouvoirs publics, la mortalité infantile résulte pour l'essentiel d'une conjugaison de facteurs liés à la malnutrition et à la maladie. Entre 40 et 60 % des 4,5 millions d'enfants de moins de 5 ans que compte le pays sont mal nourris et entre 4 et 9 % d'entre eux souffrent de malnutrition aiguë et courent huit fois plus de risques de mourir que des enfants mieux nourris. Les risques de mortalité maternelle sont 50 fois plus élevés chez les femmes tanzaniennes que chez les femmes d'Europe du Nord. Des difficultés d'accouchement, accentuées par une santé précaire, causent la mort

de 340 femmes pour chaque 100 000 naissances vivantes. Les nourrissons tanzaniens courent 10 fois plus de risques de mourir avant l'âge d'un an que les nourrissons d'Europe du Nord.

36. Les services sociaux de la République-Unie de Tanzanie sont sans commune mesure avec ceux d'autres pays aussi pauvres. Il y a une école primaire dans chaque village, 67 % de la population rurale bénéficie de services de santé situés à moins de cinq kilomètres et la moitié de cette population a accès à une eau plus salubre. L'insuffisance chronique de fonds publics et la dégradation des conditions de travail dans la fonction publique ont entraîné une baisse de la qualité des services de base et, partant, une réduction des services accessibles aux collectivités. Le taux brut de scolarisation des filles et des garçons dans le primaire est de près de 80 % et les taux d'alphabétisation des femmes et des hommes de plus de 80 %.

37. Le produit national brut par habitant, qui était de 110 dollars en 1992, est le deuxième le plus bas du monde. Entre le quart et le tiers du budget de l'État est alloué au service de la dette. Les stratégies de redressement économique dépendent beaucoup de l'aide, mettent l'accent sur la création de recettes d'exportation et la décentralisation de la gestion économique centrale et exhortent les collectivités à assumer leur part de responsabilité dans le domaine des services sociaux.

38. Le Gouvernement, qui a participé au Sommet mondial pour les enfants, a approuvé l'ensemble des objectifs qui ont été fixés en faveur de l'enfance d'ici à l'an 2000. Ils ont été entérinés par l'Assemblée nationale et la Chambre des représentants à Zanzibar. Un plan d'action national en faveur des enfants a ensuite été élaboré et lancé en décembre 1993.

39. Des progrès encourageants ont été accomplis au titre de la réalisation de neuf des 12 objectifs qui s'appliquent à la République-Unie de Tanzanie. Le Gouvernement a ratifié la Convention sur les droits de l'enfant, le taux d'administration des sels de réhydratation par voie orale est de près de 80 %, l'iodation universelle du sel est prévue pour 1995 et aucun nouveau cas de poliomyélite ne devrait être signalé à partir de 1995. L'objectif fixé pour la malnutrition aiguë a déjà été atteint pour environ 20 % des enfants, qui correspondent à ceux vivant dans les zones du programme de l'UNICEF. Les objectifs visant à réduire le taux de morbidité par la rougeole de 90 % et son taux de mortalité de 95 %, à faire de tous les hôpitaux ciblés des "hôpitaux soucieux du bien-être des nourrissons" et à améliorer l'accès à l'eau et à l'assainissement de 25 % sont presque tous atteints, encore qu'il ait fallu, pour en arriver là, mobiliser davantage de ressources humaines et autres.

40. Trois objectifs relèvent de défis majeurs : l'élimination virtuelle de l'avitaminose A; la réduction de l'écart entre les effectifs des filles et des garçons et la qualité de l'enseignement qui leur est dispensé d'un tiers; et l'élimination du tétanos néo-natal.

Coopération au titre du programme pour la période 1992-1996

41. Le programme national vise à améliorer à tous les niveaux les moyens permettant d'évaluer, d'analyser et de réduire le taux de mortalité chez les

enfants âgés de moins de 5 ans, le taux de mortalité maternelle et la malnutrition. La stratégie est de renforcer les systèmes d'analyse, de gestion et de plaidoyer au niveau des collectivités et des districts et au niveau national.

42. Les approches communautaires sont au coeur de la stratégie du programme national, laquelle repose sur l'hypothèse selon laquelle nombre des ressources nécessaires à la réalisation des objectifs de la décennie sont déjà disponibles au niveau des collectivités. Ces ressources peuvent être exploitées de manière optimale à condition que les populations connaissent et comprennent mieux leurs problèmes et qu'elles bénéficient d'un soutien au niveau des districts et au niveau national.

43. Le programme national actuel appuie à des degrés divers l'action des districts et des collectivités tendant à améliorer le bien-être des femmes et des enfants dans chacune des régions situées sur le continent et à Zanzibar. Onze régions bénéficient d'un soutien au titre de l'action communautaire qu'elles mènent dans les communautés rurales et urbaines. Le reste des régions reçoivent une assistance limitée visant à promouvoir un plus grand soutien financier de la part d'autres organismes donateurs. Au niveau national, l'UNICEF s'attache à élaborer des stratégies et des méthodes et à coordonner les ressources nationales et internationales.

44. L'extension de la couverture du programme communautaire de 29 districts en 1992 à 50 en 1994 constitue un progrès majeur. Ainsi, 664 692 enfants âgés de moins de 5 ans ont été desservis au premier trimestre de 1992 et 811 823 au dernier trimestre de 1993, soit une augmentation de 22 %. Cette extension s'est accompagnée d'une réduction de 40 % des cas de malnutrition aiguë et d'une réduction de près de 7 % des cas de malnutrition modérée. Les progrès ont été systématiques partout, sauf dans les endroits où des épidémies de dysenterie et autres ont été signalées. Des projets expérimentaux novateurs s'inscrivant dans une perspective communautaire liée à la maternité sans risques, à la lutte contre le sida et à la sensibilisation à ses dangers ont été étendus à tout le pays du fait de leur succès.

45. Le programme national a également permis de déceler de nouveaux problèmes. Certes, la malnutrition a par exemple été réduite, mais la question qui se pose est celle de savoir comment s'attaquer aux causes de l'insoluble problème de la mortalité maternelle et infantile étroitement liées à la pauvreté, à la baisse du niveau de l'enseignement et aux faiblesses des services de base. Il faudra pour cela que les ressources disponibles servent plus précisément à financer divers modes d'intervention efficaces.

Recommandation concernant le financement du programme de pays approuvé pour la période 1992-1996 par des ressources générales supplémentaires

46. Le programme de la République-Unie de Tanzanie pour la période 1992-1996 a été approuvé en 1992 par le Conseil d'administration qui lui a alloué un montant de 38,5 millions de dollars à prélever sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1992/P/L.7). Après un examen des indicateurs des niveaux de planification par rapport à la masse commune des ressources disponibles, le plafond annuel de la République-Unie de Tanzanie a été relevé en 1994 pour

couvrir des besoins supplémentaires liés à la réalisation des objectifs de la première partie de la Décennie. Il faudra donc qu'un montant supplémentaire de 4 011 270 dollars soit prélevé sur la masse commune des ressources en 1996 pour que l'exécution puisse se poursuivre au même rythme tout au long du cycle du programme.

Ventilation des montants annuels requis

(En milliers de dollars des États-Unis)

Cycle de programmation en cours	Fonds approuvés à prélever sur la masse commune des ressources[a]	Fonds additionnels proposés 1996
1992-1996	38 500	4 011

Recommandation concernant des programmes financés à l'aide de fonds supplémentaires sans recommandation de financement par prélèvement sur la masse commune des ressources, 1995-1996

47. Pour soutenir l'élan vers une iodation universelle du sel, un projet d'iodation du sel a été élaboré pour compléter les efforts que déploient le Gouvernement et les organismes donateurs. Le projet fournira du matériel d'iodation du sel; créera des mécanismes de contrôle de la qualité et testera le sel iodé à tous les niveaux; mettra en place un système d'évaluation d'impact; et améliorera la recommandation en matière de production, d'emballage et de commercialisation du sel iodé destiné aux êtres humains et aux animaux. Un volet communication sensibilisera le public à l'importance du sel iodé.

48. Le projet a pour objectif : a) d'accroître la production de sel marin séché au soleil et d'en améliorer la qualité en formant de petits producteurs de sel le long de la côte; b) de les équiper de broyeurs, de sécheurs et de matériel d'emballage de sel adéquats et de les ravitailler en iodate de potasse; c) d'arrêter une stratégie destinée à remédier au problème du sel très épars produit dans les zones de colline, et appelé "sel de bas de colline"; et d) d'accroître les moyens de contrôle de la qualité aux points de production et de vente en gros et au détail.

49. Outre les impuretés, le sel produit le long de la côte a une forte teneur en humidité. Ce type de sel retient très mal l'iode. Son extrême degré d'impureté et sa nature hygroscopique facilitent l'absorption de l'air et en précipitent la fonte. De ce fait, le sel est débarrassé de sa couche d'iode qui s'échappe des sacs poreux de polypropylène ou de jute dans lesquels il se trouve. Pour remédier à ce problème, les producteurs de sel marin apprendront des techniques améliorées leur permettant de produire du sel de bonne qualité qui puisse être iodé.

50. Sans emballage adéquat, il est impossible d'assurer avec du sel iodé 150 milligrammes d'iode à chaque personne pour sa ration quotidienne. À l'heure actuelle, la plupart du sel produit en République-Unie de Tanzanie est emballé

dans des sacs de jute, de toile de jute grossière ou de polypropylène non laminé de 50 kilogrammes, qui sont envoyés chez des détaillants qui le transvase dans des boîtes de 5 ou 10 kilogrammes dépourvues de couvercle. Ce projet permettra d'emballer le sel iodé à des sites de production dans des sachets en plastique ou en polyéthylène de 250 ou de 500 grammes qui sont vendus aux consommateurs. Du matériel d'iodation du sel sera distribué à 200 petits producteurs. Ces usines d'iodation à faible cours nouvellement conçues sont simples, pratiques et mobiles et produisent entre 0,5 et 2 tonnes par heure.

51. Il y a de nombreux endroits en République-Unie de Tanzanie où les gens ramassent du sel à même le sol, essentiellement dans les zones de collines ou de marécages. Ce sel est de très mauvaise qualité et peut même être contaminé par des éléments radioactifs. En 1993, le Ministère de l'hydraulique, de l'énergie et des ressources minières a entrepris une étude pour identifier les centres de production, les quantités produites, les divers usages ainsi que les modèles de distribution et de commercialisation. Les conclusions de l'étude seront diffusées lors d'un séminaire national au cours duquel seront élaborés des stratégies et des plans pour remédier à ce problème.

52. Il faut régulièrement contrôler la qualité du sel iodé à différents niveaux pour que chaque personne vivant dans les zones de carence en iode qui sont signalées puisse disposer de 150 milligrammes d'iode par jour. Trois laboratoires seront ouverts à Mtwara, Lindi et Kilwa, où trois nouvelles usines d'iodation de sel ont été mises en service à la fin de 1994. On achètera du matériel, des produits chimiques et autres fournitures et on formera des laborantins locaux.

53. Le projet est multisectoriel et sera exécuté par le Ministère de l'hydraulique, de l'énergie et des mines et le Ministère de la santé, en collaboration avec d'autres ministères et organismes compétents. La Commission nationale de contrôle alimentaire veillera à l'application de la recommandation en matière de sel iodé.

Montant estimatif des dépenses

(En milliers de dollars des États-Unis)

Programme	1995	1996	Total
Santé/Nutrition	804,8	230,7	1 035,5