NATIONS UNIES

E

Conseil économique et social

Distr.
LIMITÉE

E/ICEF/1994/P/L.34
2 février 1994
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE
Comité du programme
Session de 1994

POUR SUITE À DONNER

RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE FINANCEMENT PAR DES RESSOURCES GÉNÉRALES SUPPLÉMENTAIRES DE PROGRAMMES DE PAYS APPROUVÉS DANS LES RÉGIONS DU MOYEN-ORIENT ET D'AFRIQUE DU NORD*

RÉSUMÉ

Le présent document contient des recommandations concernant le financement par prélèvement supplémentaire sur la masse commune des ressources des programmes de pays approuvés dans des pays de la région du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord 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. Le Directeur général recommande au Conseil d'administration d'approuver le prélèvement supplémentaire, sur la masse commune des ressources, des sommes suivantes, d'un montant total de 3 250 000 dollars pour atteindre les objectifs des programmes de pays qui avaient été initialement approuvés par le Conseil.

Pays/programme	Montant (Dollars des États-Unis)	Cycle de programme actuel
Soudan	2 000 000	1991-1995
Tunisie	1 250 000	1992-1996

Ce tableau indique la ventilation des montants annuels de fonds requis.

* Afin de respecter les délais de publication, on a rédigé le présent document avant d'avoir rassemblé tous les chiffres définitifs. Les chiffres ajustés, établis compte tenu des soldes non engagés au titre de la coopération au programme à la fin de 1993, seront indiqués dans le résumé des recommandations de 1994 concernant les programmes à financer par prélèvement sur la masse commune des ressources ou à l'aide de fonds supplémentaires (E/ICEF/1994/P/L.3 et Add.1).

I. SOUDAN

1. Le programme de coopération du Soudan pour la période 1991-1995 a été approuvé par le Conseil d'administration en 1991 pour un montant de 25 millions de dollars à prélever sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1991/P/L.18). En 1992, le plafond annuel a été porté de 5 à 5,5 millions de dollars du fait d'un niveau d'exécution élevé, de la nécessité de consolider les acquis en matière d'immunisation universelle des enfants et de la disponibilité de ressources additionnelles. Un montant supplémentaire au titre de la masse commune des ressources était donc également nécessaire parce que les contributions précisément destinées au Soudan ont été nettement moins élevées que prévu. Sur un montant projeté de 43,2 millions de dollars correspondant à des ressources additionnelles directes destinées à financer les programmes ordinaires pour la période 1991-1993, seuls 6,6 millions de dollars ont été effectivement reçus. Dans ce contexte, le recours à la masse commune des ressources pour financer au moins une partie du programme constitue une priorité. Aussi, prévoit-on que les fonds approuvés pour 1995 seront amputés d'environ 2 millions de dollars. Le présent rapport demande que soit approuvé un montant additionnel de 2 millions de dollars à prélever sur la masse commune des ressources pour couvrir les besoins d'ici à la fin du cycle de programmation, 1991-1995.

2. En dépit des bonnes récoltes des deux dernières années et d'une croissance économique estimée à 7,6 % en 1992 et à 4,3 % en 1993, les revenus réels des ménages ont baissé sous l'effet conjugué d'un taux d'inflation annuel de plus de 100 % et d'une rapide dépréciation de la livre soudanaise. Les lourds déficits budgétaires continuent de forcer l'État à restreindre les dépenses publiques au titre des services sociaux essentiels et à réduire, pour la plupart des Soudanais, les subventions et les services sociaux. Entre-temps, l'aide au développement accordée au Soudan a nettement diminué, passant de 1 128 millions de dollars en 1985 à 887 millions en 1991.

3. Les populations civiles qui se trouvent des deux côtés d'un conflit qui continue de faire rage souffrent très gravement de l'absence de nourriture, de logement, d'eau potable et de services d'enseignement et de santé. En 1993, quelque 7,6 millions de personnes, dont plus du tiers étaient des enfants, avaient besoin d'une aide d'urgence du fait du conflit, de l'exode et de la sécheresse au nord et au sud du Soudan.

4. La mortalité infantile et postinfantile s'inscrit toujours respectivement à 100 et 166 pour 1 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle est de 550 pour 100 000 naissances vivantes. Entre 20 et 40 % des enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition surtout dans les zones ravagées par le conflit armé. Environ 30 % de la population rurale a accès à l'eau potable contre 25 à 50 % de la population urbaine. Moins de 60 % des enfants d'âge scolaire (64 % pour les garçons et 50 % pour les filles) étaient inscrits à l'école primaire. Plus de 80 % des femmes sont analphabètes. Il n'est pas adéquatement pourvu aux besoins psychosociaux des enfants victimes de la guerre.

5. Le Soudan a été l'un des premiers pays de la région à élaborer un programme d'action national pour l'application de la Déclaration du Sommet mondial pour les enfants et à ratifier la Convention relative aux droits de l'enfant. Le

Conseil national pour la protection de l'enfance a été créé et placé sous la présidence du chef de l'État, qui en suit les progrès. L'UNICEF aidera ce conseil à instrumenter a) la mobilisation sociale; b) le suivi et l'application du programme d'action national et de la Convention; c) la mobilisation des ressources et leur orientation vers la réalisation des objectifs de la première moitié de la décennie; et d) l'adoption d'une législation adéquate. Une stratégie nationale a été définie pour la période 1993-2003. Des programmes sont actuellement établis à l'intention de plusieurs provinces du Soudan. Des ressources extrabudgétaires d'un montant de 2 milliards de livres soudanaises ont été fournies au titre du plan d'action national et certaines initiatives de conversion de la dette portent sur des programmes dont certains volets sont financés par l'UNICEF. En octobre 1993, le Gouvernement a officiellement approuvé les objectifs de la première moitié de la décennie, qu'il a classés en fonction de la gravité de la situation et de ses capacités d'action propres.

6. L'exécution du programme actuel a permis de tirer d'importantes leçons. L'étendue du territoire, la nature du relief et la dispersion et le déplacement constants des populations exigent des efforts exceptionnels pour atteindre les populations vulnérables. Les organismes de coopération et les pays donateurs doivent apporter un soutien plus important sous forme d'assistance technique, matérielle et financière aux activités de plaidoyer et aux efforts de mobilisation en faveur de la survie et du développement de l'enfant. L'accroissement des services fournis doit s'accompagner d'un renforcement des capacités nationales et locales; il faut également donner aux collectivités locales des moyens de promouvoir un développement durable, ce qui revient, pour les gouvernements, à consacrer davantage de ressources à ces activités, à mieux intégrer les différents volets des programmes et à plus se soucier des coûts relatifs. L'UNICEF peut jouer un rôle de catalyseur à cet égard. La collaboration entre le Gouvernement, les organismes des Nations Unies et les organisations non gouvernementales (ONG) dans une démarche intégrée est toutefois essentielle. Pour que les activités de secours, de relèvement et de développement puissent se poursuivre sans interruption, il importe d'intégrer les opérations d'urgence aux programmes ordinaires.

Buts et objectifs

7. Pour la période allant de 1991 à 1995, le programme est axé sur les objectifs de la décennie : réduire les taux de mortalité infantile et postinfantile, la mortalité maternelle et la malnutrition, améliorer l'accès à l'éducation de base, à l'eau potable et aux soins tout en sauvant la vie des enfants qui sont exposés à des risques du fait de la situation d'urgence. Il s'agira pour le reste du cycle actuel de favoriser la réalisation d'une série d'objectifs prioritaires fixés pour la première moitié de la décennie. L'UNICEF fournira le soutien technique nécessaire à la planification, à l'exécution, au suivi et à l'évaluation du programme de coopération; le matériel qui fait cruellement défaut en matière de santé, de nutrition, d'approvisionnement en eau potable et d'assainissement; et des services d'enseignement aux groupes désavantagés et vulnérables, en particulier les femmes et les enfants. Parmi les stratégies qui se recoupent figureront notamment les activités de plaidoyer et la mobilisation sociale; le renforcement des capacités locales; et la responsabilisation des communautés, en particulier des femmes, pour qu'elles puissent mieux organiser leur propre vie. Une meilleure intégration des

services d'urgence et des services du programme ordinaire permettra de relier les secours d'urgence aux activités de relèvement. On entend, avec le concours du Service du recensement, utiliser pleinement les données recueillies lors du recensement de 1993 sur la situation des femmes et des enfants, notamment pour créer une base de données qui permettra de suivre les progrès enregistrés dans la réalisation des objectifs de la décennie en général et de sa première moitié en particulier.

8. Quant aux objectifs sanitaires et nutritionnels, la directive présidentielle d'octobre 1993 exige de tous les gouverneurs qu'ils portent à 80 % le taux d'immunisation dans leur province. Une campagne accélérée de vaccination sera lancée à l'échelle nationale pour réduire de 95 % les décès causés par la rougeole et les cas de rougeole de 90 %. La stratégie nationale d'iodation du sel qui vise à éliminer à terme les troubles liés à la carence en iode sera mise en oeuvre. De même, la lutte contre les carences en vitamine A sera favorisée grâce à des activités de contrôle et de surveillance, à la fortification d'UNIMIX (un aliment complémentaire) avec de la vitamine A, la distribution de capsules de vitamines A dans des zones à haut risque et à une promotion vigoureuse de l'allaitement maternel qui constituera également un élément majeur de l'initiative concernant la création d'hôpitaux soucieux du bien-être des nourrissons. Les objectifs de la première moitié de la décennie qui consistent à porter à 80 % le taux d'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale et à réduire les cas de malnutrition aiguë et modérée d'un tiers par rapport aux chiffres de 1990 semblent tout particulièrement ardus.

9. Les plans d'action pour la réalisation des objectifs de la première moitié de la décennie sont élaborés en coopération avec le Ministère de la santé, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La localisation des zones à haut risque figure au rang des priorités. La coordination des activités menées dans le cadre de l'Opération Survie au Soudan (à Khartoum et Nairobi) sera améliorée pour que davantage de personnes puissent en bénéficier dans les zones de transit, notamment. Le rôle des collectivités dans l'accroissement du taux d'immunisation et l'amélioration du traitement à domicile des infections respiratoires aiguës, et des maladies diarrhéiques sera raffermi. Les mesures de renforcement des capacités comprendront notamment des activités visant à encourager les Etats à allouer des budgets distincts aux soins de santé primaires et à optimiser leurs ressources grâce à une meilleure analyse des coûts relatifs. La plupart des services sanitaires disposent par exemple d'un personnel qualifié mais n'ont pas les moyens d'améliorer leur équipement. Afin de mieux suivre l'évolution des progrès, la supervision et le renforcement du système d'information en matière de santé seront encouragés.

10. L'UNICEF appuiera l'intégration de l'initiative "Savoir pour sauver" au volet des soins de santé primaires, la redéfinition du rôle du Département de l'éducation sanitaire en tant que centre de diffusion du programme de soins de santé primaires et le renforcement de la fonction de communication. Le projet "Savoir pour sauver" du Kordofan sera réorienté et axé sur les villages "soucieux du bien-être des nourrissons", les zones du projet d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et les projets de développement local du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).

11. Pour aider à réaliser des objectifs sanitaires et nutritionnels de même que d'autres objectifs importants, l'accent sera davantage placé sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Les objectifs de la première moitié de la décennie visent à porter de 40 à 55 % la proportion de la population ayant l'eau potable, et de 35 à 42 % celle ayant des équipements d'assainissement. L'UNICEF appuiera l'élaboration d'un plan d'investissement stratégique pour un approvisionnement en eau et un assainissement à faible coût dans le cadre d'une stratégie nationale d'une durée de 10 ans destinée à subvenir aux besoins des collectivités et à attirer le concours d'autres bailleurs de fonds. Chaque province aura un service de projet pour exécuter son programme de manière efficace et renforcer ses moyens de suivi. Une plus grande participation des femmes sera encouragée dans le cadre du renforcement de la participation communautaire. Des points d'eau seront installés dans les villages qui en ont le plus besoin et ceux dont les habitants souffrent de dracunculose (infection par le ver de Guinée). Les cours d'hygiène et la promotion de meilleures installations sanitaires seront renforcés. L'approvisionnement en eau, l'assainissement et les cours d'hygiène permettront de modifier les comportements des élèves des écoles primaires. Pour que les nombreuses pompes manuelles disponibles au niveau national continuent à bien fonctionner et à être bien entretenues, les fabricants et fournisseurs locaux seront encouragés à participer aux activités.

12. Il s'agira, dans le domaine de l'éducation de base, de porter le taux de scolarisation qui était de 56 % en 1990 à 70 % en 1995. Il s'agira en outre de promouvoir l'éducation des filles par des filières de type classique et non classique pour réduire d'un tiers l'écart des taux de valorisation entre filles et garçons. Les parents, les responsables religieux et communautaires de même que les administrateurs scolaires devront être sensibilisés davantage à ce problème. L'UNICEF appuiera une campagne nationale d'alphabétisation en faveur des jeunes femmes et des filles ayant abandonné leurs études. On s'intéressera tout particulièrement aux enfants des familles nomades, déplacées et victimes de la guerre. Dans le cadre du programme d'urgence en matière d'éducation, le matériel d'éducation de base et la formation pédagogique viendront s'ajouter à la reconstruction des écoles. L'UNICEF axera davantage son assistance sur la formation pédagogique car le rôle de l'enseignant est de préparer l'enfant aux exigences de la vie adulte. L'assistance de l'UNICEF portera également sur deux autres domaines importants, à savoir l'établissement d'un système d'évaluation des progrès réalisés dans l'acquisition des connaissances de base et le renforcement des bases de données à des fins de planification de l'enseignement.

13. Un cadre conceptuel plus vigoureux propre à orienter la conception, l'exécution, le suivi et l'évaluation de projets relatifs à la participation des femmes au développement sera mis en place. Les femmes se verraient ainsi attribuer des projets "attitrés" compte tenu des priorités communautaires. Leur viabilité et les possibilités de les reproduire ailleurs à la même échelle grâce à des programmes de services sectoriels s'en trouveraient accrues. L'élimination de pratiques traditionnelles néfastes — un objectif qui s'explique par la spécificité du pays — se poursuivra dans le cadre d'une campagne menée avec le concours des ONG, du Fonds des Nations Unies pour la population, de l'OMS et d'organisations communautaires pour en finir avec des pratiques comme l'excision et les mariages trop précoces qui nuisent à la santé et au développement de la femme. L'élaboration d'une étude permettant d'établir les

données de base, les comportements, les pratiques et de suivre les progrès enregistrés dans le cadre de l'élimination de pratiques traditionnelles néfastes revêtira une importance primordiale. Les parents, les responsables communautaires, les agents sanitaires, les accoucheuses et guérisseurs traditionnels, et les jeunes seront parmi les principaux groupes visés. On encouragera l'établissement d'indicateurs ventilés par sexe pour suivre l'évolution de la condition de la femme et d'une base de données prêtant attention aux disparités entre les sexes dans les services de promotion de la femme des différents ministères.

14. L'orientation générale et la base de coopération du programme en faveur des enfants vivant dans des conditions particulièrement difficiles vont s'élargir. Les analyses de la situation au niveau des provinces permettront d'identifier et de privilégier d'autres groupes d'enfants outre les enfants des rues, et de disposer de données plus fiables à des fins de planification et de suivi. Les activités de plaidoyer auprès du Gouvernement encourageront les ONG à participer à l'exécution et au suivi des projets. On s'attachera notamment à résoudre les problèmes psychosociaux des enfants victimes de conflit armé. Une rapide analyse de la situation sera par exemple suivie d'interventions communautaires faisant appel aux services d'agents chargés des soins de santé primaires, d'enseignants et de responsables religieux et traditionnels pour aider les enfants traumatisés.

Coopération avec d'autres partenaires

15. La coopération avec d'autres organismes des Nations Unies comme le PNUD au titre de projets de développement régional et de la création de villages "soucieux du bien-être des nourrissons" au Kordofan sera renforcée. La participation de tous les organismes des Nations Unies à la réalisation et au suivi des objectifs de la première moitié de la décennie et de la décennie tout entière ainsi qu'au renforcement des capacités au niveau local en vue de la planification, de la gestion et du suivi des activités et programmes liés à ces objectifs sera prioritaire. La collaboration avec d'autres organismes des Nations Unies permettra également d'améliorer et d'accroître l'efficacité d'autres activités financées de l'extérieur et liées aux objectifs du plan d'action national et de la Convention relative aux droits de l'enfant.

II. TUNISIE

16. Le programme de coopération entre le Gouvernement de la Tunisie et l'UNICEF pour la période 1992-1996 a été approuvé par le Conseil d'administration en 1991, pour un montant de 3 750 000 dollars à prélever sur la masse commune des ressources (E/ICEF/1991/P/L.23). En 1992, le plafond annuel de planification pour la Tunisie avait été porté à 1 million de dollars. Cette décision reflète la volonté de renforcer les petits bureaux de pays ou ceux qui ont été récemment élevés à ce niveau de représentation. Ceci a permis de couvrir les activités tunisiennes de pérennisation des acquis de la vaccination et le plaidoyer en faveur de la petite fille dans le contexte des actions maghrébines de l'Union du Maghreb arabe. Afin de refléter cette augmentation consentie et d'assurer l'octroi de ressources additionnelles, une somme supplémentaire de 1 250 000 dollars à prélever sur la masse commune des ressources est donc nécessaire pour la période 1995-1996. Une nouvelle recommandation du programme de pays sera présentée au Conseil d'administration en 1996.

17. Le début des années 90 a été marqué par des pesanteurs sur le plan socio-économique. La guerre du Golfe, dont l'impact fut négatif, créa un déficit du commerce extérieur de 150 millions de dollars; un taux de chômage de 16 % et un taux d'inflation de 8,5 %. L'augmentation des prix des biens de consommation a par ailleurs contribué à la détérioration du pouvoir d'achat des familles à faible revenu. Le pays a connu à partir de 1992 une baisse significative de la croissance économique, passant de 8 % à 2,9 %. Cette baisse aura des répercussions inévitables sur l'environnement économique général : déséquilibre de la balance commerciale, aggravation du chômage et détérioration de la situation des groupes les plus pauvres et les plus démunis. Des enquêtes menées au début des années 90 indiquent qu'encore un seizième de la population totale vit dans des conditions qualifiées de pauvreté absolue.

18. L'accès de la population aux services de santé confirme la disparité entre les régions côtières et les régions de l'intérieur. Malgré l'existence d'une infrastructure de 4 000 centres fixes et mobiles, le taux d'utilisation de certains services préventifs demeure assez faible parce que la population reste mal informée ou peu sensibilisée à la nécessité d'une prise en charge adéquate.

19. Les taux de mortalité infantile et de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans ont passé respectivement à 45 et 62 pour 1 000 naissances vivantes en 1991. La mortalité néo-natale constitue 50 % de la mortalité infantile. Parmi les causes majeures de décès figurent la prématurité, le faible poids à la naissance et les infections respiratoires aiguës. Les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës sont responsables d'environ 50 % du taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. Par contre, les maladies cibles du programme national de vaccination ont diminué de manière remarquable. En 1992, les bulletins épidémiologiques indiquaient zéro cas de diphtérie, 4 cas de poliomyélite, 4 cas de tétanos néo-natal et 11 800 cas de rougeole dont la majorité survenus à l'âge scolaire.

20. Les taux de scolarisation sont relativement élevés en Tunisie (100 % pour les garçons et 89 % pour les filles). Toutefois, l'abandon scolaire est important, notamment parmi les filles en zone rurale, puisqu'il représente 25 %

après la sixième année du primaire. Cet abandon est lié à des causes économiques et socioculturelles ou à des facteurs géographiques, comme l'éloignement ou l'isolement.

21. Les trois premières années de cette décennie ont été favorables à l'enfance tunisienne. La Tunisie a assuré l'adoption de la Déclaration mondiale pour la survie, la protection et le développement des enfants, issue du Sommet mondial pour les enfants, ainsi que la ratification de la Convention relative aux droits de l'enfant. Cet engagement a abouti à l'élaboration d'un programme national d'action d'objectifs à long terme pour l'an 2000. La réunion de la Ligue des États arabes sur l'enfance organisée à Tunis en 1992 a permis la définition des objectifs intermédiaires pour 1995. La revue de programmes organisée par le Gouvernement en avril 1993 a confirmé que ces développements pourraient facilement s'intégrer dans le programme sans nécessiter la révision de sa structure telle qu'elle fut approuvée par le Conseil d'administration en 1991.

Santé

22. La Tunisie a enregistré des progrès notables dans le domaine de la vaccination, en assurant la couverture vaccinale de plus de 85 % des enfants contre la coqueluche, la diphtérie, la poliomyélite, la rougeole, le tétanos et la tuberculose et la couverture vaccinale de plus de 77 % des femmes enceintes contre le tétanos. De même, la mobilisation sociale et l'éducation sanitaire ont permis à 96 % des mères de reconnaître l'importance de la vaccination pour la santé de l'enfant. Ce projet a pour but, d'ici à 1996, de maintenir la couverture vaccinale des enfants et des mères, d'éliminer la poliomyélite et le tétanos néo-natal, et de réduire l'incidence de la rougeole de 90 %. Pour y parvenir, la décentralisation de la gestion du programme aux niveaux régional et local est retenue comme la priorité. Cette démarche s'inscrit dans la politique générale du pays de réduire les disparités entre provinces en matière de soins de santé primaires et vise à renforcer la capacité des équipes sur le terrain.

23. Le projet de lutte contre les maladies diarrhéiques a favorisé la réduction de la mortalité infantile due aux maladies diarrhéiques. Le nombre annuel d'épisodes diarrhéiques par enfant de moins de 5 ans est tombé à 2,8 en 1992. Cette amélioration est essentiellement due aux campagnes de mobilisation sociale entreprises au cours de la saison d'été, portant sur la prévention des maladies diarrhéiques, la prise en charge de la déshydratation par l'utilisation de la thérapeutique de réhydratation orale et une nutrition adéquate. La mise en valeur des ressources humaines à plusieurs niveaux a débuté par la formation des agents médicaux et paramédicaux du secteur public et, grâce à la coopération de sociétés professionnelles, d'une centaine de pédiatres et pharmaciens privés. Le but du projet est, d'ici à 1996, de ramener le taux de mortalité due aux maladies diarrhéiques de 1,8 à 1 pour 1 000 naissances vivantes chez les enfants de moins de 5 ans. L'accent sera mis sur l'intégration de cette forme d'action sanitaire aux autres composantes de SSP, la formation du personnel de santé public et privé portant sur la prévention et la prise en charge des maladies diarrhéiques et l'éducation sanitaire des mères par contact direct et à travers les médias.

24. Un grand effort de formation a été réalisé dans le projet de contrôle des infections respiratoires aiguës. Des modules de prise en charge des cas d'IRA

ont été élaborés à partir des modules préconisés par l'OMS. La formation du personnel de santé à tous les niveaux a permis de réaliser la généralisation du programme en Tunisie dès 1992. Une enquête nationale sur la morbidité et la mortalité par infections respiratoires aiguës vient d'être réalisée. Le but du projet est de réduire de 25 %, d'ici à 1996, la mortalité due à ces infections chez les enfants de moins de 5 ans. Une politique nationale intégrant la lutte contre les infections respiratoires aiguës aux soins de santé primaires a été élaborée. Cette politique comprend une formation du personnel pour la prise en charge de ces maladies, faire connaître aux parents les moyens de prévention et de détection des symptômes de ces infections et les moyens de traitement disponibles dans les centres de soins les plus proches.

25. Les problèmes de santé dus aux carences en iode touchent un tiers des enfants des gouvernorats du nord-ouest. Les régions côtières accusent une prévalence d'environ 4 % avec une insuffisance des taux d'iode urinaire beaucoup plus fréquente. L'iodation du sel est actuellement limitée à quatre gouvernorats et les taux réglementaires très en deçà des normes préconisées par l'OMS. L'objectif pour 1995 est d'assurer que tout le pays bénéficie d'une généralisation du sel iodé.

26. Dans le domaine de la santé maternelle et infantile (SMI), seulement 45 % des femmes recouraient effectivement aux services offerts et seulement 65 % du personnel médico-sanitaire avait été formé aux soins de SMI ainsi qu'à la gestion et à l'évaluation des activités. Le projet mis au point est en cours de réalisation pour développer les capacités du personnel médico-sanitaire des secteurs public et privé. D'ici à 1996, au moins 80 % des mères et des enfants, en particulier en milieu rural, devraient avoir accès aux services de soins de SMI. Les progrès déjà réalisés seront consolidés et les services de soins de SMI seront étendus et développés à tous les niveaux. Toutes ces actions seront menées dans le cadre de la circonscription sanitaire. Ce niveau de décentralisation optimale (population de 30 à 100 000 habitants) permettra une meilleure utilisation des ressources et des décisions mieux adaptées aux spécificités du terrain. Il s'agit de développer progressivement la capacité des équipes de santé, de planifier, de gérer, de superviser et d'évaluer les services intégrés de SMI et infantile à l'échelon périphérique. La mobilisation sociale et la participation communautaire se poursuivront, à la faveur de la remise en route des conseils de santé locaux.

Éducation

27. Depuis la Conférence sur l'éducation pour tous, la Tunisie s'est engagée à améliorer la situation de l'éducation de base. Les principaux domaines de coopération de l'UNICEF ont porté sur : a) la révision de la stratégie nationale de prise en charge des enfants à l'âge préscolaire; b) l'amélioration de la scolarisation et du rendement interne et externe de la nouvelle école de base, y compris la lutte contre l'abandon scolaire, surtout des filles et en milieu rural; et c) la redynamisation et la réorientation du programme de lutte contre l'analphabétisme, basées sur l'acquisition de compétences essentielles pour la vie. Parmi les activités réalisées figurent la révision de la formation des encadreurs et de leurs outils de travail pour le préscolaire, la mise en place de 250 unités d'action sociale au sein des écoles de base et l'introduction graduelle, à partir des classes élémentaires, de l'éducation pour la santé,

l'ouverture de 35 centres modèles d'alphabétisation et l'inscription de 650 bénéficiaires, essentiellement des femmes. En plus, l'UNICEF a apporté une assistance à un projet de développement scolaire intégré dans le gouvernorat du Kef, en tant que modèle de mise en application peu coûteux, bénéficiant de la participation de la population. Dans un premier temps, 30 écoles de base ont bénéficié d'un apport pour améliorer aussi bien l'environnement de l'école que la qualité et la pertinence de l'enseignement par rapport au milieu.

28. Le but du projet de la prise en charge des enfants en âge préscolaire est d'étendre de 5 à 25 % l'enseignement préscolaire d'ici à 1996. C'est par l'enfant d'âge préscolaire que l'on cherchera à sensibiliser les mères à la notion de connaissances essentielles à la survie de l'enfant. Un personnel chargé d'appliquer cette nouvelle politique sera formé; un système audio-visuel d'éducation des parents au sujet de la prise en charge de jeunes enfants sera produit; et des jardins d'enfants communautaires seront mis en place dans la région du Kef.

29. L'objectif du projet d'éducation de base est de ramener de 25 % à 10 % le taux d'abandon scolaire, en particulier chez les filles en milieu rural, d'ici à 1996. On s'appuiera pour cela sur une stratégie de mobilisation qui sera élaborée par le Ministère de l'éducation et des sciences, en coopération avec les ONG, entre autres l'Union des femmes tunisiennes, et sera réalisée à divers échelons, car il s'agit d'atteindre les enseignants, les enfants et leur famille. Le projet cherche également à améliorer la qualité de l'enseignement, car il faut inculquer aux enfants un esprit critique, comme le veut la notion "d'école élémentaire" appliquée par la Tunisie dans la refonte de son système d'enseignement. On visera par ailleurs à systématiser et étendre l'expérience modèle de développement scolaire intégré à entamer au niveau de 50 écoles rurales du Kef. Le projet d'éducation sanitaire dans les écoles consolidera les progrès déjà réalisés et sera axé sur la formation d'inspecteurs régionaux et de 15 000 maîtres environ.

Plaidoyer et planification sociale

30. Ce programme est destiné à soutenir les activités et actions préconisées en agissant positivement sur les comportements et attitudes des populations ciblées et de les mobiliser pour agir en faveur du bien-être de l'enfant. Cette stratégie cible les décideurs politiques, les intervenants dans le cadre des ONG, les dirigeants religieux, les artistes et les familles et parents. À côté des efforts consentis dans le cadre de la mobilisation en faveur de la réduction de la mortalité infantile, une stratégie de plaidoyer orientée vers la promotion des objectifs du Plan d'action national et du contenu de la Convention relative aux droits de l'enfant fut mise en oeuvre.

31. Afin de favoriser l'action de plaidoyer en faveur de l'enfant, un système d'information et de collecte de données a été établi. La base de données a servi à élaborer le Plan d'action national en termes d'identification des problèmes et de fixation des objectifs et des stratégies adéquats. Pour assurer un suivi permanent de la réalisation des objectifs du Plan d'action national, une commission de suivi a été mise en place en 1993 et un engagement a été obtenu de la part du Ministère du plan pour suivre les activités du Plan d'action national dans le cadre du suivi du huitième plan (1992-1996) et du

neuvième plan (1997-2001). À cet effet, l'UNICEF a contribué par le développement d'un système de suivi et par la formation des cadres régionaux et centraux du Commissariat général au développement régional chargés du suivi au niveau régional.

32. Le programme visera à renforcer un système d'information et de données permettant de suivre la situation des mères et des enfants qui permettra de quantifier les progrès réalisés. Le groupe chargé de suivre la situation des mères et des enfants au Ministère du plan recevra un appui particulier. Au cours des années 1995-1996, le Gouvernement tunisien procédera à la régionalisation du Plan d'action national et à l'établissement d'objectifs et de stratégies régionales. Cette régionalisation consiste en l'élaboration de plans régionaux d'action par gouvernorat qui sera précédée par une analyse de situation régionale et accompagnée d'un suivi permanent de l'exécution des objectifs au niveau régional. Les activités de plaidoyer encourageront la réalisation de plans et de politiques en matière de suivi et de développement de l'enfant. Les données et les informations collectées dans le cadre du projet de planification sociale aideront les planificateurs et les décideurs à mieux connaître la question et donc à mieux définir des politiques de développement en faveur de l'enfance.

Suivi et évaluation

33. L'UNICEF fournira une assistance technique pour suivre et évaluer les activités de programme, en se souciant particulièrement de la Convention relative aux droits de l'enfant; un groupe de suivi de cet instrument a d'ailleurs été constitué au sein du Ministère de la jeunesse et de l'enfance. Le suivi des activités de programme se fera au niveau des départements techniques, celui des objectifs mondiaux au niveau du comité de surveillance (au Ministère du plan). L'accent sera mis sur le renforcement des capacités nationales et locales dans la planification, la mise en oeuvre, le suivi et l'évaluation des programmes.

Ventilation des montants annuels des fonds requis

(En milliers de dollars des États-Unis)

Région/pays	Cycle de programmation en cours	Fonds approuvés à prélever sur la masse commune des ressources	Fonds additionnels proposés		
			1994	1995	Total
Soudan	1991-1995	25 000	—	2 000	2 000
Tunisie	1992-1996	3 750	250	1 000	1 250
Total			250	3 000	3 250