



Conseil économique  
et social

Distr.  
LIMITÉE

E/ICEF/1996/P/L.3/Add.1  
10 juillet 1996  
FRANÇAIS  
ORIGINAL : ANGLAIS

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE  
Conseil d'administration  
Troisième session ordinaire de 1996  
16-19 septembre 1996  
Point 3 de l'ordre du jour provisoire\*

POUR SUITE À DONNER

RECOMMANDATION CONCERNANT LE PROGRAMME DE PAYS\*\*

Malawi

Additif

RÉSUMÉ

Le présent additif à la note de pays présentée au Conseil d'administration à sa première session ordinaire, en janvier 1996, contient la recommandation finale concernant le programme de pays qui sera soumise à l'approbation du Conseil.

La Directrice générale recommande au Conseil d'administration d'approuver le programme du Malawi pour la période 1997-2001, d'un montant de 14 750 000 dollars à prélever sur la masse commune des ressources, dans la limite des fonds disponibles, et de 33 250 000 dollars à prélever sur les fonds supplémentaires, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales.

\* E/ICEF/1996/18.

\*\* La note de pays initiale ne contenait que des chiffres indicatifs pour la coopération au programme prévue. Les chiffres figurant dans le présent additif sont définitifs et tiennent compte des soldes non engagés au titre de la coopération au programme à la fin de 1995. Ils seront indiqués dans l'état récapitulatif des engagements recommandés en 1996 pour les programmes à financer par prélèvement sur la masse commune des ressources et à l'aide de fonds supplémentaires (E/ICEF/1996/P/L.43/Add.2).

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Page</u>
LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES . . . . .	3
COOPÉRATION AU PROGRAMME, 1992-1996 . . . . .	4
COOPÉRATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 1997-2001 . . . . .	7

Liste des tableaux

1. Données de base sur les enfants et les femmes . . . . .	15
2. Dépenses relatives à la période de coopération précédente, 1992-1996	17
3. Dépenses annuelles prévues . . . . .	18
4. Postes et dépenses de personnel dans le budget-programme . . . . .	19

## LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Le Malawi est un pays enclavé, dont la densité de population est l'une des plus élevées d'Afrique. Les services sociaux et les ressources naturelles y sont mis à rude épreuve par une croissance démographique rapide, qui crée aussi une insécurité alimentaire au niveau du pays et des ménages. Selon l'"indice du développement humain" de 1995, le Malawi se classe au dixième rang avant le pays le plus pauvre du monde, et les deux tiers de sa population vivent dans la pauvreté.

2. Après 31 ans de régime autocratique, le premier gouvernement à plusieurs partis a été élu en mai 1994. Il a fait de l'allègement de la pauvreté sa priorité et adopté 10 nouvelles politiques et directives en matière sociale. Les enquêtes réalisées récemment, dont une enquête en grappe à indicateurs multiples (décembre 1995), confirment les chiffres et les tendances ci-après.

3. La mortalité infantile est parmi les plus élevées du monde : les taux de mortalité infantile et de mortalité des enfants de moins de 5 ans sont respectivement de 140 et 221 pour 1 000 naissances vivantes. Les causes les plus fréquentes de décès chez les enfants de moins de 5 ans sont le paludisme et l'anémie, puis la pneumonie, la rougeole et la diarrhée. Il est probable que le SIDA fera grimper de 20 points le taux de mortalité infantile et de 40 points le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Dans le scénario de la pire éventualité, si la propagation du VIH n'est pas enrayée, le taux de mortalité infantile pourrait augmenter de 50 % d'ici à l'an 2000. Parmi les enfants de moins de 5 ans, 49 % souffrent de malnutrition chronique, dont la moitié gravement. Le taux de malnutrition aiguë est de 5 % au niveau national et de 9 % dans les zones urbaines. Les carences en oligo-éléments sont fréquentes.

4. La population malawienne doublera au cours des 20 prochaines années, en raison notamment des mariages et des grossesses précoces ainsi que du court intervalle qui sépare les naissances. Deux jeunes filles sur trois ont des rapports sexuels avant l'âge de 14 ans, et 51 % sont enceintes avant 18 ans. Le taux de mortalité maternelle est de 560 pour 100 000 naissances vivantes, en raison du manque d'accès à l'information et aux services de santé maternelle, de l'analphabétisme, des comportements risqués en matière de procréation, du mauvais état nutritionnel des femmes et des jeunes filles, de la condition inférieure des femmes et des croyances et pratiques traditionnelles.

5. La prévalence du VIH prénatal est de 24 % chez les citadines et 12 % chez les femmes rurales. Dans le groupe des 15 à 19 ans, il y a six fois plus de femmes que d'hommes malades du SIDA. On estime à 290 000 le nombre d'enfants qui auront perdu leur mère à cause du SIDA d'ici à l'an 2000. Le tiers du budget curatif du Ministère de la santé est actuellement consacré aux malades du SIDA.

6. Soixante-trois p. 100 des habitants n'ont pas d'eau potable à moins de 500 mètres de leur habitation. On estime qu'il y a en permanence plus de 30 % des points d'eau inutilisables. Et, si 72 % de la population a accès à un type ou à un autre d'assainissement, 6 % seulement dispose d'une installation suffisante.

7. Le taux d'alphabétisation est de 56 % (42 % chez les femmes et 72 % chez les hommes). Depuis 1994, le nombre des inscriptions en première année est passé de 1,9 à 3,2 millions, et le taux net d'inscription de 53 % à 83 % du fait que l'instruction primaire est devenue gratuite et que les droits de scolarité ont été supprimés ainsi que l'obligation de porter l'uniforme.

8. Les villages sont organisés selon le droit coutumier, et l'autorité traditionnelle y joue un rôle prépondérant. Les croyances et les coutumes traditionnelles influencent beaucoup la vie communautaire et déterminent les relations sociales, les modes de décision, les droits successoraux et l'acceptation des idées nouvelles et des habitudes modernes. Jusqu'à présent, peu d'attention et de ressources ont été consacrées aux investissements dans la promotion de la femme : santé maternelle et infantile, services de planification familiale, éducation, crédit, formation et acquisition de compétences. Le rôle que les hommes pourraient jouer pour assurer la bonne santé de leur famille n'est pas pleinement exploité. La plus grande chance de changement est du côté des jeunes. Il y a une tradition d'entraide et de soutien collectif, même si les comités et les groupes communautaires ne sont pas encore pleinement mis au service d'efforts organisés en matière de développement.

#### COOPÉRATION AU PROGRAMME, 1992-1996

9. Le programme de la période 1992-1996 visait expressément à atteindre les objectifs du Sommet mondial pour les enfants, énoncés dans le programme d'action national (PAN) de 1992. Au cours des deux premières années, l'embargo général sur l'aide au développement à destination du Malawi et la grave sécheresse de 1991/92 ont obligé à délaissier le soutien à la santé maternelle et infantile (SMI) pour privilégier l'approvisionnement urgent en eau et les problèmes de santé liés à la sécheresse. Les objectifs du PAN étaient irréalistes, et les progrès par rapport aux objectifs du milieu de la décennie ont d'abord été lents. Le processus s'est accéléré avec la transformation de la situation politique.

10. Le programme a permis d'atteindre une couverture vaccinale très élevée; il n'y a eu aucun cas de polio confirmé depuis 1992, et la mortalité due à la rougeole a beaucoup baissé. Mais cela ne veut pas dire que le système de prestation de soins fonctionne bien au plan général. On a réussi, grâce à une mobilisation sociale répétée, à créer une demande de services de vaccination, mais ceux-ci sont encore financés à peu près exclusivement par les bailleurs de fonds. Les autres programmes verticaux tels que la lutte contre les maladies diarrhéiques, les affections aiguës des voies respiratoires, le paludisme et les carences en oligo-éléments ont donné des résultats divers. La thérapie de réhydratation orale a été bien assimilée par les mères. Une loi sur l'iodation du sel a été adoptée en 1995. Des efforts importants sont en cours pour les compléments en vitamine A, l'enrichissement des aliments et la diversification de l'alimentation. Une nouvelle politique nationale a été adoptée concernant la maternité sans risque.

11. La prévention du SIDA, qui constitue désormais un programme distinct, a permis de toucher avec succès les jeunes grâce à la mobilisation sociale. La politique des soins communautaires et familiaux est maintenant acceptée, et un réseau de soutien au niveau des districts a été mis en place dans tout le pays. Les programmes en faveur des jeunes sont de plus en plus populaires. Le

Secrétariat national de la lutte contre le SIDA entend promouvoir la prévention du SIDA en tant que question intersectorielle.

12. Le programme de pays, exécuté au niveau local, a contribué à faire prendre davantage conscience du besoin de décentralisation. Cependant, les mécanismes de planification et les dispositifs opérationnels restent faibles en raison de l'effectif insuffisant du Ministère de l'administration locale. Le programme a permis d'aider les comités locaux de coordination de trois districts à élaborer des plans de développement intégrés. Certaines activités ont donné des résultats, mais cela a été moins évident pour d'autres. L'une des causes d'échec a été l'incapacité du système à décaisser les fonds destinés aux communautés et à faire participer celles-ci aux décisions concernant les dépenses. Une base plus large en faveur de l'action décentralisée a toutefois été créée récemment avec des membres du Parlement, qui favorisent la mise en oeuvre de plans d'action pour les enfants dans leurs circonscriptions.

13. Les projets d'approvisionnement en eau et d'assainissement au niveau des districts, surtout axés sur l'action communautaire et le changement de comportement, ont donné d'excellents résultats. Un remarquable réseau de gestion des points d'eau reposant sur la collectivité a été mis en place grâce à des techniques peu coûteuses, notamment des appareils de forage manuels, et à une vigoureuse stratégie de mobilisation. Le projet a servi de modèle pour d'autres districts et d'autres pays. L'étude sur le secteur de l'eau, réalisée sous l'égide de l'UNICEF, a aidé à réorienter un important prêt de la Banque mondiale de façon que l'assainissement et la participation des femmes fassent l'objet d'une plus grande attention. On a aussi élaboré des accords types de coopération dans lesquels les organisations non gouvernementales (ONG) jouent un rôle de facilitation en matière d'éducation sanitaire et d'assainissement au niveau des districts.

14. Le programme a permis de renforcer les capacités de recherche et d'analyse des politiques. Il a également aidé à inscrire les questions de nutrition à l'ordre du jour politique et contribué notablement au Plan d'action national pour la nutrition. Toutefois, la création d'un service de la sécurité alimentaire et de la nutrition au sein du Gouvernement a posé des difficultés en raison de la faiblesse des liaisons interministérielles et du manque de nutritionnistes, et elle n'a pas entraîné de transfert de technologie ni d'interventions novatrices.

15. Le programme d'éducation avait à l'origine un double objectif et visait surtout à apporter un soutien budgétaire au Gouvernement pour l'enseignement primaire et les programmes d'alphabétisation des adultes. Maintenant que d'autres donateurs contribuent au financement des salles de classe, des fournitures et de la formation des instituteurs, l'UNICEF fait porter son aide sur la formation des auxiliaires et le soutien aux approches éducatives reposant sur la collectivité.

16. À la suite des sécheresses de 1991/92 et 1993/94, on a accéléré le volet approvisionnement en eau du programme et l'on a acheté et distribué des médicaments de survie. L'UNICEF a aussi soutenu, en collaboration avec le Programme alimentaire mondial (PAM), la collecte de données destinée à mieux cibler les secours. Il en est résulté un système de suivi au niveau des districts, destiné à la prévention contre les risques de sécheresse. Le projet

de suivi des objectifs, qui s'inscrit dans le cadre d'un système de suivi de l'allègement de la pauvreté, a renforcé les moyens relatifs à un système national de suivi des indicateurs sociaux.

#### Les fruits de l'expérience

17. Pour donner suite à l'évaluation mondiale portant sur plusieurs donateurs, une évaluation complète du programme de pays a été réalisée en 1994. Elle a révélé que les stratégies en matière de programme étaient plus influencées par des buts mondiaux que par les politiques nationales et les conditions locales. De ce fait, les objectifs étaient inatteignables, et le pays n'était pas propriétaire de son programme. On a déterminé que le programme devait rester souple, de façon que les plans d'action annuels relatifs aux projets puissent s'adapter aux situations locales et à leur évolution. Il faut aussi remédier plus systématiquement aux déséquilibres entre les sexes.

18. Le programme de vaccination a montré que les lignes de programme verticales pouvaient être efficaces si l'on s'attaquait à un problème bien défini sous l'angle de la prestation des services. Mais, pour résoudre les problèmes plus complexes de santé et de nutrition, il faut davantage de stratégies de renforcement des capacités, de collaboration intersectorielle et d'autonomisation.

19. Le renforcement des capacités ne doit pas se traduire par une augmentation des coûts renouvelables, et il doit se faire avec l'active participation des ONG, du secteur privé et de la société civile. On soutiendra la décentralisation en étoffant les comités de développement des districts et en s'appuyant sur les structures communautaires existantes. La planification au niveau du pays et des districts sera améliorée grâce à un système pratique de suivi des indicateurs sociaux, placé sous l'égide des pouvoirs publics. La mise en place réussie des comités de la santé et de l'eau dans les villages et de la structure de prévention du VIH/SIDA et de prise en charge des malades montre que l'on peut, au niveau national, confier durablement des moyens d'action aux collectivités.

## COOPÉRATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 1997-2001

Masse commune des ressources : 14 750 000 dollars  
Fonds supplémentaires : 33 250 000 dollars

Coopération recommandée au programme<sup>a</sup>

(En milliers de dollars des États-Unis)

	<u>Masse commune des ressources</u>	<u>Fonds supplémentaires<sup>b</sup></u>	<u>Total</u>
Santé	3 200	9 000	12 200
Approvisionnement en eau et assainissement	900	10 000	10 900
Soins et nutrition	2 100	4 500	6 600
Jeunes et éducation	2 950	8 250	11 200
Politique sociale, plaidoyer et communication	2 350	1 500	3 850
Appui au programme	<u>3 250</u>	<u>-</u>	<u>3 250</u>
<b>Total</b>	<u>14 750</u>	<u>33 250</u>	<u>48 000</u>

<sup>a</sup> La ventilation des dépenses annuelles estimatives est donnée au tableau 3.

Processus d'élaboration du programme de pays

20. Pour l'élaboration du programme du Malawi, un consensus a été obtenu sur les approches stratégiques grâce à un bilan serré de la coopération et à des consultations approfondies avec les pouvoirs publics, les ONG, le secteur privé, les dirigeants politiques et les bailleurs de fonds. L'évaluation et l'examen à mi-parcours du programme ont beaucoup influencé la nouvelle stratégie, qui a été débattue officiellement en mars 1995 avec tous les partenaires. Les hauts commissaires, les ambassadeurs et les chefs de mission ont été consultés.

21. Le programme intègre aussi les dispositions pertinentes des grandes conférences internationales des Nations Unies. Le processus a encore été renforcé par des discussions sur la note de stratégie rédigée par l'ONU et le Gouvernement. Les cycles de programmation du Programme des Nations Unies pour le développement, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et de l'UNICEF sont désormais harmonisés. Les remarques faites par les membres du Conseil d'administration ont très utilement contribué à l'élaboration du programme.

Objectifs et stratégies

22. Le programme pour 1997-2001 s'écarte nettement des programmes de coopération antérieurs quant au contenu, à la structure et au choix des

stratégies. Il a été conçu en fonction des éléments suivants : la contribution qu'il doit apporter à la priorité nationale de l'allégement de la pauvreté ainsi qu'à de nombreuses politiques nouvelles; la situation actuelle des enfants et des femmes; les dispositions énoncées dans la Convention relative aux droits de l'enfant; les occasions offertes par la transition démocratique; et les buts fixés par le Sommet mondial pour les enfants.

23. Les objectifs généraux, qui doivent contribuer à la réalisation des buts nationaux énoncés dans le PAN et les autres politiques nationales, sont les suivants : a) rallier un soutien et mettre en place un partenariat largement représentatifs en vue de faire respecter les droits inscrits dans la Convention relative aux droits de l'enfant; et b) contribuer à instaurer un contexte propice, où la priorité absolue soit accordée aux besoins et à la protection des enfants ainsi qu'à un changement d'attitude et de comportement, notamment parmi les jeunes.

24. La stratégie générale est axée sur l'autonomisation et le changement de comportement, avec des éléments de renforcement des capacités. À la suite de la transition politique, l'aide au Malawi s'est accrue, ce qui a permis à l'UNICEF de réorienter son assistance en mettant l'accent non plus sur la prestation des services mais sur des investissements plus stratégiques dans l'autonomisation et le renforcement des capacités. Le programme continue de jouer un rôle de catalyseur dans la réorientation des grandes activités financées au moyen de dons et de prêts. Les infrastructures gouvernementales étant déficientes, il faut réorganiser les institutions, mettre en place une décentralisation et réformer le secteur public. Il existe désormais d'importantes possibilités de mobilisation au niveau local grâce à la participation des dirigeants traditionnels et modernes. Les stratégies d'autonomisation stimuleront la participation des groupements communautaires, nouveaux ou existants. Les deux thèmes sous-jacents du programme sont l'"action communautaire" et le "changement de comportement", les jeunes constituant le facteur de changement le plus prometteur. Le programme vise aussi à répondre aux nécessités concrètes et stratégiques d'égalité des sexes et tient compte des différents besoins, problèmes et possibilités des enfants à mesure qu'ils deviennent adultes. Il comporte des éléments à exécuter au niveau national et au niveau des districts, et un secteur au moins est représenté dans 12 districts sur 24. Les priorités géographiques sont déterminées par les besoins prioritaires mis en évidence lors de l'enquête sur les objectifs du milieu de la décennie.

25. Les éléments du programme ont pour base les quatre catégories de droits énoncés dans la Convention relative aux droits de l'enfant. Le droit à la survie est pris en compte dans les programmes de santé et d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Le programme de soins et de nutrition répond essentiellement au droit au développement du jeune enfant. Le volet jeunes et éducation vise à assurer l'épanouissement et la participation des adolescents. Le programme en faveur des jeunes et le programme de soins s'appuient tous deux sur les projets de prévention du SIDA et de prise en charge des orphelins comme fer de lance de l'autonomisation générale des collectivités. Un cinquième programme - politique sociale, plaidoyer et communication - a pour but d'influer sur les orientations et le contexte politique et de mettre en place un environnement propice à l'adoption de stratégies et de comportements nouveaux.

## Santé

26. Le programme de santé vise à réduire de 80 % l'incidence des maladies qui peuvent être évitées grâce aux vaccins du programme élargi de vaccination (PEV) et de 30 % les carences en vitamine A par rapport aux chiffres de 1995, à éliminer virtuellement les carences en iode et, dans les zones visées, à faire en sorte que 80 % des maladies banales de l'enfance et des consultations de santé génésique soient correctement traitées au foyer et dans les établissements de santé. Les capacités seront renforcées grâce à une formation axée sur les résultats dans le domaine biomédical, la gestion et la communication, à la mise en place de systèmes de supervision et à un soutien pour l'élaboration et l'application de méthodes de résolution de problèmes. Les stratégies d'autonomisation aideront à renforcer les comités de santé villageois, avec un équilibre entre les sexes, à mettre au point des modèles de cogestion communautaire, à appuyer l'évaluation participative au niveau de la collectivité, et à faire participer les écoles, les organisations religieuses et le secteur privé à la promotion de la santé.

27. Le programme, qui exploitera les contacts périodiques mais presque universels entretenus dans le cadre du PEV entre les prestataires de services de santé et les enfants, a pour objet d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services essentiels de santé préventive. Les moyens des districts visés par les projets seront étoffés afin que les services curatifs essentiels soient disponibles et de bonne qualité, avec une orientation correcte vers les hôpitaux des districts. Il y aura une collaboration avec le projet intégré de traitement des cas fébriles, soutenu par l'Agency for International Development des États-Unis, afin de mettre au point un protocole intégré de prise en charge.

28. Le volet santé génésique et maternité sans risque contribuera à étoffer les moyens des districts concernant les services essentiels d'obstétrique et à donner aux femmes et aux hommes les moyens de prévoir les grossesses et les accouchements et de s'y préparer. Des liens étroits seront assurés avec les activités de prévention du VIH/SIDA exécutées par les ONG et les collectivités. Un autre volet aura pour objet de donner des moyens d'action aux familles en leur inculquant des connaissances, des compétences et des motivations, et de soutenir les comités villageois, les évaluations participatives en matière de santé et les projets de cogestion des services de santé afin que les collectivités sachent mieux gérer la santé de leurs membres.

## Approvisionnement en eau et assainissement

29. Le programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement étaiera les efforts déployés par tous les partenaires importants pour assurer un accès de 80 % à l'eau salubre et de 60 % à un assainissement correct dans trois districts, en faveur de 400 000 personnes. Si des fonds supplémentaires sont disponibles, le programme sera étendu à d'autres districts.

30. Le programme aidera le Ministère de l'irrigation et de l'aménagement des eaux à renforcer son service de gestion communautaire, afin de coordonner les activités menées au niveau des districts par les ministères d'exécution, les ONG et les collectivités. Le projet de remise en état des puits de surface au niveau des districts, qui vise 3 500 collectivités, a pour but d'accroître le nombre de bénéficiaires des services d'approvisionnement en eau et

d'assainissement; il sera mis en oeuvre par le Gouvernement, en association avec les ONG et les collectivités. Un autre projet doit donner aux collectivités les moyens d'installer et de gérer des systèmes d'approvisionnement grâce à des appareils de forage manuels. L'éducation à l'hygiène et la promotion de l'assainissement se feront au moyen de méthodes novatrices de vulgarisation afin d'assurer l'entière participation des hommes et des femmes. Priorité sera donnée aux écoles, qui réuniront la théorie et la pratique et accéléreront l'extension de la couverture. On continuera à mettre au point des techniques acceptables et peu coûteuses d'approvisionnement en eau, reposant sur les collectivités. On perfectionnera notamment la pompe d'Afridev Direct Action, en collaboration avec les pouvoirs publics, les ONG, le secteur privé et les établissements de recherche.

31. Les réserves en eaux souterraines et en eaux de surface ont été appauvries par des années de sécheresse. Des plans d'urgence seront élaborés en prévision des sécheresses qui pourraient avoir lieu durant le cycle du programme, afin de permettre une réaction rapide pour les installations communautaires de distribution d'eau et d'assainissement.

#### Soins et nutrition

32. Le programme a pour but de renforcer les moyens des familles et des collectivités, ainsi que les mécanismes de soutien des pouvoirs publics et des ONG, afin d'améliorer les soins aux enfants. Au plan national, il aidera à atténuer les conséquences personnelles et sociales de l'existence d'un nombre d'orphelins du SIDA estimé à 290 000 et à multiplier les possibilités de prise en charge et d'instruction pour les enfants d'âge préscolaire. Il vise à réduire, en collaboration avec les ONG, la malnutrition chronique de 25 % par rapport aux chiffres de 1995 dans plusieurs unités administratives locales comptant environ 30 000 personnes chacune.

33. En grandissant, les enfants malawiens rencontrent différents problèmes de "soins" à la maison et dans la collectivité. L'un des plus alarmants est la forte proportion des retards de croissance, constatés le plus souvent entre les âges de 6 et 24 mois. Le programme aidera à administrer des aliments riches en huile et en oligo-éléments et à présenter des techniques améliorées de stockage et de transformation des aliments. L'éducation nutritionnelle vise à remédier aux déséquilibres entre les sexes quant à l'affectation des ressources au sein du foyer. Une analyse par sexe sera suivie d'une "formation en vue de la transformation", qui s'appuiera sur les connaissances des ONG et des groupes religieux, et par une action destinée à favoriser la "méthode des trois A" (évaluation, analyse, action) dans les collectivités.

34. On tirera parti de l'expérience acquise dans le cadre des programmes de soins aux enfants reposant sur la collectivité pour mobiliser les ressources communautaires en faveur des actions d'éducation du jeune enfant. Cette approche collective devra aussi remédier à l'accroissement du taux de dépendance des ménages. On mettra l'accent sur l'apprentissage précoce pour contrer l'opinion traditionnelle selon laquelle l'acquisition des connaissances commence à l'âge scolaire.

35. La pandémie du VIH/SIDA a de graves conséquences sur les enfants, car les parents meurent durant la période la plus active de leur vie et les enfants se

retrouvent à la charge des proches, qui ne peuvent les assumer pour des raisons similaires. La désintégration de la famille oblige les individus à trouver de nouvelles structures d'organisation communautaire et de nouveaux systèmes d'entraide. Le programme actuel de prise en charge des orphelins sera prolongé afin de consolider encore les structures d'appui telles que les comités de lutte contre le SIDA aux niveaux des districts et des collectivités. Ces réseaux aident à atténuer la stigmatisation à l'encontre des malades et des orphelins du SIDA et offrent un canal pour l'assistance technique et financière aux initiatives communautaires.

### Jeunes et éducation

36. L'un des éléments novateurs du nouveau programme repose sur les droits au développement et à la participation inscrits dans la Convention relative aux droits de l'enfant. Le double thème "changer en apprenant" et "apprendre à changer" répond à la nécessité de repenser à la fois l'enseignement primaire et les conditions d'acquisition des connaissances, ainsi que le potentiel de changement offert par les jeunes. Le programme a pour objectif d'accroître le nombre d'enfants qui savent lire, écrire et calculer à l'âge de l'école primaire et d'inculquer aux adolescents les connaissances et les compétences nécessaires pour leur permettre de participer de façon responsable à leur propre épanouissement. Pour cela, on leur fera suivre des programmes scolaires et non scolaires de préparation à la vie adulte.

37. Le projet d'enseignement primaire a pour objet de porter et de maintenir à 90 % le taux d'inscription à l'école primaire et d'accroître le nombre de filles qui achèvent leur scolarité. Pour cela, on fera participer les comités d'école et les associations parents-enseignants à la mise en place et à la gestion des écoles communautaires et on leur apprendra la valeur de l'instruction féminine. Le projet continuera aussi à jouer un rôle de catalyseur dans l'examen de la politique et l'élaboration des programmes d'enseignement pour le primaire.

38. Le projet de santé génésique pour les jeunes donnera à ces derniers les moyens d'adopter des comportements moins risqués, notamment en retardant leur première expérience sexuelle et leur première grossesse. Il constituera le fer de lance de l'élargissement des questions de santé génésique concernant les jeunes ainsi que d'un programme de préparation à la vie adulte. Il renforcera aussi les services de santé génésique pour les jeunes, en étroite collaboration avec la FNUAP et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le SIDA.

39. Un troisième volet favorisera la participation des jeunes au développement social et aux débats sur les questions qui se rapportent à leur bien-être et à leur avenir. Les objectifs sont les suivants : instaurer une culture du dialogue parmi les jeunes ainsi qu'entre les jeunes et les prestataires de services; leur donner l'occasion de se rencontrer et d'exprimer leur opinion; et faire connaître les droits énoncés dans la Convention relative aux droits de l'enfant. Le projet offrira aussi aux jeunes, notamment ceux qui ont abandonné l'école, une "seconde chance" grâce à une préparation à la vie active et à une formation professionnelle.

Politique sociale, plaidoyer et communication

40. Le but du programme est que la Convention relative aux droits de l'enfant et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes soient reconnues comme un cadre essentiel pour les politiques nationales et que 50 % des dépenses publiques soient directement consacrées aux enfants et aux femmes. Il s'agira notamment de sensibiliser le public et d'élaborer des stratégies concrètes visant à atténuer les préjugés liés au sexe, les violations flagrantes des droits de l'enfant et l'exploitation des enfants. On favorisera l'instauration d'un "environnement propice" afin de faciliter le bon déroulement des quatre programmes sectoriels, et l'on plaidera pour que les intérêts des enfants figurent parmi les considérations essentielles des responsables politiques. Le programme continuera d'encourager le renforcement des capacités au sein du Gouvernement et d'améliorer le suivi communautaire afin de rationaliser le processus de planification et de mettre à jour l'analyse sur la situation des enfants et des femmes, dans le cadre du système national de suivi de la pauvreté. L'accent sera mis sur le suivi des indicateurs sociaux au niveau des districts, et il y aura des techniques de surveillance par sentinelle à l'échelon des collectivités.

41. Une aide sera apportée à la Commission nationale de l'enfance et à une Commission des femmes étoffée, afin d'accélérer l'application des deux conventions, que le Malawi a ratifiées. Les centres d'information juridique bénéficieront d'une assistance, tandis que la recherche et le plaidoyer porteront sur le travail des enfants. Il y aura une collaboration avec les médias, destinée à renforcer leurs moyens de traiter les questions relatives à l'enfance et les possibilités d'acquisition de connaissances par les enfants. Dans un pays où le taux d'alphabétisation est bas, il faut des stratégies novatrices afin de rendre les messages compréhensibles et d'encourager les changements de comportement. Ces stratégies passent notamment par la radio, les groupes de théâtre et les chefs traditionnels. L'interaction entre les agents de vulgarisation et les collectivités sera améliorée grâce à une formation aux techniques de communication interpersonnelle.

Suivi et évaluation

42. Les apports et les dépenses qui ont trait aux projets font l'objet d'un examen régulier grâce au Système mondial d'appui aux bureaux extérieurs de l'UNICEF. Les examens annuels et l'examen à mi-parcours prévu pour 1999 feront partie d'un plan intégré de suivi et d'évaluation où sont harmonisés toutes les études programmées, ainsi que les examens et les grandes opérations de collecte de données, et auquel participent les comités de développement des districts. Le Gouvernement prévoit aussi pour l'an 2000 une grande enquête intégrée sur les ménages, qui déterminera les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs convenus lors du Sommet mondial pour les enfants et servira de base de travail pour le prochain millénaire. Un appui à l'évaluation commune des Nations Unies au niveau du pays sera fourni par le biais du Ministère du Plan et du développement, afin de mettre en place avec l'ensemble des donateurs une structure complète de coordination et d'harmonisation du suivi des indicateurs sociaux, ainsi que des moyens techniques décentralisés de collecte, d'analyse et de diffusion de données dans le cadre du système de suivi de la pauvreté.

### Coopération avec les autres partenaires

43. L'Alliance nationale pour les enfants, revitalisée, mobilisera un soutien largement représentatif de personnes influentes, d'universitaires, de membres du secteur privé, d'artistes et d'hommes politiques. La collaboration sera intensifiée avec les médias, les associations de juristes et d'enseignants, et le Centre pour les droits de l'homme de l'ONU au Malawi. On fera appel à la collaboration des ONG et des églises, notamment pour concevoir et mettre en oeuvre des méthodes d'autonomisation et de participation. Et l'on collaborera avec les départements ministériels spécialisés, notamment le Bureau national de la statistique, l'Institut d'éducation du Malawi et les établissements qui dépendent de l'Université, en particulier le Bunda College of Agriculture, le Centre de recherche sociale, le Chancellor College, l'École polytechnique et les Écoles de médecine et de soins infirmiers.

44. Les connaissances spécialisées sont considérables dans le secteur privé, et les grandes entreprises peuvent offrir d'excellents services de proximité. Il y a d'évidentes possibilités de partenariat au-delà de la collecte de fonds. Comme l'a montré la campagne en faveur de l'Éducation pour tous au Malawi, le secteur privé peut jouer un rôle important dans les initiatives et les manifestations spéciales. Les grandes sociétés se sont unies dans le cadre de l'Initiative pour la mobilisation de l'action privée, à laquelle le programme de pays collaborera.

45. Le programme du Malawi continuera de jouer un rôle de catalyseur parmi les donateurs résidents et non résidents. Dans le cadre de l'Initiative spéciale du système des Nations Unies en faveur de l'Afrique, on cherchera à avoir des discussions stratégiques et à mettre en place des mécanismes communs avec la Banque mondiale en ce qui concerne l'éducation, la santé, le Malawi Social Action Fund et le suivi du secteur social, ainsi qu'avec le Fonds international de développement agricole, la Banque africaine de développement et la Kreditanstalt für Wiederaufbau (Banque pour la reconstruction). La coordination se poursuivra avec les autres organismes des Nations Unies, et l'on accordera une attention particulière au Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le SIDA ainsi qu'aux questions de population et de nutrition.

### Mobilisation de ressources

46. Au cours des deux dernières années, à la suite du passage du Malawi à la démocratie, le bureau de l'UNICEF a recueilli de plus en plus de fonds supplémentaires et a déjà assuré près du tiers des fonds supplémentaires prévus pour le nouveau programme. Le budget total a donc été porté à 48 millions de dollars, contre 30 millions dans la note de stratégie, afin d'exploiter ces nouvelles possibilités. L'Agence norvégienne de développement international (NORAD) et l'Agence canadienne de développement international se sont engagées à soutenir le programme d'enseignement primaire, tandis que l'UNICEF Canada et le Gouvernement néerlandais ont exprimé un vif intérêt pour les éléments qui concernent les jeunes. La NORAD et l'UNICEF Australie ont annoncé des contributions pour le programme d'approvisionnement en eau.

Gestion du programme

47. Le Gouvernement et l'UNICEF se sont engagés à assurer une gestion optimale et à respecter les plus hautes normes professionnelles. Cela veut dire notamment que les ressources seront employées de façon responsable, que des comptes seront rendus à ce sujet et que les règles et principes du Gouvernement et de l'UNICEF seront appliqués de façon équitable. Le Ministère des finances est responsable de la coordination générale des contributions du Gouvernement, y compris la gestion générale des ressources et l'organisation des apports fournis par les autres donateurs. Le Ministère du Plan et du développement est chargé de suivre l'impact du programme et d'organiser les examens périodiques des activités financées par l'UNICEF. Le principal instrument de gestion du programme sera les plans d'action annuels relatifs aux projets.

Tableau 1

## DONNÉES DE BASE SUR LES ENFANTS ET LES FEMMES

Malawi	(1994 et années antérieures)	Classification du pays selon l'UNICEF			
Taux de mortalité avant 5 ans	221	(1994)	TMM5 très élevé		
Taux de mortalité infantile	140	(1994)	TMI très élevé		
PNB par habitant (dollars)	140	(1994)	PNB faible		
Population totale	10,8 millions	(1994)			
<b>INDICATEURS CLEFS (SURVIE ET DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT)</b>		<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1990</b>	<b>1994</b>
Naissances	(milliers)	255	341	478	535
Mortalité infantile (avant un an)	(milliers)	49	58	70	75
Mortalité infantile (avant 5 ans)	(milliers)	88	99	110	118
Taux de mortalité avant 5 ans (pour 1 000 naissances vivantes)		343	290	230	221
Taux de mortalité infantile (avant un an) (pour 1 000 naissances vivantes)		194	170	146	140
		<b>Vers 1980</b>	<b>Chiffres les plus récents</b>		
Insuffisance pondérale (avant 5 ans) (pourcentage du poids correspondant à l'âge, 1992)	Modérée et grave Grave	..	27		
		..	8		
Nourrissons de poids insuffisant à la naissance (% , 1981/1987)		12	20		
Enfants inscrits à l'école primaire qui atteignent le 5e niveau (% , 1985/1990)		57	46		
<b>INDICATEURS DE NUTRITION</b>		<b>Vers 1980</b>	<b>Chiffres les plus récents</b>		
Allaitement maternel exclusif (<4 mois) (% , 1992)		..	3		
Alimentation complémentaire en temps voulu (6-9 mois) (% , 1992)		..	88		
Poursuite de l'allaitement maternel (20-23 mois) (% , 1992)		..	56		
Prévalence de la dénutrition (0-59 mois) (% , 1992)		..	5		
Prévalence des retards de croissance (0-59 mois) (% , 1992)		..	49		
Apport calorique quotidien par habitant (pourcentage des besoins, 1979-1981/1988-1990)		104	88		
Pourcentage total de goitre (1989)		..	13		
Dépenses des ménages (tous aliments/céréales) (pourcentage du revenu total, 1980 ou 1985)		../. ..	30/9		
<b>INDICATEURS DE SANTÉ</b>		<b>Vers 1980</b>	<b>Chiffres les plus récents</b>		
Recours à la TRO (% , 1992)		..	43		
Accès aux services de santé	Total	..	80		
(pourcentage de la population, 1985)	Milieu urbain/rural	../. ..	../. ..		
Accès à l'eau salubre	Total	56	62		
(pourcentage de la population, 1985)	Milieu urbain/rural	97/50	85/57		
Accès à un assainissement correct	Total	84	53		
(pourcentage de la population, 1980/1994)	Milieu urbain/rural	100/81	71/51		
Accouchements assistés par du personnel qualifié (% , 1988/1992)		45	55		
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes, 1990)		..	560		
<b>Immunsation</b>		<b>1981</b>	<b>1985</b>	<b>1990</b>	<b>1994</b>
Enfants d'un an (%) vaccinés contre :	Tuberculose	86	92	97	99
	DCT	66	55	81	98
	Poliomyélite	68	50	79	98
	Rougeole	65	53	80	98
Femmes enceintes (%) vaccinées contre :	Tétanos	..	38	82	76

Tableau 1 (suite)

## DONNÉES DE BASE SUR LES FEMMES ET LES ENFANTS

## Malawi

INDICATEURS D'ÉDUCATION		Vers 1980	Chiffres les plus récents			
Taux de scolarisation, primaire (brut/net) (% , 1980/1992)	Total	60/43	80/52			
	Garçons	72/48	84/50			
	Filles	48/38	77/54			
Taux de scolarisation, secondaire (brut/net) (% , 1980/1992)	Total	3/..	4/2			
	Garçons	5/..	6/2			
	Filles	2/..	3/2			
Taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus) (% , 1980/1995)	Total	45	56			
	Hommes/femmes	64/28	72/42			
Postes de radio/télévision (pour 1 000 habitants, 1980/1993)		42/..	226/..			
INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES		1970	1980	1990	1994	2000
Population totale	(milliers)	4 518	6 183	9 367	10 843	12 144
Population de moins de 15 ans	(milliers)	2 204	3 073	4 609	5 318	5 894
Population de moins de 5 ans	(milliers)	888	1 244	1 821	2 088	2 225
Population urbaine (% du total)		6,0	9,1	11,8	13,3	15,6
Espérance de vie à la naissance (années)	Total	40	44	46	45	45
	Hommes	40	43	45	45	45
	Femmes	41	45	47	46	46
Indice synthétique de fécondité		7,3	7,6	7,3	7,0	6,4
Taux brut de natalité (pour 1 000 habitants)		56	55	51	49	46
Taux brut de mortalité (pour 1 000 habitants)		24	23	20	20	19
		Vers 1980		Chiffres les plus récents		
Taux d'utilisation de contraceptifs (% , 1992)		..		13		
Taux d'accroissement annuel de la population (% , 1965-1980/1980-1994)	Total	2,9		4,0		
	Population urbaine	7,1		6,6		
INDICATEURS ÉCONOMIQUES		Vers 1980	Chiffres les plus récents			
Taux de croissance annuel du PNB par habitant (% , 1973-1985/1985-1994)		-0,4		-2,0		
Taux d'inflation (% , 1980-1985/1985-1994)		11		19		
Population vivant dans la pauvreté absolue (% , 1980)	Urbaine/rurale	25/85		../..		
Part du revenu allant aux ménages (%)	Aux 20 % les plus riches/ aux 40 % les plus pauvres	../..		../..		
Dépenses publiques (% du total des dépenses, 1988)	Santé/éducation	../..		7/12		
	Défense	..		5		
Dépenses des ménages (% du total des dépenses, 1980 ou 1985)	Santé/éducation	../..		4/10		
Aide publique au développement (1980/1994)	Millions de dollars E.-U.	143		470		
	En % du PIB	12		30		
Service de la dette (% des exportations de biens et services, 1980/1993)		22		20		

Tableau 2

DÉPENSES RELATIVES À LA PÉRIODE DE COOPÉRATION PRÉCÉDENTE, 1992-1996<sup>a</sup>

(En milliers de dollars E.-U.)

PAYS : MALAWI  
 DERNIÈRE APPROBATION DU CONSEIL : 1992  
 MASSE COMMUNE DES RESSOURCES : 16 500 000 DOLLARS

Secteurs/domaines du programme	Fournitures et matériel (réel)		Subventions à la formation (réel)		Personnel des projets (réel)		Autres montants en espèces (réel)		TOTAL					
	MC <sup>b</sup>	FSD	MC <sup>b</sup>	FSD	MC <sup>b</sup>	FSD	MC <sup>b</sup>	FSD	MC <sup>a</sup>		FS		Total (MC+FS)	
									Réel	Prévu	Réel	Prévu	Réel	Prévu
Santé	1 865	2 312	406	476	764	19	1 134	929	4 169	5 750	3 737	17 279	7 906	23 029
Sécurité alimentaire et nutrition des ménages	107	0	817	0	109	0	520	0	1 552	1 950	0	0	1 552	1 950
Approvisionnement en eau et assainissement	13	610	13	182	23	427	41	729	90	0	1 947	9 718	2 037	9 718
Éducation	420	275	621	57	147	0	529	87	1 716	2 500	419	5 000	2 136	7 500
Organisation et développement communautaires	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0
Développement du jeune enfant	59	0	27	0	20	0	326	0	432	0	0	0	432	0
Programme axé sur les femmes	165	0	22	0	224	0	212	167	623	0	167	3 600	790	3 600
Plaidoyer, mobilisation sociale et suivi	427	62	295	11	965	0	1 219	153	2 906	2 200	226	0	3 132	2 200
Appui au programme	177	7	133	23	273	0	559	23	1 142	0	52	0	1 194	0
Programme intégré au niveau local <sup>c</sup>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4 100	0	6 250	0	10 350
Situations d'urgence	106	2 976	0	165	0	99	126	813	231	0	4 053	0	4 284	0
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>3 341</b>	<b>6 241</b>	<b>2 334</b>	<b>915</b>	<b>2 523</b>	<b>545</b>	<b>4 665</b>	<b>2 901</b>	<b>12 863</b>	<b>16 500</b>	<b>10 602</b>	<b>41 847</b>	<b>23 464</b>	<b>58 347</b>

MC = Masse commune des ressources.

FSD = Fonds supplémentaires disponibles.

FS = Fonds supplémentaires disponibles et non disponibles.

<sup>a</sup> Les dépenses réelles incluent les dépenses enregistrées jusqu'au 31 décembre 1995.<sup>b</sup> Les dépenses réelles imputées sur la masse commune des ressources incluent les allocations prélevées sur les fonds d'action générale.<sup>c</sup> Les dépenses afférentes au programme intégré au niveau local ont été comptabilisées au titre des programmes sectoriels concernés.

Tableau 3

DÉPENSES ANNUELLES PRÉVUES  
(En milliers de dollars E.-U.)

PAYS : MALAWI  
CYCLE DU PROGRAMME : 1997-2001

		1997	1998	1999	2000	2001	TOTAL
SANTÉ	MC	640	640	640	640	640	3 200
	FSD						
	NFS	1 800	1 800	1 800	1 800	1 800	9 000
	TOTAL	2 440	2 440	2 440	2 440	2 440	12 200
SOINS ET NUTRITION	MC	420	420	420	420	420	2 100
	FSD						
	NFS	900	900	900	900	900	4 500
	TOTAL	1 320	1 320	1 320	1 320	1 320	6 600
JEUNES ET ÉDUCATION	MC	590	590	590	590	590	2 950
	FSD						
	NFS	1 650	1 650	1 650	1 650	1 650	8 250
	TOTAL	2 240	2 240	2 240	2 240	2 240	11 200
POLITIQUE SOCIALE, PLAIDOYER ET COMMUNICATION	MC	470	470	470	470	470	2 350
	FSD						
	NFS	300	300	300	300	300 *	1 500
	TOTAL	770	770	770	770	770	3 850
APPROVISIONNEMENT EN EAU ET ASSAINISSEMENT	MC	180	180	180	180	180	900
	FSD						
	NFS	2 000	2 000	2 000	2 000	2 000	10 000
	TOTAL	2 180	2 180	2 180	2 180	2 180	10 900
APPUI AU PROGRAMME	MC	650	650	650	650	650	3 250
	FSD						
	NFS						
	TOTAL	650	650	650	650	650	3 250
TOTAL	MC	2 950	2 950	2 950	2 950	2 950	14 750
	FSD						
	NFS	6 650	6 650	6 650	6 650	6 650	33 250
	TOTAL	9 600	9 600	9 600	9 600	9 600	48 000

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

