



Conseil économique
et social

Distr.
LIMITÉE

E/ICEF/1996/P/L.31/Add.1
1er 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**

Bhoutan

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.

Il contient une recommandation concernant le financement du programme de Cuba, dont le niveau annuel de planification est égal ou inférieur à un million de dollars. La Directrice générale recommande au Conseil d'administration d'approuver un montant de 5 millions de dollars à prélever sur la masse commune des ressources, dans la limite des fonds disponibles, et un montant de 9 100 100 dollars à prélever sur les fonds supplémentaires, sous réserve du versement de contributions à des fins spéciales, pour la période allant de 1997 à 2001.

* 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).

E/ICEF/1996/P/L.31/Add.1

Français

Page 2

DONNÉES DE BASE

(1994, sauf indication contraire)

Nombre d'enfants (0 à 15 ans/millions)	0,7
Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5) (pour 1 000 naissances vivantes)	125
Taux de mortalité infantile (TMI) (pour 1 000 naissances vivantes)	193
Pourcentage des enfants présentant une insuffisance pondérale (moyenne et grave) à la naissance (1988)	38
Taux de mortalité maternelle (TMM) (pour 100 000 naissances vivantes) (1990)	1 600
Taux d'alphabétisation (% hommes/femmes) (1995)	../..
Taux net de scolarisation (% net, garçons/filles)	../..
Pourcentage des enfants inscrits au cours élémentaire qui atteignent le cours moyen	..
Pourcentage de la population ayant accès à de l'eau salubre (1995)	58
Pourcentage de la population ayant accès aux services de santé (1985)	65
Produit national brut (PNB) par habitant	400 \$
Enfants de 1 an ayant reçu une série complète de vaccins contre :	
la tuberculose	96 %
la diphtérie/coqueluche/tétanos	86 %
la rougeole	81 %
la poliomyélite	84 %
Femmes enceintes vaccinées contre :	
le tétanos	60 %

LA SITUATION DES ENFANTS ET DES FEMMES

1. Avant les débuts du développement planifié, en 1961, l'infrastructure du Bhoutan en matière de routes, de communications, d'électricité, d'écoles ou de soins de santé était inexistante. Aujourd'hui encore, la prestation de services sociaux de base et les mécanismes de gestion au niveau local posent des problèmes particuliers en raison de la dispersion de la population, du caractère montagneux du pays et du peu d'infrastructures. Malgré ces contraintes, le développement humain durable est une priorité nationale. Le gouvernement a ratifié en 1990 la Convention relative aux droits de l'enfant et la Déclaration du Sommet mondial pour les enfants et établi un rapport à soumettre au Comité des droits de l'enfant. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes a été ratifiée en 1981. Un Plan national d'action (PNA) pour les enfants a été élaboré et intégré au septième Plan de développement national (1992-1997). Des progrès importants ont été accomplis dans le domaine de la survie et du développement des enfants, et la quasi-totalité des objectifs de la mi-décennie a été atteinte.

/...

2. L'enquête sanitaire nationale de 1994 a révélé un recul de la mortalité infantile et de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, qui sont tombées respectivement à 71 et 97 pour mille naissances vivantes en 1994, contre 103 et 158 en 1984. Le taux de mortalité maternelle (TMM) a été estimé à 380 pour 100 000 naissances vivantes en 1994, contre 770 en 1984 ^{1/}. Ces diminutions des taux de mortalité traduisent les avancées majeures enregistrées dans la situation des enfants et des femmes ainsi que les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs du Plan national d'action.

3. Le Bhoutan a atteint l'objectif de vaccination universelle des enfants en 1991 et a maintenu une couverture vaccinale supérieure à 80 % pour la totalité des antigènes. La malnutrition infantile est estimée à 38 %. Les troubles dus à une carence en iode ont été virtuellement éliminés grâce à la vente de sel iodé à 95 % des ménages. De même, la carence en vitamine A est maîtrisée grâce à la distribution de gélules fortement dosées. On estime qu'il existe une forte prévalence d'anémie, en particulier chez les femmes enceintes.

4. Des progrès notables ont été enregistrés en ce qui concerne l'approvisionnement de la population en eau potable; 58 % des habitants disposent à présent de l'eau courante et 70 % d'une forme quelconque de latrines familiales. Malgré ces améliorations, l'incidence signalée de la diarrhée chez les enfants est de 3,9 épisodes par an. Dans 85 % des cas de diarrhée, des liquides et de l'alimentation sont dispensés, mais des liquides supplémentaires sont administrés dans 34 % des cas seulement.

5. La scolarisation brute au niveau de l'école primaire est passée à 72 %. Les écarts de scolarisation entre les sexes se réduisent, le ratio garçons/filles s'établissant à 57/43. Les filles et les garçons qui vivent dans les vallées montagneuses reculées peuvent désormais fréquenter des écoles communautaires. Les taux de redoublement et d'abandon continuent à régresser sans écart notable entre les sexes; 59 % des enfants terminent les sept années de l'école primaire.

6. Bien que trois cas seulement d'infection VIH aient été détectés dans le pays, le gouvernement est conscient du risque d'épidémie VIH/SIDA, compte tenu de l'incidence élevée des maladies sexuellement transmissibles, de la situation sur le plan du VIH dans les pays voisins et de l'attitude sexuelle libérale.

^{1/} Le TMM qui figure dans le tableau des données de base ci-dessus a été publié officiellement par les Nations Unies. Il se fonde sur les estimations de 1990 et a été établi selon une méthode récemment mise au point. Les autres estimations utilisées dans le présent document sont reconnues sur le plan national et se fondent sur l'enquête sanitaire nationale de 1994. Il s'agit des seules estimations disponibles qui permettent l'évaluation des évolutions récentes.

COOPÉRATION AU PROGRAMME, 1992-1996

7. Il a été prévu de faire coïncider le programme de coopération 1992-1996 et le plan de développement quinquennal, qui intégrait les objectifs de la mi-décennie. Les activités sur le plan de la santé concernaient l'appui à la vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës, ainsi que la santé maternelle préventive. Le programme soutenait par ailleurs les activités liées à l'allaitement maternel, au suivi de la croissance, aux suppléments en fer et en vitamine A, et à l'éducation à la nutrition. Les activités touchant à l'eau et à l'assainissement portaient sur l'approvisionnement en eau et l'installation de latrines dans les zones rurales, les écoles et les établissements de santé. L'enseignement primaire a été renforcé par la publication de manuels, l'appui aux écoles organisées par les collectivités, et le lancement d'une réforme des programmes. La réalisation des objectifs du programme a été essentiellement due à l'évaluation permanente de la performance et à l'application constructive des enseignements tirés de la coopération passée.

Les enseignements tirés de la coopération passée

8. La mise en place, au cours des dernières années, d'un réseau de dispensaires au niveau des collectivités a renforcé le système de santé et facilité la prestation des services essentiels de santé maternelle et infantile (SMI) dans les régions reculées. Le maintien d'un taux élevé de vaccination est directement lié au développement de ces dispensaires. De même, la construction d'écoles communautaires par les villageois a permis à des milliers de jeunes enfants, en particulier de filles, habitant des hameaux isolés de suivre un enseignement. Ces approches communautaires peu coûteuses ont doté les collectivités des connaissances et de la prise de conscience nécessaires pour gérer et entretenir les intrants de développement et, partant, assurer leur pérennité.

9. Une évaluation, effectuée en 1996, du programme de lutte contre les troubles dus à une carence en iode a indiqué que des progrès avaient été accomplis sur la voie de l'élimination de ces troubles mais a fait apparaître qu'il est nécessaire d'intensifier le suivi à tous les stades de l'iodation du sel et des processus de distribution. Dans le secteur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, une évaluation importante effectuée en 1995 par le gouvernement, l'UNICEF et l'Union européenne a mis en évidence la nécessité d'une approche plus équilibrée du programme mettant plus l'accent sur l'assainissement et l'hygiène personnelle.

10. Les examens trimestriels réalisés par le gouvernement et l'UNICEF durant tout le cycle du programme ont renforcé la collaboration et amélioré la gestion du programme. Des évaluations portant sur les secteurs de l'enseignement et de l'alimentation en eau des zones rurales ont contribué à renforcer ces programmes et à mettre au point des politiques nationales. De fréquents échanges d'informations sur la planification, le suivi et l'exécution du programme ont aidé à développer les ressources nationales. La gestion du programme tirerait profit de l'élaboration de systèmes nationaux et sous-nationaux de suivi des indicateurs sociaux.

/...

COOPÉRATION RECOMMANDÉE AU PROGRAMME, 1997-2001

Dépenses annuelles estimées

(En milliers de dollars des États-Unis)

	<u>1997</u>	<u>1998</u>	<u>1999</u>	<u>2000</u>	<u>2001</u>	<u>Total</u>
<u>Ressources générales</u>						
Santé et nutrition	300	300	300	300	300	1 500
Approvisionnement en eau et assainissement	250	230	230	230	230	1 170
Éducation de base	250	250	250	250	250	1 250
Mobilisation sociale et promotion	130	130	130	130	130	650
Suivi et évaluation	50	67	65	62	60	304
Appui aux programmes	<u>20</u>	<u>23</u>	<u>25</u>	<u>28</u>	<u>30</u>	<u>126</u>
Sous-total	<u>1 000</u>	<u>1 000</u>	<u>1 000</u>	<u>1 000</u>	<u>1 000</u>	<u>5 000</u>
<u>Fonds supplémentaires</u>						
Santé et nutrition	450	450	450	500	500	2 350
Approvisionnement en eau et assainissement	550	570	670	670	670	3 130
Éducation de base	450	450	450	450	450	2 250
Mobilisation sociale et promotion	200	200	200	300	300	1 200
Suivi et évaluation	<u>30</u>	<u>30</u>	<u>30</u>	<u>40</u>	<u>40</u>	<u>171</u>
Sous-total	<u>1 680</u>	<u>1 700</u>	<u>1 800</u>	<u>1 960</u>	<u>1 960</u>	<u>9 100</u>
TOTAL	<u>2 680</u>	<u>2 700</u>	<u>2 800</u>	<u>2 960</u>	<u>2 960</u>	<u>14 100</u>

Processus d'élaboration du programme de pays

11. Un examen à mi-parcours effectué au mois de mai 1995 a évalué l'état d'avancement et fourni l'orientation à adopter pour les stratégies futures. Une analyse complète de la situation a été menée à la fin de 1995. Au début de 1996, les stratégies du programme ont été développées plus avant au cours d'une série de réunions sectorielles consacrées à ce sujet, organisées avec les partenaires des Nations Unies et les organismes de bailleurs de fonds représentés au niveau local. Une série de réunions prospectives a été organisée en avril 1996 avec les ministères clés et les organismes de bailleurs de fonds représentés au niveau local. Les remarques formulées par le Conseil d'administration concernant la note de pays ont également été prises en compte.

12. Le cadre du nouveau programme de pays est le huitième Plan de développement national (1997-2002). Les cycles des programmes de l'UNICEF et des autres

/...

organismes des Nations Unies ont été harmonisés avec le plan. De même, le plan tiendra compte des stratégies et des approches adoptées lors des récentes conférences internationales sur le développement social, la population et le développement, et les femmes. Autosuffisance et viabilité sont deux principes directeurs du développement national au Bhoutan. Il s'ensuit que le gouvernement a fixé comme composantes clés de la stratégie de développement national le renforcement des capacités, la décentralisation, l'efficacité par rapport au coût et la participation des collectivités.

13. La coopération de l'UNICEF s'inspirera de ces stratégies transversales ainsi que de trois orientations essentielles: a) accroître la décentralisation en accordant un rang de priorité élevé à la planification et à la prestation des services en faveur des enfants au niveau des districts et des collectivités et en soutenant le renforcement des capacités à ces deux niveaux; b) favoriser l'application des connaissances et des informations appropriées pour encourager une participation et une prise de décision éclairées de la part des communautés; et c) soutenir un suivi meilleur en mettant l'accent sur les données ventilées selon le sexe.

14. Le Ministère des finances coordonnera la planification, le suivi et l'évaluation du programme de pays. Le Ministère de la planification restera en liaison avec l'UNICEF concernant les questions d'élaboration et de mise en oeuvre du programme. Les autres ministères et départements du gouvernement, notamment ceux qui ont la santé, l'éducation et les affaires intérieures dans leurs attributions, seront chargés de la mise en oeuvre des programmes et projets spécifiques. Le programme sera appliqué à l'échelle nationale. La portée et la couverture géographique des autres activités de programme seront élargies dans la limite des fonds supplémentaires disponibles. L'intérêt accru des bailleurs de fonds pour les programmes appuyés par l'UNICEF au Bhoutan justifie le niveau proposé de financement supplémentaire.

Santé et nutrition

15. Le programme sanitaire et nutritionnel, qui vise à consolider le fruit des activités entreprises avec succès sous le programme précédent, devrait contribuer à réduire la mortalité des nouveau-nés et des enfants de moins de cinq ans ainsi que la mortalité maternelle par le biais de trois projets: a) santé maternelle et infantile; b) nutrition et soins des enfants; et c) développement des ressources humaines. La stratégie comprendra l'extension, le renforcement et la décentralisation du système existant de prestation des soins, dotant ainsi les familles des connaissances et compétences requises pour prendre les décisions clés en matière de santé des enfants et des femmes. Une stratégie essentielle en vue d'améliorer les soins de santé maternelle consistera à intégrer, à tous les niveaux du système de prestation des soins de santé, des approches fondées sur la maternité sans risque.

16. Le projet relatif à la santé maternelle et infantile aura pour objectifs d'éliminer la poliomyélite, de réduire la morbidité et la mortalité liées à la rougeole, aux maladies diarrhéiques et aux infections respiratoires aiguës, ainsi que celles résultant de maladies qui touchent à la grossesse. Les activités seront axées sur le renforcement du programme de vaccination étendu,

/...

l'objectif final étant de se passer du soutien des bailleurs de fonds aux activités de vaccination, ainsi que sur la formation, aux niveaux central et périphérique, du personnel sanitaire à la gestion et au traitement des maladies diarrhéiques et des infections respiratoires aiguës. Le Fonds des Nations Unies pour la population aidera à améliorer les soins d'obstétrique et les services de planification familiale dans les hôpitaux et les unités de santé de base, tandis que l'UNICEF soutiendra les méthodes de maternité sans risque, en particulier l'accouchement sans risque à domicile et le renvoi précoce des cas à risque, en tant que composante des soins de santé primaires (SSP).

17. Dans le cadre de la mise en place d'un Comité national intersectoriel de la nutrition, l'objectif principal consistera à abaisser les niveaux de malnutrition protéique et énergétique par le recours, au niveau des collectivités, à l'approche «du triple A» («assessment, analysis and action» : évaluation, analyse et action) en vue d'identifier les causes et de s'attaquer au problème, dans un premier temps dans trois districts. Les interventions porteront sur l'amélioration des pratiques en matière de soins aux enfants, l'élargissement de l'accès aux soins de santé primaires et l'amélioration de la sécurité alimentaire des ménages. Une attention particulière sera accordée à la promotion et à la protection de l'allaitement maternel. La formation améliorée de la nutrition du personnel des unités sanitaires de base contribuera à établir un lien entre le suivi de la croissance et la promotion de celle-ci.

18. Le programme appuiera l'administration universelle d'apports complémentaires en vitamine A pour les enfants en bas âge et les mères qui allaitent et s'attaquera à l'anémie due aux carences en fer en fournissant des suppléments de fer et d'acide folique aux femmes enceintes et aux adolescentes. La supplémentation hebdomadaire, plutôt que la dose quotidienne, sera évaluée en tant qu'approche alternative. Des systèmes de signalisation et de suivi seront mis en place ou améliorés. Des semences de légumes pour les jardins familiaux de démonstration seront distribuées afin de promouvoir l'amélioration des régimes alimentaires. Les campagnes régulières de traitement vermifuge seront maintenues pour les enfants des écoles primaires en attendant que l'amélioration de l'assainissement et de l'hygiène permette de réduire l'incidence des parasites intestinaux dans la population.

19. La principale stratégie de lutte contre les troubles dus à une carence en iode restera l'iodation du sel, l'objectif étant sa consommation généralisée. L'UNICEF appuiera les efforts visant à améliorer l'efficacité du suivi et apportera son aide aux évaluations périodiques.

20. Le processus d'amélioration du recrutement, de la formation et de l'appui en cours d'emploi des agents sanitaires sera encore renforcé par la mise à disposition de matériel didactique, de dossiers documentaires et de formations. Les compétences thérapeutiques du personnel sanitaire seront renforcées grâce à la mise au point d'un plan de formation, à l'amélioration de la formation de base, à la formation en cours d'emploi et au suivi.

Approvisionnement en eau et assainissement

21. La réorientation progressive de la composition et de l'équilibrage des stratégies, marquée par le passage de la prestation de services à la promotion de l'assainissement et au renforcement des capacités communautaires sera accélérée, ce qui permettra de mettre en place une série plus globale de stratégies visant à améliorer l'hygiène domestique. La mobilisation sociale, l'éducation et la motivation seront axées sur l'utilisation hygiénique des latrines, le recours à l'eau salubre et l'amélioration des pratiques en matière d'hygiène des mains, des bains et des lessives.

22. La prestation des services concernera l'ensemble des districts du pays, soit environ 200 000 personnes dans quelque 1 500 des 5 000 villages et plus ou moins 100 écoles rurales primaires et communautaires pour les activités sanitaires et d'hygiène, ainsi que quelque 140 000 personnes en ce qui concerne l'amélioration de l'approvisionnement en eau. La priorité sera accordée à l'amélioration des systèmes existants d'alimentation en eau et des installations institutionnelles d'eau et d'assainissement dans les districts où l'accès à l'eau courante est inférieur à la moyenne, ainsi qu'aux collectivités présentant un risque particulier de maladies liées à des pratiques médiocres d'hygiène personnelle et environnementale.

23. La politique sectorielle d'assainissement de l'eau et de l'environnement sera développée plus avant par l'adoption d'un schéma directeur stratégique, la réalisation d'un manuel de politique et de procédures, et le suivi plus systématique de la couverture et de l'impact. Le gouvernement instituera un comité directeur plurisectoriel et augmentera les contributions aux dépenses d'équipement pour l'alimentation en eau et l'assainissement en zone rurale. Les compétences du personnel technique et sanitaire seront mises à niveau par des formations en cours d'emploi. Les compétences sur le plan de la gestion de l'eau, de l'assainissement et de l'environnement seront renforcées au niveau des collectivités et des écoles. Les villageois bénéficieront d'une formation technique en vue de réduire la dépendance des collectivités par rapport à un effectif limité de personnel technique, et d'améliorer leur autosuffisance. En outre, des systèmes de participation des collectivités aux coûts d'équipement des réseaux de distribution d'eau dans les villages seront instaurés, le programme des cours de formation sera revu, des cours de formation pour les formateurs seront organisés et du matériel sera mis à disposition. Le secteur privé sera sollicité pour la commercialisation du matériel d'adduction, de poêles fumivores et de latrines privées.

Éducation de base

24. Le programme concernant l'éducation de base a pour objectif de développer l'accès à une éducation de base de qualité pour les enfants, les jeunes et les adultes, en particulier les filles et les femmes, par le biais de trois projets: a) l'enseignement primaire; b) l'enseignement non formel; et c) l'enseignement spécial.

25. Le projet concernant l'enseignement primaire vise à développer l'accès à un enseignement primaire de qualité. Le renforcement des capacités améliorera la

/...

qualité de l'enseignement, développera l'accès à celui-ci dans les zones insuffisamment desservies et parmi les groupes défavorisés, améliorera les compétences du personnel enseignant et renforcera le contrôle et l'évaluation. La qualité des performances d'apprentissage des élèves sera améliorée par un suivi plus précis. Les compétences des instituteurs seront améliorées, essentiellement par la formation en cours d'emploi et par certaines opportunités de formation à l'étranger, dans la limite des fonds disponibles. Une formation sera également assurée au personnel participant à la production de matériel didactique et de manuels de lecture peu coûteux. La priorité sera donnée aux activités entreprises par les conseils d'administration des écoles et par les écoles à faible taux d'inscription, ainsi qu'à la planification et l'évaluation des activités de renforcement des capacités. Le gouvernement prévoit, au cours des cinq prochaines années, d'ouvrir 70 écoles nouvelles résultant de projets communautaires afin de renforcer l'accès à l'enseignement primaire dans les zones rurales. L'UNICEF apportera son aide aux nouvelles écoles qui en ont le plus besoin, en fournissant des matériaux pour les fenêtres et le recouvrement des toits, ainsi que des fournitures et équipements didactiques, dans la limite des fonds supplémentaires disponibles. L'environnement physique et pédagogique des écoles sera amélioré grâce à la formation des membres des collectivités, des conseils d'administration des écoles et des élèves.

26. Le projet relatif à l'enseignement non formel augmentera les possibilités d'apprentissage pour les jeunes et les adultes, en particulier les filles et les femmes dans les zones rurales. L'UNICEF fournira du matériel didactique et de lecture ainsi que de l'équipement de base aux centres pédagogiques communautaires de manière à augmenter le nombre d'apprenants de 1 500 unités par an. Le suivi du projet sera amélioré par le développement des capacités. Les activités de post-alphabétisation pour les participants concerneront l'entretien des capacités de lecture et d'écriture et renforceront les aptitudes à la vie quotidienne, notamment celles mises en évidence dans Savoir pour sauver.

27. Le projet relatif à l'enseignement spécial est un domaine nouveau de coopération qui a pour but de développer les possibilités d'apprentissage pour les enfants atteints de handicaps. Des interventions appropriées seront mises au point en s'inspirant d'une étude à réaliser en 1996. Les apports de l'UNICEF concerneront essentiellement la détection et la prévention précoces ainsi que la formation des administrateurs et des enseignants, de manière à répondre au meilleur coût aux besoins particuliers des enfants handicapés en intégrant ceux-ci, chaque fois que possible, dans le système scolaire ordinaire et en recourant à des programmes de rééducation au niveau des collectivités et des familles. Des activités de sensibilisation et de promotion en faveur des enfants handicapés seront menées en collaboration avec le programme de promotion, de mobilisation et de communication.

Mobilisation sociale et promotion

28. Les activités de promotion, qui comprennent le dialogue sur les mesures à prendre, les séminaires, la formation et les activités d'information du public, se concentreront sur les questions liées à la Convention relative aux droits de l'enfant et à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. Ces activités mettront par ailleurs

l'accent sur la promotion des besoins particuliers des filles, notamment par l'utilisation des vidéos «Meena» et de bandes dessinées pour les écoliers. La question de la santé génésique des adolescents sera abordée par le biais d'études et de documents de formation et d'information pour les écoles et les groupes de jeunes.

29. Les activités de mobilisation sociale comprendront la diffusion d'informations et de messages s'inspirant de la version bhoutanaise de Savoir pour sauver, le but étant de faire de son contenu un mode de vie pour les familles. En l'absence de télévision, la radio nationale jouera un rôle essentiel dans la popularisation des messages concernant la santé, l'hygiène, l'éducation et les soins aux enfants. Les messages Savoir pour sauver seront adaptés aux diverses formes des médias avec le concours d'artistes, de musiciens, d'écrivains et de radiodiffuseurs locaux. Une exposition itinérante consacrée à Savoir pour sauver parcourra le pays en tant que moyen de sensibiliser les écoliers et le public.

30. Le bouddhisme joue un rôle dominant et directeur dans la vie quotidienne de la majorité de la population. Les moines des 2 000 monastères que compte le pays exercent une influence spirituelle importante sur toutes les questions liées à la vie, à la mort et au bien-être physique. En conséquence, une formation sera dispensée aux moines bouddhistes et aux guérisseurs traditionnels pour qu'ils renforcent, par l'enseignement et par l'exemple, la sensibilisation du public à la santé et à l'hygiène personnelle. Dans ce contexte, les religieux seront impliqués dans une approche globale des besoins sanitaires de la population, par laquelle des croyances traditionnelles précieuses seront complétées par des éléments des soins de santé modernes.

Suivi et évaluation

31. L'UNICEF procédera, en coopération avec le Ministère de la planification et les ministères sectoriels, à la révision et à la mise à jour des indicateurs sociaux de la santé, de la nutrition, de l'éducation de base, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement. L'amélioration du suivi revêt une importance capitale dans le cadre de la réalisation des objectifs du Plan d'action national pour les enfants, et l'UNICEF apportera dès lors son soutien à la définition de mécanismes de surveillance fondés sur des indicateurs qui reflètent les droits des enfants, dans un premier temps par le biais de recherches et d'études. Les données seront ventilées selon le sexe, l'âge et la région de manière à identifier les écarts et à prendre des mesures correctrices.

Coopération avec d'autres partenaires

32. Le nombre d'organismes bailleurs de fonds est limité au Bhoutan, et la coordination est donc bien organisée. L'UNICEF restera en liaison avec d'autres organismes des Nations Unies - Fonds d'équipement des Nations Unies (FENU), Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUJAP), Programme alimentaire mondial (PAM), et Organisation mondiale de la santé (OMS) - par les mécanismes établis de coordination et la participation à des groupes thématiques. Dans le secteur sanitaire, la collaboration est bien installée entre l'Agence danoise de

développement international, l'UNICEF et l'OMS. Dans le secteur de l'éducation, l'UNICEF coopère avec l'Agence australienne pour le développement international, l'Agence allemande pour la coopération technique, Helvetas, le Fonds d'équipement des Nations Unies, la Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial, le Fonds canadien et les organismes de volontaires du Japon, des Pays-Bas, de Nouvelle-Zélande et du Royaume-Uni.

33. Dans le secteur de l'eau et de l'assainissement, l'Organisation néerlandaise pour le développement apporte son appui à la formation sur le terrain, et DANIDA a soutenu le Bureau de l'information, de l'éducation et de la communication pour la santé ainsi que les activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement.

Gestion du programme

34. Le gouvernement et le personnel de l'UNICEF procéderont à des examens trimestriels de l'état d'avancement du programme. Un examen à mi-parcours de l'ensemble du programme de pays sera organisé par le Ministère des finances en 1999, en vue d'évaluer les progrès et d'identifier les contraintes et les opportunités pour l'avenir. L'analyse de situation sera actualisée à intervalles de trois ans. Des évaluations et des études spécifiques seront réalisées afin de déterminer l'état d'avancement et l'impact du programme. En l'an 2000, il sera procédé à une évaluation des progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Plan national d'action. Des ressources supplémentaires par le biais d'un financement supplémentaire seront nécessaires pour atteindre ces objectifs. Une stratégie de financement sera mise au point, visant à mobiliser les ressources des bailleurs de fonds intéressés. Le bureau de l'UNICEF à Thimphu a élaboré un plan de gestion prévoyant une réduction des coûts de personnel et une amélioration de la gestion et du soutien opérationnel du programme.

