



**Conseil d'administration
du Programme
des Nations Unies
pour le développement
et du Fonds des
Nations Unies pour la
population**

Distr.
GÉNÉRALE

DP/FPA/CP/168
6 novembre 1996
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

Première session ordinaire de 1997
13-17 janvier 1997, New York
Point 2 de l'ordre du jour provisoire
FNUAP

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION
PROJETS ET PROGRAMMES PROPOSÉS

Recommandation de la Directrice exécutive

Assistance au Gouvernement du Kenya

Assistance proposée : 20 millions de dollars, dont
16,5 millions à prélever sur les
ressources ordinaires et 3,5 millions
à financer à l'aide de ressources
multilatérales et/ou de ressources
ordinaires

Durée du programme : 5 ans (1997-2001)

Cycle de l'assistance : Cinquième

Groupe sur la base de la décision 96/15 : A

Assistance proposée par domaine de base du programme (en millions de dollars des États-Unis) :

	Ressources ordinaires	Autres	Total
Santé génésique	11,5	1,5	13,0
Stratégies de population et de développement	4,5	1,5	6,0
Plaidoyer	0,5	0,5	1,0
<i>Total</i>	16,5	3,5	20,0

KENYA

Indicateurs concernant les objectifs définis par la Conférence internationale sur la population et le développement

		(Seuils)*
Pourcentage d'accouchements réalisés avec l'assistance d'un personnel qualifié (pourcentage) ¹	54,0	≥60
Taux d'utilisation de contraceptifs (15-44 ans) (pourcentage) ²	33,0	≥55
Accès aux services de santé de base (pourcentage) ³	77,0	≥60
Taux de mortalité infantile (pour 1000) ⁴	69,0	≤50
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000) ⁵	170,0	≤100
Taux brut de scolarisation féminine au niveau primaire (pour 100) ⁶	85,8	≥75
Taux d'alphabétisme des femmes adultes (pourcentage) ⁷	65,2	≥50

* Tels qu'ils figurent dans le document DP/FPA/1996/15 et ont été approuvés par le Conseil d'administration dans sa décision 96/15.

¹ OMS, Coverage of Maternal Care, troisième édition, 1993. Les données concernent la période 1983-1993.

² Division de la population du Secrétariat de l'ONU, World Contraceptive Use 1994, ST/ESA/SER.A/143. Les données concernent la période 1986-1993.

³ UNICEF, La situation des enfants dans le monde, 1995. Les données concernent la période 1985-1993.

⁴ Division de la population du Secrétariat de l'ONU, World Population Prospects Database 1950-2050, 1994 Revision. Les données concernent 1992.

⁵ UNICEF, La situation des enfants dans le monde 1995, d'après les chiffres établis par l'OMS. Les données concernent la période 1980-1992.

⁶ Division de statistique du Secrétariat de l'ONU, Base de données sur les indicateurs et statistiques concernant les femmes (VISTAT), Version 3 (sur CD-ROM), 1994, d'après les chiffres établis par l'UNESCO.

⁷ UNESCO, L'éducation pour tous : situation et tendances, 1994.

Données démographiques

Population (milliers) en 1995	28 261	Taux d'accroissement annuel de la population (pourcentage)	2,8
Population en l'an 2000 (milliers)	32 577	Zone urbaine	5,6
Taux de masculinité (pour 100 femmes)	100,3	Zone rurale	1,7
Population urbaine en pourcentage du total	27,7	Taux brut de natalité (pour 1000)	42,8
Population par groupe d'âge (en pourcentage)		Taux brut de mortalité (pour 1000)	11,8
Enfants de 0 à 14 ans	47,7	Taux net de migration (pour 1000)	-2,6
Jeunes de 15 à 24 ans	20,7	Indice synthétique de fécondité par femme	5,76
Personnes âgées de plus de 60 ans	4,4	Espérance de vie à la naissance (en années)	
Femmes de 15 à 49 ans (pourcentage)	44,3	Hommes	53,0
Âge médian (années)	16,0	Femmes	55,4
Densité de la population (au km ²)	49	Deux sexes	54,2
		PNB par habitant (dollars des États-Unis, 1994)	260

Sources : Ces données sont tirées de la publication de la Division de la population du Département de l'information économique et sociale et de l'analyse des politiques du Secrétariat de l'ONU intitulée World Population Prospects: the 1994 Revision. Les données sur le PNB par habitant sont celles du PNUD.

1. Le Fonds des Nations Unies pour la population se propose d'appuyer un programme démographique couvrant la période 1997-2001 destiné à aider le Gouvernement du Kenya à atteindre les objectifs qu'il s'est fixés en matière de population et de développement. Il envisage de financer ce programme à raison de 20 millions de dollars, dont 16,5 millions seront prélevés sur ses ressources ordinaires, dans la mesure où ces ressources seront disponibles. Il s'emploiera à réunir le solde de 3,5 millions de dollars en ayant recours, autant que possible, à des ressources multilatérales et/ou à ses ressources ordinaires, conformément à la décision 96/15 du Conseil d'administration relative à l'allocation des ressources du FNUAP. Il s'agira du cinquième programme d'assistance du FNUAP au Kenya.

2. Le programme proposé a été élaboré en étroite collaboration avec le Gouvernement et d'autres partenaires nationaux et internationaux. Il tient compte des politiques et stratégies nationales, notamment de la politique démographique nationale pour un développement durable, de la stratégie nationale de plaidoyer/information, éducation et communication et de la note de stratégie de pays de 1994 dont ont convenu les Nations Unies et le Gouvernement kényen. Le cinquième programme de pays du FNUAP se fonde sur les propositions issues d'ateliers sectoriels organisés par le Gouvernement et le FNUAP et sur les activités d'analyse des programmes et d'élaboration des stratégies (APES) menées en 1996. Il est synchronisé avec la période du huitième plan national de développement du pays.

3. Le Kenya a connu une évolution démographique spectaculaire – une des rares à signaler en Afrique subsaharienne. Elle témoigne du succès du programme démographique national auquel le FNUAP contribue depuis 1974. Pour assurer la poursuite de cette évolution et la mise en oeuvre effective des politiques et stratégies souhaitées, le programme proposé s'inspirera des enseignements tirés de l'aide fournie à ce jour. Le Kenya est rangé par le FNUAP dans le groupe "A" de pays, en application de la nouvelle méthode d'allocation des ressources. Le programme adoptera une approche globale prenant en compte les besoins prioritaires dans les trois domaines essentiels des programmes du Fonds – santé génésique, y compris la planification familiale et la santé sexuelle, stratégies de population et de développement et plaidoyer. Il continuera également à compléter et à soutenir la coordination de l'aide extérieure dans le secteur de la population, tâche pour laquelle la neutralité du FNUAP et la période relativement longue pendant laquelle il a entrepris avec succès des activités au Kenya lui confèrent un rôle privilégié.

4. Les activités prévues au programme proposé, à l'instar de toutes celles que soutient le FNUAP, seront menées conformément aux principes et objectifs du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, qui ont été réaffirmés par l'Assemblée générale dans sa résolution 49/128.

Historique

5. L'évolution démographique du Kenya a commencé au début des années 80. L'indice synthétique de fécondité a baissé, passant d'environ huit enfants par femme en 1979 à moins de six en 1995 et devrait atteindre quatre enfants par femme d'ici à l'an 2000. La mortalité a elle aussi diminué. Le taux de mortalité infantile a chuté de près de 50 % en 30 ans – de 120 pour 1000 naissances vivantes en 1963 à 69 en 1992. Le taux de mortalité maternelle – pour lequel l'estimation nationale de 365 pour 100 000 naissances vivantes est bien supérieure à celle de l'UNICEF (indiquée dans les données démographiques figurant à la page 2 du présent rapport) – est plus élevé qu'il ne serait souhaitable. L'espérance de vie a augmenté, passant de 44 ans en 1963 à 60 ans environ en 1989. Mais elle aurait diminué entre 1990 et 1995 pour ne pas dépasser 58 ans et elle continue à décliner en raison des effets du VIH/sida sur la mortalité des adultes. Le taux de fréquence de l'infection au VIH parmi les adultes âgés de 15 ans et plus atteindrait 10 % d'ici l'an 2000 et le total des décès imputables au sida dépasserait le million. L'accroissement des taux de mortalité associé à la diminution des indices de fécondité pourrait même accélérer la chute du taux de croissance de la population, dont il est prévu qu'il atteindra 2,5 par an d'ici à l'an 2000.

6. Les taux de mortalité infantile et maternelle dépassent tous deux les seuils fixés pour l'allocation de ressources du FNUAP. Ces indices, tout comme d'autres liés aux objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement et qui n'ont pas été atteints, témoignent des hauts niveaux de pauvreté qui existent dans le pays. Cette situation a été exacerbée par l'adoption, à la moitié des années 80, de programmes d'ajustement structurel instituant la participation aux coûts pour certains services de santé et d'éducation. Les taux concernant l'éducation des femmes se situent au niveau des seuils pertinents mais seraient susceptibles de baisser dans l'avenir du fait que l'introduction de la participation aux coûts dans les écoles a amené certaines collectivités à accorder moins de priorité à l'éducation des filles qu'à celle des garçons.

7. Le Kenya représente à maints égards un paradoxe. Il a été le premier pays subsaharien à adopter un programme national de planification familiale. Il ressort de son évolution démographique que les méthodes anticonceptionnelles y sont largement utilisées : le taux de fréquence de la contraception a doublé, passant de 17 % en 1978 à 33 % en 1993, toutes méthodes comprises. Toutefois une minorité de chefs religieux et autres personnalités s'opposent à l'enseignement dans les écoles de la préparation à la vie familiale et à l'accès des adolescents et des jeunes aux services connexes (notamment d'information et de conseils). La santé sexuelle et génésique et les droits des femmes sont compromis par des traditions consistant à marier très jeunes les filles et à pratiquer la mutilation génitale féminine. Les adolescents – qui représentent environ 25 % de la population – présentent des taux élevés de VIH/sida (plus élevés chez les adolescentes que chez les adolescents) et de grossesses non désirées. Quelque 10 % des filles qui abandonnent leurs études le font en raison de grossesses imprévues et 40 % de toutes les grossesses documentées

d'élèves se terminent par un avortement. Au Kenya, un tiers des décès maternels sont imputables à des avortements effectués dans de mauvaises conditions d'hygiène. Si les services de santé préventifs – y compris les prestations de planification familiale et la fourniture de contraceptifs – sont gratuits dans les centres de santé publics, les services de traitement prévoient une participation aux coûts. La moitié seulement des 3 500 services de santé publics ou privés offrent des prestations de santé infantile et de planification familiale (SMI/PF) et leur accessibilité varie. Malgré les efforts déployés pour faire participer les hommes aux décisions concernant la planification familiale, cette participation demeure négligeable.

8. Le programme démographique bénéficie d'une bonne volonté et d'un engagement politique à tous les niveaux. Le Gouvernement a depuis longtemps été préoccupé par la croissance rapide de la population du pays, où il voit un obstacle au développement. Il assure 68 % des services de planification familiale sur le plan national et il a pour objectif de rendre les services de santé plus efficaces, plus accessibles et moins dispendieux. En 1982, il a créé le Conseil national pour la population et le développement, qui est chargé de concevoir les politiques et stratégies démographiques et de coordonner toutes les activités liées aux questions de population. En 1996, le Conseil a formulé une politique démographique nationale incorporant les objectifs de la Conférence internationale sur la population et le développement. Une grande partie de la planification du développement est décentralisée à l'échelon des districts et l'intégration de données démographiques à la planification du développement caractérise les plans de développement à l'échelon du pays et des districts, mais ne s'est pas encore concrétisée à l'échelon des districts. Le Gouvernement entend intensifier sa collaboration avec les ONG, le secteur privé et les collectivités elles-mêmes pour la mise en oeuvre de sa politique démographique.

Assistance antérieure du FNUAP

9. Le premier programme d'assistance du FNUAP a débuté en 1974. Les deux premiers cycles privilégiaient la prestation des services et le troisième les activités d'information, d'éducation et de communication pour répondre au besoin de sensibiliser le pays aux questions de population – et par là d'accroître la demande de services de planification familiale. Le quatrième programme (1992-1996) a poursuivi les activités d'information, éducation et communication et a par ailleurs appuyé la formulation des politiques, l'analyse des données et la recherche. À la suite de l'examen à mi-parcours de janvier 1994, l'exécution s'est orientée vers les domaines prioritaires du secteur de la SMI/PF. Avec la tenue de la Conférence internationale sur la population et le développement, vers le milieu du quatrième programme de pays, les concepts généraux se sont trouvés modifiés et une politique démographique nationale pour un développement durable, une stratégie nationale de la santé génésique et une stratégie nationale de plaidoyer/information, éducation et communication ont été élaborées en 1996. Ces instruments incorporent l'approche plus globale de la Conférence internationale sur la population et le développement. Il faut maintenant les mettre en oeuvre. Le FNUAP est le seul donateur à avoir participé à leur élaboration et sa neutralité d'organisme des Nations Unies, associée à ses

capacités techniques, lui a conféré un avantage considérable s'agissant d'aider le Gouvernement à formuler ces stratégies.

10. La nécessité de répondre avec souplesse et relativement vite aux besoins nouvellement définis (du fait de la modification des priorités à la suite de la Conférence internationale sur la population et le développement, du recours plus large que prévu aux services de planification familiale, d'engagements non réglés de certains donateurs ou d'une réduction de leurs programmes d'aide) est devenue apparente pendant le quatrième programme de pays. Il importe de conserver une certaine souplesse dans tous les secteurs du programme proposé, la garantie de sa viabilité et l'allocation de ressources nationales supplémentaires étant du ressort du Gouvernement. La formation et une identification plus précise des populations insuffisamment desservies grâce au système d'information géographique devraient permettre d'améliorer la qualité des soins. Il a été possible d'obtenir des taux d'exécution élevés du programme et des résultats rentables par les moyens suivants : gestion active du programme, exécution par des entités nationales (ce mode d'exécution, retenu pour 18 des 20 projets, a favorisé le sentiment d'en être propriétaires et responsables) et utilisation de compétences nationales.

11. La préparation à la vie familiale dans le cadre des programmes d'enseignement de type scolaire n'a pas réussi à atteindre les adolescents, l'opposition bruyante d'une minorité de chefs religieux ayant fait obstacle aux activités proposées. Les activités de santé génésique et d'information, éducation et communication dans le secteur non scolaire se sont avérées beaucoup plus utiles. Le quatrième programme de pays a touché de nombreuses populations mal desservies et des groupes cibles précis – populations des zones marginales entourant Nairobi et des zones rurales, adolescents, hommes (surtout des zones rurales) – grâce à la prestation de services fixes ou mobiles. Des approches novatrices qui ont été couronnées de succès ou semblent prometteuses – par exemple la mise en place de distributeurs de préservatifs et le recours à des techniciens de santé publique ayant reçu une formation adéquate qui ont permis de toucher les hommes de régions rurales – devront être développées dans le nouveau programme. De nouvelles recherches sur les différents aspects de la modification du comportement sont également nécessaires.

Autre assistance extérieure

12. La communauté des Nations Unies au Kenya est la plus importante d'Afrique, 24 organismes des Nations Unies et la quasi-totalité des programmes d'aide bilatérale y étant représentés. Les principaux donateurs participant actuellement, aux côtés du FNUAP, aux activités démographiques au Kenya sont les suivants : Banque mondiale, Agency for International Development des États-Unis (USAID), Union européenne, British Overseas Development Administration, Agence suédoise de développement international, Agence finlandaise de développement (FINNIDA), Agence allemande de coopération technique, Belgique, Agence japonaise de coopération internationale (JICA), UNICEF et OMS. Les donateurs privilégient chacun des différents aspects des activités en matière de population et certains se sont heurtés à des obstacles. C'est ainsi que la Banque mondiale et le

Gouvernement n'ont pas encore arrêté définitivement un accord relatif à l'achat de préservatifs. L'USAID, un des principaux organismes appuyant les activités démographiques par le biais de la formation de prestataires de services, de la rationalisation de la distribution de produits pour la planification familiale, de la diminution de la propagation des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida et de l'appui à la recherche opérationnelle, a réduit son programme de près de moitié depuis 1995. L'Agence suédoise de développement international a axé ses efforts, ces 12 dernières années, sur la fourniture de contraceptifs oraux mais n'a pu acheter ces fournitures en 1996 comme prévu. L'UNICEF s'attache à améliorer la santé infantile et à répondre aux besoins des jeunes en matière de santé génésique mais son programme a été perturbé par des problèmes internes.

13. Il est donc extrêmement difficile de coordonner les apports des donateurs. Le FNUAP a présidé les réunions du groupe des donateurs en matière de population et a joué, à d'autres titres, un rôle directeur chaque fois que cela était approprié et possible. La collaboration entre donateurs a fonctionné le mieux au niveau des projets ou lorsqu'il s'est agi de questions précises, comme le sida, les problèmes linguistiques ou les zones marginales des villes. L'utilisation de préservatifs a augmenté de 500 % ces cinq dernières années en raison essentiellement de la pandémie de VIH/sida, ce qui a eu pour effet d'amoinrir les ressources allouées par les donateurs au domaine de la population. La coordination entre organismes des Nations Unies dans le cadre de la mise en oeuvre du Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le sida et de la note de stratégie de pays de 1994 – compte tenu de l'initiative spéciale des Nations Unies pour l'Afrique de 1996 – est nécessaire. Le programme démographique national est financé en grande partie par des donateurs et il convient de se préoccuper de sa viabilité – en particulier en ce qui concerne les achats de préservatifs et autres produits.

Programme proposé

14. Les objectifs à long terme du programme proposé sont d'appuyer certains aspects de la politique démographique nationale pour un développement durable, dont les buts qualitatifs tiennent pleinement compte du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et qui fixe des objectifs quantitatifs dans les domaines de la population, de la santé et des services sociaux. Les objectifs quantitatifs essentiels du pays, destinés à orienter l'application de la politique démographique jusqu'en 2010 compte tenu de l'impact prévu du VIH/sida, consisteraient à réduire le taux de mortalité infantile pour le ramener à 59 pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle à 170 pour 100 000 naissances vivantes. Il conviendrait d'obtenir un taux de fréquence de la contraception de 62 %, toutes méthodes comprises, résultant en un indice synthétique de fécondité de 2,5 enfants par femme et un accroissement annuel de la population de 2 %. Le Gouvernement entend également assurer que d'ici à 2010, 90 % de tous les accouchements bénéficient de l'assistance de professionnels de la santé, contre environ 50 % aujourd'hui.

15. Le programme proposé mettra à profit les activités du quatrième programme de pays et d'autres donateurs qui ont été couronnées de succès et les reproduira, s'emploiera à satisfaire aux besoins des prioritaires et (compte tenu de l'expérience acquise dans le cadre de programmes antérieurs) à répondre avec souplesse aux besoins nouvellement apparus. Il sera axé sur des groupes cibles précis, en particulier les adolescents et les jeunes, les hommes et les populations mal desservies. Toutes les activités du programme incorporeront les questions relatives à l'égalité entre les sexes et au VIH/sida. L'appui du FNUAP à la politique démographique nationale s'attachera entre autres à renforcer les capacités, à aider à assurer un approvisionnement continu et adéquat en contraceptifs et une bonne gestion logistique des fournitures de santé génésique, à contribuer aux activités de plaidoyer du Gouvernement impliquant des personnalités nationales et des animateurs de collectivités, notamment en appelant l'attention sur les besoins en matière de santé génésique des groupes vulnérables, insuffisamment desservis et difficiles à atteindre (y compris les réfugiés) et à promouvoir la prestation de services appropriés de santé génésique et d'information, éducation et communication aux adolescents et aux jeunes en utilisant une approche informelle faisant appel aux ONG, aux médias, au secteur privé et à des groupes organisés fondés sur l'égalité de leurs membres.

16. Santé génésique. Au Kenya, les programmes de santé génésique souffrent d'un certain nombre de contraintes. En règle générale, le pays manque de services de santé génésique englobant la planification familiale, la maternité sans risques, la santé sexuelle et la prévention et le traitement des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida. Les services existants ne sont le plus souvent pas d'une haute qualité et de toute façon, 25 % au moins de la population n'y a pas accès. Le plus inquiétant est que les services de santé génésique ne tiennent aucun compte du point de vue des femmes, qui ne peuvent les utiliser en raison d'attitudes culturelles, qui impliquent souvent des pratiques traditionnelles nuisibles. Parallèlement, d'autres groupes cibles, comme les adolescents et les hommes, ne disposent pas de services conçus pour répondre à leurs besoins, ni de matériels d'information, éducation et communication qui les aideraient à comprendre comment améliorer leur propre santé génésique et celle de leurs partenaires.

17. Le but du programme proposé est d'obtenir que d'ici à la fin de la période qu'il couvre, 55 % des centres de prestation de services de santé offrent des services de santé génésique intégrés. Il faudra pour cela veiller à assurer que tous ceux qui comportent des services de planification familiale (soit la moitié environ) soient renforcés de manière à inclure un éventail complet de services de base de santé génésique. En outre, 10 % des autres postes sanitaires seront eux aussi renforcés pour offrir des services de santé génésique, afin de commencer à atteindre les 25 % de Kényennes privées de tous services de planification de la famille. La proportion de services capables de diagnostiquer et de traiter les maladies sexuellement transmissibles passera de 35 % à 45 % du total. Le programme s'attachera également à assurer que soient mis en place dans tous les services d'information et de conseils propres à répondre aux besoins des adolescents.

18. Dans l'important domaine du renforcement des capacités, le Fonds s'emploiera à améliorer la gestion des programmes de santé génésique à tous les niveaux. Afin de déceler les lacunes dans la prestation de services, la portée du système d'information géographique sera étendue à la totalité du territoire national au lieu des 19 districts qu'il couvre actuellement. Il sera alors possible de remédier aux faiblesses identifiées en mettant en oeuvre de vastes programmes de formation multi-échelons, dont certains seront destinés aux prestataires de soins de santé génésique, d'autres aux gestionnaires à un niveau plus élevé du système de santé. Certaines de ces activités seront conçues pour favoriser une expansion des services susceptibles de répondre aux besoins de santé génésique des adolescents par le biais de l'octroi d'une formation dans des secteurs comme les prestations de santé et les conseils aux adolescents. La participation actuelle des collectivités, des ONG, des associations professionnelles et du secteur privé aux activités de santé génésique sera renforcée en poursuivant et en développant les activités locales, les projets de récupération des coûts, la formation d'accoucheuses traditionnelles, les programmes de distribution communautaires et autres interventions novatrices y compris la distribution de préservatifs. Le Fonds contribuera à l'élaboration et à l'exécution de programmes axés sur les besoins des hommes et visant à encourager leur participation. Il appuiera des recherches appropriées et la diffusion intégrale de leurs conclusions. En outre, dans le cadre du programme proposé et en collaboration avec d'autres donateurs, il sera procédé à l'achat de contraceptifs et autres produits requis par le programme national, en bénéficiant des services d'achat comparativement avantageux du FNUAP, et le Gouvernement sera aidé à définir une stratégie à long terme pour assurer l'ininteruption des achats de contraceptifs.

19. Stratégies de population et de développement. Le cinquième programme de pays contribuera à la mise en oeuvre de la politique démographique nationale pour un développement durable. Il fournira également un appui, avec d'autres donateurs, à la formulation d'une politique nationale sur les questions d'égalité entre les sexes et aidera le Bureau central de statistique à analyser et diffuser les données concernant le recensement de 1999 et à concevoir et exploiter un système d'information multisectoriel intégré (qui inclura des données détaillées sur les hommes et les femmes). Le programme proposé soutiendra aussi les recherches sur les stratégies de population et de développement (y compris la gestion de l'environnement et les questions relatives aux différences entre les sexes) et assurera que le renforcement des capacités par la formation à la gestion et aux aspects fondamentaux de la population et du développement (sur les plans national et international, à long terme et à court terme) constitue un élément intégral des programmes sectoriels de population.

20. Plaidoyer. Une assistance sera apportée aux activités de plaidoyer du Gouvernement avec une aide à la conception de messages, destinés à des groupes cibles précis, centrés sur la modification des comportements, la lutte contre la propagation du VIH/sida, le renforcement de l'autonomie des femmes par une réforme des politiques discriminatoires et l'élimination de pratiques traditionnelles nuisibles. Le FNUAP aidera également le Gouvernement à

accroître le sentiment de propriété et la durabilité du programme démographique national grâce à l'amélioration des mécanismes institutionnels et opérationnels de coordination, supervision, suivi et évaluation des activités de plaidoyer. Les stratégies propres à favoriser l'accomplissement de ces tâches porteront notamment sur la constitution de coalitions et de réseaux, l'organisation de consultations et de négociations et le recours aux médias et à des ONG approuvées – des ONG féminines en particulier.

Exécution, suivi et évaluation

21. L'exécution par des entités nationales – essentiellement des institutions publiques et des ONG – constituera la modalité retenue pour la mise en oeuvre du programme. Elle continuera à nécessiter une aide considérable du bureau de pays du FNUAP, mais elle a pour effet de renforcer les institutions et les capacités, d'inspirer un sentiment de propriété et de responsabilité accru et par là de favoriser la durabilité. Les compétences nationales constituent la source la plus importante d'aide technique et le personnel des projets et des consultants suivront régulièrement la bonne marche du programme. On continuera à faire appel aux services de conseillers de l'Équipe d'appui aux pays du FNUAP. Le suivi et l'évaluation de l'ensemble du programme et de ses divers éléments au moyen des procédures établies du FNUAP seront suivis par un examen à mi-parcours prévu pour juin 1999 et par des analyses annuelles des projets. Des buts quantitatifs et qualitatifs et des indicateurs mesurables seront incorporés à toutes les activités. Les changements intervenus dans ces indicateurs donneront une idée de l'impact du programme.

Recommandation

22. La Directrice exécutive recommande que le Conseil d'administration approuve le programme d'assistance au Kenya décrit ci-dessus, d'un montant de 20 millions de dollars pour la période 1997-2001, 16,5 millions de dollars étant prélevés sur les ressources ordinaires du FNUAP, pour autant que ces ressources soient disponibles. Le FNUAP s'emploierait à couvrir le solde de 3,5 millions de dollars au moyen de ressources multilatérales et bilatérales et/ou de ressources ordinaires dans la mesure du possible, conformément à la décision 96/15 du Conseil d'administration relative à l'allocation des ressources du FNUAP.
